

PANCREATITIS CRÓNICA. DIAGNÓSTICO ECOENDOSCÓPICO COMPARANDO CRITERIOS DE WIERSEMA CON CLASIFICACIÓN DE ROSEMONT

Paloma Bebia Conesa, Aurelio López Martín, Enrique Pérez –Cuadrado Robles, Blanca Martinez Andrés, Pilar Esteban Delgado, Silvia Chacón Martínez, Jose Luis Rodrigo Agudo, Enrique Pérez-Cuadrado Martínez.

Hospital Morales Meseguer.

Introducción: la pancreatitis crónica es una entidad de difícil diagnóstico ya que los síntomas son inespecíficos al inicio de la enfermedad y los hallazgos característicos de las pruebas de imagen aparecen en estadios avanzados. Con la introducción de la ecoendoscopia se ha podido diagnosticar esta enfermedad en fases más precoces, sin embargo los criterios diagnósticos no están bien definidos.

Objetivo: Valorar la experiencia recogida en un consulta monográfica de páncreas con especial atención a las escalas de valoración aplicadas para establecer el diagnóstico final de esta entidad (criterios de Wiersema y la clasificación de Rosemont.)

Material y método: se realiza un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo donde evalúa el grado de concordancia entre los criterios de Wiersema y de Rosemont en 76 pacientes a los que se realizó EUS indicada en su mayoría por sospecha de pancreatitis crónica. Se recogieron los casos registrados en el periodo desde 2007-2012.

Resultados: En la población estudiada destacamos que existe una buena correlación de ambas escalas de valoración (Wiersema y Rosemont) encontrando que en un caso el diagnóstico de precisión se establece con la clasificación de Rosemont. (al tener los criterios con este índice, un valor diferenciado con respecto a los de Wiersema). Se observa un predominio en el sexo masculino y en la etiología alcohólica.

Conclusiones: la pancreatitis crónica es una enfermedad infradiagnosticada, por lo que es de gran relevancia establecer criterios para su diagnóstico en fases tempranas para iniciar tratamiento y evitar las complicaciones derivadas de la misma.

TÍTULO: MIOCARDITIS SECUNDARIA A MESALAZINA EN ENFERMEDAD DE CROHN. RIESGOS QUE SE DEBEN EVITAR.

AUTORES: Alejandro Martínez Caselles, Esther Muñoz Ramírez, María Juárez Herrero.

CENTRO: Hospital Vega Baja de Orihuela. Sección de Medicina Digestiva.

INTRODUCCIÓN

La mesalazina es un fármaco ampliamente utilizado en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y se considera relativamente seguro. La miocarditis secundaria a dicho tratamiento es un efecto adverso infrecuente aunque ampliamente descrito en la literatura científica. Presentamos el caso de un paciente joven con un diagnóstico reciente de enfermedad de Crohn y miocarditis inducida por mesalazina.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 18 años que ingresó en nuestro hospital por un cuadro de dos meses de evolución de dolor abdominal difuso tipo cólico asociado a aumento del número de deposiciones diarias. Además, presentaba la pérdida de 8 kilogramos de peso en el periodo indicado. Se decidió ingreso en el servicio de Medicina Interna y los estudios analíticos destacaron únicamente una PCR de 8'9. En las pruebas de heces el resultado de los coprocultivos fue negativo al igual que la toxina de *Clostridium difficile*, mientras que el valor de la calprotectina fue de 658. Decidimos efectuar una ileocolonoscopia visualizando una mucosa ileal eritematosa, edematosa y cubierta de úlceras aftosas; mientras en el colon se apreciaban úlceras serpiginosas cubiertas de exudado y fibrina con hemorragia subepitelial. La mucosa rectal, sin embargo, se mostraba preservada. El estudio anatomopatológico demostró un infiltrado inflamatorio crónico con granulomas epitelioides compatible con enfermedad de Crohn. La enterorresonancia describió abundantes adenopatías mediales al colon ascendente y un engrosamiento parietal de los 4 cm distales del ileon. Tras alcanzar el diagnóstico de enfermedad de Crohn ileocólica decidimos iniciar tratamiento con esteroides produciéndose una mejoría clínica y siendo el paciente dado de alta.

Al mes siguiente, en la consulta monográfica de enfermedad inflamatoria de nuestro hospital, propusimos iniciar 125 mg diarios de Azatioprina ajustando la dosis al peso y al valor de TPMT. Tres semanas después, el paciente volvió a consultar en Urgencias por dolor epigástrico intenso con elevación de amilasemia y lipasa sérica. El TAC abdominal mostró un páncreas engrosado sin complicaciones locales. Tras una evolución favorable fue diagnosticado de pancreatitis aguda secundaria a Azatioprina y suspendimos definitivamente este fármaco. Planteamos al paciente el uso de Metotrexato pero lo rechazó por los efectos del mismo sobre la fertilidad. Entonces propusimos emplear fármacos biológicos y el paciente solicitó unas semanas antes de aprobarlo. Mientras tanto, decidimos iniciar mesalazina 3 g diarios asociada a dosis descendentes de esteroides.

Tres semanas después, el paciente ingresó en UCI tras consultar por dolor centrotorácico irradiado a la espalda de horas de evolución con elevación de enzimas cardíacas (Troponina T de 30'1 ng/ml) y ascenso del segmento ST en I, II, III, aVF y V4 a V6 en guirnalda. Se administró ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatorias disminuyendo los valores de enzimas y remitiendo la clínica. En planta de hospitalización de Cardiología se realizó una serología vírica con resultados negativos (CMV, VEB, VIH) y un ecocardiograma que detectó una hipocinesia inferoposterolateral sugestiva de miocarditis focal con una fracción de eyección del 45%. La resonancia cardíaca confirmó un edema miocárdico. Considerando que se trataba de una miocarditis secundaria a mesalazina, fue dado de alta.

En la actualidad, el paciente continúa refiriendo dolor abdominal de tipo cólico y presenta entre dos y cuatro deposiciones diarias. Ha precisado por exacerbación de la clínica, después de un

año, un nuevo ciclo de corticoides orales. Está sometiéndose a tratamiento con acupuntura y todavía no ha decidido si iniciar el tratamiento biológico debido a la suspicacia desarrollada ante nuevos fármacos.

DISCUSIÓN

La miocarditis en la enfermedad de Crohn puede deberse a una manifestación extraintestinal o a un efecto adverso de los fármacos empleados. En este último caso, suele aparecer durante las primeras semanas de tratamiento y, aunque se trata de una complicación infrecuente, puede ser muy grave. Esta asociación temporal y la remisión clínica tras la suspensión de la mesalazina apoyó la relación a la hora de efectuar nuestro diagnóstico. Un test de provocación administrando el agente etiológico potencial lo hubiese confirmado definitivamente pero no lo consideramos por los riesgos que pudiera implicar.

Este caso nos aporta dos conclusiones que consideramos importantes:

La primera de ellas es que en cada paciente con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con mesalazina que refiera un nuevo episodio de dolor torácico es fundamental evaluar la posibilidad de una miocarditis o pericarditis. Para ello son de utilidad el electrocardiograma, las enzimas cardíacas, el ecocardiograma y, si fuese posible, la resonancia cardíaca.

La segunda se refiere al uso de fármacos que se podrían haber evitado. En este paciente, que debido a efectos adversos previos y por su voluntad se encontraba sin tratar, la administración de fármacos como la mesalazina a dosis bajas con escasa utilidad en este cuadro puede aportar más beneficios a nuestras conciencias que al enfermo. Aunque el riesgo sea mínimo, si es innecesario ya es excesivo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Galvao Braga C, Martins J, Arantes C et al. Mesalamine-induced myocarditis following diagnosis of Crohn's disease: A case report. *Port Cardiol* 2013;32(9):717-20.
- 2.- Doganay L, Akinci B, Pekel N et al. Mesalazine-induced myopericarditis in a patient with ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis* 2006;21:199-200.
- 3.- Merceron O, Bailly C, Khalil A et al. Mesalamine-induced myocarditis. *Cardiol Research and Prac* 2010;10.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA C CON TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVIR:

Autores: **Francisco Javier Rodríguez Gil**; Daniel García Belmonte; Carmen María Marín Bernabé; Blanca Gallego Pérez; Ursula Gajownik; Rocio García Paredes; María Gómez Lozano; Rosa María Gómez Espín; Martha Rosa Lárez Mata; María Isabel Nicolás de Prado; Esperanza Egea Simón; Ana María García Albert; Juan José Martínez Crespo.

Filiación: Sección de Aparato Digestivo. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. MURCIA

INTRODUCCION:

El tratamiento actual de la hepatitis C se encuentra en continua evolución gracias a la aparición de nuevos fármacos que consiguen una mayor tasa de respuesta viral sostenida.

OBJETIVO:

El objetivo de nuestro estudio fue el de analizar en nuestra serie la eficacia del tratamiento antiviral con triple terapia (interferón, ribavirina y telaprevir).

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo, incluyéndose un total de 21 tratamientos realizados de forma consecutiva en nuestro centro entre septiembre de 2012 y abril de 2013.

De los 21 tratamientos realizados dieciocho pacientes eran varones (85.71%). La edad media al inicio del tratamiento era 48,14 años (rango 40 a 58 años). El peso medio fue de 81,66 Kg (de 56 a 103 Kg).

El grado de fibrosis era F1: 1 paciente; F2: 4 pacientes; F3: 6 pacientes y F4: 10 pacientes.

Se determinó el genotipo IL28B en 9 pacientes: Genotipo CC 3 pacientes; CT 4 paciente y TT 2 pacientes.

El genotipo era 1a en 10 pacientes (47.62%), 1b 9 pacientes (42.86%) y dos pacientes eran genotipo 1 (9.52%).

Respecto al tipo de paciente, cuatro pacientes eran naïves y diecisiete retratamientos de los cuales la respuesta previa era: desconocida 1, recidivantes 9, parcial 4 y respuesta nula 3 pacientes.

La cifra basal de Hb fue de 15.25 gr/dl (12.8-18.5), leucocitos 6.680×10^3 dL (2.71-10.78), neutrófilos 3.400×10^3 dL (1.3-7.68), plaquetas 166×10^9 dL (87.000-258.000), bilirrubina total 0.68 mg/dl (0.23-1.81), albúmina 4.46 mg/dl (3.9-5.1).

RESULTADOS:

Quince pacientes presentaron respuesta viral sostenida en la semana 12 post-tratamiento (71.43%).

Según el tipo de pacientes los datos fueron los siguientes:

- Pacientes naïve: 75% (3 de 4 tratamientos).
- Pacientes recidivantes: 100% (9 de 9 tratamientos)
- Pacientes con respuesta parcial previa: 50% (2 de 4 tratamientos)
- Pacientes null responder: 33.33% (1 de 3 tratamientos)
- Paciente con respuesta previa desconocida 0% (0 de 1 tratamientos).

Según el tipo de fibrosis la respuesta fue la siguiente:

- Pacientes con fibrosis F1 y F2: 100% (5 de 5 tratamientos).
- Pacientes con fibrosis F3: 83.34% (5 de 6 tratamientos).

- Pacientes con fibrosis F4: 50% (5 de 10 tratamientos).

Los efectos adversos más frecuentes fueron los hematológicos:

- Anemia: 13 pacientes (61.9%), de las cuales la mayoría fueron leves, precisando reducción de dosis de ribavirina 12 pacientes y asociación de EPO 8 pacientes. Únicamente un paciente precisó transfusión de hematíes.
- Leucopenia: 4 pacientes (19%) asociando factores de colonias únicamente en un caso.
- Trombopenia: 5 pacientes (23%) precisando reducir la dosis de interferón en dos casos.

Otros efectos adversos fueron:

- Prurito anal: 3 pacientes (1.28%).
- Reacción dermatológica: 5 pacientes (23.88%), todas ellas leves grado I-II.
- Infecciones: 2 pacientes (9.52%), uno de ellos por neumonía por Legionella que fue éxitus y el otro por un proceso infeccioso de vías respiratorias altas.

CONCLUSIONES:

- Los datos de nuestra cohorte son similares a otras series tanto de práctica clínica real como de ensayos de registro.
- Aunque los efectos secundarios son frecuentes, sobretudo los hematológicos, hemos aprendido a anticiparnos y a prevenirlos.
- Los pacientes recaedores tienen unas altas tasas de respuesta comparables a los nuevos tratamientos antivirales.

EFFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C CON TRIPLE TERAPIA CON TELAPREVR EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA.

Autores: **Francisco Javier Rodríguez Gil**; Daniel García Belmonte; Carmen María Marín Bernabé; Blanca Gallego Pérez; Ursula Gajownik; Rocio García Paredes; María Gómez Lozano; Rosa María Gómez Espín; Martha Rosa Lárez Mata; María Isabel Nicolás de Prado; Esperanza Egea Simón; Ana María García Albert; Juan José Martínez Crespo.

Filiación: Sección de Aparato Digestivo. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. MURCIA

INTRODUCCION:

El tratamiento actual de la hepatitis C con los inhibidores de la proteasa asociados a interferón y ribavirina tienen una alta tasa de curación pero no están exentos de efectos secundarios que en ocasiones pueden ser graves.

OBJETIVO:

El objetivo de nuestro estudio fue el de analizar en nuestra serie los efectos secundarios del tratamiento antiviral con triple terapia (interferón, ribavirina y telaprevir) en función del grado de fibrosis hepática.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo, incluyéndose un total de 21 tratamientos realizados de forma consecutiva en nuestro centro entre septiembre de 2012 y abril de 2013.

De los 21 tratamientos realizados dieciocho pacientes eran varones (85.71%). La edad media al inicio del tratamiento era 48,14 años (rango 40 a 58 años). El peso medio fue de 81,66 Kg (de 56 a 103 Kg).

El grado de fibrosis era F1: 1 paciente; F2: 4 pacientes; F3: 6 pacientes y F4: 10 pacientes.

El genotipo era 1a en 10 pacientes (47.62%), 1b 9 pacientes (42.86%) y dos pacientes eran genotipo 1 (9.52%).

Respecto al tipo de paciente, cuatro pacientes eran naives y diecisiete retratamientos de los cuales la respuesta previa era: desconocida 1, recidivantes 9, parcial 4 y respuesta nula 3 pacientes.

La cifra basal de Hb fue de 15.25 gr/dl (12.8-18.5), leucocitos 6.680×10^3 dL (2.71-10.78), neutrófilos 3.400×10^3 dL (1.3-7.68), plaquetas 166×10^9 dL (87.000-258.000), bilirrubina total 0.68 mg/dl (0.23-1.81), albúmina 4.46 mg/dl (3.9-5.1).

RESULTADOS:

Quince pacientes presentaron respuesta viral sostenida en la semana 12 post-tratamiento (71.43%). En función del tipo de paciente: naive 75% (3 de 4 tratamientos), recidivantes 100% (9 de 9 tratamientos), respuesta parcial previa 50% (2 de 4 tratamientos), null responder 33.33% (1 de 3 tratamientos) y con respuesta previa desconocida 0% (0 de 1 tratamientos)

Según el grado de fibrosis presentaron respuesta viral sostenida en la semana 12 post-tratamiento: pacientes F1 y F2 100% (5 de 5 tratamientos), F3 83.34% (5 de 6 tratamientos) y F4 50% (5 de 10 pacientes).

Los efectos adversos más frecuentes fueron los hematológicos:

- Anemia: 13 pacientes (61.9%), de las cuales 8 pacientes (61.53%) fueron anemia leve (2 pacientes F2, 3 pacientes F3 y 3 pacientes F4); 3 pacientes (23.08%) fueron anemia moderada todos ellos F4 y 2 pacientes (15.38%) fueron anemia grave también pacientes F4. Precisaron reducción de dosis de ribavirina 12 pacientes y asociación de EPO 8 pacientes (5 pacientes F4, 2 pacientes F3 y 1 paciente F1). Únicamente un paciente F4 precisó transfusión de hematíes.
- Leucopenia: 4 pacientes (19%) todos ellos F4, precisando asociar factores de colonias únicamente en un caso.
- Trombopenia: 5 pacientes (23%) todos ellos F4, precisando reducir la dosis de interferón en dos casos.

Otros efectos adversos fueron:

- Prurito anal: 3 pacientes (1.28%).
- Reacción dermatológica: 5 pacientes (23.88%), todas ellas leves grado I-II.
- Infecciones: 2 pacientes (9.52%) con grado de fibrosis F4, uno de ellos por neumonía por Legionella que fue exitus y el otro por un proceso infeccioso de vías respiratorias altas.

CONCLUSIONES:

- Los efectos adversos más prevalentes son los hematológicos, sobretodo los derivados de la anemia.
- Los pacientes con mayor grado de fibrosis presentan una mayor tasa de efectos adversos graves.
- Los pacientes con bajo grado de fibrosis tienen un perfil favorable, con altas tasas de respuesta y menor incidencia de efectos adversos graves.

METÁSTASIS CEREBELOSAS DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO.

Autores: Del Val Oliver, B; García Paredes R; Gajownik U; Gallego Pérez B; Gómez Lozano M; Gómez Espín R; Marín Bernabé C; García Belmonte D; Egea Simón E; Nicolás de Prado I; García Albert AM; Rodríguez Gil FJ; Martínez Crespo JJ.

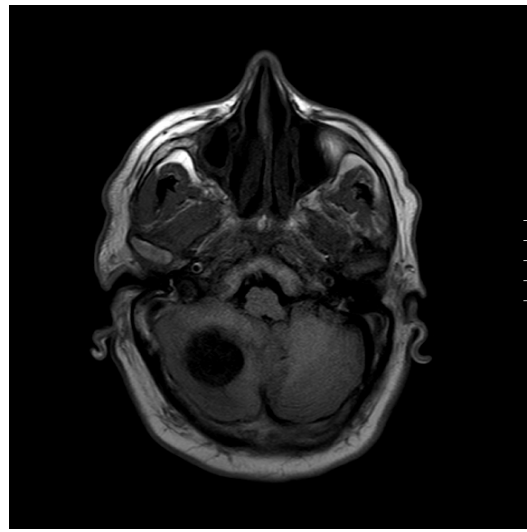
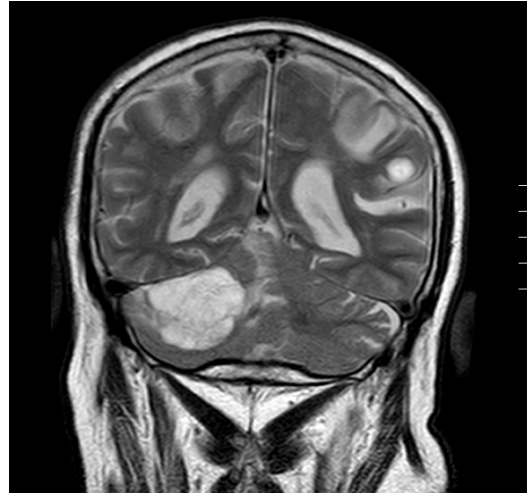
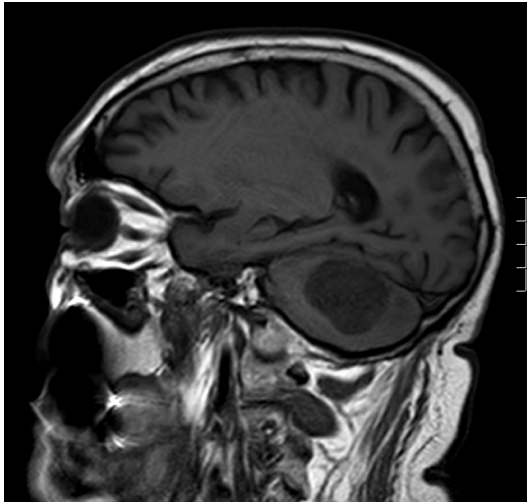
Filiación: Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 69 años que consulta por mareos, inestabilidad de la marcha, disartria y torpeza del miembro superior derecho de varios meses de evolución. Refería también disfagia a sólidos, progresiva, hasta hacerse sólo a líquidos. Salvo disartria y ataxia de la marcha, la exploración física resultó anodina. La analítica realizada no mostró alteraciones salvo una leve leucocitosis. Presentamos las imágenes del caso:

RM cerebral

Se describen múltiples lesiones ocupantes de espacio en compartimentos supra e infratentoriales, la mayor de las cuales se encuentra en hemisferio cerebeloso derecho.



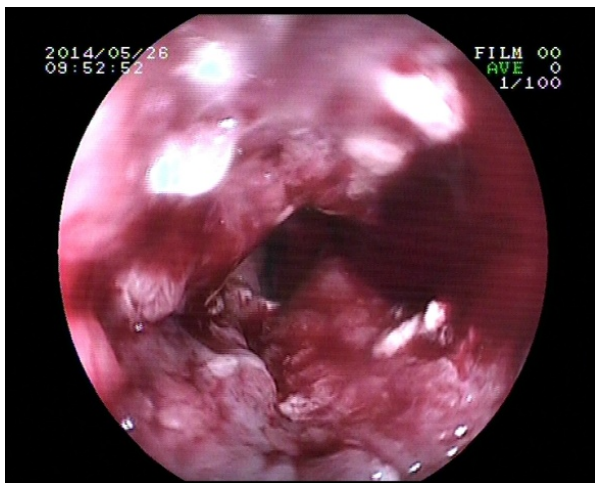
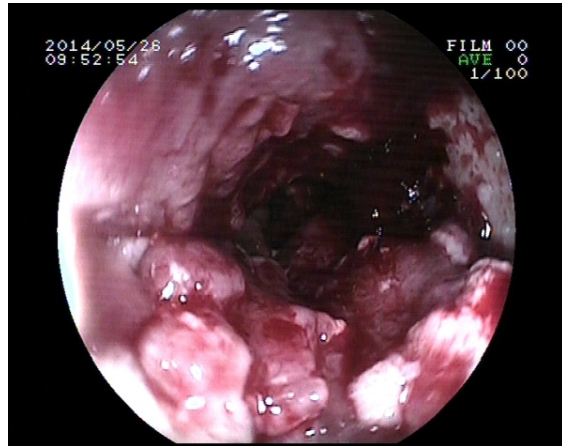
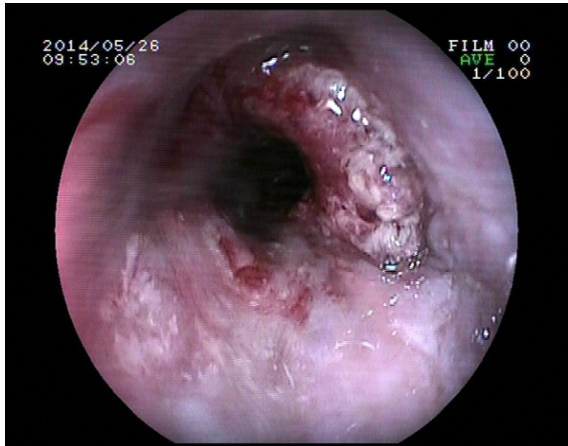
TAC toraco-abdominal

Se objetiva masa mediastínica que afecta al tercio distal de esófago y a la unión esófago-gástrica. Afectación adenopática, implantes peritoneales y posibles metástasis hepáticas, pulmonares y en glándula suprarrenal izda.



Gastroscofia

Esófago: tercio superior dilatado, sin lesiones. En tercio medio, mamelones hemorrágicos al paso del endoscopio que dificultan la progresión. Fundus, cavidad gástrica, píloro y duodeno sin lesiones. Se toma biopsia de la zona afecta, compatible con neoformación de esófago medio y distal.



Según el estudio de extensión y tras confirmación anatomopatológica, el diagnóstico fue de **adenocarcinoma de tercio medio e inferior del esófago en estadio IV**, con metástasis cerebrales, torácicas y abdominales. Tras mejoría de la clínica neurológica con tratamiento corticoideo intravenoso, fue derivado a oncología para continuar evolución.

DISCUSIÓN

Se calcula que sólo aproximadamente el 2% de los carcinomas esofágicos dan metástasis cerebrales en algún momento de su evolución. Aunque el tipo histológico de carcinoma esofágico más frecuente es el epidermoide o de células escamosas, la mayoría de los casos que metastatizan en el cerebro son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas son característicos del tercio distal y de la unión gastroesofágica. En la gran mayoría de los casos de adenocarcinomas esofágicos metastáticos en el cerebro se ha descrito la afectación de ganglios linfáticos mediastínicos. Sin embargo, y pese a la rapidez de extensión local, no se ha comunicado a nuestro conocimiento afectación pulmonar en estos casos, algo que sí ocurría en nuestro paciente. La explicación más aceptada de este hecho es que la diseminación de los adenocarcinomas esofágicos se produce a través del plexo venoso paravertebral descrito por Batson en 1940. Este mecanismo patogénico podría explicar también la relación proporcional que existe entre la longitud del tumor primario y la presencia de metástasis cerebrales, de forma que, cuanto mayor es la extensión del primario, más probable es que las células malignas invadan el plexo venoso paravertebral y asciendan hacia el cerebro. En el 68% de los casos las lesiones cerebrales son asintomáticas, y raras veces la clínica neurológica es la primera manifestación del tumor. El 60% de las metástasis cerebrales del carcinoma esofágico se localizan en el territorio de la arteria cerebral media, y es excepcional la diseminación a través del sistema vertebrobasilar.

TITULO: EL PACIENTE INGLÉS.

AUTORES: M^a Carmen Martínez Bonil, M^a Angeles Medranda Gómez, Enrique Olmos Brieba, Juan Francisco López García, Cristina Martínez Pascual, Jose Manuel Castillo Espinosa. Sección Aparato Digestivo Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM).

CASO CLINICO :

Paciente de 71 años, que ingresa por vómitos biliosos incoercibles, pérdida de peso y suboclusión intestinal. Episodio similar un año antes (sin informes) que trataron únicamente con sondaje nasogástrico. .

Antecedentes: intervenido en Inglaterra 1 año antes de cáncer de colon, portador de colostomía izquierda.

El mes previo, en su país, se realiza por anemia estudio endoscópico alto: deformidad entre 1ª y 2ª porción duodenal con área inflamada que parece benigna, y colonoscopia por colostomía : sin hallazgos hasta ciego.

En pruebas complementarias al ingreso destaca insuficiencia renal y discreta colestasis, niveles hidroaéreos en Rx abdomen, y no visualización de la vesícula en la ecografía abdominal.

Se realiza EDA: en porción más distal de primera porción duodenal cráter mucoso, con bordes sobreelevados de consistencia blanda.

En tratamiento con sueroterapia intensiva y SNG, mejoría analítica pero persiste importante débito de bilis y semiología de obstrucción intestinal.

Se realiza TAC abdomino pélvico sin contraste: ***fístula vesico-duodenal, dilatación de asas de intestino delgado hasta yeyuno proximal, donde se visualiza imagen de 5,4 x 4,3 cm compatible con cálculo biliar.***

Es intervenido quirúrgicamente, con enterotomía y extracción de litiasis de gran tamaño.

JUICIO CLINICO: ILEO POR CÁLCULO BILIAR GIGANTE

CONCLUSIÓN: Es una causa infrecuente de obstrucción intestinal (1-4%), su diagnóstico es frecuentemente tardío por síntomas intermitentes y técnicas para identificar la obstrucción siendo en la mayoría de los casos diagnosticado por laparotomía, supone una complicación infrecuente de colelitiasis (0,5%). En serie quirúrgica amplia, el 6% tenían asociado Sd de Mirizzi y 1,8% fistulacolecistoentérica, y de los pacientes con fístula (como nuestro caso) , el 90% tenían un Sd de Mirizzi.

La mayoría de los cálculos suelen tener un tamaño aproximado de 2,5 cm, y la obstrucción suele producirse en el ileon (60%), siendo en yeyuno solo el 15% de los casos.

La principal controversia en el tratamiento está relacionada con el papel de la cirugía biliar.

El caso nos parece interesante para recordar otras causas de obstrucción intestinal, por el diagnóstico rápido que se realizó en este paciente, el gran tamaño del cálculo (más de 5 cm) , la situación menos frecuente en yeyuno, las imágenes radiológicas llamativas que presenta y la controversia en cuanto a la cirugía (colecistectomía en un 2º tiempo....).

TÍTULO: UN TROYANO EN EL PERICARDIO.

AUTORES: Cristina Martinez Pascual, M^a Angeles Medranda Gómez, Juan Francisco López García, Jose Manuel Castillo Espinosa, M^a Carmen Martinez Bonil. Sección de Aparato Digestivo. HULAMM.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 61 años que consulta por epigastralgia de 2 meses de evolución, astenia e hiporexia.

Antecedentes: HTA, Depresión. Un mes antes, de forma privada, se realizó gastroscopia (pólipo hiperplásico inflamatorio a nivel de unión esofago-gástrica)

Al ingreso, nada destacable en exploración física, anemia ferropénica, y marcadores tumorales normales.

Al día siguiente, empeoramiento clínico brusco, deterioro del nivel de conciencia, taquipnea y pulso paradójico. Se realiza TAC urgente y Ecocordio, que confirman la sospecha clínica de taponamiento pericárdico. Tras pericardiocentesis urgente mejoría temporal pero ante nuevo deterioro con datos de sepsis y CID, se traslada a UCI de hospital de referencia.

Iniciamos ante los datos del líquido pericárdico antibioterapia empírica, obteniendo resultados de cultivo del líquido posteriormente: Streptococcus Viridans.

Tres días después del traslado, la paciente fallece. Los diagnósticos en UCI son : shock séptico, taponamiento cardiaco secundario a derrame pericárdico purulento por Streptococcus Viridans, Síndrome de disfunción multiorgánica, fibrilación auricular paroxística, hemorragia cerebral masiva, exitus.

Revisando posteriormente TAC que se había realizado de forma urgente en nuestro hospital, y sin haber sido informado, se objetivan lesiones hepáticas hipodensas en lóbulo hepático izquierdo y engrosamiento de paredes gástricas

Se lleva a cabo neropsia clínica : Cardias ulcerado en continuidad con nódulo de 5 cm en LHI, otro nódulo de 7 cm, y ambos en continuidad con cara inferior de cúpula diafragmática y cara inferior de pericardio, con posible perforación de aspecto tumoral. Inmunohistoquímica: fuertemente positiva para CD20

DIAGNOSTICOS FINALES: LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES B DIFUSO EN LOBULO HEPÁTICO IZQUIERDO, QUE INVADE CARDIAS GÁSTRICO Y CÚPULA DIAFRAGMÁTICA, CON NECROSIS, SOBREINFECCIÓN Y PERFORACIÓN (FISTULIZACIÓN) A CAVIDAD PERICÁRDICA. Pericarditis aguda fibrinopurulenta por Streptococcus Viridans, signos de shock en pulmones, hígado y riñones, focos de bronconeumonía aguda y metaplasia mieloide en bazo.

CONCLUSIONES:

Los LNHP (Linfoma no Hodgkin primario hepático) sin afectación nodal ni extrahepática son extremadamente raros (condición que se da en nuestra paciente). Si no hay enfermedad asociada (cirrosis por VHB o VHC) evolucionan lentamente y se tratan con buenos resultados. Sin embargo, en este caso la evolución fue fulminante y con resultado de éxitus.

“ El caballo de Troya se nos conecta con un looping mortal: el bacilo Streptococcus de la boca a través del cardias pasa a hígado, diafragma y pericardio. El looping lo ha hecho el tumor y el germen ha ido recorriendo los trayectos fistulosos”

TÍTULO: AGENESIA DE VESÍCULA.

AUTORES: Jose Manuel Castillo Espinosa, M^a Angeles Medranda Gómez, Cristina Martinez Pascual, M^a Carmen Martinez Bonil, Juan Francisco López García. Sección de Aparato Digestivo. HULAMM.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 33 años intervenida drenaje venoso anómalo hace 13 años.

Acude a Urgencias en dos ocasiones por dolor abdominal intenso de horas de duración. Inter crisis asintomática. En dichos episodios presenta elevación discreta de transaminasas como único hallazgo.

Vista en consultas un mes después, asintomática, enzimas hepáticas normales.

En Urgencias se realiza ECO abdominal: hemangioma hepático. Vesícula no visualizada, sin otras alteraciones.

Realizamos Colangiorensonancia: no se visualiza vesícula.

TAC torácico con contraste: asimetría de ambos hemotórax, con cambios en ramificación bronquial derecha y de las arterias pulmonares acompañantes, no se visualizan cisuras derechas. Se identifican 4 venas pulmonares que drenan a la aurícula izquierda.

DIAGNÓSTICO: AGENESIA DE VESÍCULA ASOCIADA A OTRAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

CONCLUSIONES:

Consiste en la ausencia de VB (vesícula biliar) y del conducto cístico sin anomalías en el sistema biliar extra e intrahepático.

Patología de **escasa presentación (0,01-0,03%) con poco más de 400 caso descritos en la literatura mundial**. Suele ser un hallazgo quirúrgico: sólo 3 casos descritos diagnosticados preoperatoriamente.

Es la **malformación congénita más infrecuente del sistema biliar**, más frecuente en mujeres y en 3^a- 5^a década, posible herencia genética (no ligada al sexo y de penetrancia variable). Se recomienda sospecharlo ante no visualización de VB y antecedente familiar de agenesia de vesícula.

Puede aparecer aislada o asociada a otras malformaciones congénitas (15-35%)

Se debe a un fallo en la última etapa de desarrollo del hígado y VB.

Porcentaje de pacientes asintomáticos varía desde el 23 al 55% casos. La sintomatología consistente en dispepsia, cólico biliar, dolor hipocondrio derecho e incluso ictericia se presenta en el 55 % de los casos, y de ellos el 30% tendrán dilatación de la vía biliar principal y otro 30% coledocolitiasis, con importante papel la disfunción del esfínter de Oddi.

Punto controvertido es el diagnóstico basado en técnicas de imagen, ya que en Eco y en TAC suele confundirse con vesícula escleroatrófica o colecistitis alitiásica, siendo la ColangioRMN el gold estándar.

Mayoría de casos diagnosticados intraoperatoriamente (Criterios de Frey) . ***Sólo hay 3 casos descritos (y con el nuestro 4) en que se realiza diagnóstico preoperatorio.***

Controversia si una vez iniciada laparoscopia por clínica biliar, reconvertirla a vía abierta para comprobar los criterios de Frey, pero mayor morbilidad. Mayoría de los autores abogan por decir que si hay adecuada visualización del vía biliar no es precisa la colangiografía intraoperatoria y se realizará colangioRMN en postoperatorio para confirmar diagnóstico.

El tratamiento variará en función de clínica, si hay cálculos...

Realizar screening de otras alteraciones posibles con estudio gastrointestinal y urografía iv.

Estudios no invasivos en familiares afectados de AV.

ESCALA DE LIMPIEZA DE BOSTON EN COLONOSCOPIA. IMPORTANCIA DE CRITERIOS VALIDADOS PARA REPETICIÓN DE COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA.

Sastre Lozano, Violeta María; Torregrosa Lloret, María; Sevilla Cáceres, Laura; Morán Sánchez, Senador.

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

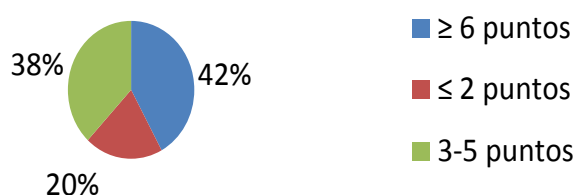
INTRODUCCIÓN: La decisión del endoscopista con respecto a la repetición de una colonoscopia debido a la preparación de limpieza insuficiente es un criterio actualmente no definido ni estandarizado en las guías de práctica clínica. Por lo tanto, es preciso unificar criterios para evitar la variabilidad interexplorador a la hora de evaluar este aspecto frecuente en la práctica endoscópica. Hay estudios que demandan un consenso internacional utilizando escalas validadas para tal efecto como la actual Escala de limpieza de colon de Boston (ELCB).

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es analizar la necesidad de repetir la colonoscopia en un plazo inferior al que correspondería, debido a una preparación deficiente según la ELCB.

MATERIAL Y MÉTODO: Se trata de un estudio piloto descriptivo, observacional de 100 pacientes realizado en nuestro hospital, en el que se recogen las puntuaciones totales de los segmentos del colon (izquierdo, transversal y derecho) según la ELCB y determina la necesidad de repetir la colonoscopia, siguiendo los resultados de Calderwood AH, et al. en aquellos pacientes con puntuaciones totales ≤ 2 . No siendo necesario en puntuaciones totales ≥ 6 , y quedando indeterminado en puntuaciones totales 3-5.

□

Escala de limpieza de colon de Boston en H.U.Sta Lucía



RESULTADOS: Los datos observados en este grupo de pacientes fueron: 42% presentó una puntuación total ≥ 6 , un 20% fue ≤ 2 y un 38% obtuvo entre 3 y 5 puntos en todos los segmentos.

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes y siguiendo los trabajos publicados por Calderwood AH, et al. sería preciso repetir la exploración en un plazo inferior al indicado por las guías de práctica clínica en un 20% de los pacientes. Realizando el seguimiento endoscópico habitual en un 42% de estos. Un 38% de los mismos quedaría en una situación variable dependiendo del explorador, y es en este punto donde se debería consensuar una guía clínica para unificar criterios y evitar diagnósticos insuficientes.

BIBLIOGRAFÍA:

Calderwood AH, et al. Boston Bowel Preparation Scale scores provide a standardized definition of adequate for describing bowel cleanliness. *Gastrointest Endosc.* 2014 Mar 12. pii: S0016-5107(14)00094-7. doi: 10.1016/j.gie.2014.01.031. {Epub ahead of print}

Gao Y, Lin JS, Zhang HD, Lin MX, Cheng CS, Wu SZ. "Pilot validation of the Boston Bowel Preparation Scale in China". *Dig Endosc.* 2013 Mar;25(2):167-73.

Coghlan E, Laferrere L, Ayunta H, Martínez ML, Topor JJ, Nadales A, del Solar CG. "Bowel preparation for colonoscopy: comparative study using Boston Bowel Preparation Scale". *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012 Sep;42(3):186-92.

ÍLEO BILIAR OCULTO EN PACIENTE CON COLEDOCOLITIASIS CONCOMITANTE

Sastre Lozano, Violeta María; Sevilla Cáceres, Laura; Torregrosa Lloret, María; Maté Ambélez, Ana; Pena Fernández, Isabel¹; Morán Sánchez, Senador.

Aparato Digestivo. H.U. Santa Lucía. Cartagena.

¹Radiodiagnóstico. H.U. Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un paciente con antecedentes de diabetes mellitus y cardiopatía isquémica, que consulta por dolor torácico y vómitos, en el que se descarta patología cardíaca y aparece como hallazgo casual en TAC la presencia de coledocolitiasis con evolución tórpida tras CPRE.

DESCRIPCIÓN: Varón de 81 años que consulta por dolor torácico y vómitos de 6 días de evolución sin relación con el esfuerzo ni la ingesta, precedido de un episodio de ictericia y escalofríos autolimitado, sin fiebre termometrada. En urgencias presenta ACP y exploración abdominal normales, ECG, Rx tórax y seriación de troponina I normales. Analíticamente destaca creatinina 3mg/dl, colestasis disociada (GGT 877 UI/Ly FA 387 UI/L, BrT 1 mg/dl), y PCR 10 mg/dl. En Rx abdominal presenta niveles hidroáereos por lo que se realiza TAC abdominal urgente observando colelitiasis y coledocolitiasis (10 mm de diámetro) sin dilatación de vía biliar intra ni extrahepática y sin datos de obstrucción intestinal. Se descarta patología quirúrgica urgente y se realiza CPRE con esfinterotomía y extracción de coledocolitiasis. Tras la CPRE el paciente presenta intolerancia oral con vómitos biliosos y ausencia de deposiciones espontáneas, niega dolor abdominal, con amilasa normal y colestasis en descenso. En radiografía simple de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado sin gas a nivel de ampolla rectal. Se solicita TAC abdominal que evidencia obstrucción a nivel de íleon terminal por probable cálculo biliar (fotos 1 y 2). Se realiza laparotomía urgente encontrando cálculo de 6x2 cm impactado en íleon terminal, palpándose vesícula biliar deplecionada y bloqueada por adherencias sin evidencia de más litiasis. El paciente presentó buena evolución postoperatoria y fue dado de alta sin incidencias.

IMÁGENES:



Foto 1



Foto 2

Foto 1: Corte sagital de TAC tras CPRE donde observamos neumobilia, imagen compatible con cálculo biliar en íleon, y dilatación de asas de intestino delgado compatibles con obstrucción intestinal a ese nivel.

Foto 2: Corte axial de TAC tras CPRE donde observamos imagen de doble contorno en el interior de asa de íleon compatible con cálculo biliar

DISCUSIÓN: El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción mecánica intestinal (1-4 %) producida generalmente en pacientes ancianos. El antecedente de patología biliar sólo está presente en la mitad de casos. La presencia de ictericia es poco frecuente y ocurre en aproximadamente el 15% de casos. En nuestro caso, la clínica anodina (ictericia autolimitada, dolor torácico, ausencia de signos de obstrucción en la exploración...), la analítica y pruebas iniciales de imagen compatibles con coledocolitiasis y ausencia de obstrucción evidente inicialmente, retrasó el diagnóstico. Este proceso presenta una elevada tasa de morbi-mortalidad debida al retraso diagnóstico-terapéutico y por este motivo es tan importante su sospecha diagnóstica ante un paciente con clínica de obstrucción intestinal y signos o síntomas previos de colelitiasis.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ferreira LE, Topazian MD, Baron TH. "Bouveret's syndrome: diagnosis and endoscopic treatment". Clin Gastroenterol Hepatol 2008; 6:e15.
- Ayantunde AA, Agrawal A. "Gallstone ileus: diagnosis and management". World J Surg 2007; 31:1292.
- Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. "Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients". Eur J Radiol 2004; 50:23.

NEUMATOSIS COLI. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO- RADIOLÓGICO EN LA CONSIDERACIÓN DE ENTIDAD CLÍNICA O PATOLÓGICA.

Sastre Lozano, Violeta María; Torregrosa Lloret, María; Sevilla Cáceres, Laura; Montoro Martínez, Pedro; Pena Fernández, Isabel¹; Martín Ibáñez, José Juan; Vicente López, José Jaime; García Tercero, Iván, Candel Erenas, José Miguel.

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

¹Servicio Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena.

INTRODUCCIÓN: La neumatosis intestinal es una entidad rara caracterizada por múltiples quistes aéreos en la pared gastrointestinal. Presentamos el caso de una mujer de 90 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de una semana de evolución tras traumatismo lumbar accidental.

ENDOSCOPIA: Tras descartar la presencia de obstrucción intestinal y abdomen agudo, se realiza colonoscopia que muestra en colon descendente múltiples lesiones protruyentes cubiertas por mucosa de aspecto normal que sugieren una neumatosis colónica (foto 1 y 2), solicitando TAC abdominal (foto 3), en el que se observan asas intestinales de calibre normal con múltiples estructuras quísticas en submucosa del colon descendente sin signos de isquemia mesentérica ni otras alteraciones. Observando asimismo fractura-aplastamiento de D11.



Foto 1
3



Foto 2

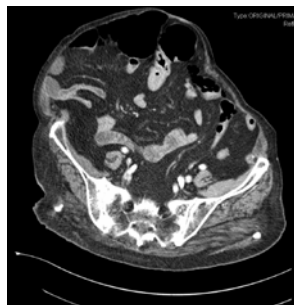


Foto 3

COMENTARIOS: La neumatosis intestinal es una entidad clínica y no una verdadera patología. Su diagnóstico es poco frecuente dado que generalmente es asintomática. Su localización más frecuente es yeyuno-íleon, ocurriendo en colon en un 36% de casos. La etiología no está del todo definida, aunque se postula que el aumento de presión intraluminal o el paso de bacilos formadores de gas participen en la formación de los quistes. Puede ser idiopática (15% de casos) o secundaria a otros procesos (85%) y su tratamiento habitualmente será médico en los casos que presenten sintomatología, con antibióticos, oxígeno inhalado o cámara hiperbárica. En casos de obstrucción intestinal o abdomen agudo está indicada la intervención quirúrgica, planteando el tratamiento endoscópico con punción y escleroterapia de los quistes en pacientes no operables.

BIBLIOGRAFÍA:

-Rodríguez Sánchez D., Sáez Martínez ME., Sánchez Jiménez RM., De Berná Mestre J., Guzmán Aroca F. Neumatosis quística en colonografía TC y correlación endoscópica. Rev. Esp Enferm Dig. 2013. 105 (8): 486-487.

- Chaput U, Ducrotté P, Denis P, Nouveau J. Pneumatosis cystoides intestinalis: an unusual cause of distal constipation. Gastroenterol Clin Biol 2010; 34:502.

-Wayne E, Ough M, Wu A, et al. Management algorithm for pneumatosis intestinalis and portal venous gas: treatment and outcome of 88 consecutive cases. J Gastrointest Surg 2010; 14:437.

LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO: IMAGEN ENDOSCÓPICA Y PECULIARIDADES DE SU TRATAMIENTO.

García Paredes, R; Gómez Lozano, M; Del Val Oliver, B; Gajownik, U; Marín Bernabé, C ; Gallego Pérez, B; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; García Belmonte, D; Martínez Crespo, JJ ; Nicolás De Prado, I; Rodríguez Gil, FJ; García Albert, A.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. Murcia.

INTRODUCCIÓN

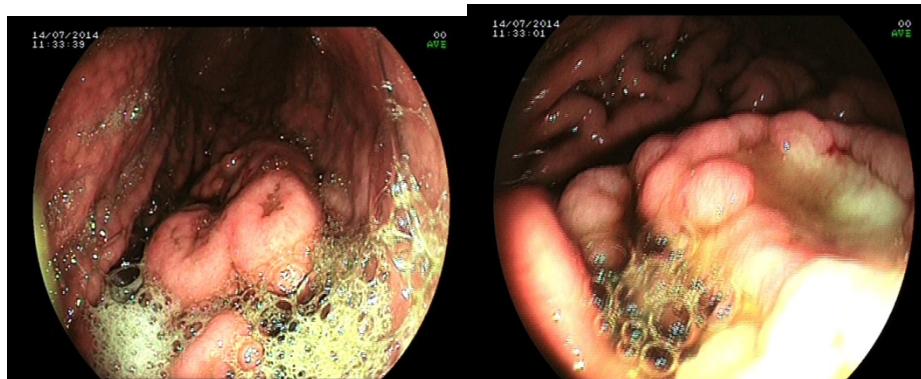
El linfoma gástrico primario representa el 5% de todas las neoplásicas gástricas malignas siendo éste el más frecuente de los linfomas extraintestinales, aunque hemos de saber que no es de los más comunes dentro de las patologías oncológicas gástricas. Las causas suelen ser multifactoriales, no existiendo una causa determinada, aunque parece estar asociado a la inflamación crónica provocada por bacteria *Helicobacter Pylori*. La clínica es inespecífica, el tratamiento no está bien establecido y el manejo es multidisciplinar.

DESCRIPCIÓN

Varón de 82 años que en los últimos 4 días presenta astenia y heces oscuras-negras. En la exploración, destaca la palidez mucocutánea y en la analítica urgente Hb 8.1 mg/dl. Realizamos esofagogastroscoopia observando esófago normal pero en cavidad gástrica, a nivel de cuerpo medio-bajo, se visualizan unos pliegues prominentes junto con una lesión de aspecto submucoso ulcerada con fibrina en superficie, sin signos de sangrado activo y consistencia dura a la toma de biopsia. Resto de exploración normal. Durante su ingreso, el paciente evoluciona favorablemente, sin nuevos episodios de sangrado, confirmando el estudio histológico que se trata de un linfoma NH, de células B tipo MALT e infección activa por HP.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de los linfomas gástricos se realiza mediante endoscopia con toma de biopsia, como en nuestro caso. Ante el diagnóstico de un linfoma MALT gástrico, es necesario siempre evaluar la posibilidad de una infección por *H. Pylori*, ya que si se confirma y el tumor está localizado en la pared gástrica como le sucede a nuestro paciente, el tratamiento de elección es el de erradicación del microorganismo, consiguiéndola en el 85-95% de los casos y la remisión completa del linfoma en un alto porcentaje (60-100%).



TUMOR DE GIST ILEAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA DE ORIGEN OCULTO

García Paredes, R. ; Gómez Lozano, M.; Gallego Pérez, B. ; García Belmonte, D. ; Gajownik, U.; Marín Bernabé, CM. ; Del Val Oliver, B; Martínez Crespo, JJ. ; Gómez Espín, R.; Egea Simón, E. ; Nicolás De Prado, I. ; García Albert, A. ; Rodríguez Gil, FJ.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA. Murcia

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de origen oculto se define como sangrado digestivo, cuya causa y localización son desconocidas tras la realización de la endoscopia alta y colonoscopia. Corresponde al 5% del total de los sangrados digestivos. Aunque un grupo de pacientes nunca vuelve a sangrar, al menos el 50% presentan episodios recurrentes de hemorragia digestiva. Las causas más frecuentes son las angiodisplasias del tracto digestivo y las lesiones sangrantes de intestino delgado. El paciente con sangrado de origen en delgado tiene un manejo complicado, dada la dificultad para acceder a esta parte del tubo digestivo.

DESCRIPCIÓN

Varón de 42 años que ingresa por melenas de 3 días de evolución. Niega ingesta de agentes gastrolesivos. No síndrome constitucional, aunque si refiere varios episodios autolimitados de heces oscuras en último año y medio.

A la exploración, palidez mucocutánea sin otros hallazgos y tacto rectal con heces melénicas. En Urgencias destaca analítica con hemoglobina de 5.2 y ecografía abdominal que informa de masa lobulada junto a colon ascendente, recomendando TAC abdomino-pélvico, que confirma la existencia de **masa sólida en fosa iliaca derecha entre las asas de intestino delgado**.

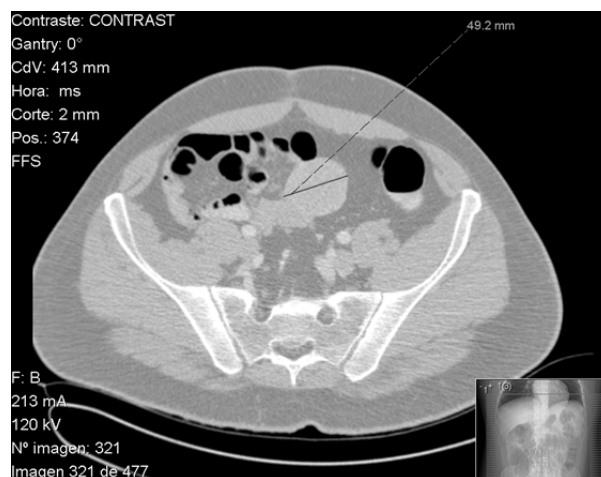
Se inicia tratamiento de soporte con estabilización del paciente tras lo cual se realiza colonoscopia urgente, que no aclara el origen del sangrado. En AngioTAC realizado se informa de la existencia de tumor desmoide de raíz del mesenterio como probable causa del sangrado. En este punto se decide intervención quirúrgica urgente, encontrando **tumoración en ileon de 7 cm**, resecando de forma segmentaria el intestino delgado. El paciente tras la cirugía evoluciona favorablemente, sin nuevos

episodios de sangrado y finalmente el estudio histológico muestra un **tumor de estroma gastrointestinal con diferenciación muscular**.

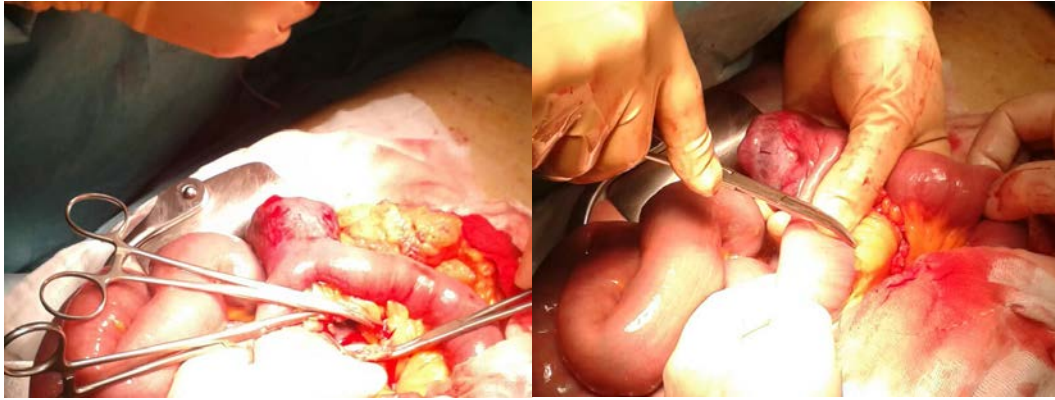
DISCUSIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan alrededor del 1% de todos los tumores primarios gastrointestinales. Su frecuencia real es aún desconocida y pueden surgir en cualquier parte del tracto gastrointestinal, siendo más frecuente su localización en estómago (50%) e intestino delgado (25%). Suelen presentarse de manera asintomática, siendo un hallazgo casual, pero en ocasiones pueden sangrar o provocar estenosis de la luz y la consiguiente obstrucción intestinal. Los tumores GIST intestino delgado que se localizan en yeyuno-ileon, son una causa rara de hemorragia digestiva baja . El origen del sangrado se debe a la ulceración de la mucosa y de la submucosa, que no necesariamente es secundaria a la infiltración tumoral.

Macroscópicamente se caracterizan por ser tumores bien delimitados que crecen en el espesor de la pared respetando generalmente la mucosa. La tinción inmunohistoquímica permite caracterizar a estos tumores con la positividad para CD117/c-KIT. El tratamiento depende de la localización y el tamaño del tumor, consistiendo fundamentalmente en la resección quirúrgica del mismo.



ANGIOTAC: Confirmación de tumor de intestino delgado como posible origen del sangrado



Imágenes intraoperatorias del tumor



Pieza quirúrgica: resección segmentaria de intestino delgado y tumor.

¿MEJORAN LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON UNA DIETA BAJA EN FODMAP?

Blanca Gallego Pérez; Juan José Martínez Crespo; Francisco Javier Rodríguez Gil; Daniel García Belmonte; Carmen María Marín Bernabé; Ursula Gajownik; Rocío García Paredes; María Gómez Lozano; Rosa María Gómez Espín; María Isabel Nicolás de Prado; Esperanza Egea Simón; Ana María García Albert

Introducción:

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal altamente prevalente en la población general, afectando aproximadamente al 10% de la misma, lo que traducido a una consulta de aparato digestivo, representa cerca de un 50%. Hay una gran variedad de tratamientos médicos así como terapias alternativas (psicoterapia, hipnosis, etc.) propuestas. En la actualidad, la dieta baja en FODMAP (que corresponde a las siglas en inglés de **F**ermentable **O**ligosaccharides, **D**isaccharides, **M**onosaccharides and **P**olyols) se basa en la eliminación de carbohidratos de lenta o difícil absorción y representa una nueva opción dietética terapéutica real y eficaz para la mayoría de los síntomas y calidad de vida de estos pacientes.

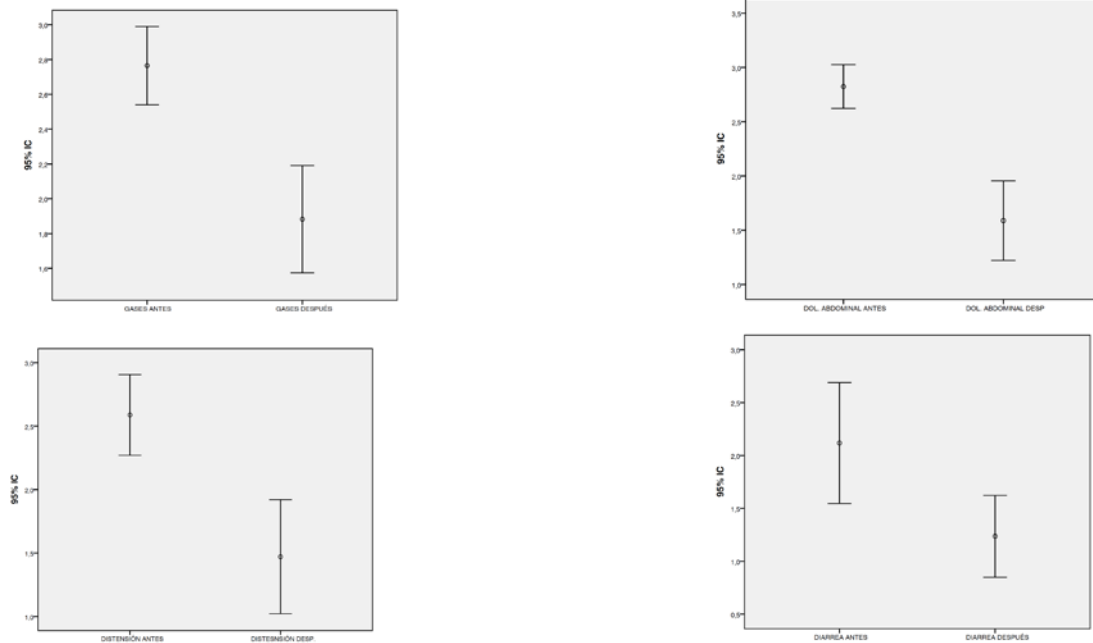
Material y métodos:

Se recluta un total de 25 enfermos con criterios de Roma III para SII con perfil de diarrea y mixto (alternancia de diarrea con estreñimiento). En la primera visita se les proporciona un cuestionario de síntomas (gases, dolor abdominal, hinchazón abdominal, ruidos abdominales, diarrea, ventosidades, diarrea/estreñimiento y cansancio o fatiga) relacionados con el SII con tienen que puntuar de 0 a 4 (ausencia, leve, moderado, severo) en función del grado de severidad de los mismos. Posteriormente se les proporciona una relación de alimentos desaconsejados y otros permitidos (dieta FODMAP adaptada ibsgroup.org) y transcurridos 60 días, se vuelve a evaluar la severidad de los síntomas siguiendo el mismo cuestionario.

Resultados:

De los 25 pacientes encuestados, 17 (68 %) siguió la dieta y 8 (32 %) no la cumplieron. Para evaluar el grado de mejora de los distintos síntomas en los pacientes cumplidores se utilizó una prueba T-Student para medias relacionadas ($p < 0,05$).

El estudio mostró que existía una mejora significativa de todos los síntomas en todos los pacientes encuestados tras el seguimiento de la dieta baja en FODMAP. Los síntomas que experimentaron una mejoría más significativa fueron la sensación de gases seguido del dolor abdominal, distensión y diarrea.



Conclusiones:

La dieta baja en FODMAP permite en nuestro estudio, el alivio total o parcial de síntomas frecuentes y en ocasiones invalidantes en pacientes diagnosticados de SII. A pesar del pequeño número de enfermos es importante detectar aquellas variables clínicas y biológicas para obtener el máximo beneficio clínico para ellos. También se ha de fomentar el cumplimiento de la dieta con la colaboración de expertos en dietética y nutrición para considerarla como un pilar más en el tratamiento del SII.

DEBUT INFRECLENTE DE ENFERMEDAD DE CROHN

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, R Gómez Espín, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

La colonoscopia es la principal exploración para el diagnóstico y manejo en la EII. Existe escasa bibliografía acerca de la prevalencia y los factores de riesgo en la perforación del intestino durante esta prueba en enfermos con EII. Su prevalencia es del 0.06-0.54%, dependiendo de los autores. Nos resulta interesante resaltar un caso de imágenes endoscópicas infrecuentes en la Enfermedad de Crohn con afectación colónica, que tras la biopsia ha presentado como complicación una perforación.

ENDOSCOPIA:

El varón, de 70 años, con antecedentes de trastorno delirante, ingresa por cuadro de diarrea intermitente, por lo que se le realiza colonoscopia diagnóstica. Al introducir el endoscopio, se observan úlceras pequeñas y aspecto ovalado rodeadas de mucosa aparente sin alteraciones, que conforme ascendemos se aprecian úlceras de gran tamaño, excavadas, de aspecto abigarrado (Fig 1), alcanzando los 50cm. Se toman biopsias observando laceración de la mucosa tras el procedimiento. Tras la exploración, el paciente presenta signos de perforación por lo que se decide sigmoidectomía parcial abarcando área de perforación y colostomía. En el estudio AP de muestras obtenidas se diagnóstica EII tipo Crohn.

COMENTARIOS:

La colonoscopia es un método seguro y eficaz de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones en EII. Aunque los datos actuales demuestran que el riesgo de perforación en esta población de pacientes

sigue siendo baja, la morbilidad asociada a esta complicación es alta. El caso que presentamos demuestra que entre los factores de riesgo de la perforación se encuentran la actividad inflamatoria y las úlceras de gran tamaño.

Figura 1.



DOLOR ABDOMINAL AGUDO, ASOCIADO A PATOLOGÍA RESPIRATORIA.

U. Gajownik, R. García Paredes, M. Gómez Lozano, B. del Val Oliver, B. Gallego Pérez, CM. Marín Bernabé, D. García Belmonte, MI Nicolás de Prado, E. Egea Simón, R Gómez Espín, FJ Rodríguez Gil, AM García Albert, JJ Martínez Crespo

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

u.gajownik@gmail.com

Introducción

El dolor abdominal es una de las causas más frecuentes de ingreso en el Servicio de Aparato Digestivo. Es un síntoma que puede aparecer en la mayoría de los trastornos intraabdominales, sin embargo en ocasiones puede ser una manifestación de afecciones localizadas fuera de la cavidad abdominal. Nos resulta interesante resaltar un caso de causa infrecuente de dolor abdominal.

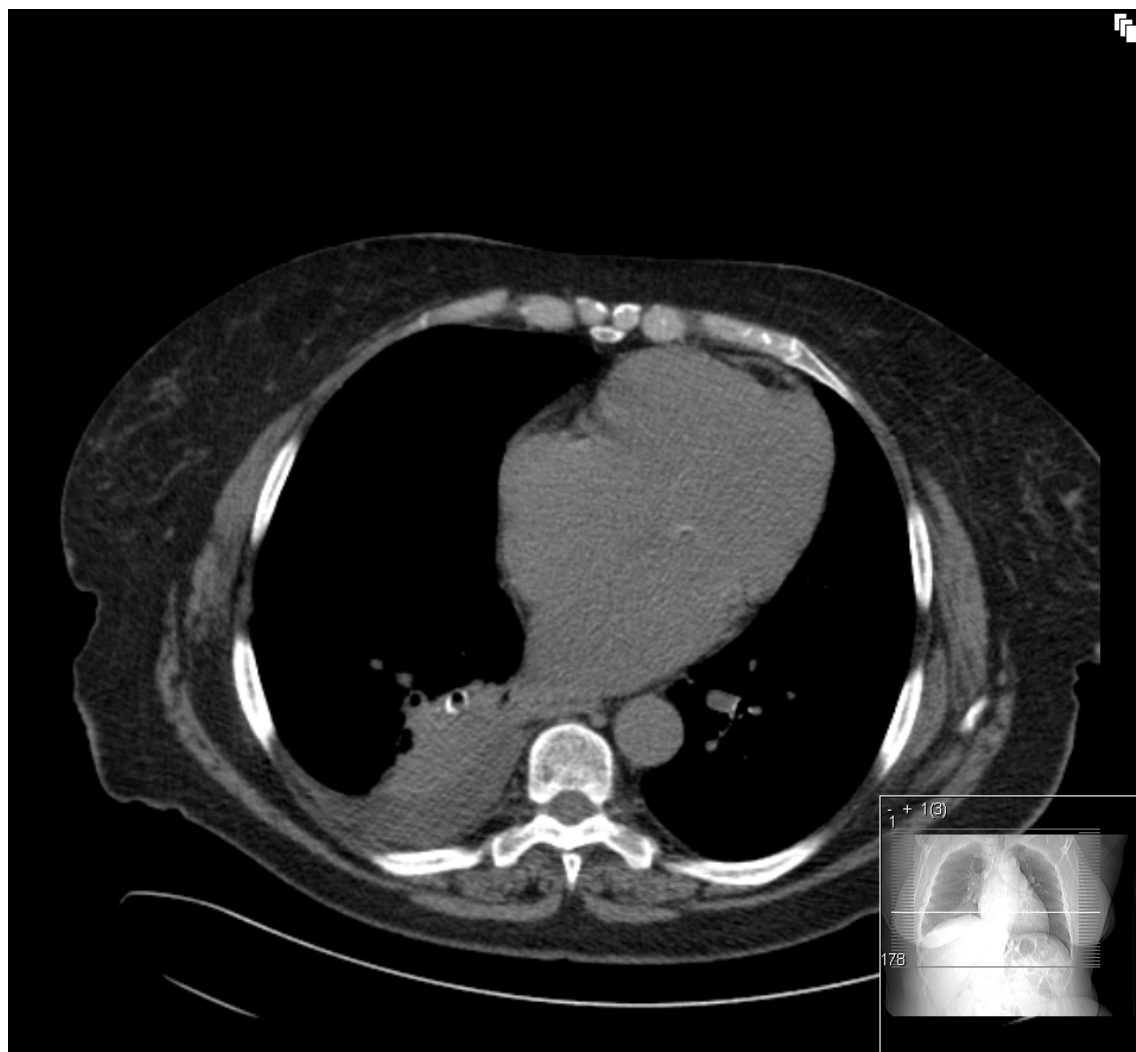
Caso clínico

Una mujer de 66 años, con antecedentes de FA crónica anticoagulada y gastroplastía vertical anillada hace 20 años, ingresa por dolor epigástrico tras realización de esofagogastroscoopia, asociado a náuseas y dolor intermitente en hipocondrio derecho. No ha presentado tos ni fiebre. En Urgencias se le realiza una radiografía de tórax PA y analítica sin observar alteraciones. Durante el ingreso se repite la esofagogastroscoopia, observando un muñón gástrico con mucosa normal. Se realiza TC abdominal y en los cortes torácicos, se visualiza condensación basal derecha con cavitación (Fig 1). Posteriormente se le realiza broncoscopia evidenciando tumoración a nivel de LID, con estudio AP de inflamación aguda inespecífica. La paciente evoluciona favorablemente tras antibioticoterapia empírica.

Comentarios

Hay publicaciones que aportan casos de neumonía con presentación de dolor abdominal agudo en niños, aunque no con tanta frecuencia en adultos. En el caso de la neumonía, el mecanismo del dolor abdominal referido se fundamenta en la distribución anatómica de las áreas corporales que son inervadas por una misma raíz nerviosa (dermatomas). El caso que presentamos demuestra que tenemos que incluir dentro del diagnóstico diferencial de este síntoma, a las patologías respiratorias, para así no demorar un tratamiento adecuado.

Figura 1



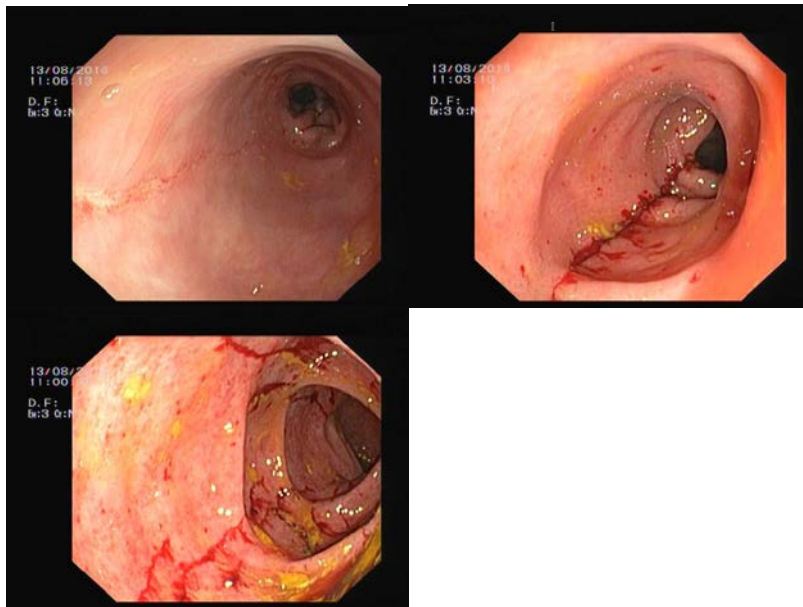
ULCERAS LINEALES COMO PRESENTACIÓN DE COLITIS COLÁGENA

Autores: María Muñoz Tornero, Roxanna Elisabeth Crespín Jijón, Gabriel Carrilero Zaragoza, Antonio Sánchez Torres, Eduardo Sánchez Velasco, Ana Pereñíguez López, Elena Navarro Noguera, Esther Estrella Díez, Gonzalo Antón Ródenas y Fernando Carballo Álvarez.

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso clínico de una mujer de 80 años con antecedentes de HTA y DLP que ingresa por diarrea crónica sin productos patológicos ni fiebre junto con pérdida de 8 kgs de peso en 4 meses. Analíticamente destacaba VSG 65, PCR 9, sin leucocitosis. Estudio de parásitos en heces, coprocultivos y toxina *Clostridium difficile* fueron negativos. Hormonas tiroideas normales. Serología de celiaquía negativa. Acude a nuestro servicio para realización de endoscopia como parte del estudio durante su ingreso.

ENDOSCOPIA: Recto y sigma de aspecto normal. En colon trasverso aparecen ulceraciones lineales cubiertas de fibrina, que al progresar con el endoscopio se vuelven más profundas, abigarradas y serpinginosas obligando a suspender la endoscopia en colon ascendente por riesgo de perforación. Se tomaron biopsias de las ulceraciones en múltiples tramos.

COMENTARIOS: El estudio anatómo-patológico reveló colitis colágena como diagnóstico. Tras la colonoscopia la paciente comenzó con dolor abdominal intenso, por lo que se hizo radiografía y TAC abdominal urgente con neumoperitoneo. Se realizó laparotomía exploradora sin localizar perforación. Postoperatorio favorable y fue dada de alta en tratamiento con budesonida. El caso destaca por las imágenes inusuales de la endoscopia, dado que la mayoría de las colitis colágenas suele revelar una mucosa macroscópicamente normal. La aparición de desgarro longitudinal de la mucosa colónica en forma de ulceraciones lineales serpinginosas debe servir como signo de alarma y presagio de perforación en estos pacientes y suspender la endoscopia debido al efecto mecánico que puede causar la insuflación.



Título: POLIPECTOMIA DE POLIPO PLANO, COMPLICACIONES Y RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA.

Autores: María Muñoz Tornero, Fernando Alberca de las Parras, Juan Egea Valenzuela, Francisco Javier Álvarez Higuera, Gonzalo Antón Ródenas, Elena Navarro Noguera, Esther Estrella Díez, Eduardo Sánchez Velasco, Ana Pereñíguez y Fernando Carballo Álvarez.

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia.

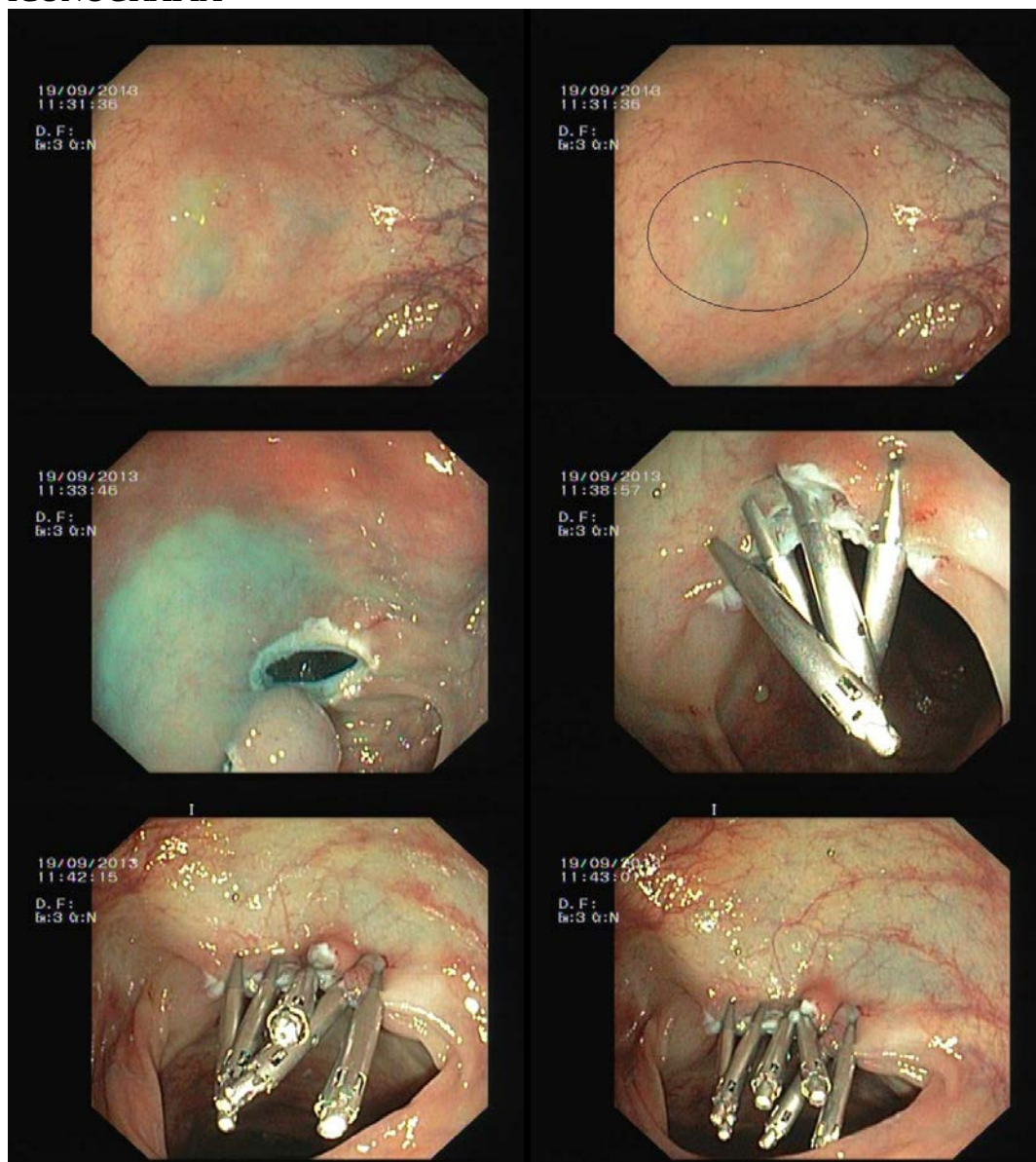
Introducción: Presentamos caso clínico de paciente de 46 años, previamente sano, que acude de forma programada a realizarse colonoscopia, solicitada como parte de estudio de diarrea subaguda.

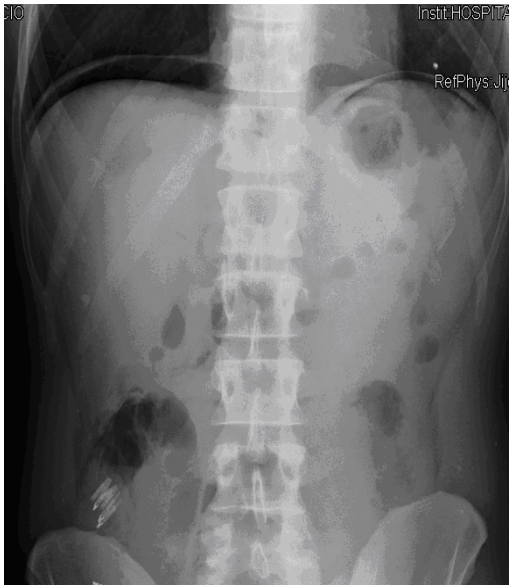
Endoscopia: Se progresa hasta fondo cecal por un colon bien preparado pero largo y tortuoso, apreciando algunos pólipos planos. En ascendente se aprecia sobre un pliegue un pólipo de 18-20 mm, plano, que tras evidenciar límites tras instilación de Indigo-Carmin procedemos a su polipectomía previa sobreelevación con Adrenalina 1/10000. Sin embargo, tras cierre del asa de polipectomía, se aprecia un amplio orificio. Como la luz está limpia y no sale contenido a peritoneo, decidimos colocar 6 endoclips cerrando de forma completa la luz.

Tras la perforación y posterior terapéutica con endoclips, remitimos al paciente para ingreso, pautándole antibiótico intravenoso y dieta absoluta. Clínicamente el paciente ha aquejado los primeros días post ingreso molestia abdominal sin peritonismo ni fiebre con ventoseo desde el principio y deposiciones normales al tercer día de ingreso. Analíticamente sin leucocitosis ni reactantes de fase aguda. En la radiología de abdomen destaca neumoperitoneo bilateral y visualización de los endoclips colocados mediante endoscopia. Tras 6 días de ingreso con evolución favorable y progresión en la dieta el paciente es dado de alta.

Comentarios: El conocer los diferentes sistemas de cierre de la pared intestinal permite convertir una complicación grave con indicación quirúrgica urgente en una complicación con resolución endoscópica. Existen diferentes métodos de cierre, siendo los más habituales los sobreclips Ovesco y los endoclips endoscópicos. En este caso se decidió colocar endoclips por localizarse la perforación en colon ascendente (y así evitar tener que sacar el endoscopio y reintroducir), por la buena orientación de la perforación con respecto al endoscopio y por la disponibilidad de estos clips en nuestras salas de endoscopia.

ICONOGRAFIA





COMPLEJOS DE VON MEYENBURG, UN HALLAZGO ECOGRAFICO CASUAL.

Estrella Diez, Esther; Álvarez Higuera, Francisco Javier; Sánchez Velasco, Eduardo; Garre Sánchez M.Carmen; Egea Valenzuela, Juan; Carrilero Zaragoza, Gabriel; Navarro Noguera, Elena; Pereniguez López, Ana; Jijón Crespín, Roxanna E., Carballo Álvarez, Luis Fernando.

Unidad de Gestión Clínica Aparato Digestivo, Hospital Clínico universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Presentamos caso clínico correspondiente a un hombre de 50 años sin alergias conocidas, Ingesta de alcohol moderado de 40 gramos al día , no hipertenso, no diabético, no dislipemico, con Carcinoma epidermoide de amigadala derecha tratado con quimioterapia y radioterapia, actualmente en remisión. Crisis epilépticas puntuales hace 10 años secundario a un accidente cerebrovascular transitorio de territorio de arteria vertebrobasilar . Es derivado a consulta externa de digestivo por presentar colestasis disociada en un ingreso marzo del 2014 en el servicio de neumología por neumonía con empiema cuya analítica es GOT 130, GPT 83, FA 239, GGT 1912, Bilirrubina total normal y una colangiorensonancia informada como normal.

En la primera consulta el paciente refiere tener ingesta activa de alcohol, por lo que se recomienda abstenerse de alcohol y ser nuevamente valorado pasado tres meses con control analítico. En la revisión ya no consume alcohol y en la analítica presenta GOT 59, GPT 56, Gamma GT 214, FA 189, Bilirrubina total 0.25, Anticuerpos no órgano específicos negativos y serología viral negativa. Se solicita una ecografía abdominal en nuestra unidad con analítica control y nueva revisión.

En la ecografía presenta hígado de tamaño normal, con bordes finamente irregular y textura granular con mínimas Lesiones Ocupantes de Espacio (LOES) anecogénicas en todo el parénquima, sugestivos de complejos de Von Meyenburg. Vasos hepáticos permeables y normales. Vesícula y vía biliar normal y sin otras alteraciones. La analítica presenta GOT y GPT normales, Ganma GT 270, FA 110, bilirrubina normal, y persistencia de ingesta de alcohol pero en pequeñas cantidades semanales. Ante los hallazgos y se sugiere control analítico cada 6 meses y abstinencia del alcohol.

COMENTARIO.

Complejos de Von Meyenburg son hamartomas de la vía biliar, pequeñas lesiones que consisten en dilataciones de ductos biliares intrahepática con fibrosis periductual. Son una entidad benigna cuyo diagnostico es por la observación de las lesiones solidoquisticas en la ecografía abdominal.

Suelo ser un hallazgo casual. Cuando hay múltiples lesiones, puede haber aumento de la Gamma GT . Aunque es una entidad que no representa relevancia clínica se han descrito casos aislados de colangiocarcinoma periféricos asociados a hamartomas.



ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE TIPS EN LA ACTUALIDAD EN EL HCUVA: AÑOS 2013-2014.

Sánchez Velasco, Eduardo. Pereñíguez López, Ana. Muñoz Tornero, María. Antón Ródenas, María. Egea Valenzuela, Juan. Álvarez Higuera, Fco Javier. Estrella Díez, Esther. Navarro Noguera, Elena. Miras López, Manuel. Carballo Álvarez, Luis F.

Introducción

La utilización de una derivación porto-sistémica (TIPS) colocada por radiología intervencionista es desde hace unos años, un tratamiento útil para conseguir una reducción efectiva de la Hipertensión Portal, y con ello controlar sus complicaciones.

Objetivo

Revisar cual es, en la actualidad, las características del paciente que se somete a un TIPS, las indicaciones del procedimiento, sus complicaciones y su efectividad.

Material y métodos:

Analizamos los TIPS colocados desde el comienzo del año 2013 hasta octubre de 2014 en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca: 18 pacientes (a 4 de ellos se les repitió el procedimiento), para un total de 22 intervenciones de colocación de TIPS o de reajuste del mismo.

Resultados:

- 18 pacientes fueron sometidos a un TIPS: 13 varones y 5 mujeres. La edad media en los mismos fue de 53.77 años. En 4 de ellos se repitió el procedimiento, para reajuste.
- 1 de los 18 pacientes era transplantado hepático.
- De las 22 procedimientos realizados: 12 fueron programados y 10 urgentes.
- Indicaciones: 7 se indicaron por ascitis refractaria y 11 por hemorragia por varices esofágicas o gástricas. Resto otras causas: Sd. de Budd-Chiari, hemorragia por angiodisplasias intestinales, hemorragia por varices ectópicas de pared abdominal o reajuste del TIPS por encefalopatía tras su colocación.
- Tras la colocación del TIPS el 59,1 % de los pacientes tuvieron una mejoría clínica, por lo que puede considerarse efectivo.
- 7 de los 22 pacientes sufrieron un exitus a corto-medio plazo debido al avanzado estado de su hepatopatía.
- Complicaciones: en 3 casos (14,3 %) se encuentra una impermeabilización temprana del TIPS, y en al menos 2 casos (9,5 %) se produce encefalopatía hepática secundaria a su colocación. No hay registrado ningún caso de hemorragia intraperitoneal ni de migración del stent en este periodo.

Conclusiones:

- En la actualidad el TIPS es un procedimiento útil para el control del paciente con complicaciones de la cirrosis con HT Portal, con muy buenos resultados.
- La ascitis refractaria como indicación de TIPS programado, y la hemorragia digestiva por varices esofágicas o gástricas no controlable endoscópicamente, como indicación de TIPS urgente, son las causas más frecuentes.

Bibliografía

- AASLD Practice Guidelines: The Role of Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) in the Management of Portal Hypertension. Boyer et Haskal. Hepatology. 2010.

AFECTACIÓN COLÓNICA COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD DE BEHCET

L. Sevilla Cáceres, V. Sastre Lozano, M. Torregrosa Lloret, A. Martín Castillo, J.P. Rincón Fuentes, A. Maté Ambélez, P. Montoro Martínez, J.J. Vicente López, R. Baños Madrid, P. Romero Cara, S. Morán Sánchez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)

Servicio Aparato Digestivo

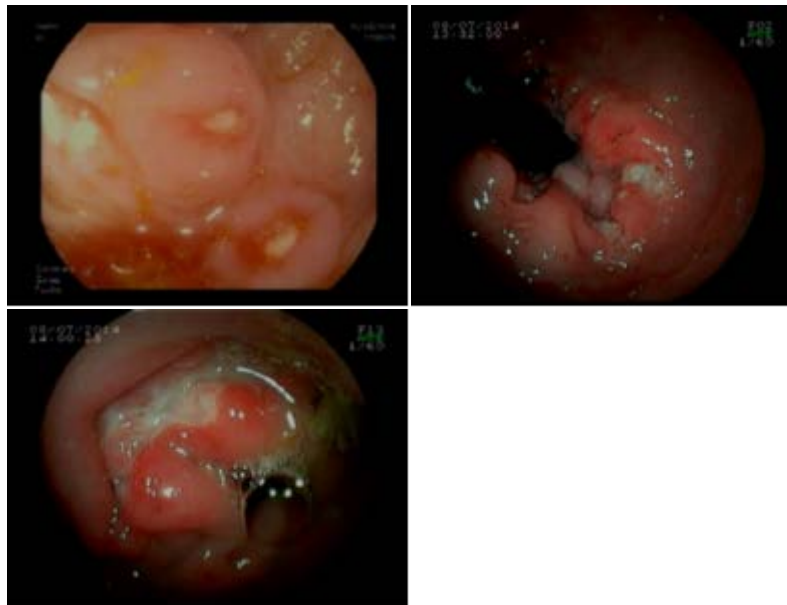
INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un varón de 73 años que acude a consulta de digestivo por rectorragia. Entre sus antecedentes personales destaca uveítis posterior. Historiando al paciente refiere aftas orales y genitales dolorosas y recurrentes.

ENDOSCOPIA

Solicitamos:

- **Colonoscopia:** apreciamos el canal anal ulcerado en toda su circunferencia con úlceras longitudinales y de fondo fibrinado, con mucosa circundante de aspecto inflamatorio. Desde recto hasta ciego se aprecian múltiples ulceraciones, la mayoría no confluentes, siendo más numerosas y profundas en colon ascendente. Se realiza ileoscopia que resulta normal.



Evolución clínica: Dados los hallazgos endoscópicos, y la clínica del paciente, se decide dejar ingresado para completar estudio. En analítica destaca: leucocitosis con neutrofilia, PCR 15, resto normal. Además presenta HLA B51 positivo. Finalmente el paciente es diagnosticado de enfermedad de Behcet con afectación

colónica. Actualmente se encuentra en tratamiento corticoideo con importante mejoría clínica.

COMENTARIOS

La enfermedad de Behçet presenta escasa prevalencia en nuestro medio, siendo la manifestación inicial más frecuente las aftas orales recidivantes, que se consideran un criterio diagnóstico indispensable. Los síntomas gastrointestinales aparecen en un 25% de los pacientes. Las úlceras gastrointestinales se localizan preferentemente en íleon (75%), aunque también se pueden localizar en ciego (42%), colon transverso y colon ascendente, siendo el resto, localizaciones menos frecuentes. En nuestro caso la distribución de las úlceras es difusa (uno de los patrones menos frecuente). En todo caso, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con la enfermedad inflamatoria intestinal, teniendo en cuenta que la histología muchas veces no permite diferenciar ambas entidades.

ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA HEPÁTICA, UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

L. Sevilla Cáceres, P. Martínez García, M. Torregrosa Lloret, V. Sastre Lozano, I. García Tercero, J.J. Vicente López, J.M. Candel Erenas, J.J. Martín Ibañez, R. Baños Madrid, P. Romero Cara, S. Morán Sánchez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Servicio Aparato Digestivo

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hepática veno-oclusiva se caracteriza por una afección provocada por una lesión tóxica de los sinusoides hepáticos, que conduce a la obstrucción de las vénulas hepáticas. Es una enfermedad rara, aunque se desconoce su prevalencia.

DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un varón de 39 años, natural de Marruecos, sin antecedentes de interés, derivado a consulta de Digestivo por ictericia y elevación de GGT (645 UI/L) y Fosfatasa Alcalina (156 UI/L). El paciente refería ictericia y astenia de 4 meses de evolución, con dolor en hipocondrio derecho. Dicho cuadro comenzó estando de viaje en su país de origen, en el que inició tratamiento con hierro oral e infusiones de medicina tradicional tras presentar anemia.

A la exploración física destacaba tinte ictérico de conjuntivas y hepatomegalia de un través de dedo, siendo el resto de la exploración normal.

Pruebas solicitadas:

-Analítica: destaca bilirrubina total 3.9 mg/dl (directa 1.3 mg/dl, indirecta 2.6 mg/dl), GGT 508 UI/L, Fosfatasa Alcalina 131 UI/L, resto con función renal, hemograma y marcadores tumorales normales.

-Serología: VHA, VHB, VHC, VIH, lues, Coxiella Burnetti, Brucella y Salmonella negativos. CMV IgM negativo Ig G positivo, VEB IgM negativo Ig G positivo.

-Ecografía Abdominal: destaca aumento de tamaño del lóbulo hepático izquierdo, con bordes ligeramente abollonados. Hallazgos confirmados posteriormente mediante TAC abdominal.

-Ecografía doppler hepática: se visualizan los vasos suprahepáticos permeables. Aumento de calibre de la suprahepática izquierda con flujo aumentado de velocidad. Además existen colaterales venosas intrahepáticas en el lóbulo hepático izquierdo, de significado patológico. Flujo portal normal.

-**Manometría hepática:** a nivel de lóbulo hepático derecho muestra un gradiente de presión porto-sistémico de 20 mmHg, siendo en lóbulo hepático izquierdo de 23 mmHg.

-**Biopsia hepática:** compatible con obstrucción del flujo venoso de carácter subagudo con discretos signos regenerativos.

Evolución: Datos los hallazgos anatomopatológicos y el aumento de los gradientes de presión suprahepática pensamos que el cuadro puede corresponder a una enfermedad veno-oclusiva hepática causada por ingesta de infusiones de alcaloides de pirrolizidina. Actualmente, el paciente se revisa en consulta de forma periódica para detectar posibles complicaciones que sean subsidiarias de algún tipo de tratamiento.

DISCUSIÓN

Hasta un 10% de los pacientes con enfermedad veno-oclusiva pueden estar asintomáticos por un largo período, como también pueden progresar rápidamente a la insuficiencia hepática, o en cursos crónicos a la cirrosis hepática. Se han identificado zonas endémicas donde esta patología se asocia al consumo de infusiones que contienen alcaloides de pirrolizidina (como el caso que nos ocupa). En cuanto al tratamiento, debe eliminarse la causa, dando un manejo más bien sintomático. En algunos casos, se ha considerado el trasplante hepático.

CAUSA POCO FRECUENTE DE AFECTACIÓN RENAL BILATERAL

L. Sevilla Cáceres, M. Torregrosa Lloret, V. Sastre Lozano, P. Martínez García, A. Maté Ambélez, P. Montoro Martínez, J.P. Rincón Fuentes, J.J. Vicente López, I. García Tercero, J.M. Candel Erenas, J.J. Martín Ibañez, S. Morán Sánchez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).
Servicio Aparato Digestivo

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis autoinmune es una entidad muy infrecuente que constituye cerca de 5 % de los casos de pancreatitis crónica. Así mismo el 5% de los casos de cirugía pancreática corresponde a patología benigna, entre los que se encuentra esta patología. Presentamos el caso de un paciente que tras resección pancreática fue diagnosticado de pancreatitis autoinmune asociada a colangitis esclerosante.

CASO CLÍNICO

Varón de 74 años, sin antecedentes de interés, ingresado en el servicio aparato digestivo por ictericia, coluria y acolia.

- **Ecografía abdominal:** destaca dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, En proceso uncinado del páncreas se identifica masa de 4 por 4 cm, con dilatación del conducto pancreático principal.
- **TAC abdominal:** lesión hipocaptante bien delimitada que obstruye colédoco y Wirsung.

Evolución: ante la alta sospecha de neoplasia de páncreas se deriva a cirugía y se programa duodenopancreatectomía cefálica, con resultado anatómopatológico de pancreatitis crónica intensa. Al mes de la intervención el paciente acude a Urgencias por ictericia severa. Se realiza CTPH con vía biliar intrahepática dilatada y segmentos estenóticos de la vía biliar extrahepática; TAC abdominal dilatación de la vía biliar intrahepática; y analítica donde destaca Ig G elevada, Ca 19.9 elevado y resto de marcadores y autoanticuerpos negativos. De esta forma el paciente es diagnosticado de pancreatitis autoinmune con colangitis asociada. Se inicia tratamiento con esteroides con buena respuesta clínica, analítica y radiológica.

COMENTARIOS

La pancreatitis autoinmune es una entidad que comparte características clínicas y morfológicas de pancreatitis aguda y crónica. Existe cierto predominio en varones de edad media. La presencia de estenosis difusa e irregular del wirsung, junto con niveles elevados de IgG4, presencia de determinados autoanticuerpos e infiltración linfoplasmocitaria de páncreas son la clave del diagnóstico. El diagnóstico diferencial se establece con el cáncer de páncreas, pancreatitis crónica, cirrosis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria. Tiene excelente respuesta a tratamiento esteroideo, con resolución completa de parámetros clínicos, analíticos y radiológicos.

INFECCIÓN POR VIRUS VARICELA ZOSTER COMO CAUSA DE PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

L. Sevilla Cáceres, I. García Tercero, M. Torregrosa Lloret, V. Sastre Lozano, P. Martínez García, J.P. Rincón Fuentes, F. Carrión García, J.M. Candel Erenas, J.J. Martín Ibañez, R. Baños Madrid, P. Romero Cara, S. Morán Sánchez

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Servicio Aparato Digestivo

INTRODUCCIÓN

El virus varicela-zoster causa dos entidades clínicas diferentes: la varicela que resulta de la infección primaria por el virus y el herpes zoster que se produce por su reactivación, cuando por cualquier causa se produce una depresión de la inmunidad celular. Prácticamente todos los individuos se infectan en el curso de su vida.

DESCRIPCIÓN

Se presenta el caso de un varón de 67 años, con hipertensión arterial, como único antecedente personal, que ingresa en el servicio de Digestivo por cuadro subagudo de dolor abdominal generalizado acompañado de náuseas, vómitos y alteración en el ritmo intestinal, sin fiebre ni otra sintomatología.

A la exploración física destaca la presencia de lesiones pápulo-eritematosas, con vesículas y ampollas localizadas en espalda, cara anterior de tronco y raíces de ambos miembros superiores. Además presenta el abdomen distendido y doloroso a la palpación profunda de forma generalizada.

Se realizan las siguientes exploraciones complementarias.

-**Analítica:** donde destaca PCR 9, AST 77, ALT 121, función renal, iones, ácido fólico, vitamina B12 y marcadores tumorales normales.

-**Rx Abdomen:** muestra dilatación de colon transversal, con ausencia de aireación en colon izquierdo y en recto.

-**Ecografía y TAC abdominal:** no se identifican hallazgos significativos.

-**Serología:** VVZ IgM + Ig G +, VEB negativo, CMV Ig G + Ig M -, VHS IgG + IgM-, VIH -

-**Gastroscopia:** únicamente se visualiza pequeña úlcera superficial fibrinada situada en región prepilórica.

-**Colonoscopia:** no se aprecian lesiones hasta ciego.

Evolución: Durante su ingreso el paciente evoluciona de forma favorable con tratamiento analgésico, relacionando el cuadro por el que ingresa como secundario a

infección por el virus de la varicela zoster, que puede ocasionar dolor abdominal por afectación serosa. En este caso no fue necesario instaurar tratamiento antivírico dada la mejoría de los síntomas y signos presentados inicialmente.

Nos ha parecido interesante la presentación de este caso clínico dado que la afectación abdominal por el virus de la varicela zoster es raro encontrarla y en ese caso suele tratarse de pacientes inmunocomprometidos, sin embargo, en el caso que nos ocupa se trataba de un paciente inmunocompetente.

DISCUSIÓN

En infección por el virus varicela zoster las complicaciones viscerales pueden producirse en el 10% de los pacientes inmunodeprimidos, siendo excepcionales en pacientes inmunocompetentes.

La neuropatía motora visceral del aparato digestivo es consecuencia de la afectación del sistema nervioso autónomo extrínseco por el virus diseminado desde los ganglios de las raíces dorsales. Así, se ha asociado a la pseudoobstrucción de colon y a gastroparesia transitoria, con pronóstico favorable al haberse observado la resolución de las alteraciones digestivas en pocos días.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DEBIDO A BRIDA CONGÉNITA EN MUJER JOVEN
M, Torregrosa Lloret; A, Maté Ambélez; I, García Tercero; L, Sevilla Cáceres; VM, Sastre
Lozano; P, Montoro Martínez; S, Morán Sánchez; S, Serrano Ladrón de Guevara; P, Romero
Cara
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA

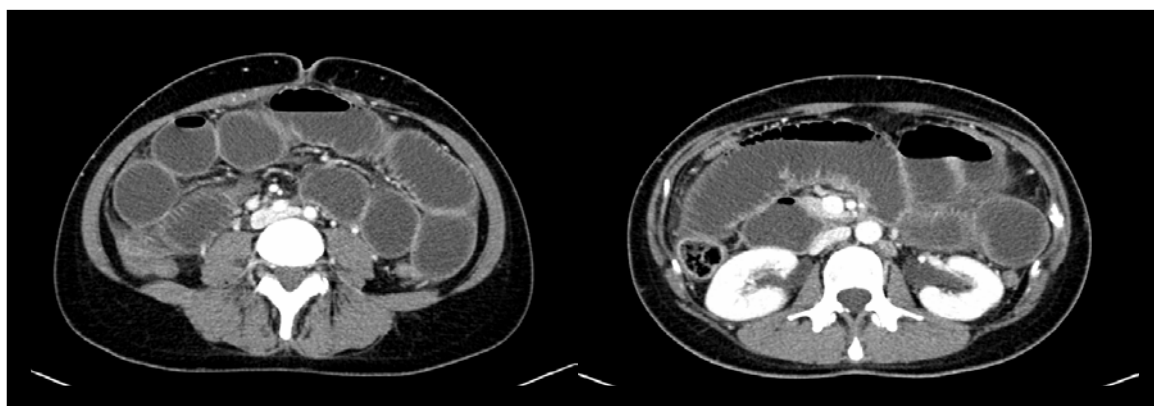
INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal causa el 20% de las admisiones quirúrgicas por abdomen agudo. En el 60-85% se localizan en intestino delgado y más del 60% de las mismas son debidas a adherencias postquirúrgicas.

Se presenta el caso de una mujer que ingresa por cuadro sugestivo de oclusión intestinal sin antecedentes quirúrgicos previos.

CASO CLINICO

Mujer de 34 años sin antecedentes previos que ingresa con un cuadro de distensión abdominal y dolor difuso discretamente focalizado a nivel de FID, acompañado de sensación nauseosa y vómitos, sin deposiciones ni ventoseo de 24 horas de evolución. A la exploración destaca abdomen distendido, blando y depresible, doloroso a nivel de FID e hipogastrio, con ruidos hidroaéreos casi ausentes. Analíticamente destaca leucocitosis con desviación izquierda y elevación de PCR. La radiografía de abdomen al ingreso muestra dilatación patológica de asas de delgado, sin aireación en colon izquierdo ni ampolla rectal. Se solicita ecografía abdominal que descarta apendicitis aguda sin aportar mayor información. En planta de deja en dieta absoluta con sonda nasogástrica y se solicita TAC abdominal que informa de obstrucción intestinal distal secundario a brida o hernia, con volvulación intestinal con poco realce de la pared probablemente isquémica. Se realiza laparotomía urgente hallando oclusión intestinal secundaria a brida congénita, realizando adhesiolisis y resección de 35 cm de intestino delgado y anastomosis termino-terminal. La anatomía patológica informó de necrosis isquémico-hemorrágica de la pared del intestino resecado. La paciente presentó buena evolución y fue dada de alta.



DISCUSIÓN

Las urgencias quirúrgicas más frecuentes del intestino delgado son las obstrucciones, la gran mayoría secundarias a adherencias postquirúrgicas, seguidas de hernias, tumores, invaginaciones, cálculos biliares o complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal. Las bridas congénitas representan el 3% de las obstrucciones intestinales, afectan principalmente al intestino delgado y son extremadamente infrecuentes en adultos. Se suelen presentar como obstrucción intestinal a nivel del divertículo de Meckel, ligamento de Treitz o remanente del conducto vitelino. Causan obstrucción bien por atrapamiento del intestino entre la banda y el mesenterio o por compresión del

intestino. El diagnóstico preoperatorio mediante técnicas de imagen es difícil y el tratamiento quirúrgico temprano está indicado, siendo la laparoscopia una técnica posible de diagnóstico y tratamiento. Ante un paciente joven con clínica de obstrucción intestinal sin antecedentes previos de cirugía, infección abdominal, enfermedad inflamatoria intestinal o trauma, se debe incluir la brida congénita en el diagnóstico diferencial.

GRAN DIVERTÍCULO A NIVEL DE ESÓFAGO DISTAL

**M,Torregrosa Lloret; JJ, Martín Ibañez; L, Sevilla Cáceres; VM, Sastre Lozano;
I, García Tercero; JM, Candel Erenas; P, Montoro Martínez; S, Morán Sánchez
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA**

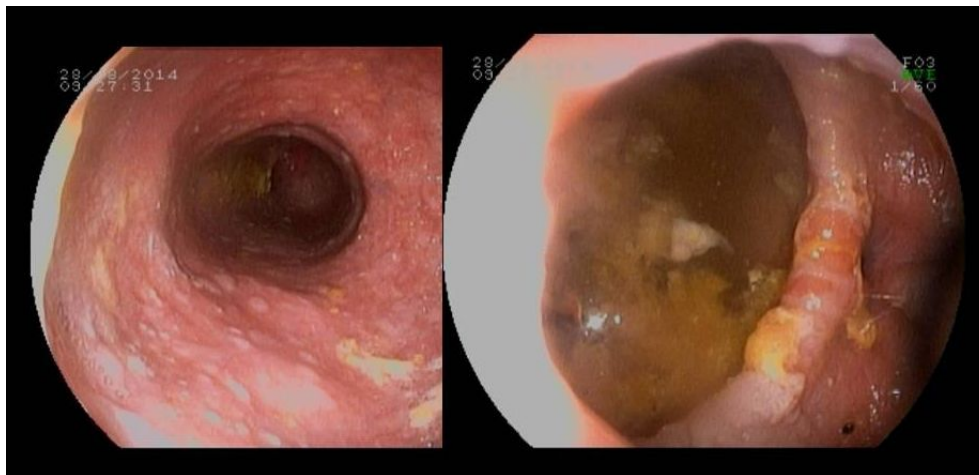
INTRODUCCIÓN:

Varón de 72 años con los únicos antecedentes de fractura-aplastamiento de L4 tras accidente y antecedente Urológico de hiporreflexia vesical.

Acude a consultas de Digestivo por cuadro de atragantamientos intermitentes y episodios de regurgitación de meses de evolución.

GASTROSCOPIA, destaca:

Se aprecia esófago con calibre dilatado, con restos alimenticios que ascienden desde transición y con una mucosa de ectasis, macerada. A 38 cm de la arcada dentaria, se aprecia doble luz en relación a la presencia de gran divertículo esofágico con abundante contenido junto a la transición esofágica.



COMENTARIOS:

Los divertículos son evaginaciones de la pared de aspecto sacular, son frecuentes en el colon, mientras que en el tracto digestivo superior abundan menos. En el esófago, y en cuanto a su mecanismo de producción, pueden aparecer por tracción de adherencias o por cicatrices periesofágicas, o bien deberse al aumento de presión intraluminal generalmente secundaria a un trastorno motor como la acalasia o el espasmo difuso. Las manifestaciones clínicas son variables dependiendo del tamaño y de su localización. La mayoría de las veces son asintomáticas pero pueden causar, como en nuestro caso, clínica de disfagia y regurgitaciones.

HALLAZGO ANATOMOPATOLÓGICO DE PÉNFIGO EN MUESTRA DE MUCOSA ESOFÁGICA OBTENIDA TRAS EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

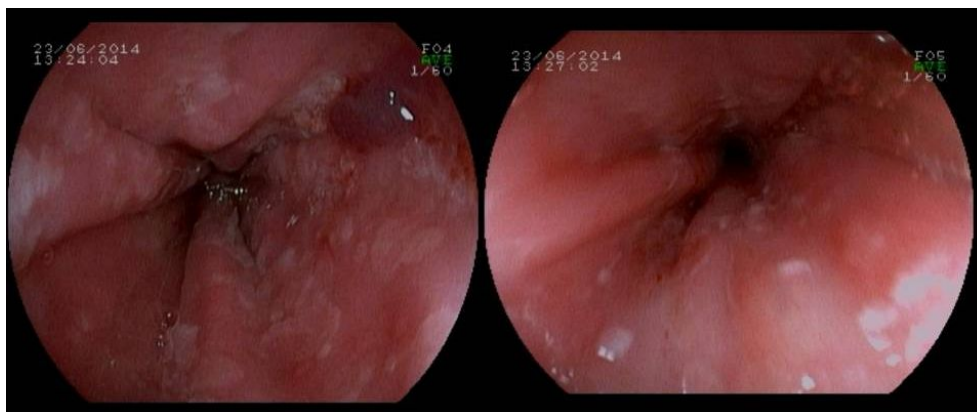
**M, Torregrosa Lloret; P, Montoro Martínez; L, Sevilla Cáceres; VM, Sastre Lozano; F, Carrión García; I, García Tercero; S, Morán Sánchez
HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA**

INTRODUCCIÓN:

Varón de 72 años con antecedentes de enfisema bulloso bilateral y pénfigo laríngeo intervenido mediante resección parcial de epiglotis. Acude a Urgencias por sensación de cuerpo extraño.

GASTROSCOPIA, destaca:

Esófago: Se visualiza cuerpo extraño cárnico localizado a nivel de tercio medio que se extrae mediante cesta de Roth. Presencia de terciarismos esofágicos. Mucosa en tercio superior de aspecto inflamatorio con empedrados blanquecinos que se biopsia, produciéndose tras las mismas grandes socavones.



EVOLUCIÓN:

Tras extracción de cuerpo extraño alimenticio se da cita para consultas de Digestivo para seguimiento y resultado de las biopsias.

Siendo las biopsias de esófago compatibles con signos de inflamación aguda asociada a una lesión acantolítica sugestiva de pénfigo.

Una vez en consulta se informa de los resultados y se deriva al paciente a consultas de Medicina Interna para completar estudio.

COMENTARIOS:

Los pénfigos son un grupo de enfermedades ampollosas de piel y mucosas caracterizadas clínicamente por presencia de ampollas y erosiones, histológicamente por despegamiento intraepidérmico (acantólisis) e inmunopatológicamente por anticuerpos dirigidos contra estructuras de unión entre queratinocitos. Existen varias formas de pénfigos, en relación a la clínica y el tipo de anticuerpo detectado.

En cuanto a la afectación esofágica, la presencia de ampollas es característica, se trata de grandes bullas, con frecuencia serohemáticas y en tercio esofágico superior, capaces de despegarse espontáneamente, dejar erosiones exfoliativas locales o extensas en la mucosa. En otros casos, aparecen cicatrices de zonas afectas, responsables de estenosis esofágicas.

PACIENTE CON ENFERMEDAD CELIACA REFRACTARIA ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M, Torregrosa Lloret; I, García Tercero; A, Maté Ambélez; L, Sevilla Cáceres; VM, Sastre Lozano; P, Montoro Martínez; S, Morán Sánchez

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA

INTRODUCCIÓN

Se ha visto una mayor prevalencia de Enfermedad Infamatoria Intestinal (EII) en pacientes celíacos en comparación con la población general, motivo por el cual en aquellos casos en los que no hay respuesta adecuada a una dieta exenta de gluten, se ha de descartar la asociación de ambas entidades.

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años diagnosticada de celiaquía en 2011 (patrón IIIa de Marsh), asintomática tras dieta sin gluten.

A partir de Octubre de 2013 comienza con clínica de diarrea (hasta 5 deposiciones al día) y pérdida de peso, asegurándose adherencia a dieta de exclusión de gluten. En analítica destaca anemia ferropénica con marcadores de celiaquía negativos. Se realiza gastroscopia con biopsias duodenales compatibles con la normalidad, y posteriormente colonoscopia:

- Desde recto a 20 cm afectación continua con mucosa edematosa con granularidad; desde 20 a 35 cm úlceras sepinginosas; y de 35 cm a ciego eritema y alguna úlcera de menor tamaño compatible con Enfermedad de Crohn (EC), confirmándose en la histología dicho diagnóstico.

Se inicia tratamiento con corticoides orales ajustado a peso con buena respuesta clínica.

DISCUSIÓN

Los pacientes con enfermedad celíaca conocida pueden continuar teniendo síntomas a pesar de una dieta sin gluten. Se puede realizar el diagnóstico de enfermedad celiaca refractaria ante la persistencia de atrofia severa de las vellosidades asociada a malabsorción grave. Como opciones de tratamiento para esta entidad se utilizan corticoides y/o inmunosupresores, como la azatioprina.

Previamente es importante revisar el diagnóstico inicial y excluir otras patologías. Se ha de ampliar el diagnóstico diferencial a otras enfermedades tales como Enteropatía Autoinmune, Síndrome de inmunodeficiencia variable común, Esprue tropical, Gastroenteritis eosinofílica, incluyéndose también la EII (Colitis Ulcerosa o EC).

La EII puede ser diagnosticada antes o después del diagnóstico de la enfermedad celíaca.

La prevalencia de la enfermedad celíaca en pacientes con EII y su impacto en el curso de la enfermedad del paciente ha de ser estudiado.

ENFERMEDAD DE MENETRIER CON EXTENSIÓN GÁSTRICA Y DUODENAL COMPLICADA CON ADENOCARCINOMA

Jurado Hernández, Alicia; Llamaza Torres, Camilo J.; Ojeda Hinojosa, Manolo; Fuentes García, Eliana; Ángel Rey, Jose Manuel; Garre Urrea, Almudena; Martínez Gímenez, Teresa.

Sección de Aparato Digestivo – Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca-Murcia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Menetrier también conocida como gastropatía hipertrófica perdedora de proteínas es una rara condición adquirida del estómago. Se ha asociado a mayor riesgo de cáncer gástrico, pero la magnitud de este riesgo es incierto y oscila entre 2-15%.

DESCRIPCIÓN

Varón de 81 años, con hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular crónica, insuficiencia renal crónica estadio 3, enfermedad pulmonar obstructiva crónica tipo enfisematoso grado 2 de Gold. Fumador de 10 cigarrillos día. Acude por disfagia progresiva a sólidos y líquidos con pérdida de peso de hasta 10 Kg en tres meses. A la exploración: afebril, eupneico, caquético. La auscultación cardiorrespiratoria con crepitantes finos bibasales, abdomen excavado, doloroso a la palpación del epigastrio, sin defensa ni signos de irritación peritoneal, sin objetivarse masas ni visceromegalias ni adenomegalias. En primera y segunda gastroscopia destacan pliegues gástricos muy engrosados, arrosariados con poca distensibilidad, mucosa congestiva con patrón en mosaico. En primera y segunda porción duodenal dos úlceras grandes, excavadas y fibrinadas en superficie. Biopsias: zonas de hiperplasia foveolar, congestión vascular con dilatación capilar y zonas con edema y glándulas gástricas ligeramente hiperplásicas. En la tomografía toraco-abdominal destacaba extenso engrosamiento de paredes gástricas con adenopatías locorregionales pequeñas. Antes los hallazgos y negatividad para malignidad se solicitó PET-TAC describiéndose dos focos de incremento metabólico (unión gastroesofágica y curvatura menor). En tercera gastroscopia, biopsias de la unión gastroesofágica informado con adenocarcinoma pobremente diferenciado. Hb 8,9 g/dl, VCM 89. Proteínas totales 3,8 g/dl y albúmina 2,1 g/dL. CEA 70. Gastrina basal menor de 5. Dada el mal estado general y desnutrición calórico-proteica se realizó yeyunostomía para alimentación. Fallece un mes después.

DISCUSIÓN

Con este paciente los diagnósticos diferenciales planteados en un primer momento fueron el síndrome de Zollinger-Ellison, neoplasia, linfoma gástricos y Menetrier. Ante los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos nos orientaron ante la primera y última entidad dichas previamente. Dada la rápida evolución del cuadro la opción de manejo fue paliativa.

LA PARADOJA DEL CANNABIS

Gómez Lozano, M; García Paredes, R; Gajownik, U; del Val Oliver, B; Gallego Pérez, B; Marín Bernabé, C; García Belmonte, D; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; Nicolás de Prado, I; Rodríguez Gil, F; García Albert, A; Martínez Crespo, JJ

Hospital Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN

Clásicamente se ha empleado el cannabis como agente procinético para el alivio sintomático de las náuseas y vómitos de origen farmacológico en pacientes sometidos a quimioterapia. Sin embargo se ha evidenciado un efecto paradójico en pacientes consumidores de larga evolución.

CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años consumidora de 5-7 cigarrillos de marihuana al día desde hace 5 años refería que en las últimas 24 horas había presentado dolor abdominal intenso en epigastrio y vómitos incoercibles de predominio matutino que mejoraban con baños compulsivos de agua caliente. No había presentado fiebre ni alteraciones del hábito intestinal. En los dos último años refería vómitos cíclicos precedidos de náuseas y sudoración fría, con pérdida de hasta 20 kilos de peso.

En cuanto a la exploración física presentaba mal estado general, con leve deshidratación mucosa y sudoración fría, con dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal y con peristaltismo conservado.

Durante el ingreso se realizó analítica donde no se objetivó ningún signo de desnutrición pese a la duración del cuadro ni ninguna alteración gasométrica, de la función renal y hepática, de las hormonas tiroideas ni del cortisol basal. Se descartó embarazo y patología psiquiátrica y se completó estudio con ecografía, gastroscopia y TC craneal, donde no se objetivaron alteraciones significativas.

Durante las primeras 24 horas del ingreso los vómitos fueron refractarios al tratamiento antiemético, mejorando la clínica únicamente con baños de agua caliente. Fue este peculiar dato el que hizo sospechar del consumo de cannabis como causante del cuadro, demostrándose finalmente en analítica de orina el consumo reciente del tóxico. A las 72 horas y tras el cese del consumo la paciente presentó mejoría clínica con desaparición de los vómitos y con buena tolerancia oral al alta.

DISCUSIÓN

La hiperémesis por consumo crónico de cannabis es un cuadro recientemente descrito que raramente se sospecha si no consta el consumo del tóxico en la historia clínica. Resulta curioso ya que clásicamente se ha utilizado el cannabis como procinético, pero un consumo crónico en pacientes susceptibles puede provocar un efecto paradójico. Suele confundirse con vómitos de origen psicógeno o trastornos de la alimentación y a menudo se somete al paciente a una gran batería de pruebas que resultan anodinas. Por ello debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los vómitos de origen no aclarado, especialmente cuando éstos se presentan cíclicamente y frecuentemente acompañados de baño compulsivos de agua caliente. Este curioso fenómeno del agua,

podría explicarse por la localización de los receptores del cannabis en el hipotálamo, cerca del centro termorregulador. Reconocer este síndrome es de gran importancia puesto que evita costes innecesarios.

UN CURIOSO CASO DE TROMBOSIS PORTAL

Gómez Lozano, M; García Paredes, R; Gajownik, U; del Val Oliver, B; Gallego Pérez, B; Marín Bernabé, C; García Belmonte, D; Gómez Espín, R; Egea Simón, E; Nicolás de Prado, I; Rodríguez Gil, F; García Albert, A; Martínez Crespo, JJ

Hospital Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCION

La oclusión de la vena porta por un trombo por lo general se presenta en pacientes con cirrosis y/o alteraciones de la coagulación. Habitualmente es imposible saber cuándo se desarrolló el trombo, pudiéndose denominar trombosis portal reciente si el paciente no ha desarrollado características de trombosis portal crónica, lo cual es difícil de saber en pacientes con cirrosis y clínica de hipertensión portal.

CASO CLINICO

Varón de 47 años, HTA y cirrótico por alcohol consulta porque desde hace dos semanas presenta aumento del perímetro abdominal, edemas en MMII, aumento de 20 kilos de peso y disnea de moderados esfuerzos.

A la exploración física destaca leve ictericia mucocutánea, y ascitis no a tensión con circulación colateral en la exploración abdominal. Además, edemas hasta rodillas.

Análíticamente presenta hipoproteinemia, trombopenia y coagulopatía moderada. En ecografía de control se evidencia ascitis y un parénquima hepático muy desestructurado, completándose estudio con TC, evidenciándose trombosis portal de comienzo incierto y LOE hepática de 2.5 mm en segmento VIII dudosa para hepatocarcinoma en RMN, por lo que se realiza PAAF.

Durante el ingreso se administra tratamiento diurético con buena respuesta. Se inicia anticoagulación y es dado de alta solicitando estudio pretransplante ambulatorio.

A los dos días vuelve a consultar por clínica de dolor lumbar derecho refractario a analgesia, vómitos y aumento de ictericia mucocutánea, por lo que se ingresa para estudio. En analítica GOT 2000 y GPT 2400, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa y empeoramiento progresivo de la coagulación. En TC abdominal, trombosis masiva de la porta, sus ramas y radicales con múltiples infartos en ambos lóbulos hepáticos.

A las 24 horas del ingreso el paciente fallece por insuficiencia hepática aguda secundaria a trombosis portal masiva. A posteriori se evidenció que la PAAF fue concluyente para hepatocarcinoma.

DISCUSIÓN

La trombosis portal es la causa más frecuente de hipertensión portal pre-hepática. La incidencia en pacientes sin cirrosis no es bien conocida, mientras que en los pacientes con cirrosis compensada se estima que es del 1%, siendo la incidencia en aquellos con cirrosis descompensada de entre el 8 y el 25%.

La trombosis portal es una entidad secundaria a múltiples etiologías. Debemos tener en cuenta los factores de riesgo del paciente, tanto locales como sistémicos, ya sean hereditarios o adquiridos. En pacientes cirróticos con trombosis portal no suele ser necesario indagar mucho más en las posibles etiologías, siendo la cirrosis la causa más frecuente de la trombosis portal. En el caso que nos ocupa, nuestro paciente presentaba además otro factor de riesgo añadido, la presencia de un hepatocarcinoma, con la consecuente hipercoagulabilidad que este proceso genera.

El diagnóstico se realiza mediante ecodoppler o con TC con contraste, que además de delimitar la extensión evidencia posibles factores precipitantes así como posibles complicaciones.

El tratamiento de elección en la trombosis portal aguda es la anticoagulación precoz, ya que mejora el pronóstico. Se debe individualizar a cada paciente en el tratamiento de la trombosis portal crónica teniendo en cuenta el riesgo de nuevo evento trombótico y el riesgo de sangrado.



ÚLCERA POR DECÚBITO COMO COMPLICACIÓN EN PORTADOR DE BOTÓN DE PEG

García Paredes, R; Gómez Lozano, M; Gajownik, U; Del Val Oliver, B; Gallego Pérez, B; Marín Bernabé, C; García Belmonte, D ; Gómez Espín, R; Martínez Crespo, J; Egea Simón, E; Nicolás De Prado, I ; Rodríguez Gil, FJ; García Albert, A .
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA.

INTRODUCCIÓN

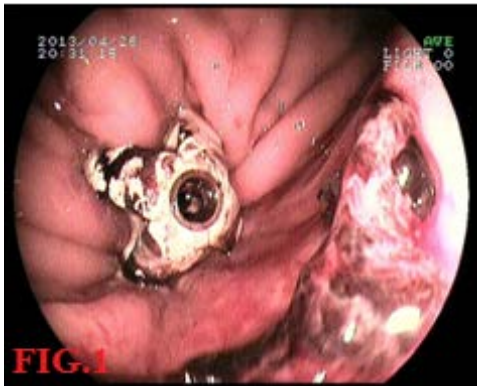
La gastrostomía endoscópica percutánea es un procedimiento seguro con pocas complicaciones. Sin embargo no está exento de ellas: infección o celulitis, "buried bumper syndrome", fistulas. Describimos un caso infrecuente de hemorragia digestiva secundario al decúbito del tubo de PEG sobre la mucosa contralateral que se resolvió con éxito mediante tratamiento endoscópico.

DESCRIPCIÓN

Varón de 77 años portador de PEG por disfagia secundaria a ACV isquémico extenso en tratamiento con anticoagulantes por fibrilación auricular. Presenta dolor abdominal y caída de cifras Hb, sin melenas. En la gastroscopia urgente (Fig.1) se observan restos hemáticos recientes y coágulo adherido en cara posterior de cuerpo gástrico, enfrentado al botón de gastrostomía. Tras lavado y movilización con pinza de biopsia, visualizamos ulceración relacionada con decúbito del botón, con sangrado babeante, precisando la colocación de dos clips y esclerosis con adrenalina hasta conseguir hemostasia. El paciente evoluciona favorablemente. En el control endoscópico realizado (Fig.2), vemos ya un área eritematosa con centro fibrinado y deprimido correspondiente a la úlcera por decúbito en proceso de cicatrización.

DISCUSIÓN

La hemorragia digestiva en portadores de PEG tiene una incidencia del 2.5 %. La complicación de nuestro paciente tiene como mecanismo patológico el daño mecánico por contacto directo del cabezal de la PEG sobre la mucosa contralateral. El caso se resolvió satisfactoriamente mediante tratamiento endoscópico y ausencia de nutrición por sonda. En este sentido es importante el control de la hemorragia como la manipulación correcta del tubo insertado.



FACTORES PREDICTIVOS DE SEDACIÓN INADECUADA EN COLONOSCOPIA.

Ojeda Hinojosa, M; López Jurado, AM; Llamaza Torres, CJ; Fuentes García, E; Ángel Rey, JM; Garre Urrea, AA; Martínez Giménez, T;
Hospital Rafael Méndez (Lorca)

Introducción y objetivos: La sedación anestésica guiada por gastroenterólogos durante la colonoscopia es un proceso ampliamente extendido. Sin embargo, en ocasiones, no se cumplen unos objetivos mínimos en relación a la tolerancia percibida tanto por el paciente como por el facultativo y enfermería. Con este estudio pretendemos determinar los factores más frecuentemente asociados a una sedación inadecuada.

Material y métodos: Para ello diseñamos un estudio prospectivo con base en el hospital Rafael Méndez (Lorca) iniciado en enero de 2014 y en desarrollo en la actualidad. Se analizaron factores relacionados con el paciente (edad, sexo, antecedentes de cirugías abdominales...), y factores relacionados con el procedimiento (tiempo de intubación cecal, terapéutica, dosis de propofol, limpieza colónica, diverticulosis...). Finalmente se realizó una valoración de la sedación por el paciente y enfermería (sumándose resultados) en una escala de dolor/tolerancia de 0 a 10(imagen1)

Resultados: Realizamos un análisis preliminar de nuestro estudio en el que se tuvieron en cuenta 102 pacientes, siendo el 55% mujeres y con una edad media de $54,95 \pm 14,39$ años. El 46,1% de los pacientes tenía antecedentes de cirugía abdominal, y hasta el 27,5% tenía antecedentes de colonoscopia sin sedación/sedación con midazolam. El 27,5% seguía tratamiento con benzodiacepinas/hipnóticos, y el 20,6% con antidepresivos. La dosis media de propofol en los procedimientos fue de $122,75 \pm 43,6$ mg. La tolerancia media (escala 0-10) fue de $7,3 \pm 2,16$. El 52,9% de los pacientes presentó una tolerancia adecuada (establecida en nuestro estudio como puntuación en escala de tolerancia ≥ 8). El sexo masculino mostró una tendencia fuerte hacia la tolerancia aceptable (imagen2), aunque sin alcanzar la significación estadística ($p=0,064$). La dosis de propofol se asoció manera estadísticamente significativa a la tolerancia ($p<0,001$), siendo la media en los pacientes con tolerancia adecuada de $109,81 \pm 36,93$ mg frente a $137,29 \pm 46,25$ mg en los pacientes con una tolerancia no adecuada.

El tiempo medio de intubación cecal se asoció manera estadísticamente significativa a la tolerancia ($p<0,001$), siendo la media en los pacientes con tolerancia adecuada de $294,26 \pm 114,67$ seg frente a $451,19 \pm 190$ seg en los de tolerancia no adecuada.

Conclusiones: La tolerancia adecuada se asoció en nuestro estudio a una menor dosis de propofol, a un menor tiempo de intubación cecal, y al sexo masculino (en este último caso sin llegar a alcanzar la significación), lo que está en la línea con anteriores estudios.

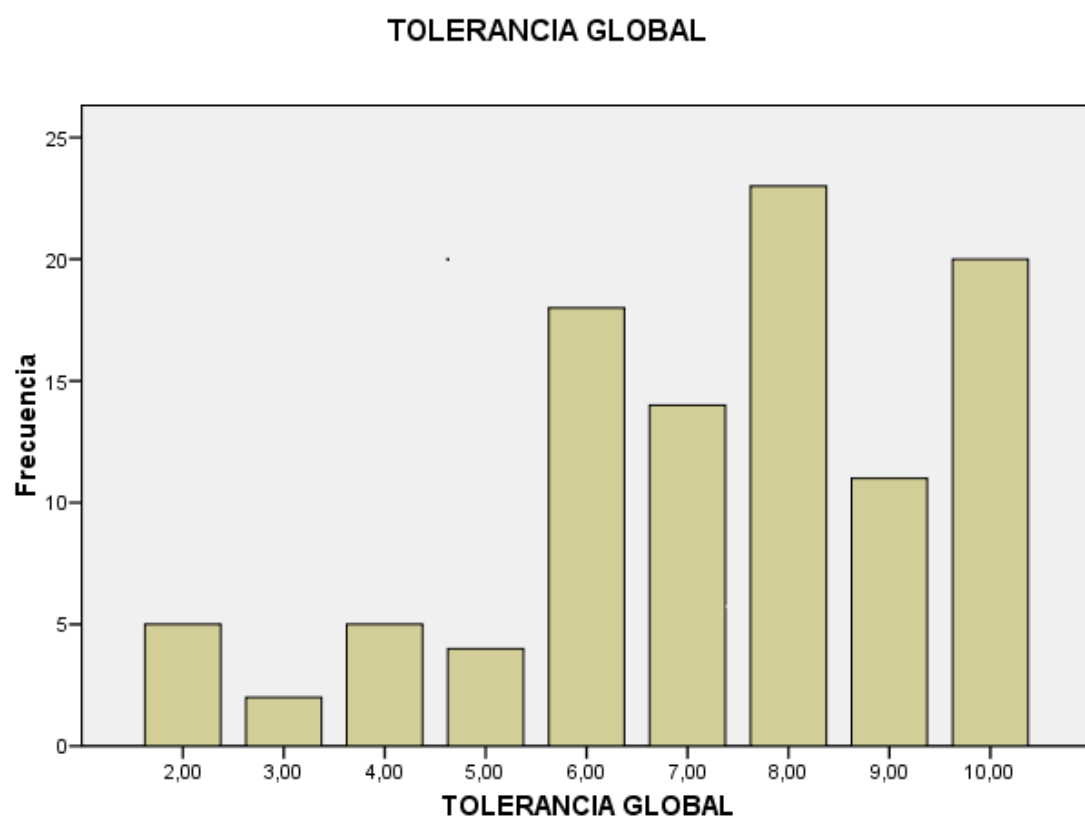


Imagen 1

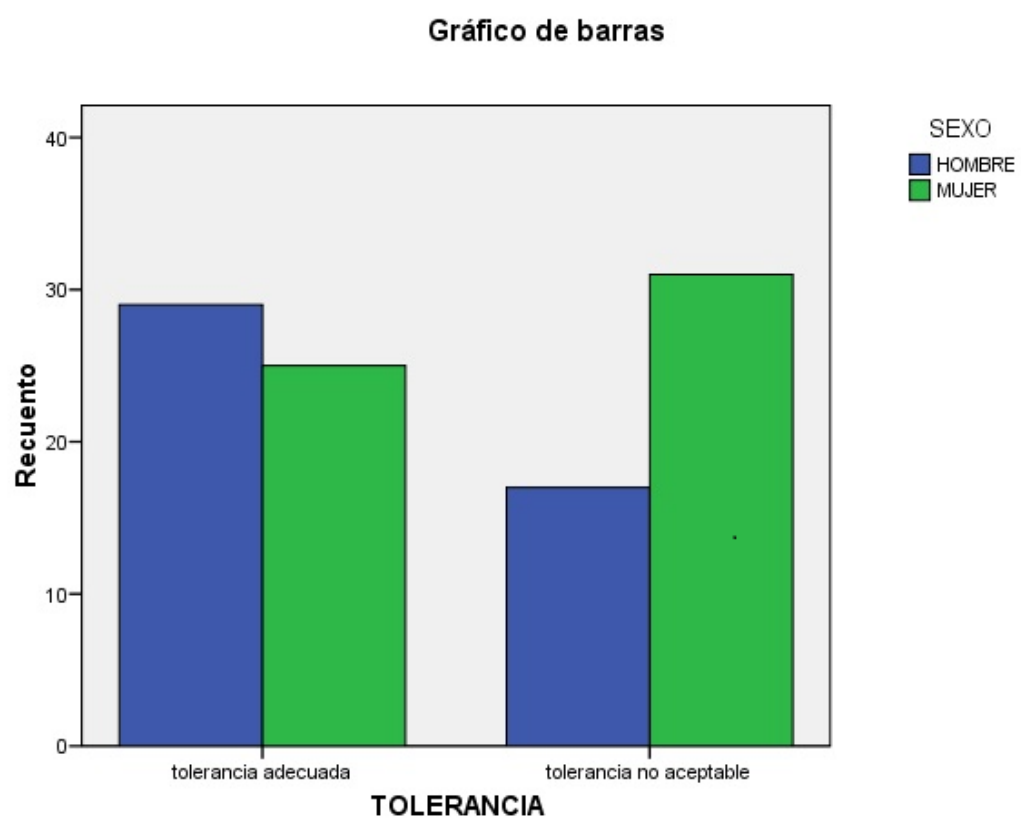


Imagen 2

CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA ASOCIADA A SÍNDROME MALABSORTIVO

Marín Bernabé CM, Gómez Lozano M, García Paredes, Gajownik U, Del Val Oliver B, Gallego Pérez B, Nicolás de Prado I, García Belmonte D, Gómez Espín R, Rodríguez Gil FJ, Egea Simón E, García Albert A, Martínez Crespo JJ., Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Reina Sofía de Murcia

Introducción:

La diarrea crónica y el dolor abdominal recurrente suponen todo un reto diagnóstico y terapéutico para el gastroenterólogo debido a cada vez más importante Síndrome del Intestino irritable. Existen patologías poco prevalentes que pueden llevar a confundirse por la variabilidad de sus síntomas y que precisan de estudio histológico para su confirmación. Es el caso de la gastroenteritis eosinofílica, entidad poco frecuente y etiología en probable relación con la alergia alimentaria que se caracteriza por la infiltración de células eosinófilas en cualquier tramo del tubo digestivo, más frecuentemente estómago e intestino delgado. Las manifestaciones clínicas pueden variar desde dolor abdominal hasta abdomen agudo o síndrome de malabsorción en función del grado de infiltración de la pared. Presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal recurrente crónico que debutó con una gastroenteritis eosinofílica.

Caso clínico:

Mujer de 76 años de edad con antecedentes de Cardiopatía hipertensiva, Insuficiencia mitral moderada, Síndrome ansioso crónico. Estudiada en Digestivo 2012 por dolor abdominal y diarrea intermitente con hallazgo de diverticulosis de colon y hernia hiatal con diagnóstico de colon irritable con buen control terapéutico mediante antidepresivos. Acude a consulta de nuevo por diarrea de 2 meses de evolución, en mayor número de lo habitual con pérdida de 10 kg de peso y astenia progresiva. A la exploración presentaba edemas con fovea hasta raíz de miembros y en flancos. En la analítica presentaba Creatinina 0.9, ácido láctico 2.30, proteínas 5.2, albúmina 2.30, BT 1.24, FA 130, GOT 133, GPT 80, Colesterol 83, LDL 54, Calcio 7.5, Fosfato 2.4, Hb 10.4, leucocitos 3150 con fórmula normal, plaquetas 154000, y estudio de coagulación con AP 56 %. Se decidió ingreso para estudio de gastroenteropatía pierde-proteínas y reposición del estado de desnutrición. Se realizó estudio de coprocultivos y parásitos, AATG Ig A y, Proteína de Bence Jones en orina, AC Lúpico, AC anticardiolipinas IgM, TSH, Cromogranina A todos negativos, destacando en analítica aumento de Ig E 188 sin eosinofilia periférica. En ecografía y TAC se objetivó esteatosis hepática severa y abundante ascitis realizándose paracentesis diagnóstica con extracción de líquido ascítico no complicado sin eosinofilia. Se realizó Gastroscoopia con biopsia de bulbo y duodeno que mostraban una atrofia vellositaria total con infiltración de eosinófilos. Las

biopsias de recto mostraron colitis inespecífica con ausencia de amiloide. Se inició tratamiento con corticoides con mejoría clínica y analítica progresiva. Se consultó con servicio de Alergia con pruebas positivas para artemisia y negativas para alimentos, latex y anisakis. Se completó estudio con capsula endoscópica que informa de atrofia vellositaria duodenal sin otros hallazgos. El estudio genético de Celiaquía fue negativo

Conclusión:

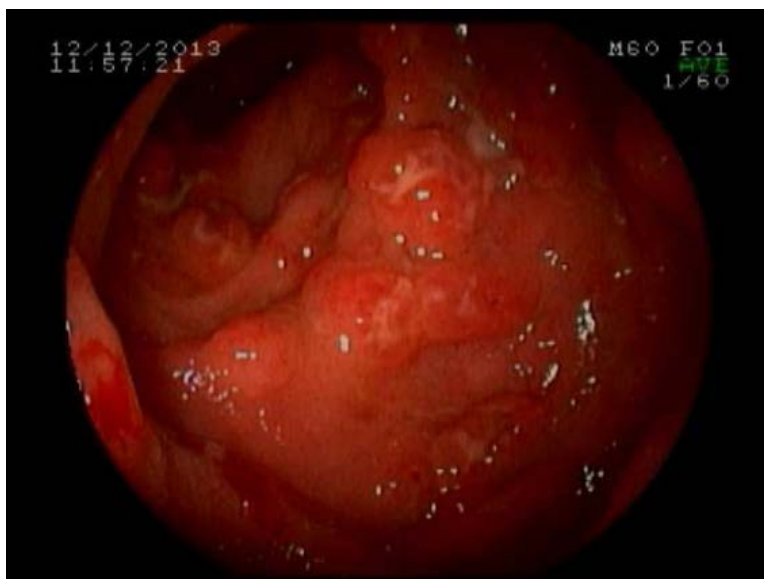
La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad infrecuente con una evolución crónica e insidiosa que puede llegar a asociarse a un cuadro grave de malabsorción. Su diagnóstico es fundamentalmente histológico, estando ausente la eosinofilia periférica en hasta un 20 % de los pacientes. El tratamiento con corticoides es de elección para los brotes de enfermedad, siendo necesarios en ocasiones a dosis baja para evitar la recaída. La incidencia cada vez mayor de alergias alimentarias hace necesario su sospecha sobre todo en pacientes con clínica digestiva recurrente inexplicable asociada a eosinofilia y estudios repetidos negativos, tomando muestras para estudio histológico a nivel de antro gástrico y duodeno que son las zonas más afectadas.

PANCOLITIS CON PSEUDOPOLIPOS EN PACIENTE CON DIARREA

Serrano Ladrón de Guevara S, Sastre Lozano V, Vicente López J, Montoro Martínez P, Carrión García F, Martínez Otón JA, Torregrosa Lloret M, Sevilla Cáceres L, García Tercero I, Candel Erenas JM, Morán Sánchez S

INTRODUCCIÓN: varón de 59 años sin antecedentes de interés, con alteración del hábito intestinal de 2 meses de evolución, sin otra sintomatología ni alteraciones analíticas.

CASO CLINICO: mucosa rectal con leve actividad inflamatoria y pseudopólipos cubiertos de fibrina que se biopsian. A partir de 10 cm mucosa normal, persistiendo pequeños pseudopólipos con fibrina en su polo superior, que son menos numerosos en colon ascendente, aunque persisten incluso en ciego.



Histología e inmunohistoquímica: infiltración submucosa y mucosa por Linfoma de células del manto (LM) (poliposis linfomatosa intestinal), CD20, bcl-2, ciclina D1, IgD y CD5 positivas

Evolucion: se realiza TAC cervicotorácico con hallazgo de adenopatías cervicales bilaterales e hipertrofia linfoidea del anillo de Waldeyer que abomba sobre vía aérea. Se extirpan dos adenopatías con confirmación anatomopatológica del diagnóstico obtenido en las biopsias colónicas. Se deriva a Hematología realizándose biopsia de médula ósea que está infiltrada por el linfoma. Se inicia quimioterapia, planteándose trasplante autólogo de médula.

DISCUSION: el LM es un LNH de células B con una incidencia del 2.5 al 7%. Presenta 2 formas de presentación clínica, indolente y agresiva, que a su vez dependen de las vías patogénicas y alteraciones moleculares, siendo la alteración inicial la sobreexpresión de la ciclina D1. El tracto gastrointestinal se afecta en el 20% de los casos, sobre todo a nivel ileocecal, siendo la poliposis linfomatosa múltiple la manifestación más común, . El comportamiento biológico es muy agresivo, siendo una neoplasia incurable con los tratamientos quimioterápicos estándar, con una supervivencia media de 3-5 años