

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El adenocarcinoma primario de duodeno es un tumor infrecuente que representa solo el 0,3% de las neoplasias gastrointestinales, focalizándose principalmente en la segunda porción duodenal. Presenta una sintomatología inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico en estadios tempranos.

Caso clínico

Varón de 74 años que acude a urgencias por cuadro de dolor epigástrico, náuseas y vómitos de varias semanas de evolución e intolerancia a la vía oral en los últimos días, con sospecha de cuadro obstructivo. Se realiza TC abdominal identificándose cámara gástrica muy distendida y engrosamiento de pared duodenal a nivel de ángulo de Treitz, planteando como primera posibilidad diagnóstica una tumoración estenosante a dicho nivel.

Se solicita una entero-RM para completar estudio de estenosis duodenal, mostrando un engrosamiento marcado de la pared del duodeno hasta inicio de yeyuno, con imagen de mucosa irregular y ulcerada, además de un engrosamiento de un segmento de íleon con una pared mayor de 4 mm. Estos resultados modifican nuestra primera opción diagnóstica, sugiriendo esta última prueba una enfermedad de Crohn de tipo fibroso/estenosante, que se confirma con el tránsito intestinal en el que se aprecia una estenosis e irregularidad del contorno desde segunda porción duodenal hasta inicio de yeyuno, con una longitud estimada de aproximadamente 22 cm.

Sin embargo, tras dos semanas se obtienen los resultados anatomopatológicos de adenocarcinoma de inmunofenotipo gastrointestinal con extensa linfangitis carcinomatosa, procediéndose entonces a realizar una anastomosis en Y de Roux gastro-yeyunal como cirugía derivativa por neoplasia estenosante irresecable de duodeno, e iniciándose tratamiento quimioterápico posterior.

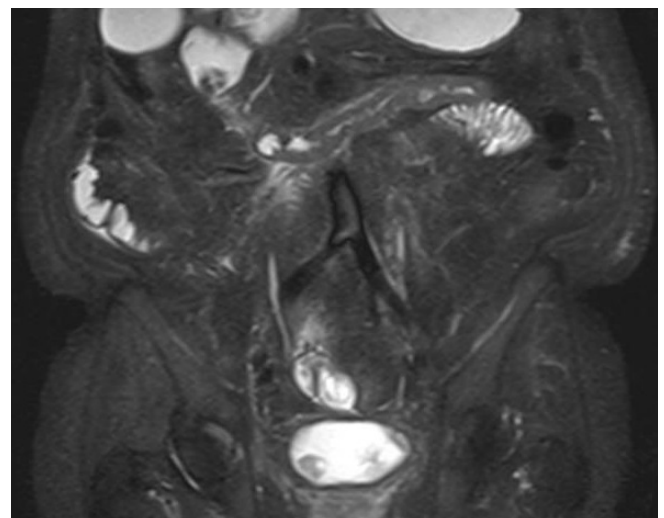


Figura 1
Entero-RM (corte coronal).



Figura 3
Imagen de tránsito intestinal en que se objetiva dilatación de asas intestinales secundaria a invaginación.

Discusión

La invaginación intestinal es rara en adultos, representando un 1-5% de las obstrucciones intestinales mecánicas. A diferencia de lo que ocurre en edad pediátrica, donde suelen ser idiopáticas, en el 70-90% de los adultos existe una lesión subyacente que actúa como cabeza de la invaginación introduciendo el segmento intestinal afecto en otro segmento intestinal. En el caso del intestino delgado la mayoría son lesiones benignas como pólipos o tumoraciones submucosas, mientras que en colon suele asociarse a lesiones malignas. En los pacientes infectados por VIH es más frecuentes ya que hay mayor prevalencia de hiperplasia linfoide, sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. Las invaginaciones intestinales por lipomas son aún más raras. Los lipomas gastrointestinales son tumores benignos poco frecuentes, menos frecuente que en otros órganos, y en caso de estar presente, suelen localizarse en íleon.

En adultos la forma de presentación más frecuente es dolor abdominal, agudo o episodios intermitentes secundarios a obstrucción intestinal incompleta. El diagnóstico es radiológico, demostrando el segmento intestinal invaginado. En ocasiones también pueden demostrar el carácter intermitente del cuadro. El tratamiento suele ser quirúrgico, pero a veces se resuelve con tratamiento conservador.

CP-086. ADENOCARCINOMA DE DUODENO CON PATRÓN RADIOLÓGICO DE ENFERMEDAD DE CROHN ESTENOSANTE

MORENO MORALED A, I; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; LÁZARO SÁEZ, M; BARRIENTOS DELGADO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A; VEGA SÁENZ, JL

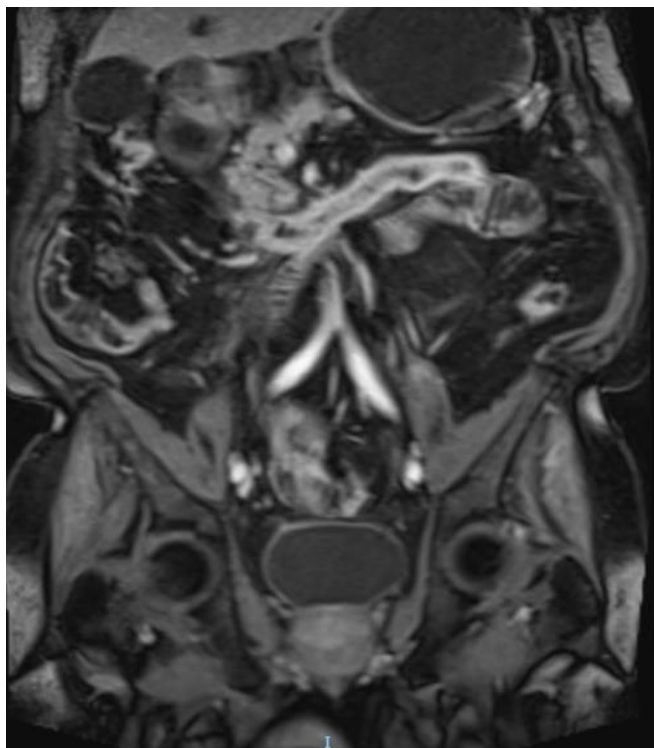


Figura 2
Entero-RM (corte coronal).



Figura 3
Corte coronal de resonancia magnética donde se objetiva lipoma en zona de invaginación.

Discusión

Los adenocarcinomas representan entre el 25% y 40% de los cánceres de intestino delgado, localizándose en un 55% de los casos en duodeno. Una excepción a la ubicación predominantemente proximal es en pacientes con enfermedad de Crohn, localizándose

en el 70% de los casos en íleon, el sitio primario del proceso inflamatorio.

Los síntomas son inespecíficos, siendo el *gold standard* para el diagnóstico la endoscopia digestiva alta, disminuyendo su sensibilidad en tercera y cuarta porción duodenal por ser prácticamente inaccesibles mediante esta técnica. La ecoendoscopia y la TC constituyen las técnicas de elección para la estadificación tumoral.

Generalmente se llega al diagnóstico en fases tardías, por lo que la cirugía tiene una resecabilidad del 60-75%. Se propone pancreatoduodenectomía cefálica si afecta a primera o segunda porción duodenal y resección segmentaria si afecta a tercera o cuarta porción. En casos estenosantes irresecables se puede plantear una cirugía derivativa o la colocación de una prótesis metálica.

CP-087. ADENOCARCINOMA MUCINOSO SOBRE CICATRIZ QUIRÚRGICA DE FÍSTULA PERIANAL

MORENO MORALED A, I; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; BARRIENTOS DELGADO, A; HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El cáncer anal es poco común, representando solo el 2,7% de todos los tumores malignos gastrointestinales, con predominio histológico claro de la variedad de células escamosas. El adenocarcinoma mucinoso constituye entre el 3% y el 11% de todos los carcinomas anales, presentando peor pronóstico, debido a la naturaleza avanzada en el momento del diagnóstico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 72 años con diagnóstico de fístula perianal transesfinteriana compleja intervenida en cuatro ocasiones en los últimos 10 años mediante fistulotomía, sin conseguir el cierre completo de la misma. Acude a Urgencias en varias ocasiones por presentar una fístula perianal abscesificada, procediéndose a drenaje quirúrgico sin incidencias posteriores.

Meses después acude a Urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 5 días de evolución, realizándose un TC de abdomen urgente por sospecha de cuadro obstructivo, evidenciándose en recto cambios inflamatorios compatibles con cambios postquirúrgicos, aunque sin poder descartar del todo la posibilidad de lesión neoplásica anal subyacente, debido al largo tiempo de evolución tras la cirugía.

El paciente es finalmente intervenido para toma de macrobiopsias en recto-ano con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma invasivo mucinoso con ulceración de la mucosa anal. Se ingresa y se comenta el caso en comité oncológico no siendo el paciente

subsidiario de tratamiento quimio-radioterápico, aunque sí de cirugía paliativa mediante amputación abdomino-perineal y colostomía permanente, falleciendo el paciente días después por cuadro suboclusivo secundario a tumor ano-rectal no resecado.

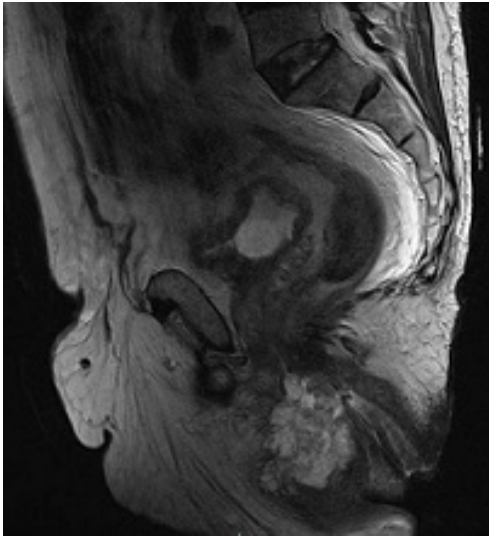


Figura 1
Fistula anal transesfinteriana compleja abscesificada.

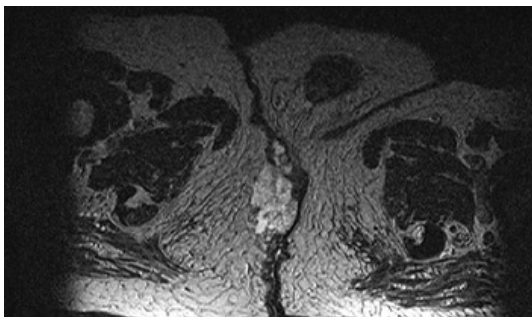


Figura 2
Lesión neoplásica anal ulcerada subyacente.



Figura 3
Cambios inflamatorios postquirúrgicos.

Discusión

El cáncer anal es poco frecuente, sin embargo, la incidencia en la población general ha aumentado en los últimos 30 años. La presencia de fistulas perianales crónicas, asociadas o no a enfermedad de Crohn, supone el factor de riesgo más importante para el desarrollo de adenocarcinoma, principalmente cuando superan los 10 años de historia natural.

Se trata de un tumor a menudo infradiagnosticado debido a su asociación a patología considerada benigna, presentándose frecuentemente como un absceso y/o fistula perianal compleja. Destacamos de esta manera la importancia de la toma de biopsias de todos los abscesos y fistulas perianales de evolución tórpida para el diagnóstico y tratamiento precoces de la enfermedad.

La quimiorradioterapia combinada se ha convertido en el tratamiento de elección para el cáncer de canal anal, sin embargo, en caso de adenocarcinoma es de elección la cirugía (mediante resección abdominoperineal) en lugar de quimiorradioterapia inicial.

CP-088. ADENOMA SERRADO DE LOCALIZACIÓN SIGMOIDE EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE NEOPLASIA GÁSTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los adenomas serrados son adenomas que en la evaluación microscópica presentan una arquitectura serrada; es decir con pliegues intraluminales al interior de las criptas y en la superficie, lo que genera un aspecto estrellado o dentado. Por esa particular arquitectura, pueden ser diagnosticados erróneamente como pólipos hiperplásicos. Este grupo incluye al adenoma serrado tradicional, el adenoma serrado-sésil y el pólipo mixto.

El cáncer colorrectal de intervalo comparte las mismas características clínicas y moleculares que los pólipos serrados, localización proximal y alteraciones moleculares propias de la vía serrada (mutación en el gen BRAF y CIMP), por lo que se ha sugerido que una de las principales causas del CCR de intervalo son los pólipos serrados inadvertidos.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, valorado en consulta por cuadro de enfermedad por reflujo gastroesofágico y rectorragia de perfil distal. Como antecedente destacable cabe mencionar intervención quirúrgica previa tras carcinoma gástrico. Se realiza endoscopia digestiva alta, apreciándose datos compatibles con esofagitis por reflujo. Se visualiza gastrectomía tipo Billroth I y abundante reflujo biliar. Se realizó también colonoscopia, en la que se describe

únicamente lesión tipo O-I_s de 10 mm en colon sigmoide, que es reseca y remitida a estudio anatomopatológico. El estudio histológico objetiva en sigmoide estructura serrada sésil con distorsión cóptica, sin displasia asociada.

Discusión

Pese a que la poliposis gástrica es muy frecuente en pacientes con poliposis adenomatosa familiar, el cáncer gástrico es un tumor raro en los países occidentales (1%). El principal reto en ocasiones es diferenciar los adenomas antrales, con potencial de malignización, de los pólipos de glándulas fúndicas, que en ocasiones tapizan todo el estómago.

No se ha descrito asociación hasta el momento entre síndrome de poliposis serrada en pacientes con carcinoma gástrico, por lo que se necesitarían datos concluyentes y estudios para valorar la realización de colonoscopia en pacientes con antecedentes de neoplasia gástrica.

CP-089. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES PREDICTORES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN NUESTRO MEDIO

PUYA GAMARRO, M; BISSO ZEIN, JK; LÓPEZ VEGA, M; GÓMEZ ESPEJO, SM; SORIA LÓPEZ, E; SÁNCHEZ CANTOS, AM; MÉNDEZ SÁNCHEZ, IM

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Clostridium difficile es la causa más frecuente de diarrea infecciosa en entornos de atención médica. El uso de antibióticos es el factor de riesgo asociado más frecuentemente con esta patología, especialmente penicilinas y quinolonas.

Otros factores implicados son la hospitalización prolongada, predisposición del huésped, edad avanzada, procedimientos quirúrgicos gastrointestinales, uso de inhibidores de la bomba de protones, alteración de la motilidad intestinal e ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Nuestro objetivos fueron: analizar características epidemiológicas, clínicas, principales factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de pacientes con diarrea diagnosticados de infección por *Clostridium difficile* en nuestro medio desde enero de 2013 a junio de 2018.

Material y métodos

Análisis descriptivo de pacientes diagnosticados de colitis por *Clostridium difficile* en nuestro medio desde enero de 2013 a junio de 2018 utilizando medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas.

Resultados

Analizamos 134 pacientes, incluyendo finalmente 125. El 63% era >65 años con predominio masculino (59,2%). El 81,3% presentaba alguna comorbilidad, de las que las más frecuentes fueron la hipertensión arterial (59,2%), la diabetes (28%) y la dislipemia (23,2%). La diarrea fue el motivo inicial de consulta en el 31,2% de pacientes, consultando la mayoría por otros motivos. La media de días ingresados en pacientes ingresados por diarrea fue de 12 días. La toxina fue positiva en el 99,2% de pacientes con PCR positiva en el 95,4% de los que la tenían realizada. El 56% había realizado tratamiento antibiótico previo, siendo los más frecuentes: Piperacilina-Tazobactam (23,5%), cefalosporinas (22%), fluoroquinolonas (17,6%) y amoxicilina-clavulánico (16%) (Figura 2). El 20,9% restante, tomó otros antibióticos. Otros factores de riesgos analizados que destacamos son la toma de inhibidores de la bomba de protones en el 53% de pacientes, el ingreso previo prolongado en el 42,4%, el tratamiento inmunosupresor en el 21,6%, la presencia de enfermedad inflamatoria en el 14,4% y la toma de AINES en el 11,2% de pacientes (Figura 1). El 75,2% fueron tratados con metronidazol, con 8 fracasos de los cuales 6 se trataron con Vancomicina. El 6,4% se trató con Vancomicina como único tratamiento. El 3,2% se trató inicialmente con ambos fármacos (Figura 3).

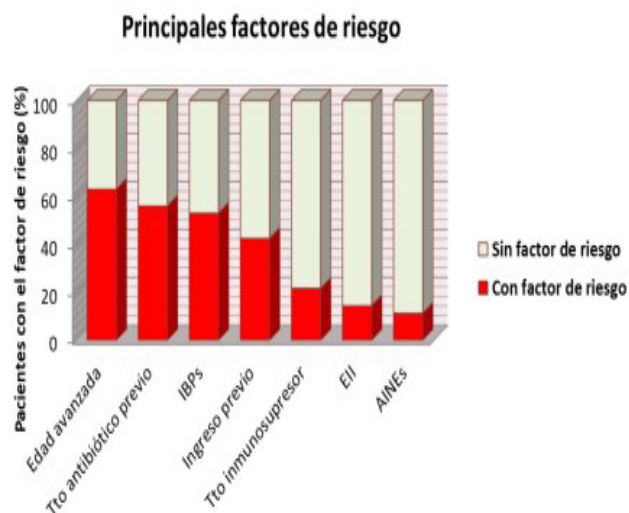


Figura 1

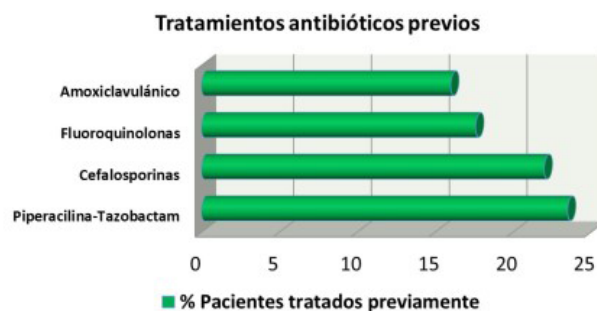


Figura 2



Figura 3

Conclusiones

En nuestra serie los factores de riesgo más frecuentes fueron la edad avanzada (63% >65 años) y el tratamiento antibiótico previo, (56%), seguido del uso de inhibidores de la bomba de protones (53%) y el ingreso previo prolongado (42,4%).

La infección por *Clostridium difficile* supuso un incremento de la estancia hospitalaria (12 días), resultados acordes con la literatura.

CP-090. APENDICITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE NEOPLASIA APENDICULAR

LÓPEZ GONZÁLEZ, J¹; BARRIENTOS DELGADO, A¹; CANTÓN YEBRA, MT²; VEGA SÁEZ, JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La neoplasia mucinosa apendicular es una lesión de bajo grado de malignidad que, a diferencia del adenoma mucinoso, presenta invasión de la pared apendicular y puede diseminarse en forma de implantes peritoneales (pseudomixoma peritoneal).

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 60 años con antecedentes quirúrgicos de histerectomía y ooforectomía que acude al servicio de Urgencias por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de 12 horas de evolución, sin presentar fiebre ni otra semiología asociada. A la exploración destaca dolor a la palpación en fosa iliaca derecha con signo de Blumberg positivo. Se realiza ecografía abdominal que visualiza apéndice engrosado con colección en su extremo distal, compatible con apendicitis aguda perforada. Se realiza apendicectomía laparoscópica sin incidencias.

Los resultados histológicos de la pieza quirúrgica informaron de epitelio mucinoso displásico de bajo grado preservado sólo en pequeñas parcelas de la pieza con amplias áreas de denudación epitelial, signos compresivos y reacción histiocitaria asociada con células gigantes tipo cuerpo extraño que reemplaza el revestimiento mucoso no displásico, hallazgos compatibles con neoplasia

mucinoso apendicular de bajo grado, con margen quirúrgico proximal en contacto.

Se presentó el caso en comité multidisciplinar oncoquirúrgico, decidiendo ampliación de márgenes quirúrgicos con realización de cequectomía parcial, confirmando definitivamente los márgenes de la pieza quirúrgica libres de tumor.

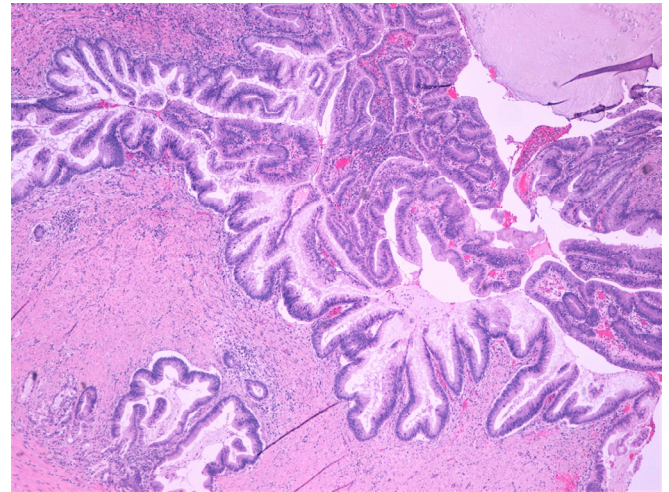


Figura 1

AP: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado perforada.

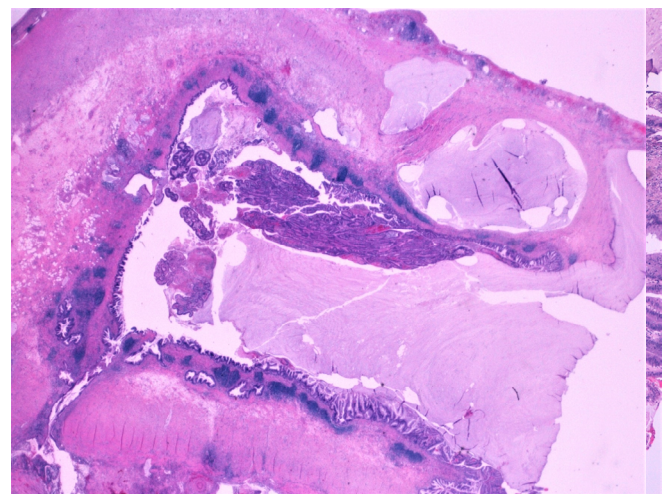


Figura 2

AP: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado perforada. Luz ocupada con moco.

Discusión

La neoplasia apendicular de tipo mucinoso puede presentarse como un cuadro de apendicitis aguda, aunque en casos más raros puede no presentar sintomatología. El manejo de esta entidad resulta controvertido ya que clásicamente se consideraba que una apendicectomía reglada es suficiente, pero existen diversos grupos que defienden un tratamiento más agresivo, ya sea hemicolectomía derecha o cequectomía (sobre todo en caso de afectación de la base apendicular).

CP-091. CALCIFICACIONES ADENOPÁTICAS MESENTÉRICAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS INTESTINAL LATENTE POR *MYCOBACTERIUM BOVIS* EN PACIENTE EN SEGUIMIENTO POR APENDAGITIS

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El término "apendagitis" fue introducido en 1956 por Lynn. Es una entidad benigna y autolimitada de los apéndices epiploicos del colon secundaria a la torsión del pedículo vascular o trombosis espontánea del drenaje venoso de estos. Aparece más frecuentemente en la cuarta a quinta década de la vida, con una incidencia similar entre hombres y mujeres (1-3). Otras causas menos frecuentes son la obstrucción intestinal y la introducción de dichos apéndices en el interior del saco de una hernia femoral, umbilical o inguinal, donde pueden estrangularse causando dolor, con o sin torsión. En orden decreciente, la apendagitis puede aparecer en zonas adyacentes a colon sigmoides, colon descendente y hemicolon derecho. La manifestación clínica más frecuente es dolor agudo en la zona inferior del abdomen, sobre todo en el cuadrante izquierdo, pudiendo simular una diverticulitis aguda o apendicitis si es en el lado contrario

Caso clínico

Paciente de sexo femenino en seguimiento en consulta por cuadro de apendagitis a la que se le realiza tomografía computarizada de control, en la que no se describen alteraciones del parénquima hepático, área biliopancreática ni parénquima renal, apreciándose únicamente pequeñas adenopatías mesentéricas calcificadas. Como antecedente epidemiológico de interés, la paciente refiere en la infancia ingesta de leche de vaca y cabra sin higienizar. Asimismo refiere que hace 20 años, realizó tratamiento profiláctico con Isoniacida. Así, la paciente es diagnosticada de tuberculosis intestinal en estado latente en probable relación con *Mycobacterium bovis* con curso actual asintomático.



Figura 1

Discusión

Mycobacterium bovis es una de las especies integrantes del taxón *Mycobacterium tuberculosis complex* (que incluye *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum I y II*, *Mycobacterium bovis*, bacilo *Mycobacterium bovis* de Calmette y Guérin, *Mycobacterium canetti*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium pinnipedii*). Las vías de transmisión pueden ser la ingestión (la más frecuente), la inhalación o el contacto con mucosas o heridas de la piel de animales contaminados (menos frecuente). La mayor parte de los casos descritos se han producido tras la ingestión de leche contaminada no pasteurizada.

Se trata de una afección rara, y representa del 0,2% al 0,5% del total de casos de tuberculosis registrados. Los datos clínicos, radiológicos y patogénicos son indistinguibles de los producidos por *Mycobacterium tuberculosis*, si bien *Mycobacterium bovis* produce con especial frecuencia casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis abdominal es una forma de presentación extrapulmonar con una incidencia aproximada del 5%. La localización más frecuente es la intestinal, seguida de la peritoneal y de la linfadenitis mesentérica.

CP-092. CANDIDA GLABRATA COMO CAUSA DE COLITIS

JIMÉNEZ-ROSALES, R; AYUSO CARRASCO, CAB; OJEDA HINOJOSA, M; CASTILLO MOLINA, L

DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

Las infecciones por *Candida* del tracto gastrointestinal bajo (TGB) son muy raras, siendo los casos documentados debidos a *Candida albicans* y *Candida tropicalis*.

Caso clínico

Varón de 56 años con antecedentes personales de obesidad mórbida y cirugía bariátrica. Ingresa en UCI por diarrea y rectorragia asociadas a sepsis y fracaso multiorgánico. Se realiza colonoscopia objetivando desde 20 cm de margen anal hasta colon ascendente úlceras en sacabocados (Figura 1). Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, se inicia tratamiento corticoideo, pero el paciente evoluciona desfavorablemente con perforación colónica que requiere intervención quirúrgica. Posteriormente, la histología fue compatible con colitis infecciosa con crecimiento de *Candida glabrata* en el cultivo.

A pesar de tratamiento antifúngico dirigido, la evolución es tórpida con sangrado por ileostomía e inestabilidad hemodinámica objetivando en EDA presencia de múltiples ulceraciones en intestino delgado con sangrado activo (Figuras 2-4), produciéndose finalmente el fallecimiento por shock hemorrágico.

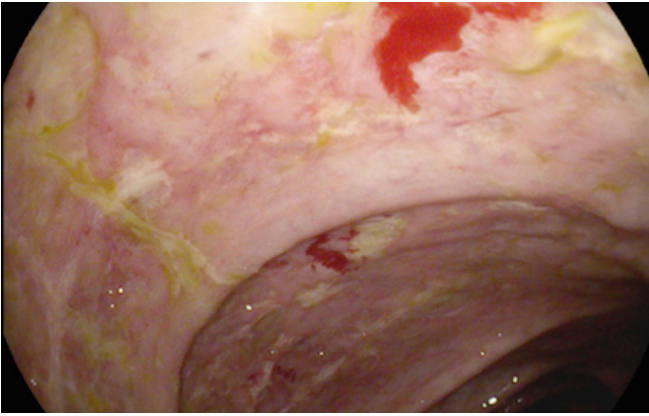


Figura 1

Imagen de colonoscopia donde se objetiva la presencia de múltiples úlceras.

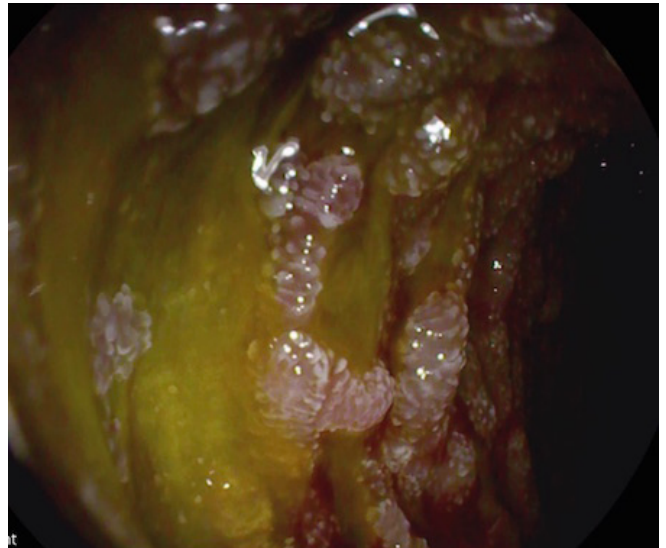


Figura 4

Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de ulceraciones con sangrado babeante.



Figura 2

Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de ulceraciones con sangrado babeante.

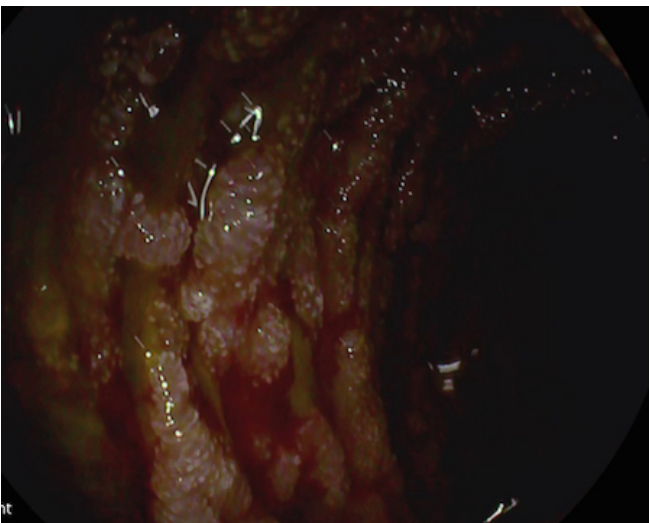


Figura 3

Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de ulceraciones con sangrado babeante.

Discusión

La literatura disponible sobre candidiasis colónica es limitada. Se puede manifestar como ulceraciones, placas, erosiones y pseudopólipos. En el 82% de los casos de candidiasis gastrointestinal (GI) se afectaron múltiples tramos del tracto GI, implicando el colon en un 20%. Puede presentarse con fiebre, diarrea, dolor abdominal y rectorragia. Los gastroenterólogos deben tener en mente la posibilidad de infección del TGB por *Candida*, siendo fundamental el estudio microbiológico para identificar la especie responsable y guiar la terapia antifúngica. Presentamos el primer caso de colitis por *Candida glabrata* documentado en la bibliografía, posiblemente asociado a afectación del intestino delgado.

CP-093. CAUSA INFRECUENTE DE INFECCIÓN INTRAABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

BELVIS JIMÉNEZ, M; MORALES BARROSO, ML; DEL PINO, PILAR; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La infección de una metástasis es una causa poco frecuente de dolor abdominal y fiebre, más aún cuando dicha neoplasia es de baja probabilidad de recidiva años después de su curación, como es el seminoma clásico. Presentamos el caso de un varón con infección de una recidiva de seminoma retroperitoneal

Caso clínico

Varón de 29 años, fumador de 15 cigarrillos/día, con antecedente, cinco años antes, de una orquiectomía por seminoma testicular

tipo clásico con estudio de extensión y marcadores negativos, que acudió por dolor abdominal y fiebre de hasta 38°C. Se realizó un TC abdominal, donde se observó una masa de 6x5 cm en tercera porción duodenal. Analíticamente destacaba una leucocitosis, por lo que ante la sospecha de proceso infeccioso, se comenzó con antibioterapia con buena evolución clínica y analítica. La HCG se encontraba en valores normales, persistiendo la imagen en una RNM posterior de control. Se realizó una PAAF bajo control radiológico, siendo la muestra no diagnóstica, por lo que una vez pasado el evento infeccioso agudo se realizó un PET, siendo esta lesión sugestiva de malignidad. El paciente no aceptó la cirugía inicialmente, por lo que actualmente se encuentra en tratamiento quimioterápico por enfermedad metastásica de seminoma sin confirmación histológica.

Discusión

Los tumores de células germinales testiculares (TCG), aunque poco frecuentes (1%), representan la neoplasia más común entre los varones jóvenes. Se pueden dividir en seminomas puros y no seminomas. Los seminomas puros se caracterizan por su buena respuesta a la quimiorradiación. La infiltración gastrointestinal (GI) de GCT es poco frecuente, variando del 3,6% al 5,1% y además se conoce que el seminoma, tiene una tasa de metástasis GI menor que los tumores no seminomatosos, con una incidencia de menos del 1%. La afectación GI en estos pacientes se debe a infiltración de los ganglios linfáticos retroperitoneales afectados o, con menor frecuencia, por siembra peritoneal y diseminación metastásica hematogena directa. Las metástasis a intestino delgado de TCG son raras; suelen manifestarse como oclusión o sangrado; las ileales y yeyunales son más comunes debido a su localización retroperitoneal. La quimioterapia tiene una tasa de éxito del 90% en pacientes con seminomas puros, incluso con una enfermedad diseminada. Sin embargo, cuando existe afectación GI, la tasa de respuesta a la quimioterapia disminuye (60%), por lo que en ellos se debe considerar el manejo quirúrgico temprano.

CP-094. CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA: SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; GONZÁLEZ GRANDE, R; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome de la arteria mesentérica superior es una causa infrecuente de obstrucción de intestino delgado, y hace referencia a la compresión extrínseca de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior (AMS). La clínica es inespecífica y puede presentarse de forma crónica, aguda o intermitente.

Caso clínico

Mujer de 19 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por presentar desde hace 4 días dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, con náuseas y vómitos continuos de contenido alimenticio. No refiere episodios similares previamente. En la exploración destaca abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal, y ruidos hidroaéreos presentes.

Los resultados de la analítica de sangre son anodinos y en la radiografía de abdomen se observa gran dilatación de cámara gástrica repleta de contenido (Figura 1 y 2). Se realiza ecografía de abdomen urgente que confirma la presencia de una marcada dilatación gástrica con contenido alimenticio en su interior, sin identificarse la causa del cuadro.

Se decide ingreso hospitalario y se inicia tratamiento mediante medidas conservadoras con colocación de sonda nasogástrica, dieta absoluta y fluidoterapia intravenosa. Se realiza gastroscopia observándose cámara gástrica y duodenal dilatados, y se agota la longitud del endoscopio sin observarse causa obstructiva. En la tomografía axial computerizada de abdomen se identifica ángulo aortomesentérico de 12°, siendo la distancia entre la arteria mesentérica superior y la arteria aorta de 4,7 mm (Figura 3), diagnosticándose de síndrome de la arteria mesentérica superior.

Tras el inicio de las medidas conservadoras evolucionada favorablemente cediendo los vómitos y tolerando dieta oral al alta.

Discusión

El síndrome de la arteria mesentérica superior, también llamado síndrome de Wilkie, es una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta, siendo más frecuente su presentación en mujeres,



Figura 1 Radiografía abdomen con imagen de cámara gástrica repleta de contenido.



Figura 2
Radigrafía abdomen con asas dilatadas.



Figura 3
Imagen de TC abdomen donde se evidencia ángulo aortomesentérico de 12º y distancia de 4,7 mm entre la arteria mesentérica superior y la aorta.

adolescentes y adultos jóvenes. Los síntomas de presentación son inespecíficos, tales como dolor abdominal o intolerancia a la alimentación, que típicamente mejoran con el decúbito lateral izquierdo y el decúbito prono, siendo lo más frecuente su diagnóstico tras pérdida ponderal importante por una manifestación crónica de los síntomas, a diferencia de nuestra paciente que se presentó de forma aguda como un único episodio.

Los criterios diagnósticos en las pruebas de imagen son duodeno dilatado, compresión del duodeno por la AMS y ángulo aortomesentérico menor de 20 grados.

El tratamiento es inicialmente conservador, dejándose el tratamiento quirúrgico a aquellos pacientes que no respondan con estas medidas.

CP-095. COLITIS ISQUÉMICA SECUNDARIA A VASOCONSTRICCIÓN POR INHALACIÓN DE COCAÍNA

TENORIO GONZÁLEZ, E; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; OCAÑA LEDESMA, A; BRAVO ARANDA, AM; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La colitis isquémica aparece generalmente en personas de edad avanzada (el 90% de los casos, en mayores de 60 años) con algún factor de riesgo cardiovascular (obesidad, consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes o hipercolesterolemia). Cuando se presenta en pacientes jóvenes debe investigarse el consumo de cocaína o de fármacos.

La cocaína ha demostrado producir serios efectos cardiovasculares como infarto al miocardio, arritmias y accidentes cerebrovasculares. Estos efectos se han atribuido en gran parte al efecto vasoespástico de la droga. En cambio, las consecuencias gastrointestinales son poco frecuentes, y entre ellas se incluyen úlceras gastroduodenales, infartos viscerales e isquemia intestinal.

Caso clínico

Presentamos un caso de un varón de 33 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal y rectorragia. Interrogando al paciente, refiere ser consumidor habitual de cocaína y que, el día previo, aproximadamente dos horas tras la inhalación de varias dosis de cocaína, comenzó con dolor abdominal en flanco derecho, tipo retortijón, que aliviaba con la defecación, en la que únicamente expulsaba sangre. A la exploración, presenta afectación del estado general por el dolor, aunque mantiene estabilidad hemodinámica y situación afebril. Expresa dolor en flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal, y peristaltismo aumentado; y no se aprecia sangre en ese momento en tacto rectal. Analíticamente presentaba únicamente leucocitosis leve, y se confirma cocaína positiva en orina, sin otras drogas añadidas. Se realizó TAC abdomen que confirma la sospecha de colitis isquémica derecha leve, siendo el paciente alta voluntaria con seguimiento ambulatorio y antibioterapia oral empírica como profilaxis de complicación. Posteriormente se comprobó buena evolución del cuadro en revisión en consulta.

Discusión

El compromiso isquémico a nivel intestinal por consumo de cocaína es infrecuente, pero debe existir un elevado grado de sospecha ante un dolor abdominal no filiado en pacientes jóvenes con antecedentes de consumo reciente de la droga. El cuadro suele desencadenarse en el curso de horas tras la última administración de la droga, existiendo casos comunicados secundarios a todas las vías de administración (nasal, intravenosa, inhalatoria, oral) y se produce en general pacientes consumidores frecuentes y en cantidades importantes.

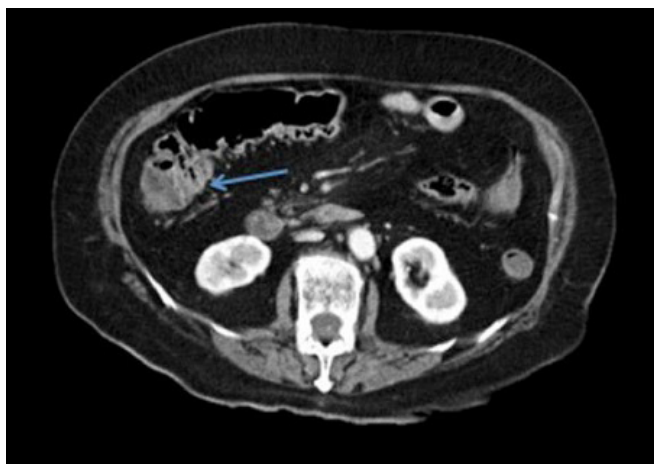


Figura 1
TAC. Hallazgos en ángulo hepático. Colitis isquémica leve

CP-096. COLITIS ISQUÉMICA TRAS TRIATLÓN: LA IMPORTANCIA DE UNA ALTA SOSPECHA CLÍNICA

GARCÍA GAVILÁN, MC; MORALES ALCÁZAR, F; HERNÁNDEZ BERNAL, C; MONTES ARAGÓN, C; SÁNCHEZ CANTOS, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA

Introducción

Correr se ha convertido en los últimos años en un deporte de moda, sin embargo puede entrañar riesgos. Desde el punto de vista digestivo cada vez se describen más casos de colitis isquémica en corredores.

Caso clínico

Varón de 46 años sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por comenzar tras finalizar un triatlón, con dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y diarrea con sangre mezclada. En la analítica se observaba una GOT de 68, CK 1178 y PCR de 10, el coprocultivo con estudio de parásitos fue negativo y la ecografía abdominal de urgencias sin hallazgos. Se realizó una colonoscopia que objetivó desde ángulo hepático, una afectación continua de la mucosa que respetaba ciego, con edema, eritema petequiral, friabilidad y subfusiones hemorrágicas, compatible con colitis isquémica (Figuras 1 y 2). En el angioTC abdominal con contraste se observó un engrosamiento parietal difuso del colon derecho, con alteración de la grasa mesentérica adyacente y líquido libre locorregional (Figura 3). No se observaron alteraciones en el patrón vascular. Se completó con un estudio analítico de hipercoagulabilidad, ecocardiograma y eco-Doppler de troncos supraórticos, sin alteraciones. Presentó una buena evolución con mesalazina, ciprofloxacino profiláctico y probióticos, observándose una resolución completa de las lesiones en la colonoscopia de control al mes.

Discusión

La colitis isquémica es más frecuente en corredores de larga distancia, poco entrenados, en mujeres y es más frecuente con la

deshidratación y las altas temperaturas. Se debe a una respuesta sistémica ante el esfuerzo con redistribución del flujo sanguíneo esplácnico hacia los órganos vitales. Aunque normalmente la colitis isquémica es más frecuente en colon izquierdo y sigma, en estos pacientes se suele localizar en colon derecho y ciego, es por ello que para su diagnóstico se requiere un alto índice de sospecha, con realización de colonoscopia completa. Aunque se trata de una entidad poco frecuente debería tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y hematoquecia, sobre todo tras la realización de ejercicio físico importante.

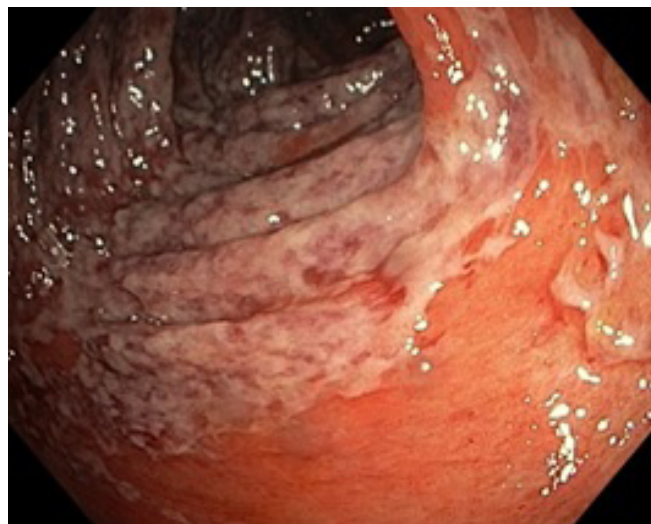


Figura 1
Imagen endoscópica con afectación continua de la mucosa que comienza de forma brusca en ángulo hepático.



Figura 2
En la endoscopia se observa afectación continua de la mucosa con edema, eritema petequiral, subfusiones hemorrágicas y restos fibrinados.



Figura 3

Corte axial del TC abdomen con contraste, donde se observa un engrosamiento parietal de colon derecho con afectación de la grasa mesentérica adyacente.

CP-097. CUADROS SUBOCCLUSIVOS DE REPETICIÓN DE ETIOLOGÍA INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MORENO MORALEDA, I; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; BARRIENTOS DELGADO, A; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La anisakiasis es una enfermedad parasitaria del tracto gastrointestinal producida por larvas de *Anisakis simplex*, que se adquiere tras la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, crustáceos o moluscos infectados. Presentamos un caso de un cuadro suboclusivo intestinal de repetición en un paciente con antecedente de ingesta de boquerones en vinagre.

Caso clínico

Varón de 61 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos y estreñimiento de 24 horas de evolución, refiriendo episodios similares en los meses previos. En la exploración destaca un abdomen distendido, doloroso y timpánico, con aumento de ruidos hidroaéreos. Entre los datos analíticos al ingreso cabe destacar el incremento de reactantes de fase aguda (PCR 6,22 mg/dl), IgE elevada y leucocitosis moderada con neutrofilia.

Se realiza TC de abdomen en el que se objetiva ileítis inflamatoria, mínimo líquido libre en Douglas y trombosis hepática y esplénica de causa no filiada, presente ya en estudios de años previos. Se solicita estudio de coagulopatía por parte de Hematología que decide pautar tratamiento antiagregante con clopidogrel. Se realiza enteroRM a las 48 horas en la que se objetiva íleon terminal normal, sin visualizarse alteraciones mesentéricas, adenopatías, ni líquido libre, y angioTC en el que se evidencia trombosis ya conocida.

Tras rehistoriar al paciente, contextualizamos el inicio de la clínica 24 horas tras la ingesta de boquerones en vinagre no congelado previamente, por lo que se solicita serología IgE específica para *Anisakis simplex*, que resultó positiva. No se demostró la existencia del parásito por endoscopia ni signos de isquemia intestinal aguda.

Tras instaurar medidas de soporte, el paciente mejora a las 48 horas, programándose seguimiento ambulatorio de cuadro suboclusivo.



Figura 1

Ileítis inflamatoria.

Discusión

En nuestro medio, la tasa de parasitación por *Anisakis* del pescado que consumimos es muy elevada, oscilando entre un 23% y un 80%. En la mayoría de los casos, provoca cuadros autolimitados en forma de abdomen agudo, aunque debemos tener en cuenta la forma intestinal de curso crónico, que se manifiesta mediante cuadros suboclusivos de repetición.

A pesar de considerarse un problema de salud pública actual, se estima que la anisakiasis intestinal se trata de una patología infradiagnosticada por falta de sospecha clínica, por ello, ante todo cuadro de abdomen agudo es imprescindible una correcta anamnesis en la que se incluyan antecedentes epidemiológicos, ya que un diagnóstico correcto permite evitar cirugías innecesarias y una alta probabilidad de resolución del cuadro con tratamiento conservador.

CP-098. DIAGNÓSTICO INFRECLENTE DE SÍNDROME CONSTITUCIONAL, ENGROSAMIENTO CECAL Y CARCINOMATOSIS PERITONEAL

CADENA HERRERA, ML; BELLIDO MUÑOZ, F; CORDERO RUIZ, P; BARRANCO CASTRO, D

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La tuberculosis (TBC) es conocida como la gran simuladora por sus diversas manifestaciones clínicas y la dificultad de su diagnóstico. Su incidencia en aumento constituye un importante problema de salud pública mundial y se relaciona con el incremento de VIH, migraciones, terapias inmunosupresoras, enfermedades crónicas avanzadas y la aparición de cepas resistentes. Para su diagnóstico es imprescindible un alto índice de sospecha y el inicio precoz de estudios complementarios encaminados a su confirmación.

Caso clínico

Varón de 42 años natural de Ecuador, residente en Sevilla desde hace 17 años. Como único antecedente, derrame pleural metaneumónico sin aislamiento microbiológico cinco meses atrás. Acude ahora por vómitos, diarreas acuosas, pérdida ponderal y sudoración nocturna de dos meses de evolución. A la exploración afebril, sarcopenia y masa palpable en fosa ilíaca derecha. En analítica, únicamente anemia ferropénica y PCR 228 mg/dl. En TAC abdominal se objetiva engrosamiento mural asimétrico de la pared del ciego sugestiva de neoplasia, afectación peritoneal difusa con formaciones micronodulares compatibles con carcinomatosis y ascitis escasa (Figura 1). Se realiza el estudio endoscópico encaminado a confirmar el diagnóstico radiológico resultando sorprendentemente negativo, siendo tanto la colonoscopia como gastroscopia normales. Se realiza paracentesis diagnóstica obteniéndose líquido claro con predominio de mononucleares, ADA y proteínas elevadas. La citología, cultivos bacterianos, tinción BAAR y PCR de TBC fueron negativos. A la semana del ingreso junto a persistencia de la sintomatología inicial, asocia febrícula, tos y ligera expectoración. Tanto los cultivos de esputo, baciloscopia como Mantoux fueron negativos, resultando positivo únicamente el quantiferon gamma. En TAC de tórax se aprecia un patrón de "árbol en brote" en lóbulos pulmonares superiores y adenopatías mediastínicas reactivas (Figura 2). Ante la sospecha de infección tuberculosa, se inicia tratamiento empírico con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. La evolución clínica resulta claramente favorable quedando asintomático y resolviéndose la ascitis a los pocos días. Tras ser dado de alta, al día 21 y 30, los cultivos de líquido peritoneal y de esputo respectivamente confirman positividad para *Mycobacterium tuberculosis*.



Figura 1
TAC de abdomen: engrosamiento asimétrico de ciego, afectación peritoneal difusa con micronodulaciones,

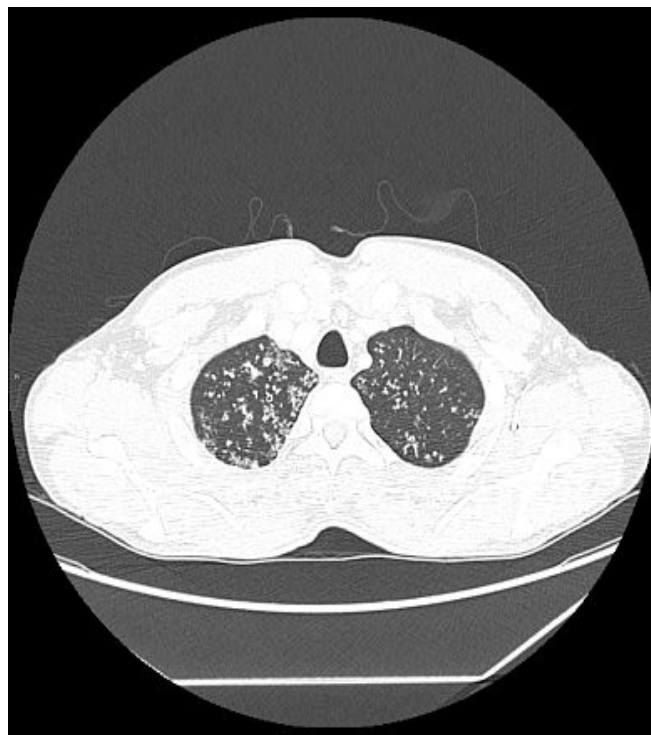


Figura 2
TAC de tórax: lóbulos superiores, patrón de "árbol en brote".

Discusión

En el diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal debe incluirse la TBC peritoneal. Ambas entidades cursan con clínica inespecífica parecida: síndrome constitucional, ascitis y hallazgos radiológicos muy similares. La fiebre y la sudoración nocturna son signos tardíos de infección tuberculosa avanzada. Dada la dificultad del diagnóstico, en muchos casos es necesaria una exploración laparoscópica en la que los hallazgos macroscópicos (adherencias y siembra miliar en peritoneo), histológicos (granulomas no caseificantes) y microbiológicos (PCR y cultivo de micobacterias) permiten su confirmación.

CP-099. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ÚLCERA RECTAL SOLITARIA, COLITIS QUÍSTICA PROFUNDA O ENFERMEDAD DE LAS TRES MENTIRAS

TENORIO GONZÁLEZ, E; GONZÁLEZ GRANDE, R; FLORES MORENO, H; BERLANGA CAÑETE, S; PALOMINO LUQUE, P; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome de úlcera rectal solitaria (SURS) se diagnostica en base a la clínica, la apariencia endoscópica y fundamentalmente los hallazgos histológicos. El síntoma más común es la rectorragia (60%), franca y de escasa cantidad, con emisión ocasional de moco.

La colitis quística profunda es una enfermedad infrecuente, crónica y benigna, que se caracteriza por la presencia de quistes llenos de moco en la capa submucosa del colon, pudiendo presentar afectación difusa o, más frecuentemente, localizada (predominantemente, en recto); y pudiéndose asociar en estos casos a prolapso rectal, úlcera rectal solitaria o alteraciones del suelo pélvico.

La etiología es desconocida, sugiriéndose un origen congénito, o adquirido, en su mayoría, en relación con cambios post inflamatorios/traumáticos.

Presentamos un caso típico atendido en nuestro servicio que se diagnosticó adecuadamente y se resolvió tras la realización de resección transanal local.

Caso clínico

Mujer de 48 años que es valorada en consulta por rectorragia y moco con la defecación, estreñimiento, sensación de tenesmo y dolor anal. Sin hallazgos analíticos a destacar salvo anemia normocítica-normocrómica.

Se realiza colonoscopia en la que se observa, a 7 cm de margen anal, hacia cara anterior rectal, lesión polipoidea y ulcerada de entre 1-2 cm de diámetro, que impresiona de aspecto neoplásico.

Finalmente, tras catalogarse de neoplasia de recto (dado el aspecto endoscópico), pese a biopsias negativas, y estadio T1 por RMN y ecografía endoanal, se realiza resección transanal de lesión polipoide rectal.

AP definitiva: colitis quística profunda asociada a úlcera rectal solitaria.

Tras dicha intervención, la paciente se encuentra asintomática durante los 3 años de seguimiento y hasta la actualidad.

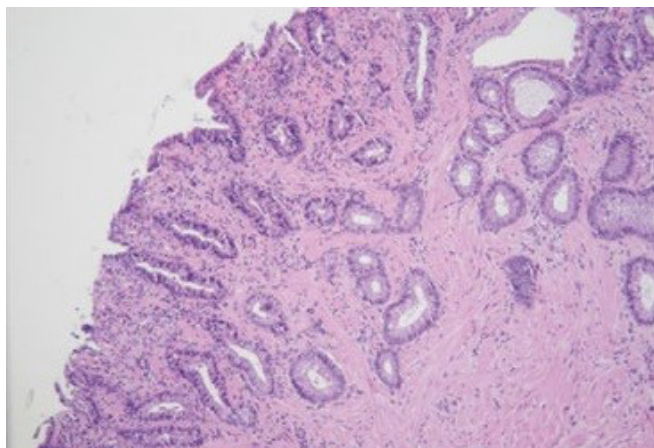


Figura 1 Imagen anatomopatológica.

Discusión

El diagnóstico de esta entidad es fundamentalmente histológico, presentando como dato más característico y diferenciador la

presencia de obliteración fibromuscular de la lámina propia (por lo que se aprecia en biopsias que contienen submucosa, o en pieza quirúrgica completa).

Se conoce como "enfermedad de las tres mentiras" por no ser necesariamente una lesión única, ulcerada ni localizarse a nivel de recto. Por tanto, debido a su presentación heterogénea (tanto a modo de parches de mucosa hiperémica, ulceraciones de morfología variable o formas polipoideas), y dada su escasa incidencia, no se suele considerar dentro del diagnóstico diferencial inicial de la patología ulcerosa rectal; pudiéndose confundir con otras patologías, bien subestimándose o interpretándose como un proceso maligno, por lo que diferenciarlo es clave para evitar un retraso diagnóstico de incluso años o, en cambio, plantear una cirugía radical innecesaria.

CP-100. DIVERTICULITIS AGUDA DE ÍLEON. LOCALIZACIÓN INUSUAL.

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; MARTÍNEZ MARTÍNEZ, C²; ROA COLOMO, A¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La diverticulitis aguda es una patología infecciosa relativamente frecuente, siendo infrecuente su localización en íleon (0,3-2,3% del total) debido a las características anatómicas de la pared intestinal. En esta localización, está asociado a una mayor morbimortalidad (20-40%) que en colon.

Su diagnóstico se basa en tomografía computarizada (TC) abdominal y su tratamiento no está estandarizado, debido a su mínima prevalencia, siendo la opción conservadora con antibioterapia la más utilizada.

Caso clínico

Mujer de 63 años con antecedentes de diverticulosis de colon y dispepsia funcional que acude a urgencias por cuadro de diarrea de 10 deposiciones diarias sin productos patológicos, febrícula de 37,2°C y dolor abdominal mesogástrico de 2 días de evolución.

Analíticamente destaca proteína C reactiva 309,2 mg/L, y 9,2/103 µL leucocitos (polimorfonucleares 90%). Se realiza ecografía abdominal y a continuación se completa con TC abdominal con hallazgos de asa intestinal en fosa iliaca derecha con engrosamiento parietal difuso e hipercaptación parietal con pequeña lengüeta de líquido libre y adenopatías locorreionales reactivas, todo ello compatible con diverticulitis aguda de íleon no complicada grado I Hinchey. Durante su ingreso presentó buena evolución clínica y analítica tras tratamiento con ceftriaxona 2 g I.V. durante siete días, siendo dada de alta hospitalaria a los ocho días sin complicaciones.

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida. Comúnmente afecta jóvenes y adultos de edad media. Frecuentemente se presenta con adenopatía hiliar bilateral, infiltración pulmonar, lesiones cutáneas y oculares. Pueden estar afectados el hígado, bazo, ganglios linfáticos, glándulas salivares, corazón, sistema nervioso, huesos y otros órganos. El diagnóstico se establece cuando los hallazgos clínico-radiológicos son sustentados por una histopatología que evidencia granulomas no caseosos de células epitelioides. Con frecuencia se observan los siguientes hallazgos inmunológicos: depresión de la inmunidad celular y respuesta inmune de Th1 en los sitios donde se localiza la enfermedad. Pueden encontrarse inmunocomplejos circulantes con signos de hiperactividad de células B.

Caso clínico

Paciente valorado por cuadro de dolor abdominal crónico. Se realiza analítica con perfil renal, hepático, férrico, tiroideo y celiaco sin alteraciones. Se solicita endoscopia digestiva alta, en la que se describe hernia de hiato y datos compatibles con gastritis crónica, que se confirma en estudio anatomopatológico tras toma de biopsias. Se solicita asimismo, colonoscopia, en la que objetivan únicamente hemorroides internas, sin apreciar otras alteraciones. Como antecedentes destacables, cabe mencionar que el paciente fue estudiado en Cirugía Maxilofacial por presencia de adenopatía cervical, informada tras estudio histológico como proceso inflamatorio crónico granulomatoso. En tomografía computarizada de cuello posterior, la adenopatía no se visualiza. Se solicita tomografía computarizada de abdomen y pelvis, sin objetivarse alteraciones significativas. El paciente es valorado en consulta de Medicina Interna, realizándose radiografía de tórax, sin alteraciones, y Mantoux (paciente vacunado) y determinación de ECA (enzima convertidora de angiotensina) con valores de 77 U/l, por lo que se consideró que la sarcoidosis se encontraba en remisión. Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Discusión

El diagnóstico se hace por sumatoria de elementos, siendo de capital importancia el cuadro clínico sospechoso y el estudio histopatológico compatible. La enzima convertidora de angiotensina (ECA) es producida normalmente por las células endoteliales del riñón, una pequeña parte por el lecho vascular pulmonar, y en la sarcoidosis, por las células epitelioides estimuladas por los linfocitos T de la periferia de los granulomas. Si bien la ECA no es específica para el diagnóstico de sarcoidosis, y puede estar elevada en la lepra, diabetes mellitus, neumonitis por hipersensibilidad, cirrosis biliar primaria, silicosis, y asbestosis, los niveles muy elevados de ECA son muy sugestivos de la enfermedad. Existen un 10% de falsos positivos y un 40% de falsos negativos cuando los niveles séricos de ECA son utilizados para diagnosticar la enfermedad.

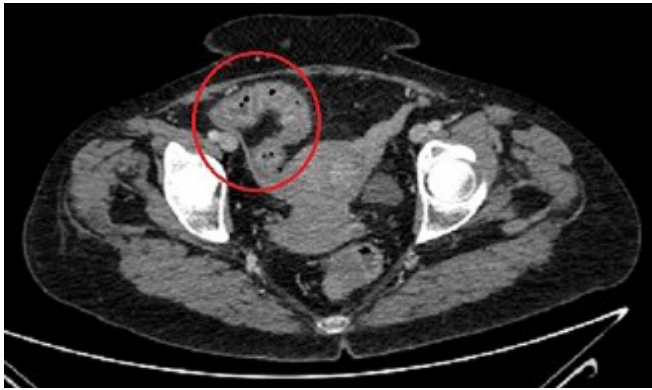


Figura 1
Diverticulitis ileon.



Figura 2
Diverticulitis ileon.

Discusión

La diverticulitis aguda es una entidad más frecuente en colon, y poco habitual en íleon. Para su diagnóstico en esta localización, es fundamental una prueba de imagen como la TC abdominal. En el caso presentado, se optó por un tratamiento conservador con antibioterapia debido al aceptable estado general de la paciente, junto a la edad, la ausencia de comorbilidad y la escasa extensión de la enfermedad en la prueba de imagen, dejándose la opción quirúrgica como segunda opción si esta estrategia fracasa o en caso de abscesos. La paciente tras cuatro meses se encuentra actualmente asintomática.

CP-101. DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE SARCOIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

CP-102. DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN VASCULAR, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El dolor abdominal es un problema común. La mayoría de las veces se debe a patología benigna y/o autolimitada. Es importante identificar a aquellos pacientes con cuadros graves que precisen intervención urgente.

Caso clínico

Mujer de 74 años con antecedente de diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales que ingresa por cuadro de dolor abdominal en hemiabdomen inferior de dos meses de evolución, intenso, diario, que le interrumpe el sueño y no se modifica con la ingesta, la defecación ni el movimiento. Se acompaña de estreñimiento que cede con laxantes orales y pérdida de peso que asocia a disminución de la ingesta oral. Se realiza estudio mediante analítica de sangre con marcadores tumorales, endoscopia digestiva alta y baja, TC abdominal, ecografía abdominal, angioTC abdominal y tránsito gastrointestinal, con resultado normal. La paciente evoluciona de forma tórpida, con dolor abdominal persistente que precisa tratamiento con 60 mg de cloruro mórfico intravenoso de forma diaria. Realizamos arteriografía (**Figura 1**) en la que se observa estenosis significativa de la arteria mesentérica inferior y se procede a colocar un stent no recubierto, con resolución de la estenosis. Posteriormente presenta franca mejoría clínica, permitiendo descenso paulatino del tratamiento opiáceo hasta su suspensión al alta. En sucesivos controles ambulatorios la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista digestivo.



Figura 1

Arteriografía: estenosis de arteria mesentérica inferior.

Discusión

Nos encontramos ante un cuadro de dolor abdominal intenso con estudio etiológico negativo, salvo estenosis significativa de la arteria mesentérica inferior. Ante ausencia de otros hallazgos objetivos, se decide colocación de stent y posterior tratamiento durante 48 horas con perfusión de heparina y mantenimiento con aspirina y clopidogrel. La paciente presenta una franca mejoría clínica inmediata. En la literatura revisada no encontramos ningún caso de estenosis aislada de la arteria mesentérica inferior que sea sintomática, por lo que estaríamos ante una causa inusual de dolor abdominal. Dado que la mejoría de la paciente fue evidente antes de las 24 horas tras la colocación del stent, no creemos que la mejoría sea debida al tratamiento antiagregante.

CP-103. DOLOR ABDOMINAL Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN PACIENTE MUJER

TORRICO LAGUNA, AM; GALVAN FERNANDEZ, MD; BENITEZ RODRIGUEZ, B; ROMERO VÁZQUEZ, FJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La isquemia intestinal es una patología caracterizada por la ausencia de riesgo vascular a nivel de un tramo intestinal de longitud variable que sucede fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Aunque la clínica y los antecedentes pueden orientarnos, la técnica diagnóstica fundamental es la angio-resonancia o el angio-TC abdominal. Aunque es una patología muy grave, el elevado riesgo quirúrgico del perfil de pacientes limita las opciones; no obstante, el uso de terapias hemodinámicas ha mejorado el pronóstico y la actitud en algunos de estos pacientes, antes limitado a tratamiento conservador.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 70 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis estadio IIIb2, ictus lacunares, colecistectomía y hemicolectomía derecha por adenoma túbulo-veloso, que acude a urgencias por dolor abdominal postprandial de dos semanas de evolución, acompañado de vómitos y fiebre. La analítica muestra marcada leucocitosis con neutrofilia, empeoramiento de la función renal y aumento de reactantes de fase aguda. El perfil hepático es normal y la radiografía de abdomen no muestra hallazgos reseñables. Se realiza TC abdominal que muestra engrosamiento de paredes a nivel yeyunal con disminución de la luz intestinal y moderada cantidad de ascitis, siendo el resto del estudio abdominal anodino. El coprocultivo fue negativo. La paciente ingresa en planta con sospecha de yeyunitis de probable origen isquémico, descartándose actitud quirúrgica por los antecedentes y manteniéndose actitud conservadora. Se realiza enteroscopia que muestra mucosa congestiva a nivel yeyunal aunque sin apreciar lesión de aspecto

tumoral. La paciente evoluciona favorablemente con administración de sueroterapia, observándose en angio-TC de control marcada ateromatosis a nivel vascular intestinal, con mejoría del proceso inflamatorio yeyunal y de la ascitis.



Figura 1 Isquemia yeyunal urgente.

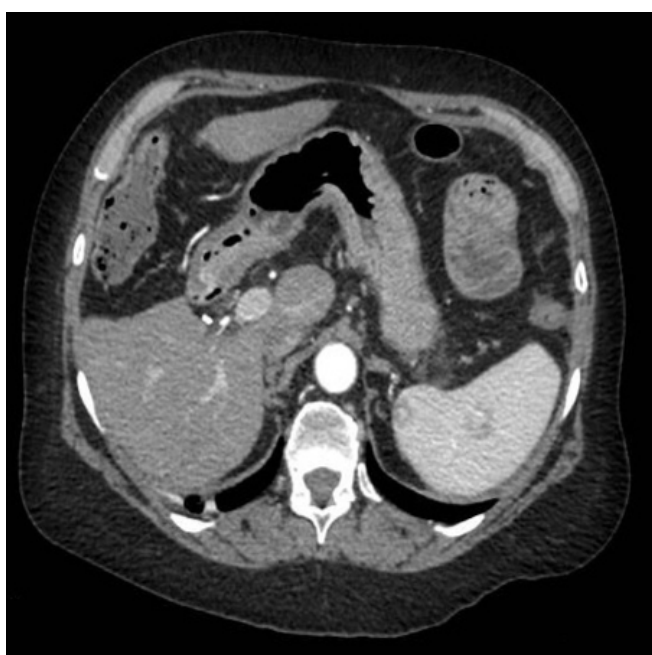


Figura 2 Isquemia yeyunal control.

Discusión

La yeyunitis isquémica es una variante de la isquemia intestinal, ocasionada por la disminución de la perfusión vascular a este nivel, ocurriendo principalmente en pacientes con elevado riesgo cardiovascular. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas

y el diagnóstico se realiza principalmente mediante angio-TC o angio-resonancia abdominal. Dado que la mayoría de pacientes tiene un elevado riesgo quirúrgico, el tratamiento es conservador en la mayoría de casos, optándose por la cirugía en determinados pacientes. Una alternativa de tratamiento en pacientes con elevado riesgo quirúrgico es la terapia hemodinámica mediante colocación de prótesis vasculares o trombectomía, siendo primordial en todos los pacientes un excelente control de los factores de riesgo cardiovascular.

CP-104. ENFERMEDAD CELIACA CON MALA RESPUESTA A LA DIETA SIN GLUTEN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

VALDÉS DELGADO, T; BENITEZ ROLDÁN, A; GUERRA VELOZ, MF; FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La enfermedad celíaca (EC) refractaria es una patología muy infrecuente, por el contrario la mala respuesta a la dieta sin gluten es una situación más habitual, a tener en cuenta a priori en los celíacos no respondedores a la dieta sin gluten.

Caso clínico

Varón de 52 años con intolerancia a la lactosa y EC diagnosticada en 2014 mediante biopsia duodenal compatible con atrofia vellositaria tipo III de Marsh. Analíticamente destacar Ac antitransglutaminasa IgA normales y un déficit de ácido fólico.

Durante dos años el paciente se mantuvo asintomático con una dieta estricta exenta en gluten y lactosa. Pero a partir del 2017 comenzó con cuadro continuo de 5-6 deposiciones diarreicas acuosas de predominio nocturno asociado a molestias abdominales. Se volvió a solicitar gastroscopia con biopsia duodenal compatible con infiltrado linfocitario epitelial tipo I de Marsh y serologías que se mantuvieron negativas para celiaquía.

Debido a la mejoría histológica duodenal con reconstrucción de la mucosa nos hizo pensar que el paciente no incumplía la dieta sin gluten (primera causa a descartar cuando tenemos una mala respuesta a la dieta sin gluten), por lo que se solicitó colonoscopia (**Figura 1**) con toma de biopsias escalonadas para descartar una enfermedad coexistente como la colitis microscópica (CM), confirmando las biopsias esta última entidad del tipo colitis linfocítica.

A partir de este momento el paciente comenzó con budesonida 9 mg/día, permaneciendo a día de hoy asintomático.

Discusión

La coexistencia de EC y la CM es de 20-30%, porcentaje elevado a tener en cuenta y siendo más frecuente la asociación con la

colitis linfocítica que la del tipo colágena. Para poder catalogar de EC refractaria primero hay que hacer un diagnóstico diferencial de la mala respuesta a la dieta sin gluten, siendo esta entidad mucho más frecuente y la cual se produce principalmente por incumplimiento de la dieta, la posibilidad de un diagnóstico erróneo o la coexistencia de otra enfermedad que condicione la persistencia de los síntomas (como en nuestro caso), una vez descartadas todas estas situaciones si persisten los síntomas de malabsorción y la atrofia vellositaria duodenal durante más de doce meses podremos plantear el diagnóstico de EC refractaria.

Por otro lado destacar la fuerte asociación de estas dos enfermedades autoinmunes (20-30%), siempre a tener en cuenta sobre todo en enfermos celíacos mayores de 50 años cumplidores y no respondedores de la dieta sin gluten.

de evolución con reagudización en las últimas semanas y consistente en deposiciones blandas aumentadas en número sin productos patológicos; sin otros síntomas acompañantes. Tras estudio analítico y gastroscopia con toma de biopsias duodenales se diagnostica de atrofia vellositaria con linfocitosis intraepitelial (Marsh 3b). Los marcadores séricos de celiaquía resultan negativos y el estudio genético positivo para HLA DQ8/DQ6. Tras dos meses de dieta sin gluten (DSG) sin clara mejoría vuelve a ingresar por persistencia de los síntomas junto con un descenso de 18 Kg de peso y severas alteraciones hidroelectrolíticas. Se realiza enteroscopia (Figuras 1 y 2) y se procede a reposo intestinal durante varias semanas manteniendo a la paciente con dieta absoluta y nutrición parenteral alcanzando de forma progresiva una relativa mejoría de la sintomatología. Finalmente se añade tratamiento esteroideo consiguiendo una total recuperación de la clínica. Al alta el hábito deposicional torna a la normalidad y se recupera por completo el estado nutricional. Semanas después y con reducción progresiva de la corticoterapia oral se comprueba la persistencia de la remisión clínica en la paciente.

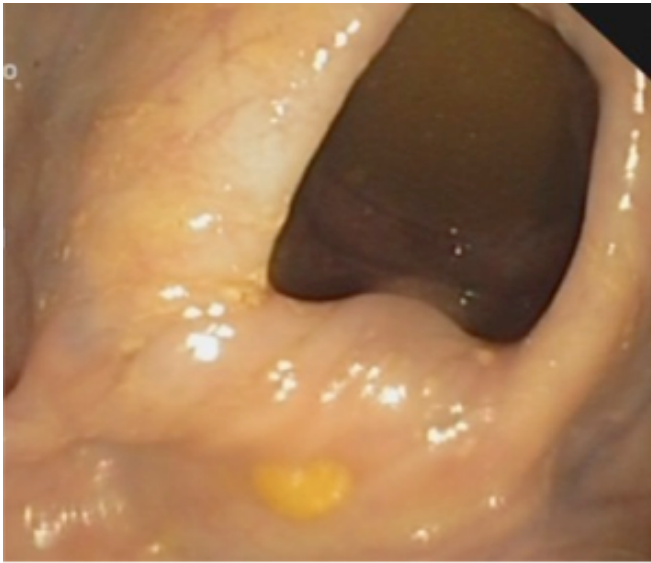


Figura 1
Colonoscopia: realizada hasta ciego sin lesiones en todos los tramos de la mucosa colónica.

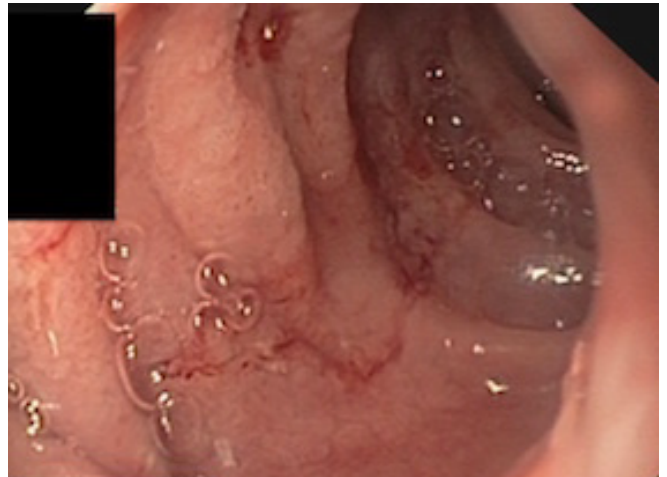


Figura 1
Ulceraciones fibrinadas planas a nivel de segunda porción de duodeno.

CP-105. ENFERMEDAD CELÍACA: UN DEBUT INUSUAL

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, P; CORDERO RUIZ, P; BELLIDO MUÑOZ, F; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La crisis celíaca (CC) es una entidad en la que acontecen síntomas gastrointestinales atribuibles a la enfermedad celíaca (EC) junto con datos de desnutrición y alteraciones electrolíticas que requieren hospitalización y nutrición parenteral (NP).

Caso clínico

Mujer de 76 con hipertensión arterial como único antecedente de interés, que ingresa por síndrome diarreico de varios meses

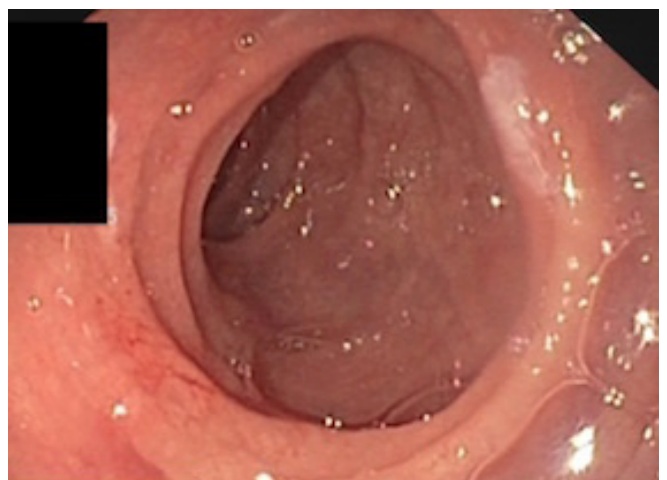


Figura 2
Ulceraciones fibrinadas con mucosa circundante ligeramente eritematosa y congestiva.

Discusión

La CC es una patología infrecuente y grave que desencadena diarrea severa, pérdida de peso, malabsorción y alteraciones metabólicas importantes. Se asocia a alta mortalidad. Descrita en 1953 en base a 58 niños diagnosticados de EC, 35 de los cuales presentaron CC. Desde entonces ninguna publicación ha descrito más de tres casos.

Nuestra paciente es diagnosticada de EC con presentación compatible con CC habiéndose descartado el incumplimiento de la DSG, la posibilidad de diagnóstico erróneo y la coexistencia de otras lesiones sobreañadidas a la EC. Sólo hubo respuesta a terapias intrahospitalarias, requiriendo NP y corticoides.

No queda claro si el diagnóstico de CC está en relación a una forma de debut de la enfermedad ó acontece como una exacerbación de la misma en relación a un desencadenante que conduce a la aparición de la sintomatología. Una combinación de alteración inflamatoria severa de la mucosa, activación del sistema inmune e interrupción de los patrones normales de motilidad, parecen estar en relación con la etiopatogenia de esta entidad clínica.

CP-106. ENTEROCOLITIS SECUNDARIA A INMUNOTERAPIA EN CÁNCER

FERNÁNDEZ-CANO, MC; ORTEGA-SUAZO, EJ; JIMÉNEZ-ROSALES, R; VADILLO-CALLES, F; LIBRERO JIMÉNEZ, M; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

Existen numerosos recursos terapéuticos para abordar las enfermedades neoplásicas, entre las que se encuentra la inmunoterapia. A pesar de los beneficios clínicos documentados, son tratamientos no exentos de efectos adversos, entre los que destaca la toxicidad gastrointestinal, en forma de colitis inmunomediada.

Caso clínico

Varón de 80 años con antecedentes de carcinoma epidermoide de pulmón estadio IV, diagnosticado en 2014, estable tras la última revisión. Aunque se trató con radioterapia y vinorelbina, actualmente recibe inmunoterapia con Nivolumab asociada a corticoterapia (prednisona 30 mg/día) desde hace 4 meses.

Acudió a Urgencias por náuseas, dolor abdominal y reagudización de diarrea crónica de 10 días de evolución, contabilizando hasta 24 deposiciones/día, sin respeto del descanso nocturno. A la exploración destacó marcada deshidratación cutáneo-mucosa y quebrantamiento general. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia e insuficiencia renal por lo que fue hospitalizado con diagnóstico de colitis inmunomediada por Nivolumab grado IV. En este contexto se intensificó el tratamiento corticoideo a dosis plenas y se solicitó estudio para descartar causa infecciosa (toxina

de *Clostridium difficile*, colonoscopia con biopsias y PCR de virus que resultaron negativas) además de test IGRA y serologías virales, en previsión de inicio de tratamiento con anti-TNF. Endoscópicamente se halló una mucosa granular, con micronódulos y eritema con lesiones aftoides (Figuras 1 y 2). La biopsia describió un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, severa depleción glandular y apoptosis. Finalmente, tras 48 horas de tratamiento con escasa respuesta, el paciente fallece.

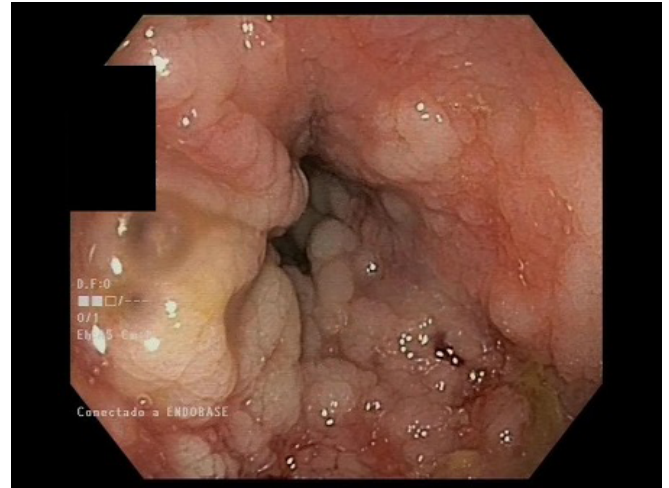


Figura 1 Mucosa granular con micronódulos.

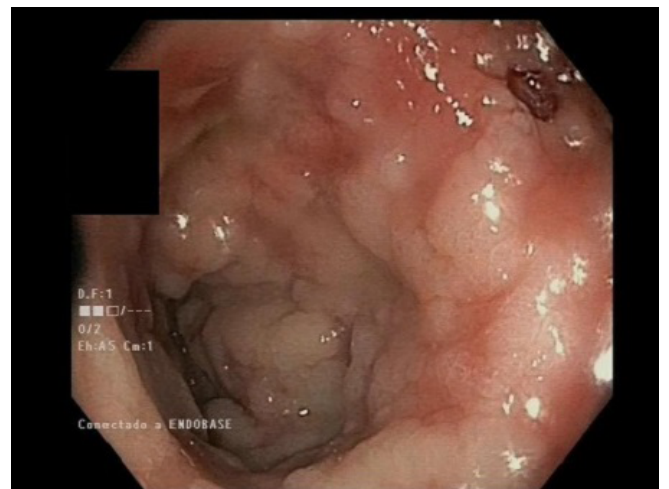


Figura 2 Lesiones aftoides sobre mucosa eritematosa.

Discusión

Nivolumab es un anticuerpo antagonista del receptor de muerte celular programada 1 en linfocitos T(PD-1), que actúa potenciando su actividad citotóxica. Pese a éxitos terapéuticos, se han relacionado con su uso reacciones adversas como la diarrea inmunomediada, apareciendo durante los primeros 6 meses de tratamiento. Algunos estudios indican que su etiología guarda relación con el agotamiento de linfocitos T reguladores que favorece la autoinmunidad. Existe una asociación entre enterocolitis y regresión tumoral, por existencia de antígenos comunes en células tumorales e intestinales, sobre los

que actuarían estos fármacos denominados inhibidores del punto de control y por tanto, la presencia de tal efecto adverso indicaría una mejor respuesta tumoral. Las reacciones inmunitarias en enterocolitis por nivolumab son similares a la EI y es por esto que su manejo diagnóstico y terapéutico es semejante. La colonoscopia es esencial además de la toma de biopsias y el tratamiento se basa en corticoterapia a dosis altas. En casos refractarios está indicado el tratamiento con fármacos biológicos (anti-TNF).

CP-107. ENTEROPATÍA SPRUE-LIKE TRAS REINTRODUCCIÓN DE OLMESARTÁN EN PACIENTE CON DIFÍCIL CONTROL DE TA. OPCIONES TERAPÉUTICAS DADA LA AUSENCIA DE EFECTO CLASE.

TENORIO GONZÁLEZ, E; MARÍN GARCÍA, D; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La enteropatía Sprue-like por toma de olmesartán puede debutar meses o incluso años después de la introducción del fármaco (que hace postular un mecanismo subyacente basado en un daño celular inmunomediado y no de hipersensibilidad tipo II), con síntomas consistentes fundamentalmente en diarrea crónica severa y marcada pérdida de peso, pudiendo requerir hospitalización.

En muchas ocasiones, el diagnóstico definitivo se alcanza tras la suspensión del fármaco, con resolución del cuadro en 100% casos en apenas 1-2 semanas, y siendo en cambio refractario al tratamiento habitual frente al resto de enteropatías más frecuentes. En estos pacientes, está ampliamente reconocida la contraindicación para nueva toma del mismo por recurrencia de los síntomas.

Caso clínico

Varón de 76 años, ingresado por diarrea crónica, con realización de múltiples pruebas complementarias (EDA, EDB, cápsula endoscópica, RMN abdomen, TAC, ecografía, analítica) siendo diagnosticado finalmente de enteropatía Sprue-like secundaria a toma crónica de olmesartán. En consulta de revisión en agosto se suspendió por tanto dicho fármaco y se pautó budesonida 9 mg en pauta descendente como coadyuvante para la recuperación intestinal. Tras iniciar dicho tratamiento el paciente refiere alcanzar remisión clínica.

Encontrándose aún con budesonida 3 mg al día pendiente de finalizar tratamiento en pauta descendente esa semana acude de nuevo a Urgencias en varias ocasiones por reaparición de la clínica con afectación grave de la calidad de vida y deshidratación con insuficiencia renal secundaria.

Revisando historial clínico se observa que tras acudir en dos ocasiones a Urgencias por HTA de difícil control con enalapril a diferentes dosis se derivó a Cardiología, donde se reinició

olmesartán (asociado a hidroclorotiazida, y no a amlodipino como previo al cuadro). Desde entonces, presenta empeoramiento brusco del hábito intestinal, alcanzando de nuevo hábito deposicional de hasta 20 deposiciones/día con interrupción del descanso nocturno e intolerancia oral moderada por lo que vuelve para valoración.

Discusión

El paciente fue remitido a Cardiología bajo contraindicación absoluta para toma de olmesartán por enteropatía severa y deterioro renal secundario. Tras suspensión indefinida de olmesartán y nueva pauta de budesonida 9 mg/día durante un mes con posterior descenso mensual a 6 y 3 mg hasta suspender. El paciente se mantiene sin nuevos episodios de diarrea.

Este efecto no se considera efecto de clase común a todos los antihipertensivos ARA-II, por lo que únicamente se contraindica la toma de éste pudiéndose emplear el resto de ARA-II, aunque se han descrito casos aislados de enteropatía asociada también a irbesartán y valsartán. Es importante conocer y considerar esta asociación en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica dado el amplio uso de este fármaco y la fácil resolución del cuadro clínico asociado.

En nuestro caso, tras sustitución por losartán mantiene aceptable control TA en la actualidad.

CP-108. EOSINOFILIA COMO DATO GUÍA EN EL ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL

DÍAZ ALCÁZAR, MM; ZÚÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; CASADO CABALLERO, FJ; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; PALACIOS PÉREZ, A; CERVILLA SÁEZ DE TEJADA, E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Los trastornos gastrointestinales eosinófilos incluyen esofagitis eosinófila, gastroenteritis eosinófila y colitis eosinofílica. En la gastroenteritis eosinófila hay infiltración de eosinófilos en estómago y duodeno. Puede aparecer a cualquier edad, pero típicamente entre los 30-50 años, con ligero predominio en hombres. La mitad de los pacientes tienen antecedentes de enfermedad alérgica: asma, alergia alimentaria, eccema o rinitis. La clínica depende de la localización, extensión y capas de la pared intestinal que se encuentran infiltradas. Los síntomas más frecuentes incluyen dolor abdominal, náuseas y vómitos, saciedad precoz y diarrea.

Caso clínico

Paciente varón de 52 años con antecedentes de melanoma que consulta por dolor abdominal en hipogastrio, tipo cólico, acompañado de náuseas, vómitos y anorexia, de cuatro semanas de evolución. En la analítica destaca únicamente eosinofilia del 36% sin leucocitosis. Tomografía computarizada abdominal informa de engrosamiento de la pared duodenal y de un segmento de yeyuno

y cambios inflamatorios de la grasa retroperitoneal, además de abundante líquido libre peritoneal. Estudio de parásitos negativo.

Esofagogastroduodenoscopia objetiva mucosa de bulbo y segunda porción duodenal eritematosa y edematosa, sin ulceraciones. Analíticamente persiste eosinofilia, de hasta 40,5%. Se solicita enteroscopia sin que se observen alteraciones mucosas en la parte final del duodeno ni el yeyuno. Se toman biopsias, que muestran, linfocitosis intraepitelial focal sin afectación vellositaria relevante y eosinófilos en lámina propia. Estos hallazgos podrían estar en relación con gastritis por *Helicobacter pylori*, diversas enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis eosinofílicas y diversos tipos de intolerancias alimenticias distintas al gluten. Enterotc y resonancia magnética abdominal sin hallazgos de interés, salvo signos inflamatorios a nivel de duodeno. Se inicia corticoterapia con mejoría clínica y analítica.

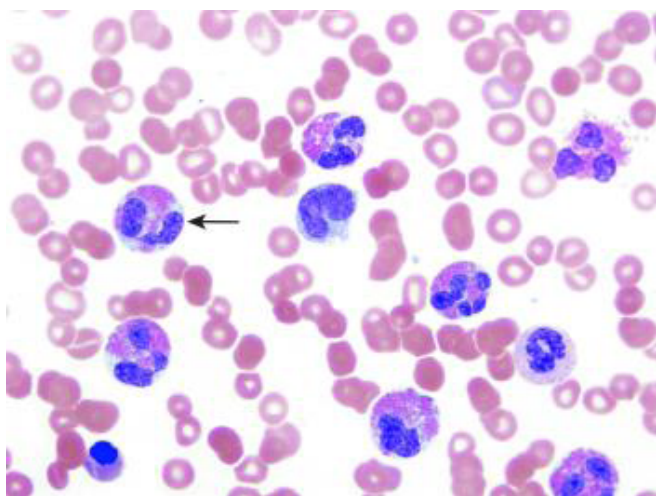


Figura 1
Eosinofilia en frotis de sangre periférica.



Figura 2
Imagen endoscópica de duodenitis.

Discusión

La eosinofilia en sangre es frecuente en pacientes con gastroenteritis eosinófila, pero el recuento de eosinófilos puede ser normal en el 20% de los pacientes. El recuento de eosinófilos suele variar entre 5-35%. La mucosa y la subserosa suelen ser las capas con mayor infiltración de eosinófilos. La imagen radiológica es poco sensible y específica, habitualmente se encuentra engrosamiento de la pared.

Para el diagnóstico es necesario demostrar infiltración eosinófila de la pared y descartar otras causas de eosinofilia intestinal: infección por parásitos, malignidad, enfermedad inflamatoria intestinal, poliarteritis nodosa, etc.

El tratamiento incluye dieta empírica con eliminación de seis grupos de alimentos, y si no funciona, corticoides.

CP-109. ESPIROQUETOSIS INTESTINAL: CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA

TENORIO GONZÁLEZ, E; MELGAREJO CORDERO, F; LÓPEZ LARIO, B; ROSÓN RODRÍGUEZ, PJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA

Introducción

La espiroquetosis intestinal es una entidad poco frecuente, descrita mayoritariamente en pacientes inmunodeprimidos (siendo únicamente 3% de los casos inmunocompetentes), y afectando en su mayoría a varones, especialmente homosexuales (con independencia de positividad VIH).

Estas bacterias son causa frecuente de diarrea en animales como aves de corral, perros y cerdos, lo que hace postular dichos animales como reservorio para el contagio a al ser humano.

Presentamos un caso poco frecuente en que se alcanzó el diagnóstico de esta infección intestinal como causa de diarrea crónica en paciente inmunocompetente.

Caso clínico

Varón de 52 años que acude a consulta por cuadro de 7 meses de evolución de diarrea crónica, de 4-5 deposiciones/día, con pérdida de unos 10 Kg de peso. Hábito claramente asténico. Se realiza como estudio inicial analítica con hormonas tiroideas, celiaquía, marcadores tumorales, coprocultivos y estudio de parásitos en heces; todo ello, negativo.

Se realiza gastroscopia e ileocolonoscopia, sin alteraciones macroscópicas, tomándose biopsias aleatorias por tramos para despistaje de colitis microscópica.

Tras visualización en la biopsia de una banda supra-epitelial basófila y filamentosas, que se interrumpe en las células caliciformes, el patólogo solicitó ante alta sospecha diagnóstica suero anti *Treponema pallidum*, que confirmó el diagnóstico.

Tras los hallazgos anatomopatológicos, se pauta metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 10 días, con mejoría de la clínica. Se solicita colonoscopia de control que confirma erradicación de la infección. Asimismo, se realiza despistaje de VIH, negativo.

Discusión

La espiroquetosis intestinal es una entidad asociada a diarrea crónica con colonoscopia habitualmente normal, en la que los síntomas no parecen correlacionarse con la extensión de la afectación colónica, y con una aparentemente baja prevalencia en nuestro medio.

El diagnóstico es, en la mayoría de los casos, sospechado y confirmado por el patólogo (siendo, el coprocultivo, positivo sólo en el 50% de los casos) y el uso del metronidazol ha demostrado ser útil en la remisión de los síntomas, razón por la cual se sugiere que esta entidad sea considerada y tratada como una enfermedad, recomendándose además un control con biopsia posterior al tratamiento para confirmar la erradicación.

Se trata por tanto de una causa extremadamente rara de diarrea crónica, a considerar en su diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

CP-110. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE CON DIVERTICULOSIS COLÓNICA

TORRICO LAGUNA, AM; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La diverticulosis colónica es una patología benigna que afecta a un elevado porcentaje de la población, siendo más frecuente en pacientes de edad avanzada y con estreñimiento crónico. En la mayoría de casos cursa de forma asintomática, siendo la sintomatología más frecuente el dolor abdominal, asociado en la mayoría de casos a cambios en el hábito intestinal y la fiebre. Aunque la impactación por cuerpo extraño es frecuente, sobre todo en pacientes con trastornos de la motilidad deglutoria y estenosis esofágica de etiología tanto benigna como maligna, el enclavamiento a nivel de divertículos colónicos es muy poco frecuente.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento farmacológico, hiperplasia prostática benigna y diverticulosis colónica, que acude a Urgencias tras ingesta accidental de pila de botón. La exploración física era anodina y la radiografía de abdomen mostraba una imagen de densidad metálica a nivel de flanco derecho. Se mantuvo actitud expectante con el paciente y se inició tratamiento con laxantes orales, sin evidenciar expulsión del

cuerpo extraño en las heces. Las radiografías sucesivas mostraban persistencia del cuerpo extraño en fosa iliaca derecha, por lo que se decide realizar colonoscopia, en la que se apreciaba la presencia de la pila de botón en uno de los divertículos, procediéndose a su extracción mediante asa de polipectomía. El paciente fue dado de alta y manteniéndose asintomático.

Discusión

La impactación de cuerpo extraño es un fenómeno clínico frecuente, principalmente con productos alimentarios, y que se produce principalmente a nivel de esófago en pacientes con trastornos motores de la deglución y estenosis de índole tanto benigna como maligna, aunque también se han descrito a nivel de estómago, intestino delgado y, menos frecuentemente, tracto colónico, siendo muy pocos los casos descritos en la literatura que se hayan producido a nivel diverticular por retención sobre uno de los mismos. En la mayoría de estos casos la resolución se realiza principalmente mediante actitud conservadora o administración de laxantes orales, aunque en casos resistentes a ello, la extracción endoscópica es la principal técnica de resolución.

CP-111. FIBROSIS RETROPERITONEAL MALIGNA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; AMO TRILLO, V; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La fibrosis retroperitoneal consiste en el acúmulo de tejido fibro-inflamatorio en el retroperitoneo, teniendo en menos del 10% un origen neoplásico y recibe el nombre de fibrosis retroperitoneal maligna (FRM).

Caso clínico

Mujer de 60 años, diagnosticada de atrofia renal izquierda con hidronefrosis, acude por cuadro de 3 meses de evolución de vómitos de contenido de retención asociando dolor epigástrico y pérdida ponderal de 12 Kg/3 meses.

A la exploración presenta abdomen blando y depresible, doloroso a nivel de epigastrio sin signos de irritación peritoneal, ni masa palpable.

La analítica con marcadores tumorales es anodina. Se realiza tomografía axial computerizada de abdomen con contraste donde se observa masa infiltrativa de tejido blando en región paraaórtica izquierda que contacta con aorta, el uréter y el psoas izquierdo, tracciona cuarta porción duodenal produciendo dilatación de cámara gástrica y duodeno y se identifica riñón izquierdo atrófico y ectasia pielocalicial grado IV/IV (Figuras 1-3). Esto se confirma con resonancia magnética.

En la gastroscopia se observa a partir de segunda rodilla duodenal estenosis de la luz puntiforme de 2-3 mm con importante rigidez siendo la mucosa normal.

Se decide realización de laparotomía explorada conjuntamente Cirugía General y Urología, identificándose infiltración de consistencia pétreo y coloración blanquecina a nivel de ángulo de Treitz con retracción de serosa que parece extenderse hasta 2-3ª porción duodenal y hacia riñón izquierdo/región paraaórtica izquierda englobando vasos gonadales y uréter izquierdo con afectación de psoas izquierdo. Se mandan muestras intraoperatorias a anatomía patológica informando como carcinoma de probable origen urotelial o gástrico. Ante la imposibilidad de conseguir resección R0 se realiza derivación gástrica paliativa con anastomosis gastroyeyunal.



Figura 1

Imagen de corte axial de TC abdomen donde se observa masa infiltrativa.

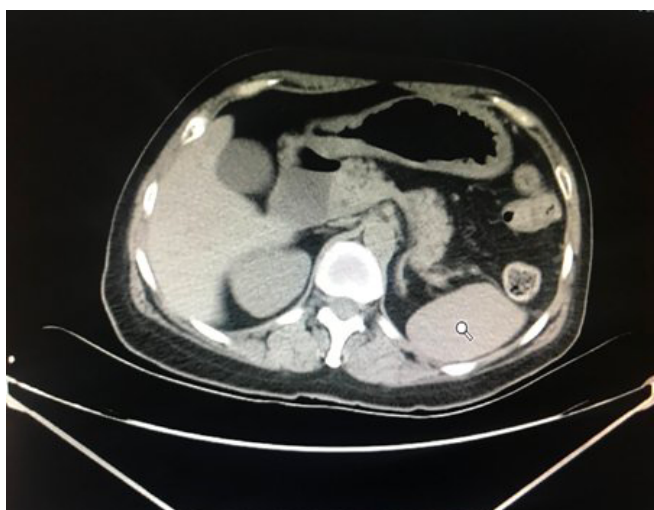


Figura 2

Imagen de corte axial de TC abdomen de masa infiltrativa.



Figura 3

Imagen de corte coronal de TC abdomen de masa infiltrativa.

Discusión

La fibrosis retroperitoneal maligna es una enfermedad muy infrecuente que ha sido descrita en carcinomas de colon, estómago, vejiga, uréteres, etc. No está clara su patogénesis, planteándose la posibilidad de que pueda ser secundaria a una reacción dermoplástica a la presencia de células tumorales en el retroperitoneo. Los signos y síntomas están relaciones con la compresión y el atrapamiento de estructuras como el uréter, necesiéndose una alto índice de sospecha para diagnosticarla en casos de obstrucción intestinal. Su diagnóstico es difícil dado que no existen criterios diagnósticos establecidos, siendo la prueba de elección la tomografía axial computerizada. El diagnóstico de FRM puede realizarse de forma simultánea al diagnóstico del tumor maligno, precederlo o diagnosticarse posteriormente que es lo más frecuente. El tratamiento está basado en la erradicación del tumor primario y en la liberación de las estructuras atrapadas.

CP-112. FITOBEZOAR GÁSTRICO E INTESTINAL COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

RICO CANO, A; FLORES MORENO, H; VÁZQUEZ PEDREÑO, L; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El término bezoar hace referencia a conglomerados de diferentes sustancias ingeridas, que se digieren incompletamente y que con el paso del tiempo se acumulan, siendo su localización más frecuente a nivel del estómago. Existen cinco tipos de bezoares: tricobezoar (cabello), fitobezoar (vegetal), lactobezoar (leche), farmacobezoar (medicamentos) y cuerpos extraños (cualquier otra sustancia).

Caso clínico

Mujer de 88 años, con antecedentes de demencia senil y diabetes mellitus, acude por cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal con vómitos biliosos en las últimas horas. Sin deposiciones ni tránsito a gases desde el inicio del dolor, siendo previamente normales. En la exploración destacaba un abdomen globuloso, blando, depresible, timpánico, sin signos de irritación peritoneal.

En la radiografía de abdomen se observa dilatación de asas de delgado (Figura 1). Se solicitó una tomografía axial computerizada (TAC) de abdomen identificándose una masa a nivel de íleon preterminal que sugería un bezoar produciendo oclusión intestinal, y a nivel gástrico otra masa de mayor tamaño compatible con bezoar gástrico (Figuras 2 y 3).

La paciente fue ingresada y se decidió tratamiento endoscópico y disolución mediante métodos enzimáticos.

Se realizó gastroscopia visualizándose cámara gástrica con 3-4 fragmentos de contenido vegetal compacto, el menor de unos 6 cm, y úlceras milimétricas fibrinadas antrales (Figuras 4 y 5). Se intentó fragmentar mediante asa, sin conseguirse por completo, extrayéndose porciones. Posteriormente se instauró tratamiento con Coca-Cola® a través de sonda nasogástrica, consiguiendo resolver la oclusión a nivel de íleon preterminal con deposiciones abundantes.

Se realizó nueva gastroscopia a la semana, no observándose cambios significativos con respecto a la anterior por lo que se decidió intervención quirúrgica del bezoar gástrico mediante gastrostomía transversal y extracción (Figura 6 y 7).

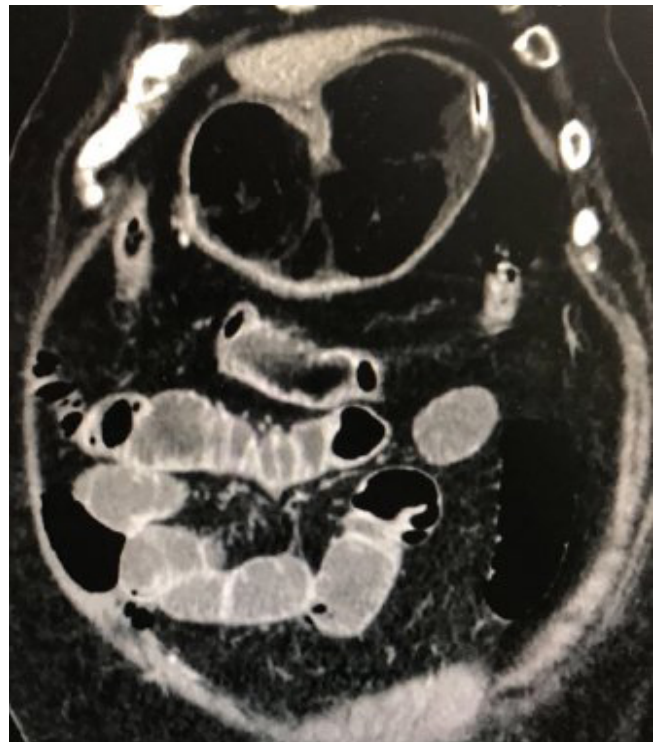


Figura 2

Imagen de TC abdomen en un corte coronal donde se observan asas de delgado dilatadas y cámara gástrica con contenido en su interior.



Figura 1

Radiografía abdomen con asas de intestino delgado dilatadas.

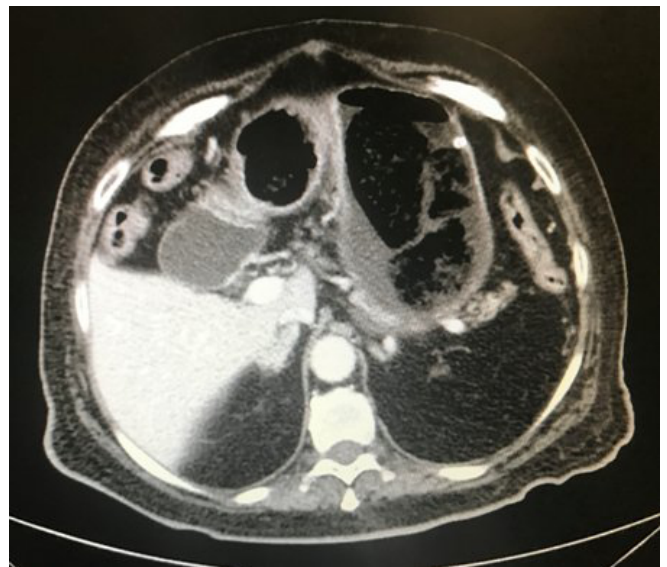


Figura 3

Imagen de TC abdomen en un corte axial donde se identifica cámara gástrica ocupada por gran masa compatible con bezoar gástrico.



Figura 4
Gastroscofia con presencia de bezoar en cámara gástrica.



Figura 5
Gastroscofia con imagen de bezoar en cámara gástrica.



Figura 6
Intervención quirúrgica con gastrotomía transversal y extracción del bezoar gástrico.



Figura 7
Imagen del bezoar gástrico una vez extraído.

Discusión

Los bezoares son poco frecuentes, siendo clásicamente los más comunes los tricobezoares, aunque en la actualidad hay un aumento de los fitobezoares, sobre todo secundarios a cirugía gástrica.

Son una causa infrecuente de oclusión intestinal (aproximadamente el 4,3%), suponiendo un reto diagnóstico, y su presentación como abdomen agudo secundario a oclusión es entorno al 1%. En caso de ser de localización gástrica el diagnóstico de elección es mediante gastroscofia. Inicialmente se puede intentar tratamiento endoscópico y lavado gástrico con parafina, celulosa o bebidas carbonatadas como la Coca-Cola®, con alta efectividad.

Si su localización es intestinal suelen requerir tratamiento quirúrgico para resolver el cuadro de oclusión, a diferencia de nuestra paciente que se resolvió de forma conservadora.

CP-113. HALLAZGO INESPERADO EN COLONOSCOPIA REALIZADA PARA ESTUDIO DE DOLOR ABDOMINAL

JIMÉNEZ-ROSALES, R; ABELLÁN-ALFOCEA, P; RODRÍGUEZ-SICILIA, MJ; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; LÓPEZ DE HIERRO-RUIZ, M; REDONDO-CEREZO, E

SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

La invaginación intestinal es una patología típica de la edad pediátrica siendo excepcional en la edad adulta. Presentamos un caso de invaginación colo-colónica en un adulto diagnosticado mediante colonoscopia.

Caso clínico

Varón de 64 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta por clínica de 6 meses de evolución de dolor abdominal tipo cólico agravado con la ingesta, 1-2 deposiciones líquidas/día, algunas con sangre, y pérdida de 20 Kg de peso. Se realizó una colonoscopia que mostró en colon derecho gran masa protruyente, ocupando la mayor parte de la luz colónica, de mucosa normal, con luz central (Figura 1) sugerente de intususcepción colónica. Se logró con dificultad paso por la luz central observando área de mucosa irregular y dura, de aspecto neoplásico (Figura 2). Se tomaron biopsias (informando el endoscopista que la rentabilidad de las mismas podría ser baja debido a la dificultad técnica) y el examen mostró fragmentos de adenoma tubulovelloso y displasia de alto grado. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal para estadiaje de la lesión, visualizando extensa lesión estenosante con extensión desde ángulo hepático del colon a región cecal y apéndice vermiforme con diámetros de 7,4x6,6x10 cm (Figura 3);

Además múltiples adenopatías en mesocolon adyacente y aspecto reticulado de la grasa mesentérica (Figura 4). Tras ello, en el comité multidisciplinar se decidió tratamiento quirúrgico.



Figura 1 Imagen de invaginación intestinal vista por colonoscopia.

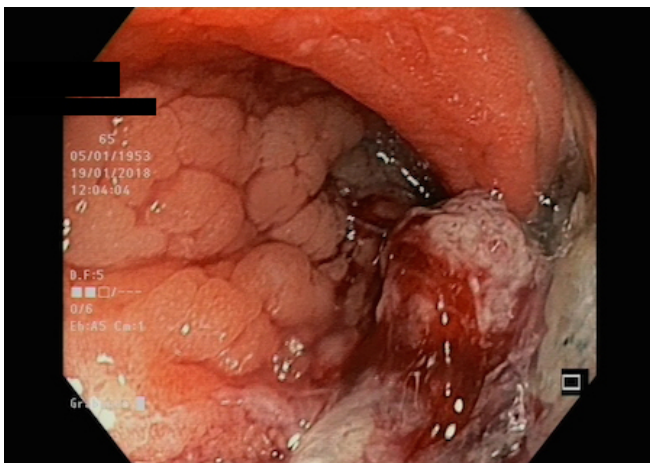


Figura 2 Interior de la invaginación intestinal con mucosa de aspecto neoplásico.



Figura 3 TC abdominal: lesión estenosante con extensión desde ángulo hepático del colon a región cecal y apéndice vermiforme con diámetros de 7,4 x 6,6 x 10 cm.



Figura 4 TC abdominal: adenopatías en mesocolon adyacente.

Discusión

La invaginación intestinal se define como un prolapso de un segmento proximal del tracto gastrointestinal sobre uno adyacente distal. En adultos, suele ser secundario a una patología intestinal que actúa como “punto guía”; aproximadamente el 20% de los casos son idiopáticos. Las patologías subyacentes incluyen enfermedad inflamatoria intestinal, bridas postquirúrgicas, divertículo de Meckel, neoplasias y lesiones benignas como los lipomas. En adultos, la patología subyacente es maligna en la mitad de los casos, con mayor probabilidad si se trata del colon. Clínicamente, el dolor abdominal intermitente es la forma más frecuente de presentación, sin embargo, los pacientes también pueden manifestar síntomas secundarios a obstrucción intestinal intermitente como náuseas, vómitos y alteración del hábito intestinal. La TC es la prueba diagnóstica más sensible y puede dilucidar si existe patología subyacente responsable. La cirugía es el tratamiento definitivo en adultos con invaginación intestinal.

En nuestro paciente el origen de la invaginación fue un carcinoma de colon, que se identificó inicialmente mediante colonoscopia, confirmándose mediante TC abdominal y optando posteriormente por cirugía, considerada el tratamiento de elección.

CP-114. ILEÍTIS TERMINAL EN SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO

ANGULO MCGRATH, I¹; BERLANGA CAÑETE, S¹; MARTINEZ BURGOS, M¹; PALOMINO LUQUE, P²; FLORES MORENO, H¹; RICO CANO, A¹; BRAVO ARANDA, AM¹; OCAÑA LEDESMA, A¹; JIMÉNEZ PÉREZ, M¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El síndrome hipereosinofílico es un grupo de trastornos mascarados por un aumento mantenido de la producción de eosinófilos, en los que la infiltración eosinofílica y la liberación de mediadores inflamatorios producen daño de múltiples órganos. Los más frecuentes son piel, pulmones, tubo digestivo, corazón, sangre y sistema nervioso, entre otros. Es un trastorno infrecuente con una prevalencia desconocida, aunque hay estudios que la estiman entre 0,36 y 6,3 por 100.000.

Caso clínico

Mujer 28 años. Presenta distensión abdominal y diarrea acuosa con moco y sangre. Dolor costal y picos febriles de hasta 38°C, asociado a pérdida ponderal, hiporexia y astenia generalizada.

Análítica sanguínea: Leucocitos 17.500 con 1.240 eosinófilos. Ferritina 203, PCR 131, Inmunoglobulinas y complemento normales. Autoinmunidad y serologías negativas. Mantoux y Quantiferon TBC negativo. Análisis heces: calprotectina 959, SOH positivo. Coprocultivo: parásitos y toxinas negativas. Ecocardiograma: derrame pericárdico global moderado. TC toracoabdominal (Figura 1): ascitis, derrame pleural y pericárdico de cuantía moderada (poliserositis). Colonoscopia: Ileítis aguda leve inespecífica. AP: infiltrado inflamatorio crónico agudizado severo de mucosa de intestino delgado, con aumento del número de eosinófilos. Biopsia MO: incremento de eosinófilos en MO (10% de eosinófilos en frotis).

Juicio clínico: síndrome hipereosinofílico con afectación pleuropericárdica e ileítis terminal.

Pese a AINES y antibioterapia, la sintomatología persiste durante las dos primeras semanas. Mejoría finalmente con corticoterapia, que continua durante 8 semanas tras el alta.

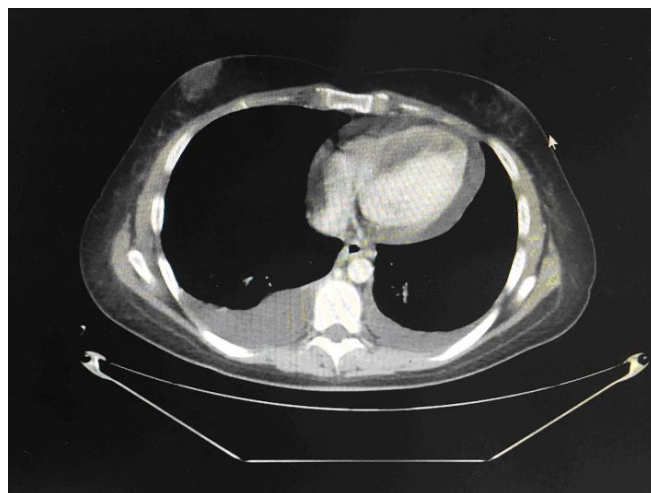


Figura 1
TC tórax. Derrame pleural y pericárdico.

Discusión

El síndrome hipereosinofílico es una enfermedad infrecuente que puede afectar a múltiples órganos poniendo en riesgo la vida de nuestro paciente. A pesar de cumplir una serie de criterios diagnósticos, se trata de un diagnóstico de exclusión en el que hay que descartar todas las posibles causas que puedan desencadenar dicho cuadro clínico.

Por tanto, recalcar en la importancia de un diagnóstico diferencial exhaustivo (a destacar la gastroenteritis eosinofílica en el ámbito digestivo, con una mayor prevalencia y que cursa sin eosinofilia periférica), no tanto por el tratamiento a seguir como por las consecuencias clínicas que conlleva una enfermedad u otra.

CP-115. IMPORTANCIA DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS PARA EL ESTREÑIMIENTO EN GERIATRÍA. EXPERIENCIA CLÍNICA CON LINACLOTIDA.

MINGUEZ CORTES, JM¹; ACOSTA BAZAGA, E²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA ²SERVICIO NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

En el envejecimiento se pueden dar una serie de factores que va a favorecer la aparición de estreñimiento: inmovilidad, deshidratación, determinadas enfermedades incluso la polimedicación. Muchos de estos factores intervienen de forma negativa en pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio del estreñimiento. Se tiene cierta tendencia a minimizar los efectos del mismo y este puede provocar complicaciones y disminución de la calidad de vida del anciano. En muchas ocasiones los tratamientos convencionales no son efectivos, de ahí la importancia de disponer de nuevas terapias para el mismo. Entre ellos la Linaclotida es una de las últimas incorporaciones a dicha patología. Mecanismo de acción.

Material y métodos

Estudio observacional de 18 pacientes durante 32 semanas, incluyendo pacientes de ambos sexos mayores de 65 años con un SCORE de >5 respecto al dolor abdominal (escala numérica de 10) y con un promedio de <3 deposiciones a la semana. Se evaluaron a la semana 32:

- Disminución del dolor respecto a la línea base.
- Modificación del número de deposiciones.
- Grado de mejoría global.
- Satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Aparición de efectos adversos.

Resultados

En el 86% de los pacientes hubo una disminución del dolor respecto a la línea base. El 89% de los pacientes aumentaron el número de deposiciones a 3-4 a la semana. El 84% referían un aumento global de mejoría junto con un 86% de satisfacción respecto al tratamiento. Solo se objetivaron un 4% de efectos adversos (diarrea) que no impidieron continuar con el tratamiento.

Conclusiones

En nuestro estudio la Linaclotida ha mostrado su eficacia tanto en la disminución del dolor como en el aumento del número de deposiciones, el grado de satisfacción global de los pacientes fue excelente con una tasa baja de efectos secundarios. No obstante el estudio solo es de 32 semanas y como sabemos el SII es una

enfermedad crónica por lo cual es necesaria ampliar el número y la duración de los mismos.

CP-116. INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE, UNA ENFERMEDAD CON MÚLTIPLES CARAS

FERNÁNDEZ CANO, MC; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; HEREDIA CARRASCO, C; LÓPEZ TOBARUELA, JM; RUIZ-CABELLO JIMÉNEZ, M; REDONDO CEREZO, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

El aparato digestivo es el reflejo de innumerables enfermedades. Síntomas como la diarrea crónica, malabsorción y pérdida ponderal suelen presentarse en múltiples entidades clínicas entre las que encontramos las inmunodeficiencias primarias. Sin embargo, es importante sospecharlas para así evitar retrasos diagnósticos.

Caso clínico

Mujer de 35 años en seguimiento por colitis ulcerosa con mala respuesta a múltiples tratamientos. Tras múltiples infecciones en los primeros meses de vida, ingresos por malnutrición secundaria a diarrea crónica y retraso ponderal, se descarta mucoviscidosis y TBC aunque se detecta hipoproteinemia con déficit de IgG. Durante su niñez persisten síntomas digestivos y en la adolescencia se diagnostica de enteropatía pierde-proteínas, inmunodeficiencia secundaria y probable gastroenteritis eosinofílica. A los 24 años se cataloga de colitis ulcerosa y enteropatía por sensibilidad al gluten. Ante la corticorefractariedad inicia tratamiento con azatioprina que precisa cambiar por metotrexato por intolerancia junto a budesonida aunque persisten brotes.

A los 35 años, se realiza reevaluación mediante EDB que objetiva colitis con afectación de válvula ileocecal. Las biopsias describen hallazgos inespecíficos en un primer examen. Tras consultar con un segundo patólogo experto se diagnostica de IDCV por disminución llamativa de células plasmáticas y signos de colitis infecciosa con coprocultivo positivo a *Campylobacter jejuni* que responde a azitromicina. Inicia tratamiento con mercaptopurina, estando actualmente asintomática, sin nuevos brotes de diarrea ni infecciones.

Discusión

La IDCV es una inmunodeficiencia primaria resultante de múltiples defectos genéticos. Caracterizada por una diferenciación imperfecta de células B con producción defectuosa de inmunoglobulinas y manifestaciones clínicas heterogéneas. Desde infecciones recurrentes, enfermedades respiratorias, trastornos autoinmunes hasta afectación gastrointestinal. Es frecuente la diarrea por infecciones (*Norovirus*, *Campylobacter jejuni* o *Salmonella*, *Giardia lamblia*, Citomegalovirus o *Cryptosporidium*).

Muchos síntomas digestivos pueden también atribuirse a otros trastornos: EII, enteropatía pierde-proteínas, linfoma gastrointestinal o celiacía. Para el diagnóstico deben cumplir cuatro criterios: reducción de la concentración de IgG, disminución de IgA y/o IgM, respuesta deficiente/inexistente a la inmunización y ausencia de otro estado de inmunodeficiencia (diagnóstico de exclusión).

Debe evaluarse en mayores de cuatro años, tras alcanzar la madurez inmunológica. El tratamiento se basa en la terapia de reemplazo con IgG. Sin embargo, por razones desconocidas las infecciones gastrointestinales y las complicaciones no infecciosas no mejoran con dicha terapia. Además, existe dificultad sobreañadida dado que son comunes patologías como la EII cuyo tratamiento frecuentemente son inmunosupresores. Ésto supone un abordaje complicado tanto por el diagnóstico como por el tratamiento. El presente caso es representativo de dicha complejidad.



Figura 1 Mucosa duodenal con vellosidades normales, con achatamiento moderado en alguna región.

Mucosa duodenal con vellosidades normales, con achatamiento moderado en alguna región.

DIARREA INFECCIOSA: BACTERIAS, VIRUS Y HONGOS.
HEPATITIS AUTOINMUNE, HIPERPLASIA LINFOIDE NODULAR (NLH), CBP.
EII
CELIACÍA/ ENTEROPATÍA SENSIBLE AL GLUTEN
ALERGIA / INTOLERANCIA ALIMENTARIA
ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS
SÍNDROME MALABSORTIVO INESPECÍFICO
ANEMIA PERNICIOSA
LINFOMA GI

Figura 2 Formas de afectación del tracto digestivo en IDCV, con fondo en azul más intenso en las patologías que presentaba nuestra paciente.

Formas de afectación del tracto digestivo en IDCV, con fondo en azul más intenso en las patologías que presentaba nuestra paciente.

CP-117. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN EN EL DOLOR ABDOMINAL

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; ZUÑIGA DE MORA-FIGUEROA, B

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La evaluación de un paciente con dolor abdominal debe hacerse de forma ordenada, ya que con la anamnesis y la exploración puede llegarse a una buena orientación diagnóstica en la mayoría de los casos. La edad, el sexo y los antecedentes del paciente pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, siendo fundamentales los factores de riesgo.

Caso clínico

Paciente de 71 años en estudio por dolor abdominal en mesogastrio y epigastrio junto con síndrome constitucional con pérdida de 16 Kg, de un mes de evolución, que acude a Urgencias por empeoramiento clínico. Análíticamente sin hallazgos de interés. El estudio endoscópico con esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia fueron normales. En Urgencias es reevaluado de nuevo, apreciando masa palpable a nivel mesogástrico, pulsátil, con soplo sistólico. Ante sospecha de patología vascular se le solicita tomografía computarizada abdominal que confirma que objetiva dilatación aneurismática de la aorta abdominal con trombo mural que se inicia en el origen de la arteria mesentérica superior y se extiende hasta las arterias ilíacas. El aneurisma presenta un diámetro de 9,8x8,9 cm y extensión de 17,1 cm, contacta con la plataforma superior de la vértebra L3 y con el disco intervertebral L2-L3, suponiendo un grave riesgo de ruptura.

El paciente es intervenido antes de la ruptura del aneurisma, colocándole una endoprótesis ramificada bifurcada y un stent eventus, evitando un peor desenlace. Actualmente, tras cinco meses, el paciente se encuentra sin complicaciones.



Figura 1 Aneurisma abdominal.

Aneurisma abdominal.

Discusión

El aneurisma aórtico abdominal es una dilatación focal de la aorta abdominal. Generalmente son asintomáticos cuando son pequeños y no afectan a estructuras vecinas pero pueden manifestarse con dolor abdominal y/o masa pulsátil generalmente supraumbilical. En caso de rotura tiene muy mal pronóstico, provocando el fallecimiento por shock hemorrágico.

En este caso presentado, gracias a una exploración abdominal adecuada se sospechó el aneurisma y se confirmó con una prueba de imagen, lo que impidió un retraso diagnóstico que podría haber sido fatal.

La patología más frecuente asociada es la arterioesclerosis y su incidencia aumenta con la edad, especialmente en varones.

El TC es una técnica muy sensible y específica para la identificación, siendo más preciso que la ecografía abdominal para poder estimar tamaño y posibles complicaciones.

El riesgo de ruptura depende del tamaño. Para la mayoría de cirujanos se indica la cirugía de reconstrucción a partir de 6 cm salvo comorbilidades que contraindiquen el procedimiento.

CP-118. LINFOMA DE TIPO B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES PRIMARIO DE COLON

COBOS RODRÍGUEZ, J; FERNÁNDEZ GARCÍA, F; TORO ORTIZ, JP; PINAZO BANDERA, JM; GARCÍA GARCÍA, AM; ANDRADE BELLIDO, RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El linfoma colorrectal es una entidad clínica enormemente infrecuente, representando menos del 0,5% de las neoplasias colorrectales primarias. Suponen el 15–20% del total de los linfomas gastrointestinales, tras estómago e intestino delgado. La edad de presentación se sitúa entre los 50 y 70 años, siendo más frecuente en varones que en mujeres. Los síntomas son inespecíficos como dolor abdominal, pérdida de peso y sensación de masa abdominal, es por eso por lo que en el momento del diagnóstico la enfermedad suele estar avanzada.

Es necesario estudio histológico de las biopsias realizadas durante la colonoscopia para su diagnóstico. Los esquemas terapéuticos incluyen la cirugía y el tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Presentamos el caso de un linfoma no hodgkiniano tipo B de localización colorrectal tratado con esquema poli-quimioterapéutico.

Caso clínico: varón de 76 años acude a urgencias por cuadro de dos semanas de evolución de hematuria con coágulos y disuria.

No refería pérdida de peso ni alteración del ritmo intestinal. En analítica de sangre destaca anemia (Hb: 10g/dl) normocítica, normocrómica y sin ferropenia, con perfil renal hepático y marcadores tumorales (CEA, AFP, Ca 19,9) normales. En TAC de abdomen: neoformación de sigma de gran tamaño con signos de invasión de vejiga y grasa perisigmoidea con múltiples adenopatías locorreccionales y mesentéricas hasta nivel de bifurcación ilíaca, sin lesiones en otros órganos. Se realiza estudio de extensión con TAC de tórax sin enfermedad a distancia y se realiza colonoscopia para toma de biopsia con resultado de Linfoma de células B grandes difuso, inmunofenotipo centrogerminal. Tras resultados se deriva a Oncología.

Discusión

El tracto gastrointestinal es la localización extranodal más frecuentemente en el linfoma no hodgkiniano. La localización colorrectal más frecuente es el ciego (57%), el colon ascendente (18%), el colon transverso (10%), el colon descendente (5%) y el recto sigma (10%).

Existen varios factores implicados en el desarrollo del LPC como la inmunosupresión, especialmente la infección por VIH, la colitis ulcerosa, el VEB y el *Helicobacter pylori*. El tratamiento suele ser combinado con quimioterapia y cirugía; sin embargo, el mejor tratamiento para esta patología no está claramente establecido. La cirugía puede resolver complicaciones como la hemorragia o la perforación intestinal.

Actualmente se están desarrollando nuevas líneas de tratamiento basadas en la inmunoterapia en función de los subtipos celulares y patrones de expresión genética.

CP-119. LOCALIZACIÓN Y PRESENTACIÓN ATÍPICAS DEL TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

LIBRERO JIMÉNEZ, M; ORTEGA SUAZO, EJ; HEREDIA CARRASCO, C; VADILLO CALLES, F; REDONDO CEREZO, E; FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, E; ABELLÁN ALFOCEA, P; FERNÁNDEZ CANO, MC; LÓPEZ TOBARUELA, JM; HERRADOR PAREDES, M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

Los GIST constituyen aproximadamente un 1% de los tumores primarios del tracto gastrointestinal, con mayor frecuencia en mayores de 50 años. Pueden aparecer en cualquier tramo del tubo digestivo, si bien las localizaciones más frecuentes son el estómago y el intestino delgado proximal. Algunos son asintomáticos, constituyendo un hallazgo incidental durante la realización de un estudio endoscópico, aunque con mayor frecuencia se asocian a síntomas inespecíficos (plenitud postprandial) o a sangrado digestivo. Tan solo un 2-14% de los casos se presentan como dolor abdominal agudo. El TAC es la prueba inicial de elección para el diagnóstico y estadaje, y el tratamiento de los ≥ 2 cm quirúrgico.

Caso clínico

Varón de 60 años con antecedentes de anemia ferropénica con EDA y EDB en 2017: único hallazgo de bulboduodenitis leve-moderada y *Helicobacter pylori* que fue erradicado. Acude a Urgencias meses después por melenas de 5 días de evolución, sin dolor abdominal ni otra clínica asociada. Analíticamente urea de 32 con creatinina normal y Hb de 9,8 (previa 16,6). Se realiza EDA: múltiples erosiones antrales fibrinadas y una bulbitis grave sin lesiones ulcerosas asociadas. Dada la estabilidad del paciente y ausencia de exteriorización de nuevos sangrados, es dado de alta con IBP y ferrotterapia oral. Una semana después consulta en urgencias por cuadro agudo de intenso dolor en fosa iliaca derecha y estreñimiento, sin fiebre, náuseas ni vómitos. Ante la sospecha clínica de apendicitis se realiza ecografía-TAC con contraste, observándose una gran masa heterogénea de 12,19x8,6x10,81 cm localizada en fosa iliaca derecha, llegándose al diagnóstico radiológico de GIST con probable origen en íleon preterminal. Dada la ausencia de control del dolor a pesar de analgesia intensiva, se contacta con Cirugía General y el paciente es intervenido quirúrgicamente 36 horas después, extirpando dicha tumoración que identifican como dependiente de yeyuno proximal. Evoluciona favorablemente sin nuevos episodios de dolor ni sangrado.



Figura 1 TAC con contraste iv: corte transversal.



Figura 2 TAC con contraste iv: corte coronal.

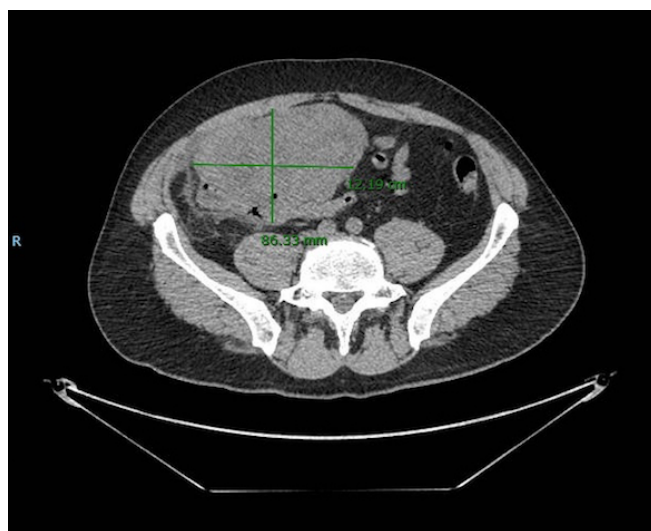


Figura 3 TAC con contraste iv: corte transversal.

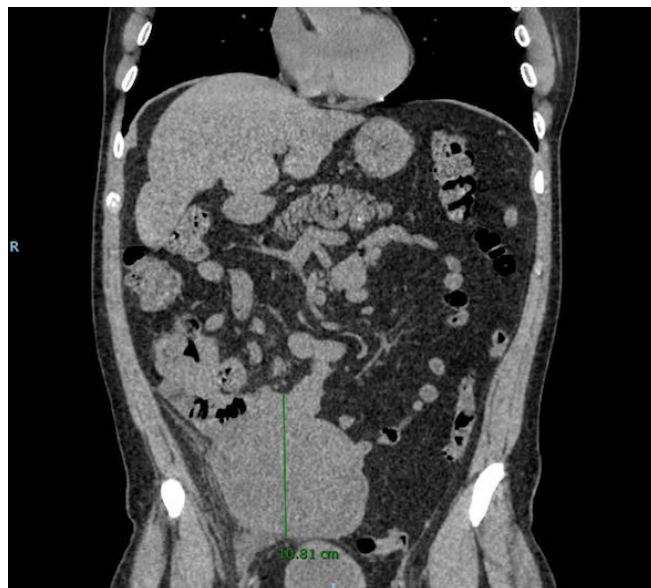


Figura 4 TAC con contraste iv: corte coronal.

Discusión

Aunque las localizaciones más frecuentes sean estómago y duodeno y la presentación incidental o paucisintomática, los GIST pueden aparecer en cualquier tramo gastrointestinal y debutar como abdomen agudo, ya sea por obstrucción intestinal o bien por ulceración mucosa / sangrado intratumoral. En nuestro paciente hubo una presentación mixta y larvada en el tiempo, primero como anemia ferropénica y más tarde como hemorragia digestiva y cuadro suboclusivo. Dada la alta especificidad del TAC se pudo diagnosticar y tratar quirúrgicamente al paciente de forma rápida y satisfactoria.

CP-120. NEOPLASIA RECTAL DE ESTIRPE HISTOLÓGICA INUSUAL

DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; MARTÍN-LAGOS MALDONADO, A¹; LÓPEZ HIDALGO, J²; ROA COLOMO, A¹; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La localización más frecuente del melanoma es la piel, aunque se ha descrito en la mayoría de órganos. La menor frecuencia de las localizaciones sistémicas conlleva menor experiencia en su manejo, por lo que el diagnóstico suele ser tardío. Se trata de tumores agresivos con mal pronóstico, principalmente debido a la gran tendencia metastásica.

Caso clínico

Paciente mujer de 77 años con antecedente de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon derecho T2N0M0 siete años antes que se realiza colonoscopia de seguimiento por antecedente tumoral con hallazgo en recto, junto a margen anal, de formación polipoidea con mucosa ulcerada que ocupa casi la mitad de la circunferencia. Anatomía Patológica compatible con melanoma maligno (Figura 1). Se solicita estudio de extensión con tomografía computarizada toraco-abdominal y resonancia magnética pélvica, objetivando adenopatías en mesorrecto y mesosigma probablemente metastásicas y lesión focal hepática inespecífica, T2N2. En comité oncológico se decide tratamiento quirúrgico, realizando amputación abdominoperineal (Figura 2), a pesar de satelitosis pigmentada que impresiona diseminación de melanoma por el peritoneo, cirugía R1.

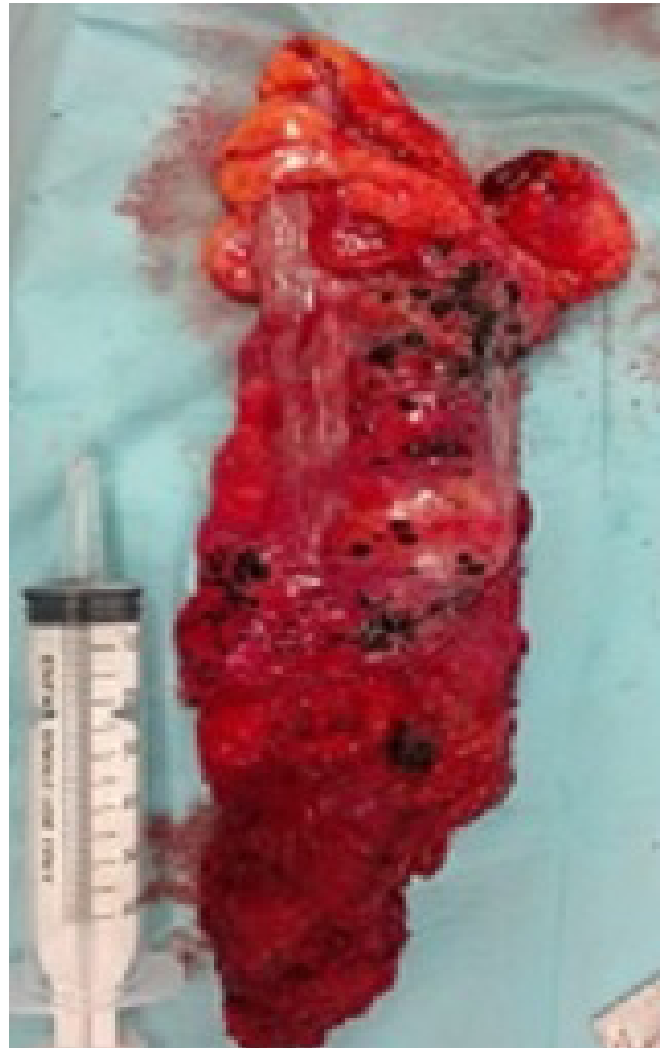


Figura 2 Pieza macroscópica extirpada en la cirugía.

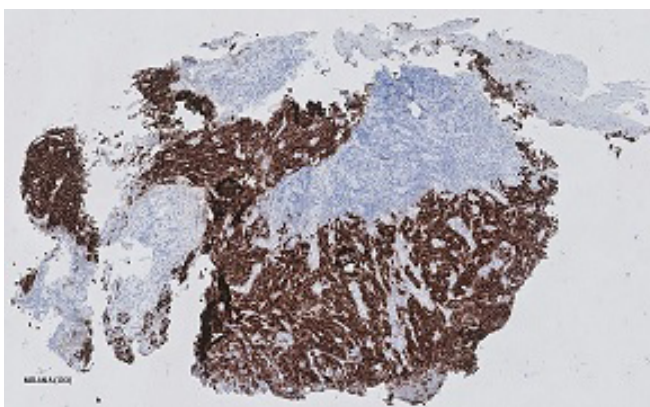


Figura 1 Corte histológico de las biopsias de la colonoscopia, diagnóstico de melanoma.

Discusión

El melanoma anorrectal es muy infrecuente y de mal pronóstico. Representa el 0,4-1,6% de los melanomas, y el 1% de las neoplasias malignas anorrectales. Es más frecuente en mujeres de más de 50 años. Aunque no se conocen factores de riesgo, los datos epidemiológicos indican que hay mayor riesgo en pacientes infectados por VIH.

Normalmente se origina en la unión mucocutánea, aunque también puede originarse en la piel del margen anal, el epitelio de transición del canal anal o la mucosa rectal. La clínica más frecuente es alteración del hábito intestinal, obstrucción intestinal, sangrado rectal, dolor anal o tenesmo rectal. Debido a su localización menos visible y la falta de síntomas precoces, el diagnóstico es más tardío y, por tanto, el pronóstico peor.

Suelen ser lesiones polipoideas ulceradas no pigmentadas con superficie irregular, y en ocasiones con puntos negros o marrones. El tratamiento suele basarse en la cirugía, aunque con escaso éxito. El factor más importante es lograr márgenes negativos (R0). No hay consenso sobre el tratamiento sistémico.

CP-121. NEUMATOSIS PORTAL E INTESTINAL EN EL CONTEXTO DE UNA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; DÍAZ ALCÁZAR, MM; ROA COLOMO, A; VIDAL VÍLCHEZ, B; GARCÍA MÁRQUEZ, J; GARCÍA ROBLES, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La isquemia mesentérica aguda es un cuadro abdominal de hipoperfusión intestinal brusco de elevada morbimortalidad (60-70%) caracterizado por una presentación clínica inespecífica, destacando el dolor abdominal súbito de elevada intensidad en los casos embólicos. Su etiología puede ser embólica, trombótica o no oclusiva. Su diagnóstico se basa en técnicas de imagen (angio-TC vs. arteriografía) o laparotomía exploratoria. El tratamiento, cuando es posible, es mediante radiología intervencionista o abordaje quirúrgico.

Caso clínico

Mujer de 78 años con antecedentes gastroenterológicos de diverticulosis colónica, diverticulitis aguda, úlcera gástrica péptica y reciente diagnóstico de enfermedad de Crohn que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal mesogástrico de 2 días de evolución, diarrea sin productos patológicos e hiponatremia de 110 mEq/L. Al quinto día de su estancia en planta, tras introducir nutrición enteral, comienza con incremento del dolor abdominal, siendo difuso y de elevada intensidad, con una exploración abdominal compatible con abdomen en tabla, con signos de peritonismo e inestabilidad hemodinámica. Se extrae urgentemente analítica destacando leucocitosis de $9,8 \times 10^3 / \mu\text{L}$ con desviación izquierda y proteína C reactiva 110,8 mg/L. Se realiza angio-TC abdominal urgente con hallazgos de neumatosis portal extensa y neumatosis intestinal en el contexto de isquemia intestinal aguda de asas yeyunales e ileales por obstrucción de arteria mesentérica superior. La paciente evolucionó rápidamente hacia un tórpido desenlace con fallecimiento en las siguientes horas, sin posibilidad de intervención terapéutica satisfactoria.



Figura 1

Neumatosis portal.

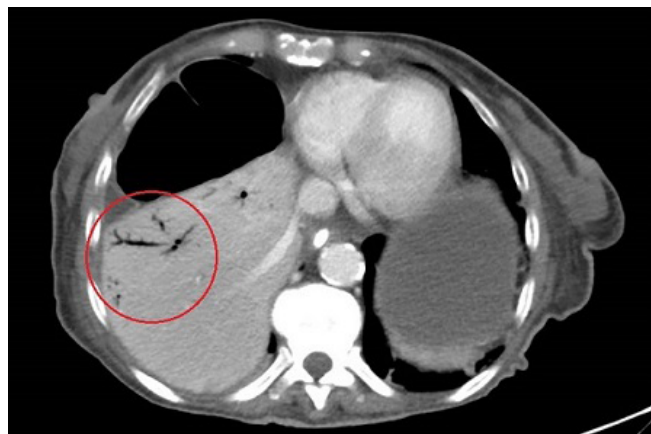


Figura 2

Neumatosis portal.

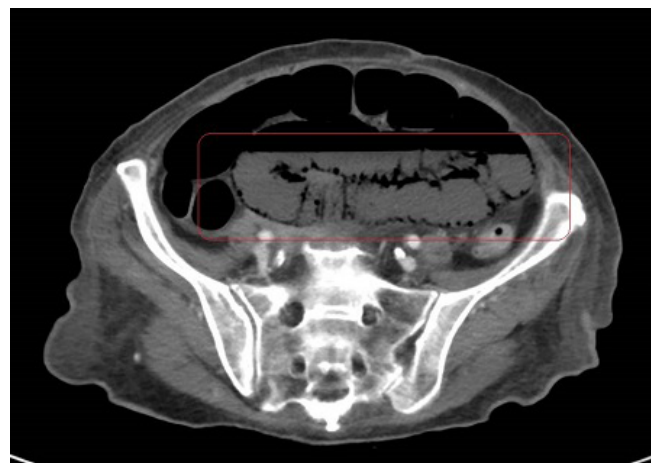


Figura 3

Neumatosis intestinal.

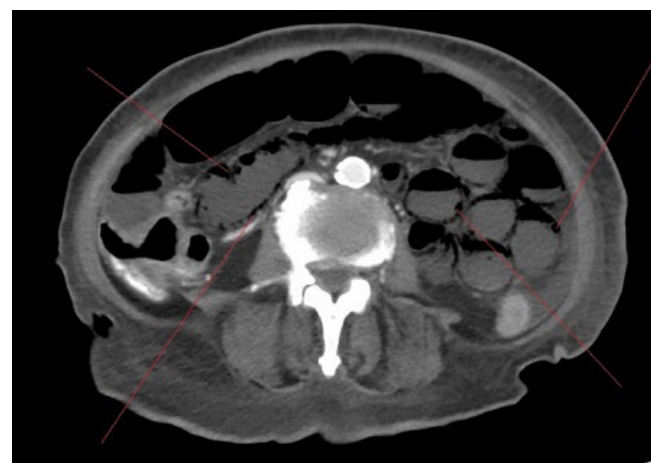


Figura 4

Neumatosis intestinal.

Discusión

La isquemia mesentérica aguda es un cuadro de fatal desenlace en muchas ocasiones. En este caso, se realizó el diagnóstico a las pocas horas del inicio del cuadro con la realización de un angio-TC, siendo su etiología embólica. Aún así, la paciente falleció debido a la agresividad del cuadro clínico que presentó, desestimándose la opción intervencionista y quirúrgica por la pluripatología que presentaba la paciente y los hallazgos clínico-radiológicos que indicaban el mal pronóstico, falleciendo en las primeras 6 horas tras el comienzo de los síntomas.

CP-122. NEUMOPERITONEO ESPONTÁNEO NO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO, H; MARTÍNEZ BURGOS, M; RICO CANO, A; PALOMINO LUQUE, P; BERLANGA CAÑETE, S; BRAVO ARANDA, AM; OCAÑA LEDESMA, A; ANGULO MCGRATH, I; JIMÉNEZ PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

La presencia de aire en la cavidad abdominal sugiere en más del 90% de los casos una lesión abdominal por rotura de víscera hueca, requiriendo generalmente cirugía urgente. El 10% restantes se deben a una entidad conocida como neumoperitoneo espontáneo no quirúrgico (NENQ), idiopático o benigno, caracterizado generalmente por ausencia de lesión abdominal. Por lo general se atribuye a causas extraabdominales, están descritas causas respiratorias (enfisema bulloso, barotrauma, neumonía, asma, ventilación mecánica); cardíacas como masaje cardíaco; ginecológicas (salpingooforitis, ejercicios postparto o postcoital), causas abdominales (neumatosis quística o infección por *Clostridium difficile*) e idiopáticas. La clínica es muy oscilante, pudiendo encontrar desde paciente asintomáticos hasta otros con dolor y distensión abdominal. Esta entidad debe ser sospechada cuando la distensión abdominal y el dolor son leves, no presenta signos de irritación peritoneal, fiebre ni reactantes de fase aguda.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 64 años, sin antecedentes de interés, en estudio y seguimiento por parte de Cirugía General y Aparato Digestivo por episodios repetidos hasta en 10 ocasiones de neumoperitoneo espontáneo idiopático, que debutan con molestias abdominales y distensión. Ha requerido varios ingresos para estudio sin evidenciar patología subyacente en pruebas complementarias y en otras ocasiones se ha seguido de forma ambulatoria dada la escasa repercusión clínica. En esta última ocasión la paciente es vista en consultas externas de Aparato Digestivo por molestias abdominales inespecíficas de varios días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. Dados los antecedentes de la paciente se realiza TC de abdomen preferente que muestra nuevo episodio de neumoperitoneo sin que se pueda precisar la causa (Figura 1). La paciente es revisada a los pocos

días estando en este momento completamente asintomática y con analítica sin leucocitosis ni elevación de PCR.



Figura 1

Neumoperitoneo sin poder precisar la causa.

Discusión

Es importante conocer esta entidad tan poco frecuente y sospecharla en caso de neumoperitoneo con leves molestias abdominales, sin signos de irritación peritoneal, fiebre ni leucocitosis. De esta manera se podrá evitar una posible intervención quirúrgica innecesaria.

CP-123. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A FRAGMENTO DE BEZOAR

VIDAL VILCHEZ, B¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; ROA COLOMO, A¹; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; GARCÍA ROBLES, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

El bezoar gástrico es una patología infrecuente que se produce por ingesta de material difícil de digerir. Habitualmente es asintomático y no suele presentar complicaciones.

Caso clínico

Mujer de 54 años sin antecedentes que acude a Urgencias por cuadro súbito de vómitos incoercibles con intolerancia a la ingesta de una semana de duración. Analíticamente destaca creatinina de mg/dl.

Se realiza esofagogastroduodenoscopia que objetiva gran cantidad de contenido líquido de aspecto retencionista en tercio medio de esófago y estómago junto con imagen sólida verdosa oscura de

aparente contenido orgánico en parte alta de cuerpo gástrico, que podría tratarse de bezoar, que se intenta movilizar sin éxito.

La paciente presenta mala evolución clínica, con cuadro sugerente de obstrucción intestinal, por lo que se solicita tomografía computarizada (TC) abdominal que objetiva bezoar gástrico y posible fragmento del mismo impactado en zona de íleon supramesal (Figuras 1-3). Se realizan enterotomía con extracción de cuerpo extraño junto con gastrectomía vertical a nivel de fundus con extracción de bezoar gástrico.

Discusión

El bezoar gástrico se produce por la ingesta de material no digerible, que puede ser: vegetal (fitobezoar), medicamentos (farmacobezoar) o pelo (tricobezoar). Es más frecuente en personas con gastroparesia y/o alteración de la motilidad gastrointestinal, aunque puede darse en personas con tránsito normal o acelerado.



Figura 1

Corte axial de TC abdominal donde se observa formación en miga de pan en estómago de unos 36x46 mm muy sugerente de bezoar.



Figura 2

Corte axial de TC abdominal que objetiva en íleon supramesal imagen en miga de pan de unos 35 mm compatible con fragmento de bezoar impactado y dilatación retrógrada de asas intestinales.



Figura 3

Corte axial de TC abdominal donde se observa dilatación de asas de intestino delgado.

Suele cursar de forma asintomática durante años, siendo un hallazgo casual en pacientes sometidos a endoscopias gastrointestinales o técnicas de imagen. En caso de que aparezcan síntomas, la clínica es inespecífica: dolor abdominal, vómitos, saciedad precoz, anorexia y pérdida de peso. Aunque es infrecuente que se complique, en ocasiones, como en el caso presentado, puede derivar en obstrucción o perforación intestinal, apendicitis o pancreatitis.

El tratamiento inicial consiste en intentar disolverlos. Si los síntomas persisten o son más graves se recomienda tratamiento endoscópico. En caso de que las terapias anteriores fracasasen, no se puedan realizar o aparezcan complicaciones como obstrucción, perforación o sangrado, debe plantearse la cirugía.

CP-124. PACIENTE VARÓN CON ANEMIA Y MASA ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

TORRICO LAGUNA, AM; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los GIST son tumores del estroma gastrointestinal poco frecuentes, cuya sintomatología es muy variable. Se caracterizan por ser tumores de localización fundamentalmente a nivel ileal y colónica y con un comportamiento agresivo en la mayoría de casos, siendo el tratamiento principalmente quirúrgico.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 63 años, exfumador, sin consumo enólico, hipertenso, diabético, con antecedentes de infarto agudo de miocardio hacía cuatro meses e hiperplasia prostática, que consulta en Urgencias por astenia, pérdida de

peso y anemia de perfil microcítico de dos meses de evolución, sin clínica cardiológica ni estigmas de sangrado. El paciente se transfunde dos bolsas de sangre y es derivado a consultas de aparato digestivo para estudio. El paciente vuelve a Urgencias dos semanas después por episodio presincope, con nuevos hallazgos de anemia en rango transfusional en la analítica, por lo que es ingresado en planta para estudio. La bioquímica general muestra solamente ferropenia y los marcadores tumorales son negativos. Se solicita gastroscopia y colonoscopia, que no muestran alteraciones, y se solicita TC de tórax y abdomen, en el que se evidencia una masa de partes blandas a nivel de íleon distal, por lo que se decide biopsia percutánea por radiología intervencionista, cuyo informe anatomopatológico informa de células con componente neoplásico de componente estromal. Los niveles de cromogranina A y 5-HIA son normales y la gammagrafía con octreótido no muestra lesiones a distancia. El paciente es intervenido, realizándose resección ileal, informando en la pieza quirúrgica de presencia de masa a nivel de íleon compatible con tumor del estroma gastrointestinal. El paciente es posteriormente dado de alta y derivado a consultas de Oncología, manteniéndose asintomático en las revisiones.

Discusión

Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias poco frecuentes, derivadas de las células intersticiales de Cajal, ocasionado en la mayoría de casos por la mutación del protooncogen KIT, ocasionando el sobrecrecimiento de estas células. Es un tumor agresivo, cuya sintomatología aparece principalmente en estadios avanzados, fundamentalmente en forma de dolor abdominal, presencia de masa, síndrome constitucional y anemia en los datos analíticos. Su localización más frecuente es a nivel gástrico y de intestino delgado, siendo el diagnóstico fundamental por endoscopia y prueba de imagen, como la TC. La gammagrafía con octreótido permite establecer presencia de lesiones a distancia. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, asociado a quimioterapia en estadios avanzados, planteando quimioterapia exclusivamente en aquellos pacientes con tumor irresecable o paliativo.

CP-125. PANICULITIS MESENTÉRICA: ¿QUÉ SIGNIFICACIÓN CLÍNICA TIENE?

ROA COLOMO, A¹; DIÉGUEZ CASTILLO, C²; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ¹; DÍAZ ALCÁZAR, MM¹; VIDAL VÍLCHEZ, B¹; GARCÍA MÁRQUEZ, J¹; MARTÍNEZ TIRADO, P¹; MARTÍN RUIZ, JL¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA

Introducción

La paniculitis mesentérica (PM) es la inflamación crónica e inespecífica del mesenterio. Su epidemiología es poco conocida con datos de prevalencia entre 0,16-7,83%. Un 67% de los casos son varones, con una media de 61,7 años. A continuación se presenta un caso clínico de PM, a partir del cual se hace una revisión de esta entidad.

Caso clínico

Mujer de 59 años con síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con sertralina 50 mg/24 horas consulta por dolor abdominal difuso y distensión abdominal, sin síntomas de alarma. La exploración física es normal. En TC abdominal existe aumento de densidad de la grasa mesentérica extensa desde raíz de mesenterio con ganglios de 4 mm de eje menor, que sugieren el diagnóstico de PM (Figura 1). Se realiza analítica completa, serologías, autoinmunidad y marcadores tumorales normales. TC torácico normal. Tras el despistaje de otras patologías, inicia tratamiento sintomático con naproxeno 500 mg sin notar mejoría al cabo de dos meses, por lo que se suspende e inicia budesonida 9 mg/24 horas en pauta descendente por intolerancia a prednisona. Tras tres meses de tratamiento, la paciente refiere mejoría de la sintomatología.



Figura 1

Corte axial de TC abdominal con contraste intravenoso. Se observa hiperdensidad de la grasa mesentérica ("mesenterio nebuloso" / "misty mesentery") con adenopatías milimétricas múltiples.

Discusión

En la PM la evolución clínica es crónica en la mayoría de los casos (76,9%). El síntoma más frecuente es el dolor abdominal (55,9%), seguido de la pérdida de peso (9,3%). La exploración física suele ser normal aunque es posible detectar una masa abdominal.

Las alteraciones analíticas son poco frecuentes y la prueba radiológica más utilizada para el diagnóstico es la TC abdominal (93,3%). Cuando se realiza biopsia de la lesión (33%) la mayoría presentan tanto datos inflamatorios, como fibrosis y necrosis grasa.

En cuanto a su etiología, se han descrito enfermedades de distinta naturaleza, destacando por su frecuencia las neoplasias malignas (26%), fundamentalmente hematológicas, y la cirugía abdominal (3,3%).

El tratamiento se debe individualizar. En la literatura se describen numerosas opciones médicas y quirúrgicas, sin que existan estudios

comparativos sobre su eficacia. Un 45% de pacientes reciben tratamiento médico (principalmente glucocorticoides), un 39,5% precisan intervención quirúrgica (por obstrucción intestinal o sospecha de neoplasia) y en el 28,2% el tratamiento es sintomático o de soporte. Independientemente de la opción terapéutica elegida, la tasa de respuesta es del 80%.

Conclusiones

- La PM es un hallazgo inespecífico cuya significación clínica está aún por determinar.
- Es importante descartar un proceso oncológico asociado.
- Son necesarios más estudios para comprender mejor este proceso y establecer el tratamiento más adecuado.

CP-126. PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL CARCINOMA ANAL

LEAL TÉLLEZ, J; RAMOS-CLEMENTE ROMERO, MT; CARNERERO RODRÍGUEZ, JA; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Varón con relaciones sexuales de riesgo, con carcinoma anal epidermoide de gran tamaño asociado a virus del papiloma humano (VPH) y sífilis concomitante.

Caso clínico

Varón de 65 años fumador, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y con prácticas homosexuales de riesgo. Derivado a consulta por proctalgia, rectorragia intermitente y masa anal que relaciona con hemorroides de un año de evolución. En la inspección anal se identifica una tumoración perianal, excrecente, ulcerada y pétreo, de aproximadamente 3 cm que contacta con el ano (**Figura 1**). El tacto rectal no se puede realizar por dolor.

Para el estudio se realiza rectoscopia donde se identifica la masa, que ocupa el canal anal sin estenosallo (**Figura 2**). En la retrovisión en recto se observa que la tumoración no se extiende hacia el interior del recto (**Figura 3**). Se toman biopsias de la lesión vía endoscópica y vía externa (perianal), que confirman la presencia de un carcinoma epidermoide con VPH genotipo 33.

Ante la sospecha inicial de que la lesión perianal se tratase de un chancro sífilítico se realizan estudios serológicos que resultan positivos, demostrándose también afectación neurológica (sífilis terciaria). El resto de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) estudiadas han resultado negativas incluyendo VIH. Se inició tratamiento con penicilinas con buen resultado. Se completa el estudio de extensión con TAC que no demuestra lesiones a distancia y en RMN pélvica (**Figuras 4 y 5**) se estadía T3N0M0. Se decide tratamiento quimio-radioterápico.



Figura 1

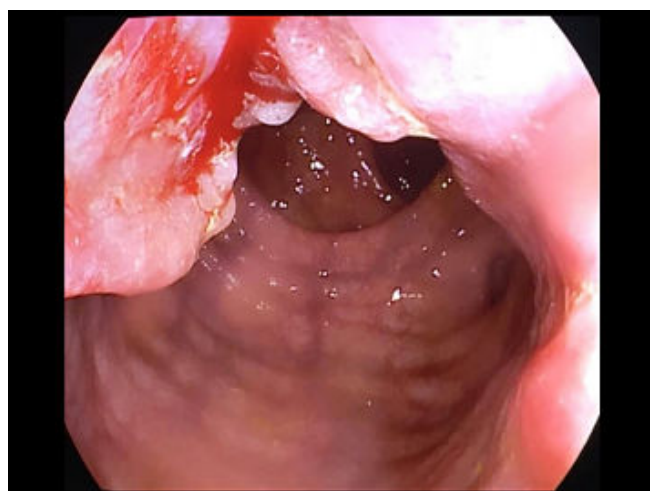


Figura 2

La tumoración ocupa el canal anal.



Figura 3

La lesión no se extiende internamente, queda confinada al canal anal.

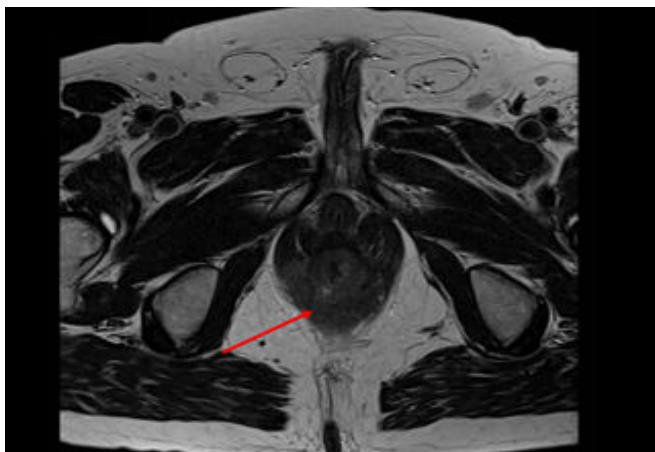


Figura 4

La tumoración infiltra el músculo puborrectal y se extiende a la grasa de la fosa isquioanal.

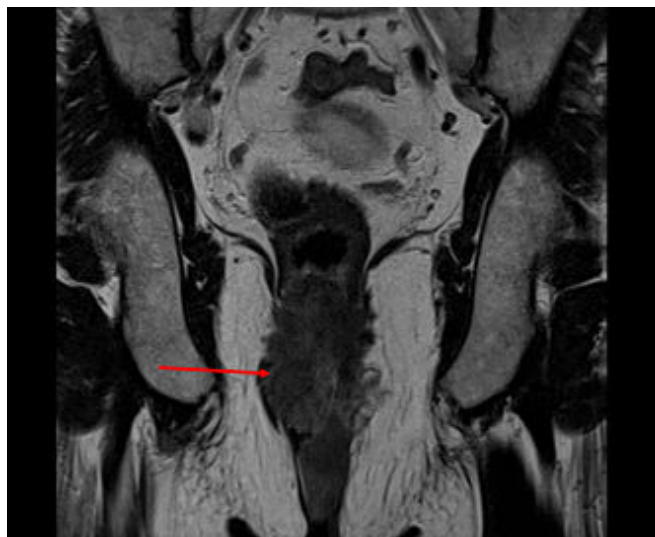


Figura 5

La tumoración se extiende cranealmente por encima del esfínter superior y caudalmente presenta una extensión nodular a nivel del pliegue interglúteo. El diámetro longitudinal es de 9 cm.

Discusión

La manifestaciones más frecuentes del cáncer anal son la rectorragia, dolor y sensación de ocupación anal. Hasta un 20% al diagnóstico se encuentran asintomáticos. En nuestro caso el paciente demora la consulta médica por lo que encontramos una masa anal de gran tamaño con extensión a la piel perianal y la coexistencia de una sífilis en estadio terciario.

Entre los factores de riesgo del cáncer anal se encuentra el tabaco y las relaciones sexuales anales de riesgo. Su relación con el VPH es habitual, así como con otras ETS, con mayor riesgo en los genotipos más oncogénicos (16, 18, 31, 33). El cribado en los grupos de riesgo no está establecido. La prevención más eficaz es evitar la promiscuidad y las relaciones anales sin protección.

CP-127. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL

GARCÍA GARCÍA, AM; COBOS RODRIGUEZ, J; PINAZO BANDERA, J; ALCÁNTARA BENITEZ, R; ANDRADE BELLIDO, RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

El pseudomixoma peritoneal (PMP) es una rara condición clínica resultado de un tumor mucoproducente del apéndice cecal en el 90% de los casos. En algunos pacientes, estos tumores crecen y causan una ruptura de la pared apendicular que conlleva a la presencia de células productoras de mucina en la cavidad peritoneal, situación clínica conocida como *“abdomen de gelatina”*.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 50 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por cuadro de dolor abdominal difuso, más localizado en hipogastrio y pérdida de unos 10 Kg de peso. Sin nada que destacar analíticamente, se realiza un TC de abdomen (**Figura 1**) donde se visualiza abundante líquido ascítico con áreas de calcificación en distintos compartimentos peritoneales con un hígado de tamaño y morfología normales, sin signos de HTP. En la colonoscopia se visualiza el orificio apendicular permeable que rezuma material de aspecto mucopurulento. Se completa el estudio con serología, Mantoux y booster, Rx de tórax y analítica de estudio hepático completo, todo ello normal. Se realiza paréntesis con GASA <1,1 y ADA 25,8. Asimismo se realiza una punción abdominal guiada por TC obteniendo mínimos fragmentos de material fibrinoso con escasas células mesoteliales reactivas. Finalmente se decide realizar una laparoscopia exploradora (**Figura 2**) que muestra un peritoneo engrosado y asas intestinales cubiertas por material mucoide con morfología vesicular del cual se toman muestras y cuya histología (**Figura 3**) informa: pseudomixoma peritoneal (lesión mucinosa de bajo grado). El tumor está formado por lagos de mucina, algunos revestidos por células epiteliales mucinosas con atipia de bajo grado, secundario a una extensión peritoneal de una neoplasia mucinosa.



Figura 1

TC de abdomen con contraste.

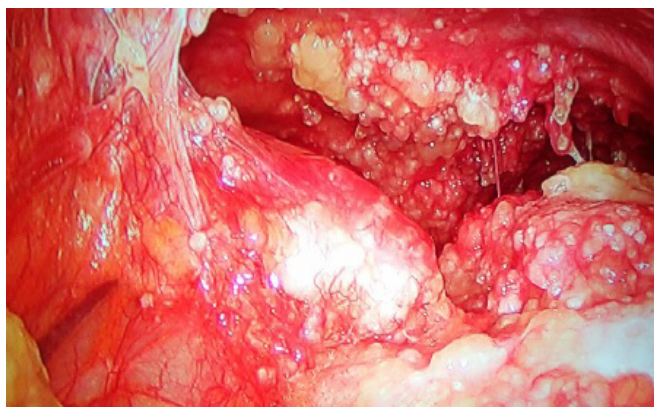


Figura 2

Laparoscopia.

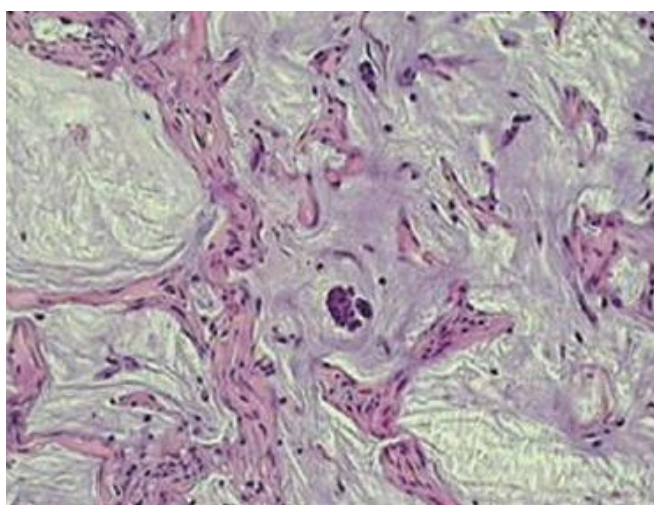


Figura 3

Histología.

Discusión

La incidencia de PMP se estima en 1 a 2 pacientes por cada 1.000.000 personas/año, con discreta prevalencia en mujeres. Presenta una clínica muy variada, desde discreto disconfort abdominal hasta obstrucción intestinal. En pacientes mujeres puede debutar como una gran masa metastásica ovárica.

Aunque al inicio se puede considerar benigno, invariablemente es letal sin recibir tratamiento. El tratamiento de elección, si las condiciones clínicas lo permiten, consisten en la combinación de cirugía citorreductora (CRS) más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). La cantidad de carcinomatosis, determinada por el índice de carcinomatosis peritoneal, generalmente correlaciona con la supervivencia posterior.

Siguiendo un tratamiento combinado (cirugía citorreductora completa e HIPEC), la tasa de supervivencia a 5 años alcanza el 70% para los pseudomixomas peritoneales no agresivos en pacientes tratados en un centro especializado.

CP-128. RECTORRAGIA EN PACIENTE CON NEOPLASIA VESICAL INTERVENIDA

TORRICO LAGUNA, AM; BENITEZ RODRIGUEZ, B; GALVAN FERNANDEZ, MD; GOMEZ RODRIGUEZ, BJ; CAUNEDO ALVAREZ, A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La rectorragia es un motivo de consulta muy frecuente en las consultas tanto de atención primaria como de especialista, siendo su origen muy diverso, con mayor frecuencia de patología anorrectal benigna, aunque también pueden ser de origen inflamatorio intestinal o de origen tumoral a nivel intestinal, aunque su origen también puede ser extradigestivo, orientando fundamentalmente la clínica y la exploración física, ayudando la endoscopia para el diagnóstico avanzado y permitir un tratamiento dirigido.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 70 años, con antecedentes de ex-fumador y ex-bebedor, hipertenso e intervenido de neoplasia vesical 8 años antes mediante nefrectomía y anastomosis uretero-sigmoidea bilateral, que consulta por rectorragia de un mes de evolución. La exploración abdominal era anodina y la analítica mostraba una discreta anemia de perfil ferropénico. Se realiza colonoscopia, en la que se evidencia a nivel de la anastomosis uretero-sigmoidea lesión excrecente que protruye a través de la anastomosis y cuya anatomía patológica informa de células transicionales con displasia de alto grado y focos de carcinoma de estirpe urotelial. La TC y la urografía intravenosa realizadas al paciente informan de una masa a nivel de tercio distal de uréter izquierdo y dilatación de uréter ipsilateral proximal, compatible con neoplasia de la unión uretero-sigmoidea.

Discusión

El carcinoma de vejiga es una patología tumoral frecuente, que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada, varones y con hábito tabáquico activo. En la mayoría de casos cursa de forma asintomática hasta estadios avanzados, donde el síntoma principal es la hematuria. El diagnóstico se realiza fundamentalmente mediante realización de citología de orina acompañado de la ecografía abdominal, sirviendo la resección transuretral como técnica de obtención de material para estudio histológico y terapéutico en estadios muy iniciales. El tratamiento se basa en la cistectomía, asociada a quimioterapia en estadios avanzados, optando únicamente por esta última en fases avanzadas. La opción de realizar anastomosis uretero-sigmoidea con idea de evitar la nefrostomía es una opción en algunos pacientes, aunque se han descrito casos de alteraciones iónicas y diarreas en pacientes con dicha técnica, siendo muy poco frecuente el desarrollo de neoplasias a este nivel.

CP-129. RECTORRAGIA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS: ¿PATOLOGÍA ANORRECTAL O SCREENING DE CÁNCER DE COLON (CCR)?

GARCÍA GAVILÁN, MC¹; PUYA GAMARRO, M¹; SORIA LÓPEZ, E¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El 10-15% de los CCR se diagnostican <50 años, con una incidencia en aumento en los últimos años. Por ello, se cuestiona la necesidad de adelantar el screening de CCR, sobre todo ante factores de alto riesgo. La rectorragia es un signo de alarma y muchas veces queda justificada por patología anorrectal, sin la realización de más estudios. Nuestro objetivo fue valorar cuántos de los pacientes con rectorragia atribuida inicialmente a patología anorrectal finalmente tienen otra patología y estudiar sus posibles factores de riesgo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de los pacientes <50 años estudiados por rectorragia distal atribuida inicialmente a patología anorrectal, en el Hospital Costa del Sol desde julio de 2016 a julio de 2018. Criterios de exclusión: presencia de otra sintomatología (dolor abdominal, diarrea o cuadro constitucional), antecedente personal de CCR, enfermedad inflamatoria intestinal o síndrome de CCR hereditario. Se valoró la influencia del sexo, edad, características del sangrado, índice neutrófilo/linfocito (INL) y plaqueta/linfocito (IPL), con la detección de pólipos, adenomas avanzados y otras patologías. Se realizó un análisis bivariado de evaluación de factores de riesgo con el test de Ji-Cuadrado. Nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 374 pacientes con una edad media de 37,36 años, el 56,9% varones y 8,8% con antecedentes familiares de primer grado de CCR. En el 61,1% el sangrado fue moderado, el 85,5% siempre postdefeactorio y solo el 43,7% en el contexto de un estreñimiento crónico. A 208 se les realiza rectoscopia y a 167 colonoscopia, objetivándose en el 20,9% patología diferente a la anorrectal y en el 17,1% pólipos, siendo el 84,6% pólipos sésiles, el 67,2% <5mm y el 27,7% adenomas tubulares. Se objetivaron 9 adenomas avanzados (14,1%) y un CCR (0,3%). Al analizar los factores de riesgo, se observa para el grupo entre 40-50 años mayor riesgo de pólipos y adenomas avanzados ($p = 0,005$ y $p = 0,049$ respectivamente). El sexo varón presentó un mayor riesgo de pólipos ($p = 0,003$). Aunque no fue estadísticamente significativo se observa una tendencia a tener el INL alto, en aquellos con patología diferente a la anorrectal ($p = 0,06$) y en presencia de pólipos ($p = 0,09$). No se observó relación con el IPL ni el tipo de sangrado.

Estudio descriptivo	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes familiares		
1 ^{er} grado	33	8,8%
2 ^o grado	25	6,7%
Edad 40-50 años	67	17,9%
Estreñimiento crónico	142	43,7%
Características del sangrado:		
Manchado	134	36,4%
Moderado	225	61,1%
Coágulos	9	2,4%
Patrón del sangrado:		
Siempre postdefeactorio	290	85,8%
A veces sin relación	48	14,2%
Anemia (Hb <12mg/dL)	17	5,6%
INL >3	27	8,7%
IPL >160	30	9,7%

Tabla 1

Estudio descriptivo de los factores de riesgo.

Factores de riesgo	Patología diferente a la anorrectal	Pólipos	Adenomas Avanzados
Sexo: Varón	p0,84	p0,003	p1,00
Edad: 40-50 años		p0,005	p0,04
Índice neutrófilo/linfocito >3	p0,06	p0,09	p1,00
Índice plaqueta/linfocito >160	p1,00	p0,85	p1,00
Características del sangrado	p0,56	p0,70	p0,32
Tacto rectal con hallazgos que justifiquen el sangrado	p0,21	p0,58	P0,06

Tabla 2

Análisis de la influencia de los factores de riesgo en objetivar otra patología diferente a la anorrectal, pólipos o adenomas avanzados.

Conclusiones

El 20,9% de los pacientes finalmente tienen hallazgos diferentes en la colonoscopia, siendo factor de riesgo la edad entre 40-50 años. La edad y el sexo varón se relacionan con la mayor detección de pólipos y el INL alto aunque no es estadísticamente significativo, parece estar aumentado en estos pacientes.

CP-130. RECTORRAGIA MASIVA POST-EMBOLIZACIÓN

VALDÉS DELGADO, T; GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; JIMÉNEZ GARCÍA, A; RODRÍGUEZ-TÉLLEZ, M; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La colitis isquémica (CI) es la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%), las formas leves y transitorias son las más frecuentes, y las formas fulminantes representan menos del 5% en esta entidad.

Caso clínico

Mujer de 61 años ingresa para estudio de dolor abdominal y vómitos de meses de evolución. Tras tres días de hospitalización comienza con episodios de rectorragia franca con repercusión hemodinámica (Hb 6) y fracaso renal agudo (Cr 6). Se realiza angioTAC abdominal urgente apreciándose sangrado activo hacia luz de la flexura esplénica del colon (**Figura 1**), por lo tanto se procede a embolización de la rama distal de la arteria cólica izquierda.

Posteriormente, presenta nuevos episodios de rectorragia masiva, realizándose colonoscopia urgente con diagnóstico de pancolitis isquémica fulminante (**Figura 2**).

Presenta mala respuesta al tratamiento conservador (sueroterapia y antibioterapia iv) con repercusión hemodinámica y necesidad de transfusión en distintas ocasiones, por lo que finalmente se decide intervención quirúrgica, realizándose una colectomía total con ileostomía.

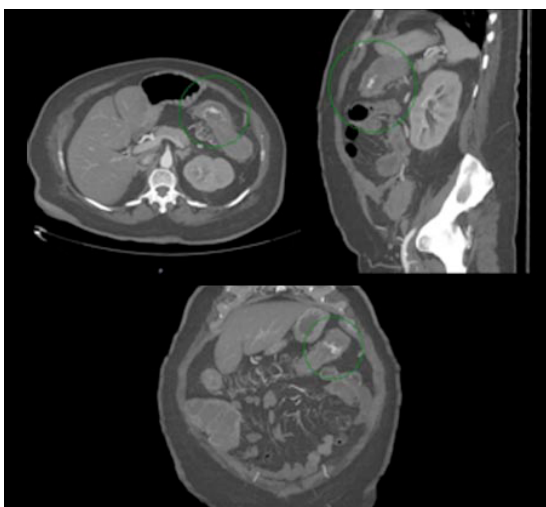


Figura 1

TAC Abdominal c/c iv: sangrado activo hacia la luz de la flexura esplénica colónica de la rama distal de la arteria cólica izquierda (círculo verde).

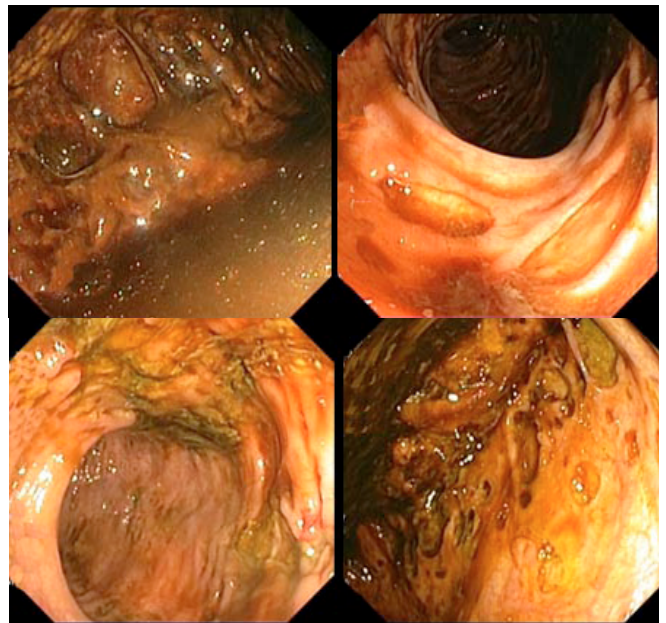


Figura 2

Colonoscopia: amplias úlceras en sacabocados extendidas por toda la mucosa colónica, compatible con colitis isquémica fulminante.

Discusión

Las formas fulminantes como presentación de la CI no superan el 5% y conducen a un estado de necrosis gangrenosa con perforación, peritonitis y muerte. Únicamente una endoscopia precoz permite asegurar el diagnóstico con precocidad y conceder una oportunidad al tratamiento (colectomía total).

Muy múltiples factores predisponen al desarrollo de CI, las causas más frecuentes son las no oclusivas (aterosclerosis, situaciones de bajo gasto, etc.), siendo más atípicas las formas oclusivas, y excepcionales hoy día, las secundarias a embolización.

Las complicaciones de la embolización son infrecuentes, los pocos casos de isquemia reportados actualmente son debidos a que no se respetan las vías de circulación colateral compensatorias.

Dichas formas de presentación son potencialmente muy graves y mortales si no se toman medidas precoces, si bien, muy infrecuentes debido al avance en los procedimientos de embolización, que actualmente se realizan de forma superselectiva.

CP-131. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ADENOMA DE ORIGEN MIXTO. POLIPOSIS SERRADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El adenoma tubular es el tipo de adenoma más frecuente. Nace por la proliferación de células epiteliales displásicas de la mucosa, a partir de mutaciones en la vía del gen APC y β -catenina. La mayoría son asintomáticos y descubiertos incidentalmente. El riesgo de malignización de los adenomas depende del tamaño, grado de displasia y tipo de arquitectura. Los adenomas con displasia de alto grado tienen un riesgo de malignización de 27%, mayor a los de bajo grado, 5% en 15 años. Asimismo, la arquitectura vellosa presenta mayor riesgo que la tubular (RR 8,3). Se considera un promedio de 10 años para que un pólipo adenomatoso menor a 1 cm se transforme en un cáncer colorrectal invasivo.

Los pólipos serrados son adenomas que en la evaluación microscópica presentan una arquitectura aserrada; es decir con pliegues intraluminales al interior de las criptas y en la superficie, lo que genera un aspecto estrellado o dentado. Por esa particular arquitectura, pueden ser diagnosticados erróneamente como pólipos hiperplásicos. Este grupo incluye al adenoma aserrado tradicional, el adenoma aserrado sésil y el pólipo mixto.

Caso clínico

Paciente de 60 años de edad y sexo femenino que acude a consulta por clínica dispéptica y rectorragia. Se solicita ecografía abdominal y analítica con perfil celíaco que no muestra alteraciones. Se realiza endoscopia digestiva alta con toma de biopsias gástricas, objetivándose gastritis crónica superficial asociada a *Helicobacter pylori*, instaurándose tratamiento erradicador. Asimismo se realiza endoscopia digestiva baja, en la que se describe lesión tipo O-Isp de 10 mm a 35 cm de margen anal reseca y según estudio anatomopatológico tipificó como adenoma tubular con displasia epitelial de bajo grado. Es descrita también lesión tipo O-Isp de 20 mm a 20 cm de margen anal, que es reseca, y tras estudio histológico catalogada como adenoma mixto (adenoma tubular y adenoma serrado). Asimismo se detalla la presencia de pólipos menores de 5 mm en recto de morfología plana, que no fueron biopsiados ni reseca y hemorroide internas congestivas. La paciente presenta mejoría clínica y es incluida en protocolo de seguimiento mediante realización de colonoscopias.

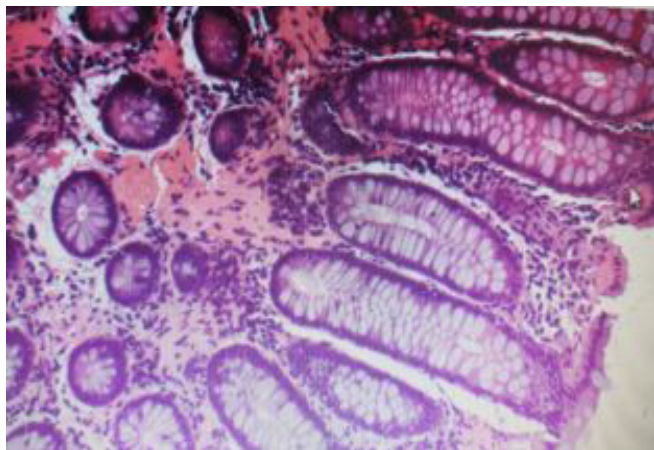


Figura 1

Discusión

Los pólipos serrados han sido objeto de atención recientemente, ya que tienen potencial de malignización, considerándose actualmente que alrededor del 20% de los carcinomas colorrectales se originan a partir de adenomas serrados. Estos pólipos siguen una vía distinta a la tradicional secuencia adenoma-adenocarcinoma, lo cual plantea retos desde el punto de vista tanto de diagnóstico como de seguimiento.

CP-132. SÍNDROME DE WÜNDERLICH TRAS INICIO DE ANTICOAGULACIÓN EN TROMBOSIS PORTAL AGUDA

HALLOUCH TOUTOUH, S; DELGADO MAROTO, A; BARRIENTOS DELGADO, A; MORENO MORALEDA, I; PRÁXEDES GÓNZALEZ, E; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La hemorragia renal espontánea subcapsular o perirrenal de etiología no traumática se conoce como síndrome de Wunderlich (SW). Es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave. La etiología en más del 50% de los casos es debida a patología tumoral (más frecuentes: adenocarcinoma y angiomiolipoma), siendo otras causas menos frecuentes como discrasias sanguíneas, hidronefrosis o tratamiento anticoagulante. La tríada de Lenke suele ser su presentación clínica más típica, la cual consiste en dolor agudo, masa palpable y shock hipovolémico. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, siendo de elección la TC con contraste intravenoso.

Presentamos el caso clínico de un paciente cirrótico con trombosis portal aguda, que tras iniciar terapia anticoagulante con enoxaparina subcutánea, desarrolló un SW secundario.

Caso clínico

Se trata de un varón de 61 años con antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, cirrosis hepática Child-Pugh A6 de origen enólico con hipertensión portal. Ingresó por cuadro de encefalopatía hepática grado II y trombosis portal aguda, iniciando enoxaparina a dosis terapéuticas (40 mg cada 12 horas), siendo dado de alta tras mejoría clínica y analítica.

Dos semanas más tarde acudió a Urgencias por dolor en flanco derecho de instauración aguda y sensación de masa, constatándose inestabilidad hemodinámica por cuadro de hipotensión, taquicardia y sudoración profusa.

En la analítica de evidenció anemia de Hb 9 g/dL y Hematocrito 25%), insuficiencia renal aguda con creatinina 2,2 mg /dL y leucocitosis de 17.180 (neutrofilia del 91%), recuento plaquetar y coagulación normal.

Se realizó inicialmente ecografía abdominal que objetivó hematoma subcapsular en riñón derecho de 7x12x12 cm. Se amplió el estudio con angioTC que apreció una dudosa LOE mal definida en polo inferior de 4 cm con una imagen sugerente de punto de sangrado activo en tercio medio renal, extendiéndose el hematoma a espacio pararenal posterior, gotiera derecha y pelvis.

Ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización con cristaloides y transfusión de hemoderivados, y se optó por embolización mediante arteriografía sin complicaciones inmediatas.

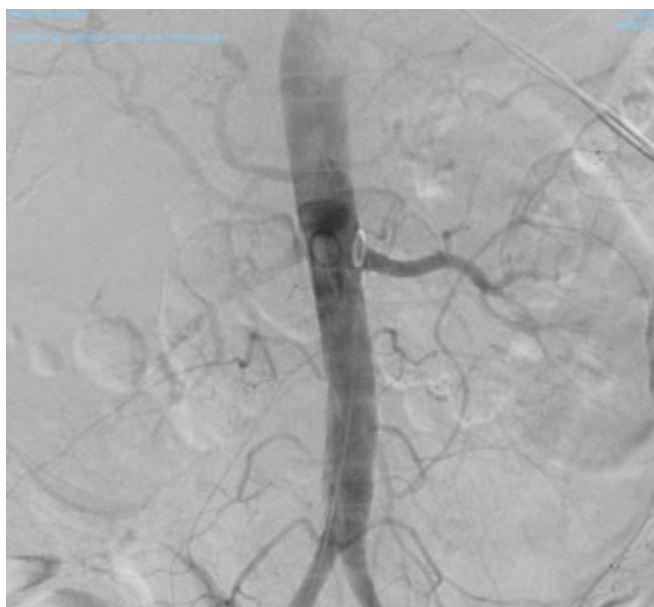


Figura 1

Arteriografía + embolización de LOE mal definida en polo inferior de 4 cm con una imagen sugerente de punto de sangrado activo en tercio medio renal.

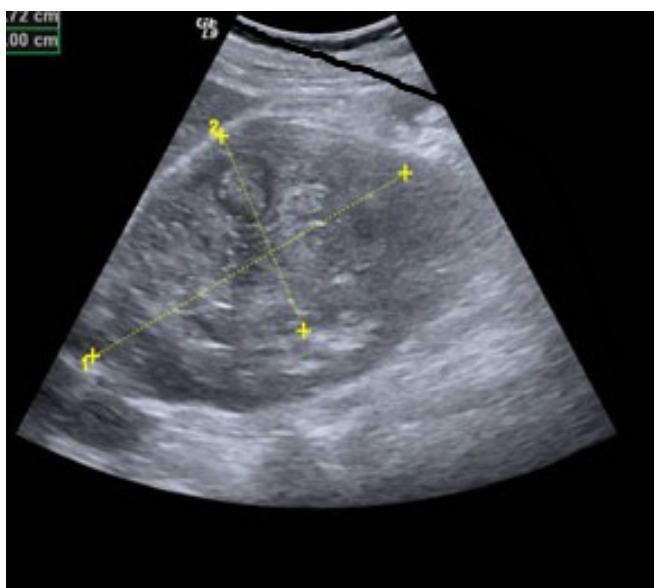


Figura 2

Ecografía abdominal: hematoma subcapsular en riñón derecho de 7x12x12 cm.

Discusión

La asociación del hematoma retroperitoneal espontáneo y el tratamiento anticoagulante (si bien no es infrecuente) ha sido descrita en series de casos en la literatura científica, siendo una complicación considerable en todo paciente sometido a dicho tratamiento, haciendo especial hincapié en el paciente cirrótico cuya morbilidad es superior que la población general.

CP-133. SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO

ROMERO MORENO, S¹; AYUSO CARRASCO, CAB²; DE VICENTE ORTEGA, A¹; CASTILLO MOLINA, L¹; DEL CASTILLO CODES, MI¹; TERCERO LOZANO, M¹; OJEDA HINOJOSA, M¹; MARTÍNEZ GARCÍA, R¹; JIMÉNEZ ROSALES, R²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA

Introducción

El síndrome del ligamento arcuato o síndrome de compresión del tronco celiaco, es una alteración rara, causada por la compresión extrínseca del ligamento arcuato medio, bandas fibrosas prominentes y/o tejido ganglionar periaórtico.

En más del 80% de los casos es asintomático y se halla de forma casual. Cuando presenta clínica, ésta se caracteriza por dolor epigástrico postprandial intermitente, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso, en casos atípicos, dolor torácico, dolor abdominal que aparece con el ejercicio intenso por angina intestinal intermitente que se alivia en posición mahometana.

Caso clínico

Varón de 31 años con cuadro de dolor abdominal de larga evolución, localizado en epigastrio, que se alivia con la dorsiflexión y empeora horas después de la ingesta. Se acompaña de episodios de diarrea. No presenta náuseas ni vómitos. Sin pérdida de peso. Con analgesia el dolor mejora, pero reaparece de nuevo tras la ingesta oral. Niega consumo de tóxicos o fármacos habituales.

En la exploración el paciente presenta un abdomen blando, depresible, sin masas ni organomegalias, con dolor a la palpación en epigastrio, sin defensa ni peritonismo, presentando ruidos hidroaéreos normales y sin evidencia de soplos.

En gastroscopia "gastritis bulbar y test de ureasa positivo", comprobando erradicación posterior. Sin mejoría del dolor, se realiza ecografía y TAC abdominal hallando "litiasis biliar". Tras colecistectomía programada el dolor persistía.

En anítica: hemograma, coagulación y bioquímica dentro de la normalidad, salvo aumento leve de transaminasas (GGT 112, GOT 101, GPT 163, BrT 1,36). Se amplía con marcadores tumorales, autoinmunidad, serología de celiaquía y víricas con resultados dentro de la normalidad. Coprocultivo y toxina sin hallazgos.

Tras nueva ecografía abdominal con resultados normales, solicitamos RM abdominal que no muestra hallazgos significativos.

Pedimos angioTC abdominal que muestra "aorta de calibre normal, con mínima disminución del calibre en origen del tronco celiaco, compatible con síndrome del ligamento arcuato" (Figura 1 y 2).



Figura 1
AngioTC: reconstrucción 3D.



Figura 2
AngioTC

Discusión

Como muestra nuestro caso y se reporta en otras series, es una patología con predominio en personas jóvenes y con clínica característica de dolor abdominal postprandial de larga evolución.

En el manejo de esta patología, es fundamental que el radiólogo especifique el diámetro del tronco celiaco, determine exactamente la presencia de colaterales y/o aneurismas, puesto que la gravedad determina la necesidad de cirugía.

En nuestro caso, el paciente mejoraba de los síntomas con analgesia habitual y presenta mínima disminución de calibre del tronco celiaco. Por este motivo, se optó por tratamiento conservador.

CP-134. TUMOR NEUROENDOCRINO EN DIVERTÍCULO DE MECKEL: HALLAZGO INCIDENTAL EN PACIENTE INTERVENIDA DE ENFERMEDAD DE CROHN

MORENO MORALED A, I; DELGADO MAROTO, A; LÁZARO SÁEZ, M; HALLOUCH TOUTOUH, S; PRÁXEDES GONZÁLEZ, E; BARRIENTOS DELGADO, A; LÓPEZ GONZÁLEZ, J; AMADO VILLANUEVA, PP; VEGA SÁENZ, JL

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo y se presenta en el 1-3% de la población. Origina síntomas en alrededor del 25% de los casos. Lo más frecuente es que se manifieste en forma de hemorragia digestiva baja, aunque no es excepcional que permanezca silente hasta la edad adulta.

Caso clínico

Mujer de 41 años diagnosticada hace más de 10 años de enfermedad de Crohn estenosante, con afectación de 9-10 cm de íleon terminal. Presentado el caso en sesión médico-quirúrgica de enfermedad inflamatoria intestinal por presentar estenosis ileal distal con cuadros suboclusivos de repetición de dos años de evolución que no responden a tratamiento. Corticodependencia, refractariedad a dos biológicos y ausencia de respuesta a vedolizumab. Actualmente en tratamiento con ustekinumab cada dos semanas.

Mediante colonoscopia se objetiva una estenosis inflamatoria en colon derecho con múltiples imágenes pseudopolipoides residuales, confirmándose mediante RM y TC abdominopélvico una estenosis ileal con cambios inflamatorios con realce de pared y dilatación preestenótica.

La paciente es intervenida mediante ileocequ coastomía ampliada abierta con resección de 27 cm de íleon y 4 cm de ciego, destacando en la evaluación microscópica una obliteración luminal con fibrosis parietal asociada a fisuras/fístulas y cambios regenerativos

pseudo-polipoides de la mucosa. Como hallazgo, la pieza de íleon presenta un divertículo de Meckel de 1,2 cm con mucosa gástrica heterotópica, identificándose en la pared del mismo un tumor neuroendocrino bien diferenciado (NET G1) con invasión de todas las capas hasta la serosa y estudio inmunohistoquímico positivo a cromogranina A y sinaptofisina.

Se recomendó seguimiento evolutivo tras evidenciarse márgenes libres y ausencia de enfermedad ganglionar residual y metástasis a distancia mediante TC y Octreoscan.

Discusión

Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (NET-GEP) son neoplasias infrecuentes del tubo digestivo originadas a partir de células neuroendocrinas. La incidencia de tumores en un divertículo de Meckel es de 1,44 por cada 10 millones de personas al año. La mayoría de los tumores son neuroendocrinos (77%), seguidos por adenocarcinomas (11,4%).

El diagnóstico en la mayoría de los casos es incidental, constituyendo la presentación clínica más común la obstrucción intestinal por la reacción desmoplásica asociada.

No existen guías clínicas específicas del manejo de los TNE localizados en el divertículo de Meckel, sin embargo, estudios recientes han reportado que el comportamiento y el pronóstico es similar al de los tumores ileales, considerándose el tratamiento de elección la resección quirúrgica.

CP-135. ÚLCERA RECTAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO. REPORTE DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad de transmisión sexual causada por los serotipos L1, L2 o L3 de *Chlamydia trachomatis*. Es endémica de África, sudeste asiático, y América Central y América del Sur, e infrecuente en países industrializados. Su período de incubación es de 3 a 30 días, apareciendo después en la fase primaria de la enfermedad, una pápula de aspecto botonoso que puede erosionarse. Esta fase también puede presentarse con disuria, con uretritis inespecífica, trombolinfangitis y perilinfangitis. La fase secundaria se presenta alrededor de la segunda semana y se caracteriza por linfadenopatías regionales dolorosas que pueden drenar espontáneamente con trayectos fistulosos. En esta fase también se pueden asociar otras manifestaciones como: fiebre, escalofríos, malestar general, meningoencefalitis, hepatoesplenomegalia, artralgias, rigidez de nuca y cefalea. La fase terciaria o síndrome ano-genital caracterizado por procesos inflamatorios con tendencia a la cronicidad con proctocolitis, fibrosis y estenosis con edema del área genital. El síndrome rectal

agudo, se caracteriza por dolor rectal, secreción mucopurulenta, proctocolitis y finalmente estenosis.

Caso clínico

Paciente de 35 años de edad, sexo masculino, en seguimiento en consultas de Enfermedades Infecciosas por infección por VIH, con carga viral actualmente indetectable y adecuada situación inmunológica, en tratamiento con efavirenz, emtricitabina y tenofovir de mantenimiento. Consulta por cuadro de fiebre de corta duración y dolor en región ano-rectal. Como antecedente refiere relación anal receptiva con protección previa a dicho episodio. Se solicita hemocultivo y urocultivo que son negativos y serología para sífilis, con resultado negativo. Asimismo, se indica realización de rectosigmoidoscopia, apreciándose en unión rectoanal, úlcera excavada de 20 mm de bordes lisos y aspecto no neoplásico, tomándose biopsias, en las que se describen cambios inflamatorios y no se aprecian datos de malignidad. Se solicita asimismo exudado rectal, objetivándose PCR positiva para *Chlamydia trachomatis*. Se pauta tratamiento antibiótico con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días con adecuada evolución clínica y endoscópica, visualizándose en rectosigmoidoscopia de control, erosión fibrinada de 6 mm, en canal anal, de la cual se toman nuevamente biopsias que descartan malignidad.

Discusión

El método diagnóstico actual consiste en técnicas de biología molecular de alta especificidad basadas en la detección del gen de la proteína de membrana H mediante PCR. La serología ha sido sustituida por los test de detección directa. Es necesario establecer controles y definir el seguimiento en las poblaciones de riesgo para impedir el aumento de los casos y el de las infecciones concomitantes.



Figura 1

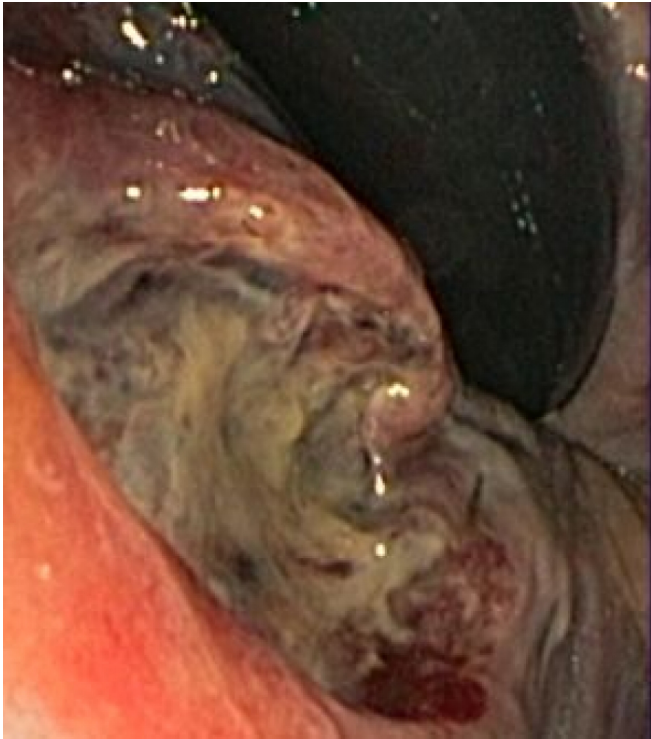


Figura 2

CP-136. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL ESTUDIO DEL PACIENTE CON ANEMIA SEVERA POR PROBABLE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OCULTO

RODRÍGUEZ MONCADA, R; LEÓN LUQUE, M; GONZÁLEZ ZAMORANO, S; GÓMEZ DELGADO, E; VÁZQUEZ MORÓN, JM; JIMENO MATÉ, C

UGC INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

Ante un cuadro de anemia ferropénica severa en el contexto de probable hemorragia digestiva sin obtenerse diagnóstico etiológico tras gastroscopia y colonoscopia (hemorragia digestiva de origen oculto), es importante realizar otros estudios que nos permitan inspeccionar los segmentos del intestino delgado no explorados, entre los cuales destaca la cápsula endoscópica

Caso clínico

Varón de 59 años con antecedentes familiares de cáncer colorrectal, ex-fumador e hipertenso. Refería astenia de dos meses de evolución sin otra sintomatología asociada. Exploración física sin hallazgos significativos. Análítica compatible con anemia ferropénica severa (Hb 6,9 g/dL); resto de parámetros, incluyendo marcadores tumorales, TC abdominal y gastroscopia dentro de la normalidad. La colonoscopia objetivó en colon izquierdo un

pólipo pediculado subcentimétrico que se resecó, con histología de adenoma tubular con displasia de bajo grado, y un pólipo sésil de 1,5 cm que se resecó sin poder recuperarse. Se estableció el diagnóstico de anemia secundaria a pólipos colónicos. Seis meses después de nuevo presenta anemia severa, por lo que se solicitó cápsula endoscópica, objetivando en la primera porción yeyunal una lesión compatible endoscópicamente con una neoplasia (Figuras 1 y 2). Se repitió TC abdominal apreciando un pseudo engrosamiento mural inespecífico a nivel yeyunal, sin alteraciones locorregionales asociadas, no presente previamente. Ante la sospecha de tumor yeyunal y tras descartar enfermedad a distancia, se realizó resección intestinal amplia del segmento afecto y anastomosis duodenoyeyunal laterolateral. El estudio histológico confirmó que se trataba de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante hasta la muscular, con bordes quirúrgicos libres, sin identificar ganglios linfáticos.

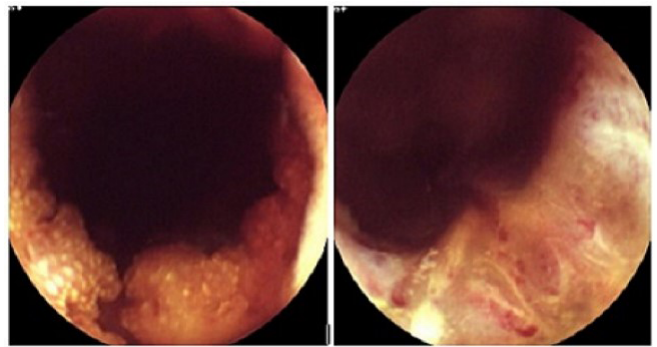


Figura 1

A nivel yeyunal se observa una lesión circunferencial de aspecto infiltrativo que protruye hacia la luz intestinal.

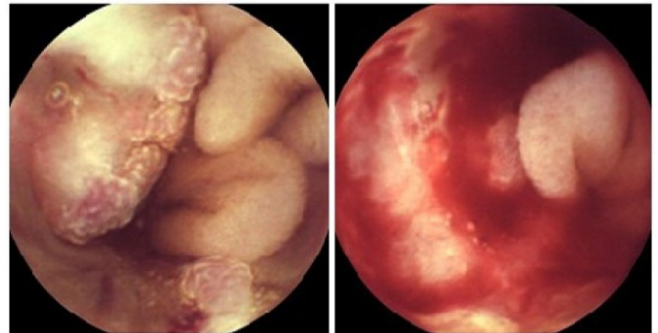


Figura 2

La lesión se presenta ampliamente ulcerada, con restos hemáticos frescos en superficie y borde anfractuoso mamelonado.

Discusión

Los tumores malignos del intestino delgado representan el 3% de las neoplasias gastrointestinales, siendo el adenocarcinoma el subtipo más frecuente. La forma de presentación es inespecífica y el diagnóstico complejo y frecuentemente tardío. La cápsula endoscópica es un método no invasivo que permite visualizar todo el intestino delgado, siendo de primera elección en casos

de sospecha de sangrado a este nivel, aunque no permite tomar muestras. Si bien en estos casos estaría indicado realizar una enteroscopia para toma de biopsias y marcaje de la lesión de cara a una posterior confirmación histológica y cirugía, en el caso que se presenta, con clínica desde hacía más de seis meses e imágenes de cápsula endoscópica compatibles con una lesión neoplásica, su realización podría haber supuesto un retraso diagnóstico aún mayor, empeorando el pronóstico del paciente. El diagnóstico precoz (estadío T2N0M0) permitió realizar una cirugía curativa sin necesidad de terapia adyuvante, permaneciendo el paciente actualmente libre de enfermedad.

CP-137. UTILIDAD DE LA COLONOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO DESPISTAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

GALVÁN FERNÁNDEZ, MD; BENÍTEZ RODRÍGUEZ, B; HERGUETA DELGADO, P; CAUNEDO ÁLVAREZ, Á

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La colonografía por tomografía computarizada (TC), también denominada colonoscopia virtual es una técnica de imagen mínimamente invasiva capaz de examinar la totalidad del colon. Se utiliza la TC helicoidal para obtener imágenes de alta resolución, que son posteriormente analizadas. Esta técnica se introduce a mediados de la década de los 90 y ha sufrido importantes avances, mejorando la calidad de las imágenes obtenidas, aumentando la rapidez en su lectura y disminuyendo la cantidad de radiación recibida por el paciente. Se realiza siguiendo los siguientes pasos:

- 1) Limpieza intestinal con una preparación activa osmóticamente, sola o combinada con contraste, o bien sin laxantes, solo con dieta y marcaje.
- 2) Insuflación colónica con dióxido de carbono o aire ambiente vía rectal.
- 3) Obtención de la imagen mediante movimientos helicoidales del foco emisor del haz de rayos X alrededor del paciente. No precisa contraste intravenoso.
- 4) Procesamiento e interpretación de las imágenes, mediante paquetes informáticos que obtienen imágenes bidimensionales en 3 planos (axial, coronal y sagital).

Caso clínico

Paciente de 74 años de edad, sexo femenino, que acude a consulta por cuadro de dolor abdominal difuso asociado a cambio en el ritmo intestinal con tendencia a diarrea de meses de evolución. Asimismo refiere pérdida de peso no cuantificada. Se indica realización de tomografía computarizada, que muestra datos

compatibles con diverticulosis colónica sin signos de diverticulitis. Se realiza asimismo colonoscopia con sedación profunda, no consiguiendo sobrepasar los 30 cm de margen anal, por presencia de área diverticular congestiva que condiciona estenosis. Ante estos hallazgos, se solicita colonoscopia virtual, que muestra engrosamiento concéntrico de 12 mm de grosor de la pared del sigma, sin distensión que coincide con divertículos, sin poder descartar lesión neoplásica. Se remite tras este resultado a la paciente a Cirugía Colorrectal, siendo intervenida sigmoidectomía mediante anastomosis colo-cólica. El examen de la pieza quirúrgica se cataloga como diverticulitis crónica agudizada y reacción tipo A a cuerpo extraño. La paciente se encuentra actualmente asintomática.

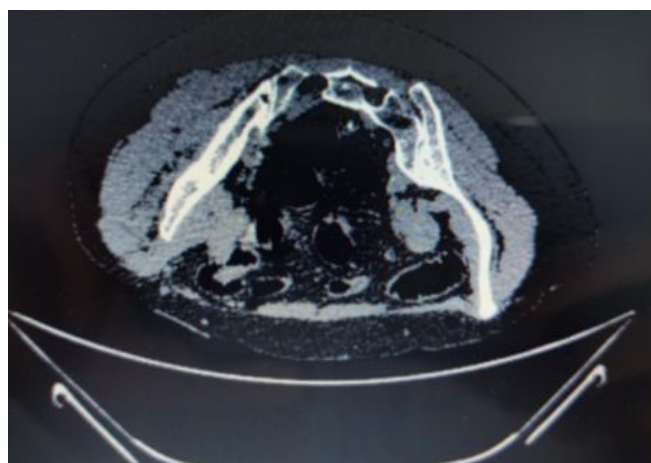


Figura 1

Discusión

La colonografía TC, o colonoscopia virtual, es una técnica mínimamente invasiva, no necesita sedación y es un procedimiento de bajo riesgo con pocas complicaciones, con un potencial importante en el diagnóstico de pólipos colorrectales. La indicación actual aceptada es la imposibilidad de realizar una colonoscopia convencional completa. En esta situación, permite detectar neoplasias sincrónicas cuando existe una neoplasia que impide el paso del endoscopio. La utilidad de la colonografía TC como técnica de cribado del cáncer colorrectal es controvertida.

CP-138. VARICES PANCOLÓNICAS SECUNDARIAS A ANEURISMA EN LA CONFLUENCIA ESPLENO-PORTAL

SORIA LÓPEZ, E¹; GÁLVEZ FERNÁNDEZ, RM¹; RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, F¹; ÁLVAREZ ALRIOLS, A²; VILLAR PUERTAS, A²; PUYA GAMARRO, M¹; SÁNCHEZ CANTOS, AM¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

Las varices colónicas son una patología poco frecuente y una causa poco común de hemorragia digestiva. La mayoría se asocian a hipertensión portal (HTP) secundaria a cirrosis hepática, pero también puede ocurrir en pacientes con HTP no cirrótica, trombosis portal o malformaciones vasculares.

Caso clínico

Mujer de 63 años, con EPOC como único antecedente de interés, que en TC abdominal realizado en contexto de coledocolitiasis, se objetiva como hallazgo incidental un aneurisma sacular de 30 mm en la confluencia de la vena mesentérica superior (VMS) con la vena porta (**Figura 1**), con colaterales en VMS (**Figura 2**). Las pruebas de imagen revelan un hígado sin alteraciones y sin datos de hipertensión portal, así mismo las pruebas de función hepática están dentro de la normalidad. Durante la colecistectomía laparoscópica programada se realiza biopsia hepática, sin datos relevantes en el resultado anatómico-patológico. Valorada por Cirugía Vasculár que desestima intervención por el momento, continuando seguimiento en nuestras consultas.

Por test de sangre oculta en heces positivo se realiza colonoscopia completa, donde se observan numerosos cordones azulados que desaparecen parcialmente con la insuflación, compatibles con varices de colon (**Figura 3**).

Discusión

Los aneurismas del sistema venoso portal son los aneurismas venosos viscerales más frecuentes, constituyendo el 3% de los aneurismas venosos. Su presencia implica cierta resistencia al flujo venoso portal lo que conduce al desarrollo de circulación colateral. A pesar de la baja prevalencia de varices colónicas, son una causa de hemorragia digestiva baja que puede llegar a ser grave, llevando a la necesidad de colectomía en caso de sangrado masivo o incontrolable. Su presencia nos debe llevar a investigar una posible cirrosis hepática, así como malformaciones venosas del sistema portal.



Figura 2

TC abdomen con contraste (corte coronal): colaterales mesentéricas, tributarias de VMS.



Figura 3

Colonoscopia: cordones azulados compatibles con varices colónicas.

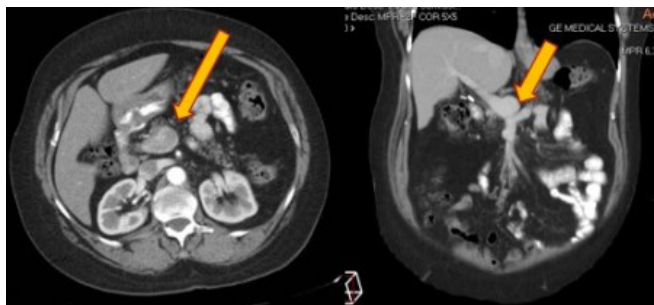


Figura 1

TC abdomen con contraste (cortes axial y coronal): aneurisma sacular de vena porta de 30mm localizado en confluencia esplenomesentérica.

CP-139. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE PICO PRECOZ EN TEST DE INTOLERANCIA A LACTOSA-FRUCTOSA Y EL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO?

GÓMEZ ESPEJO, SM¹; MÉNDEZ SÁNCHEZ, MI¹; LÓPEZ VEGA, MC¹; FERNÁNDEZ MORENO, N¹; PUYA GAMARRO, M¹; BISSO ZEIN, JK¹; RIVAS RUIZ, F²; SÁNCHEZ CANTOS, A¹; PÉREZ AISA, Á¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

Introducción

El sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) es un síndrome de malabsorción por un exceso de bacterias en el intestino delgado, que suele presentar síntomas similares a los de la malabsorción de hidratos de carbono. Se ha relacionado la presencia de SIBO en los pacientes con presencia de pico precoz en los test de H₂ (TH) de tolerancia a lactosa (TAHL) y fructosa (TAHF). El reciente consenso norteamericano propone de rutina realizar en todos los pacientes a los que se les evalúa malabsorción de hidrocarbonados, evaluación de SIBO. Pero la evidencia que sostiene esa recomendación es escasa y de baja calidad.

Objetivo

Establecer la relación entre la presencia de pico precoz en dichos TH y la presencia de SIBO.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la presencia de pico precoz (definido como H₂ en aire expirado ≥ 20 ppm en los primeros 60 minutos) en TAHL y/o TAHF entre enero de 2017 a junio de 2018 en el área de la Agencia Sanitaria Costa del Sol. Se revisaron todos los TAHL y TAHF durante este período, seleccionando los pacientes que presentaban pico precoz en uno u ambos test, y de éstos se estudiaron los pacientes a los que se les había evaluado SIBO.

Resultados

Se seleccionaron 129 pacientes, 39 (30%) tenían pico precoz en TAHL (2 (5%) SIBO evaluado, y 37 (95%) no); 48 (37%) era en TAHF (10 (21%) SIBO evaluado y 38 (79%) no); y 42 (33%) era en ambos (23 (55%) SIBO evaluado, y 19 (45%) no). De los 129 pacientes, tenían evaluado SIBO 35 (27%); y tras analizarlos, el 77,1% eran mujeres con una edad media de 41 años. Ninguno tenía ni HTA ni DM ni ERC. El 30,6% eran fumadores. Los síntomas de sospecha fueron distensión abdominal (69,4%), dolor abdominal (52,8%), diarrea (38,9%), estreñimiento (11,1%), vómitos (8,3%), pérdida de peso (5,6%). De ellos, 2 (5,7%) presentaban pico precoz en TAHL, 11 (31,4%) en TAHF, y 22 (62,9%) en ambos test. De los 35 pacientes, en 2 (5,56%) fue positivo, uno con pico precoz en ambos TH y otro con pico precoz en TAHL.

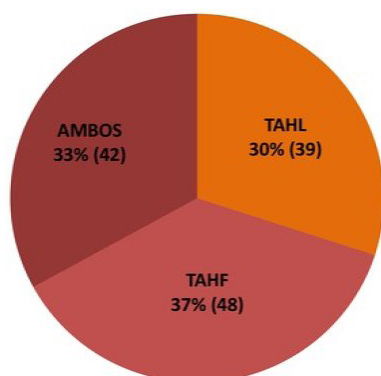


Figura 1

Test de hidrocarbonados.

■ NO ■ SÍ

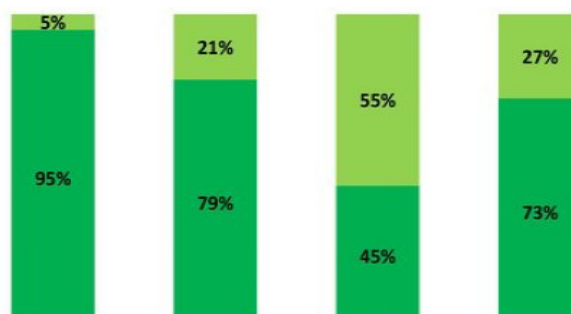


Figura 2

Evaluación SIBO.

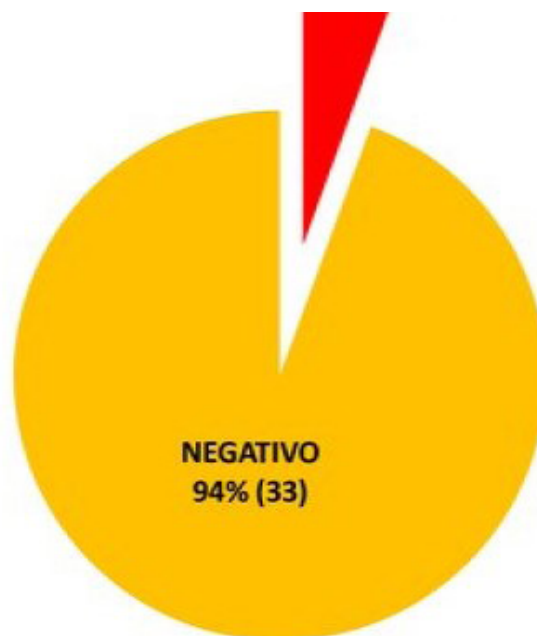


Figura 3

SIBO.

Conclusiones

La presencia de SIBO positivo fue baja en los pacientes que presentaban pico precoz en los TAHL y TAHF. De ello podemos concluir que no sería eficiente solicitar SIBO en todos los pacientes con pico precoz en dichos test, aunque son necesarios más estudios prospectivos para extraer conclusiones más sólidas.