

19x14x9 cm (Figuras 1, 2 y 3). Se programa exéresis en quirófano de adenopatía inguinal derecha cuyo análisis informa de neoplasia linfoide CD45+ con patrón nodular, formada por folículos linfoides neoplásicos de celularidad homogénea y poblados de células de tipo centrocítico. Las células neoplásicas son de tipo B (CD20+ y PAX-5+), expresan Bcl-6 y Bcl-2. Ki-67 30%. Compatible con Linfoma B folicular Grado 2 (OMS 2017). El paciente recibe dieta rica en proteínas y exenta de grasas y tras 6 ciclos de tratamiento con R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, hidroxidaunorubicina, vincristina y prednisona) se realiza PET-TC que informa de respuesta metabólica completa al tratamiento.



Figura 1
 Corte axial de TC abdominal en el que se observa conglomerado adenopático en región mesentérica de 19x14x9 cm.



Figura 2
 Corte sagital de TC abdominal.



Figura 1
 Reconstrucción coronal de TC abdominal en la que destaca el gran conglomerado adenopático visualizado en región mesentérica.

Discusión

La ascitis quilosa está causada por la disrupción traumática u obstructiva del sistema linfático que produce una extravasación de linfa al espacio abdominal, acumulándose un fluido lechoso rico en triglicéridos. En adultos, las etiologías más frecuentes son oncológicas, daño del conducto linfático después de una cirugía abdominal, cirrosis e infecciones por micobacterias en países en vías de desarrollo. En niños suele ser secundaria a defectos congénitos linfáticos. Como se ha dicho anteriormente, es importante descartar el origen maligno de la ascitis, en orden de prevalencia: linfomas, tumores neuroendocrinos, sarcomas y leucemias. El tratamiento y el pronóstico dependen de la causa subyacente. Es importante resaltar que esta entidad produce deficiencias nutricionales, inmunológicas y metabólicas, por lo que resulta fundamental asociar un buen soporte nutricional. Una dieta rica en proteínas, baja en grasas y con triglicéridos de cadena media ha demostrado ser beneficiosa.

COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA INTESTINO DELGADO / COLON

CP-075. ARTERITIS DE TAKAYASU: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL.

BELVIS JIMÉNEZ M, MALDONADO PÉREZ B, CASTRO LARIA L, CADENA HERRERA ML, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La arteritis de Takayasu es una vasculitis de causa desconocida que puede cursar con dolor abdominal. Se ha descrito la asociación con otras enfermedades autoinmunes, sin embargo, la asociación con enfermedad celíaca es rara, y solo se han descrito 7 casos.

Caso clínico

Mujer de 47 años, alérgica a penicilinas, sin antecedentes familiares de interés, que acude a las consultas de digestivo por epigastralgia y náuseas de meses de evolución. Como antecedentes personales presentaba enfermedad de Takayasu con afectación de troncos supraaórticos, carótidas, ilíacas y arterias mesentéricas superior (Figura 1), con doble bypass aortocarotídeo y prótesis intravascular carotídea, con progresión radiológica en la última ecografía doppler de troncos realizada 10 meses antes de su consulta. En tratamiento con prednisona 20mg al día, calcio/colecalciferol 1.250 mg/400 UI al día, atorvastatina 20 mg/24 horas, clopidogrel 75 mg/24 horas y ácido-acetilsalicílico 100 mg/24 horas. Exploración abdominal anodina. En la analítica destaca una anemia ferropénica (Hb 10mg/dl), ligera elevación de transaminasas (GOT 65 UI/L y GPT 74 UI/L), anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso positivos y HLA DQ2-DQ8 positivo.



Figura 1

TC abdomen: afectación arteria mesentérica superior por enfermedad de Takayasu.

La ecografía abdominal resultó normal y en la gastroscopia se evidenció un moteado eritematoso y festoneado en bulbo y segunda porción duodenal, de las que se tomaron biopsias que resultaron positivas para atrofia vellositaria con linfocitosis intraepitelial (Lesión 3B de Marsh) (Figura 2). Por ello, se comienza dieta sin gluten, con muy buena evolución clínica y desaparición de la sintomatología.

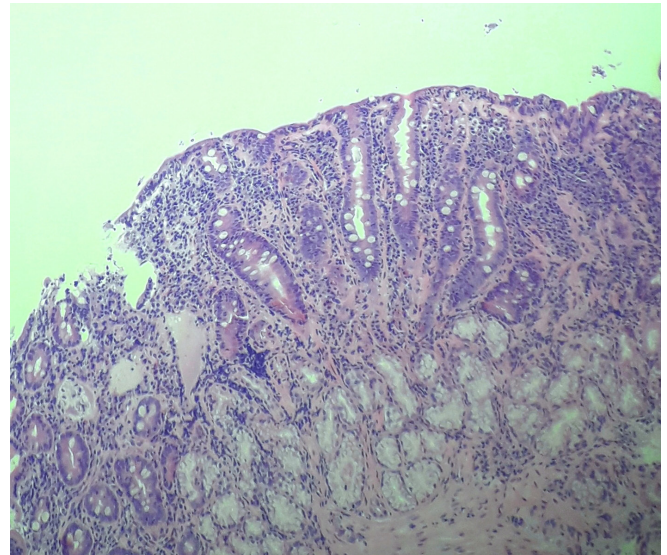


Figura 2

Biopsia duodenal: atrofia mucosa total.

Discusión

La enfermedad celíaca es una enfermedad autoinmune desencadenada por la exposición al gluten. Por otro lado, la arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria inmunológica y obliterante de las arterias grandes y medianas con una predilección notable por la aorta y sus ramas principales. Aunque se han descrito la asociación de ambas entidades con diferentes enfermedades autoinmunes, solo se han descritos 7 casos de asociación de entre ambas. Esto tiene gran relevancia a nivel clínico, pues el tratamiento que conlleva es distinto. La afectación de la arteria mesentérica por la enfermedad de Takayasu, aunque poco frecuente, puede producir molestias abdominales, tales como distensión y dolor abdominal, que nos pudiera llevar a un diagnóstico erróneo en este caso. Sin embargo, el estudio de la paciente, nos pudo poner en asociación la presencia de una enfermedad celíaca, la cual, mejoró tras la instauración de la dieta. La importancia de esta asociación recae en un diagnóstico más precoz de una posible celiaquía asociada, ya que quizás pueda modificar el curso evolutivo de la misma y las graves complicaciones asociadas.

CP-076. CASO CLÍNICO DE LINFOMA DE CÉLULAS T ASOCIADO A ENTERITIS; CUANDO LA SOSPECHA CLÍNICA ES LA CLAVE

GONZÁLEZ ZAMORANO S¹, RODRÍGUEZ MONCADA R¹, LEÓN LUQUE M¹, TERNERO FONSECA J¹, MARAVER ZAMORA M¹, DURÁN IZQUIERDO E², GÓMEZ DELGADO E¹, BEJARANO GARCÍA A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

El linfoma de células T asociado a enteritis (EATL) representa menos del 5 % de los linfomas gastrointestinales y del 1 % de los linfomas no Hodgkin. Acontece habitualmente en adultos hombres (55-65%) de áreas con una alta incidencia de celiaquía (Irlanda, Italia, Francia y el norte de Europa) y en edades entorno a los 60-65 años.

Caso clínico

Mujer, 37 años. Diagnosticada 3 meses antes de enfermedad celiaca (EC). Ingresa por cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos, síndrome constitucional y diarrea, a pesar de realizar dieta sin gluten. Presenta episodio de hemorragia digestiva alta. En endoscopia, gran úlcera en tercera porción duodenal con perforación a la toma de biopsias precisando cirugía urgente. La biopsia quirúrgica confirma un linfoma de células T asociado a enteritis. Se inicia tratamiento por Hematología con quimioterapia y posterior trasplante autólogo de células hematopoyéticas (TACH).

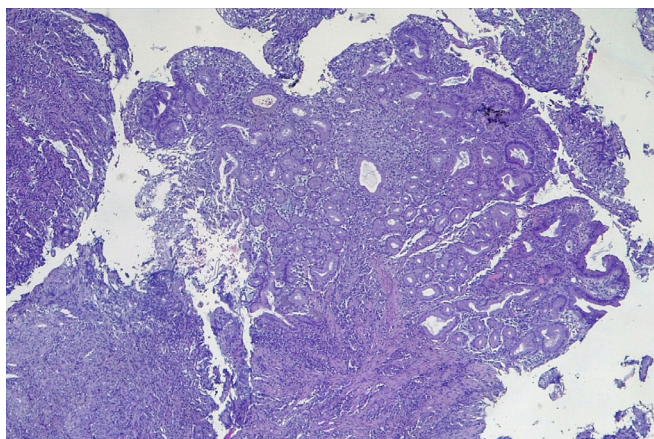


Figura 1

Pieza con 4 aumentos; infiltrado de células pequeñas correspondientes a linfocitos que desestructuran completamente la pieza.

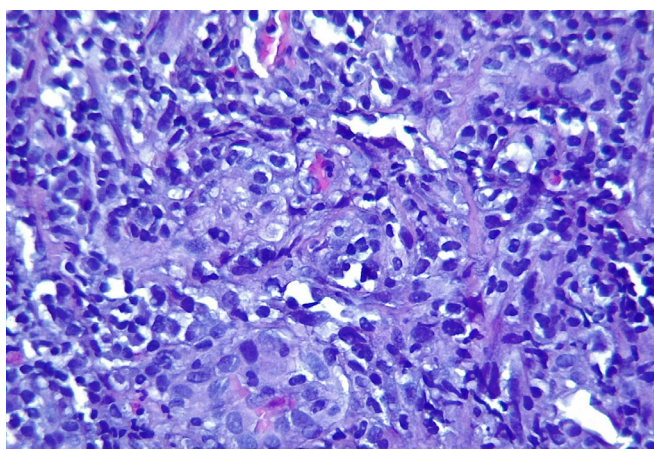


Figura 2

Pieza con 10 aumentos; infiltrado linfocitario abundante que invade estructuras glandulares.

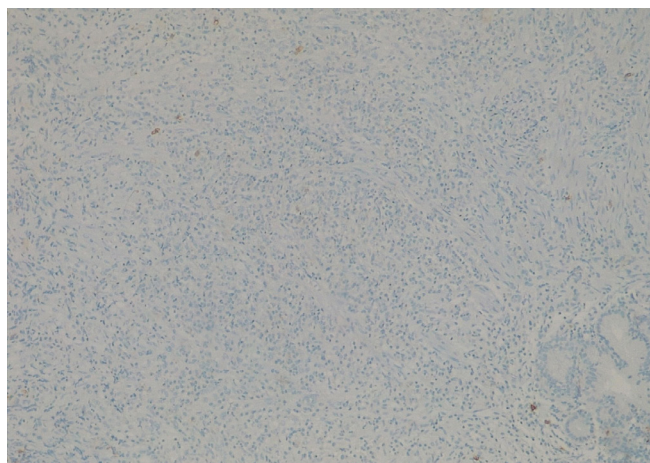


Figura 3

Tinción CD20: Negativa. Dicha tinción es positiva en linfomas de estirpe B.

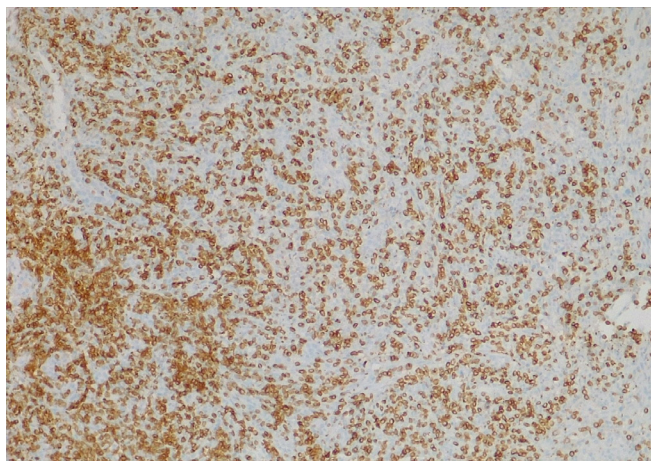


Figura 4

Tinción CD3: Positiva. Marcador de estirpe T.

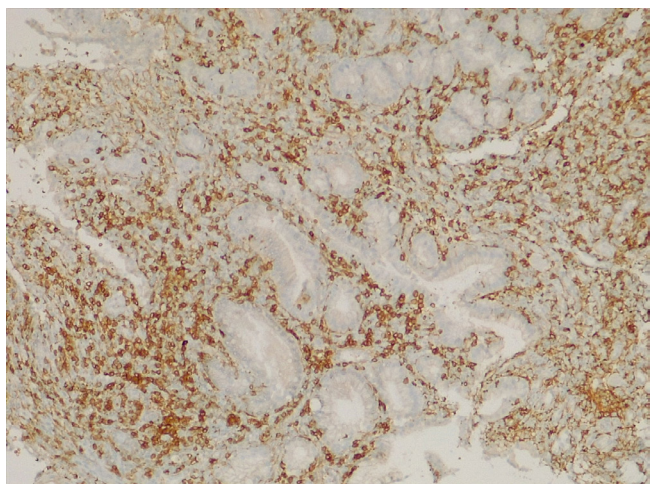


Figura 5

Tinción CD4: Positivo. Marcador de estirpe T.

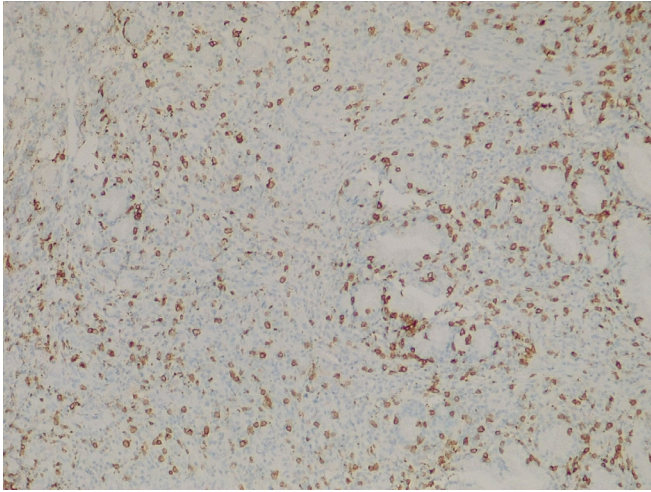


Figura 6

Tinción CD8: Débilmente positivo. Marcador de estirpe T.

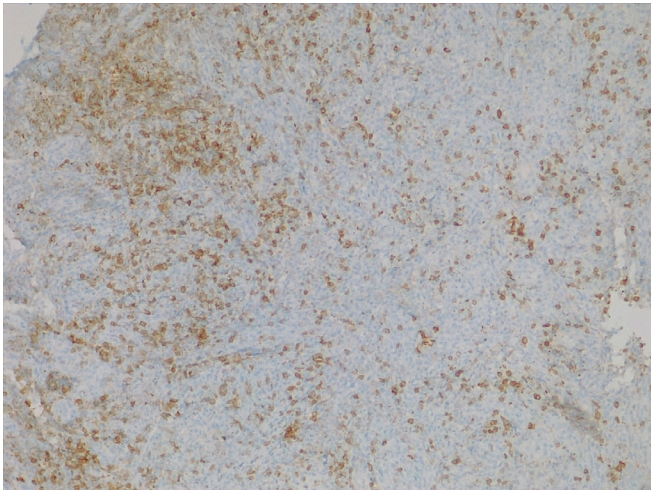


Figura 7

Tinción CD5: Débilmente positivo. Marcador de estirpe T.

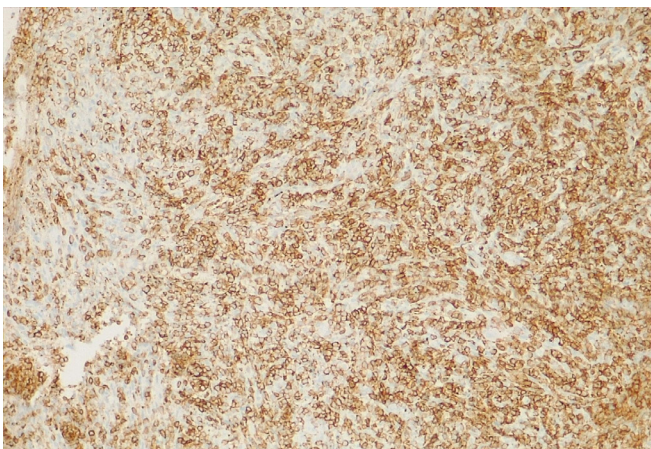


Figura 8

Tinción CD43: Positiva. Marcador de estirpe T.

Discusión

La asociación entre el EATL y enfermedad celíaca es desconocida. Dos hipótesis son la proliferación de células T impulsada por el antígeno o los efectos pro-proliferativos de la inflamación crónica. Los pacientes con diagnóstico de EC mayores de 33 años, tienen mayor riesgo de EATL. Aquellos con diagnóstico y tratamiento precoz, y de EC latente, raramente se ven asociados a EATL. Suele debutar con dolor abdominal normalmente asociado a obstrucción intestinal, perforación o hemorragia. Afecta con más frecuencia al yeyuno proximal. Analíticamente los valores de PCR, LDH y calcio pueden ser normales. La afectación de médula ósea es muy infrecuente (3%) y suele diagnosticarse en estadios avanzados. El 64% de los pacientes es estadio iv al diagnóstico, con una mediana de supervivencia global de 10 meses. Histológicamente, la mayoría de las células tumorales expresan antígenos pan-T (superficie CD3 y CD7), CD30 y CD103. No así CD4, CD5 y CD8. Frecuentemente expresan proteínas citotóxicas asociadas a células T (Granzima B, TIA-1, perforina). El gen beta del receptor de células T está reordenado clonalmente y muchos pacientes tienen un haplotipo HLA DQA1*0501 o DQB1*0201 que se asocia comúnmente con la EC. La mucosa adyacente puede o no mostrar signos de EC. El tratamiento se basa en resección quirúrgica, QT combinada con TACH, suplementación nutricional, dieta exenta de gluten y prevención de infecciones.

CP-077. CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN LA EDAD ADULTA

FERNÁNDEZ ALVAREZ P, BELLIDO MUÑOZ F, HERGUETA DELGADO P, CAUNEDO ALVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

La invaginación intestinal (II) en adultos constituye un desafío diagnóstico que requiere una alta sospecha clínica.

Caso clínico

Varón de 58 años fumador de 20 cigarrillos/día que consultó en el servicio de urgencias en repetidas ocasiones por intensos episodios de dolor abdominal a nivel de fosa iliaca izquierda (FII) asociado a deposiciones de consistencia líquida y presencia de restos hemáticos frescos. A la exploración presentaba dolor intenso en FII, sin otros hallazgos. En la tomografía computerizada (TC) de abdomen se describió una imagen de "plastrón" afectando al colon sigmoide y al mesocolon correspondiente con efecto en remolino, sin llegar a un diagnóstico concluyente (**Figura 1**). Se realizó colonoscopia que mostró invaginación colónica a nivel de sigma con signos isquémicos en la superficie mucosa y una lesión de aspecto neoplásico que se biopsió (**Figuras 2 y 3**). El resultado histológico informó de la presencia de un adenocarcinoma mucinoso. Tras realizar el estudio de extensión que resultó negativo, el paciente fue sometido a intervención quirúrgica.



Figura 1

Imagen de TC en la que se objetiva plastrón a nivel de la unión recto-sigmoidea con estenosis de la luz colónica.

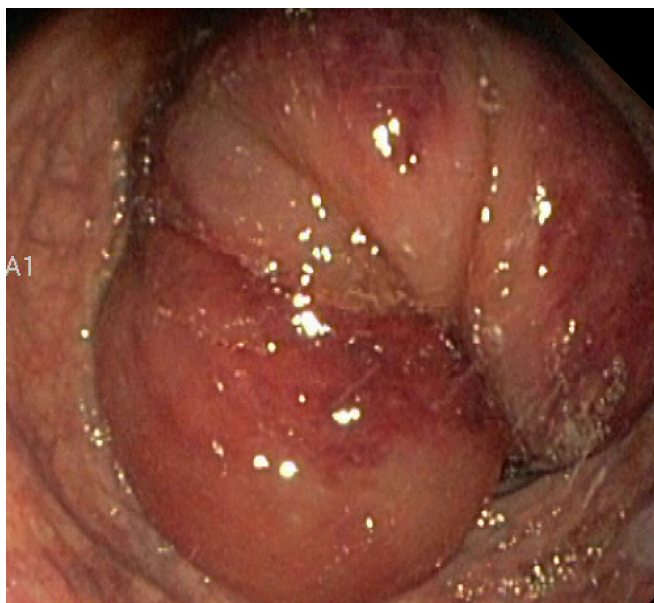


Figura 2

Invaginación colónica a nivel de sigma que ocluye toda la luz intestinal y cuya superficie mucosa presenta signos isquémicos.



Figura 3

Sobre la superficie de la invaginación se aprecia lesión neoplásicas.

Discusión

La II en adultos es extremadamente infrecuente, se encuentra en menos de 1/1300 intervenciones abdominales, esto contrasta con la población infantil. Generalmente, afecta al intestino delgado y rara vez al colon, como en nuestro caso. Pese a que la TC es el método diagnóstico más sensible para detectar esta patología, en nuestro caso fue necesario la realización de un estudio endoscópico para llegar a un diagnóstico concluyente. A pesar de su escasa frecuencia, no debemos olvidar esta entidad en la realización de un correcto diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

CP-078. CAUSA INFRECUENTE DE PROCTALGIA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

FERNÁNDEZ ALVAREZ P, APARCERO LÓPEZ R, VALDÉS DELGADO T, CAUNEDO ALVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

El síndrome de la úlcera rectal solitaria (SURS) es un trastorno crónico benigno que se presenta como una entidad mal definida con una baja incidencia. Es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, especialmente con la neoplasia colorrectal.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 67 años con antecedentes de hipotiroidismo, artritis reumatoide y síndrome depresivo. Acude a nuestro hospital por astenia progresiva de meses de evolución que en las últimas semanas se había intensificado. En la anamnesis dirigida refería rectorragia moderada al final de la defecación, asociada a proctalgia y tenesmo rectal. La paciente que presentaba una marcada palidez mucocutánea se encontraba hemodinámicamente estable. A la inspección perianal se objetivaron hemorroides externas reductibles y en el tacto rectal se palpaba una zona indurada en la cara lateral de la ampolla rectal. Analíticamente presentaba anemia ferropénica (Hb 7,8 gr/dl), por lo que requirió transfusión de hemoderivados a su llegada a Urgencias. La paciente ingresó en planta de Digestivo para estudio y se solicitó una colonoscopia hallando en retroversión endoscópica limítrofe al margen anal un área ulcerada con fondo de fibrina y rodeada por un halo eritematoso y sobreelevado de unos 20 mm de diámetro (**Figura 1 y 2**) que se biopsió. Mientras esperábamos los resultados anatomopatológicos, se solicitó una tomografía computerizada tóraco-abdomino-pélvica que no mostró hallazgos reseñables. Finalmente el resultado histológico de la biopsia rectal informó de la presencia de tejido inflamatorio con gran cantidad de material fibrinoleucocitario y tejido de granulación en ausencia de signos neoplásicos compatible con el diagnóstico de SURS.

Discusión

El SURS es una entidad infrecuente, cuya incidencia estimada es de 1 caso por 100000 individuos y año. Clínicamente, puede presentarse con sangrado rectal, esfuerzo durante la defecación y sensación de evacuación incompleta; síntomas todos ellos presentes en el caso

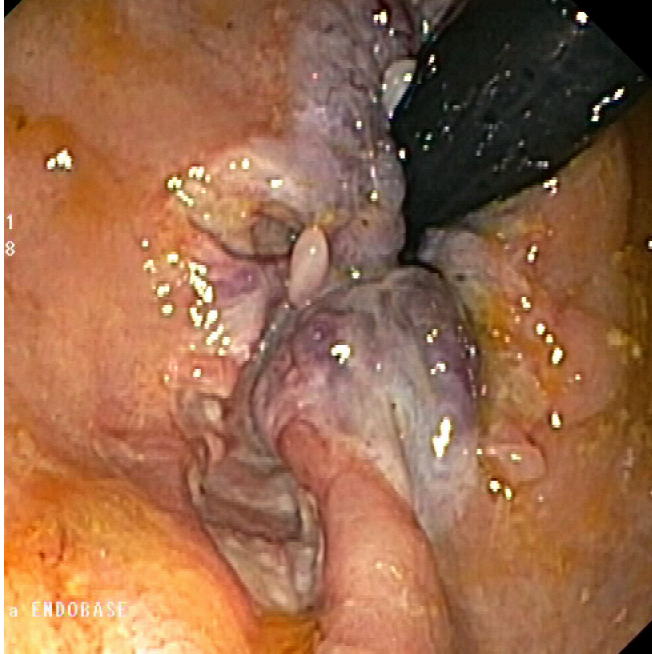


Figura 1

Imagen en retroversión endoscópica rectal que objetiva área ulcerada con bordes sobrellevados y eritematosos y fondo de fibrina.

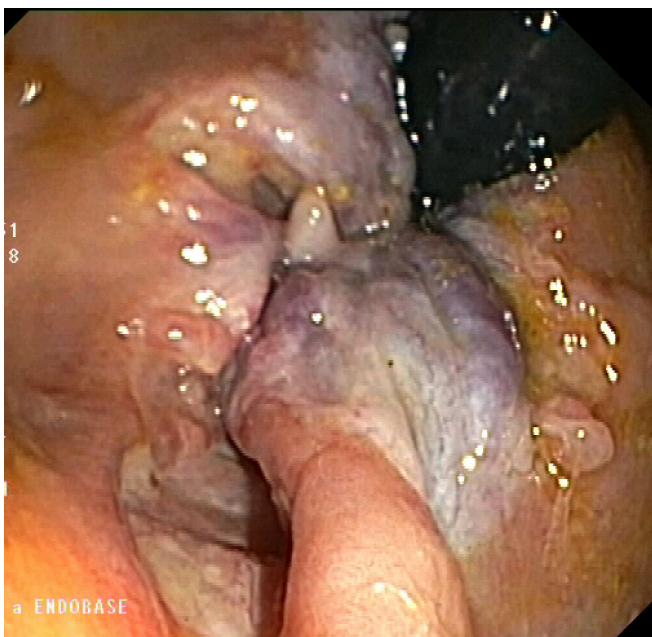


Figura 2

Misma lesión limítrofe al margen anal.

que nos atañe. Sin embargo, hasta en un 26% de los pacientes la clínica es silente. Los hallazgos endoscópicos apoyan el diagnóstico de SURS, pero no son específicos; por lo que el diagnóstico de confirmación es histológico. Una prueba adicional en la evaluación de esta patología es la ecografía endorrectal. Es fundamental distinguir esta patología de otros trastornos con presentación clínica y apariencia endoscópica similar, como son la enfermedad inflamatoria intestinal, la colitis isquémica o la proctitis infecciosa, pero fundamentalmente el cáncer colorrectal.

CP-079. CORNELIA DE LANGE: ABORDAJE DESDE NUESTRA ESPECIALIDAD

FERNÁNDEZ CANO MC, ABELLÁN ALFOCEA P, MARTÍN RODRÍGUEZ MM, HERRADOR PAREDES M, LÓPEZ TOBARUELA JM, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

El síndrome de Cornelia de Lange (CdLS) es un trastorno genético de baja prevalencia caracterizado por la afectación de genes codificantes de proteínas de cohesión, con herencia variable (comúnmente autosómica dominante aunque existen casos de herencia ligada al cromosoma X o por desarrollo de mutaciones de novo). Clínicamente se traduce en alteraciones craneofaciales variables, trastornos del espectro autista, epilepsia, hipoacusia/cofosis, anomalías en vías respiratorias, cardiopatía, afectación urogenital, disfunción inmunológica además de presencia de afectación gastrointestinal.

Caso clínico

Varón de 14 años con antecedentes de CdLS que acude a urgencias por dolor abdominal, diarrea con abundante mucosidad, fiebre elevada e hipotensión. Analíticamente destaca Cr 2,01 mg/dl, PCR 166 mg/dL, PCT 12,2 ng/dL e hiperlactacidemia en ausencia de leucocitosis/neutrofilia. Se realiza TC abdominal que describe dilatación moderada de intestino delgado (calibre máximo de 3,5 cm), adenopatías mesentéricas y niveles hidroaéreos sin causa obstructiva evidente. Tras estabilización hemodinámica el paciente ingresa en Aparato Digestivo por sepsis de origen abdominal (SOFA 4) y AKI prerrenal. Al tercer día de hospitalización se aísla en coprocultivo Salmonella grupo D. A pesar de que se instaura antibioterapia intravenosa dirigida, el paciente al inicio evoluciona de forma tórpida, con importante deterioro del estado general y persistencia de elevación de RFA en analítica aunque finalmente tras 15 días de ingreso, es dado de alta con resolución de los síntomas.

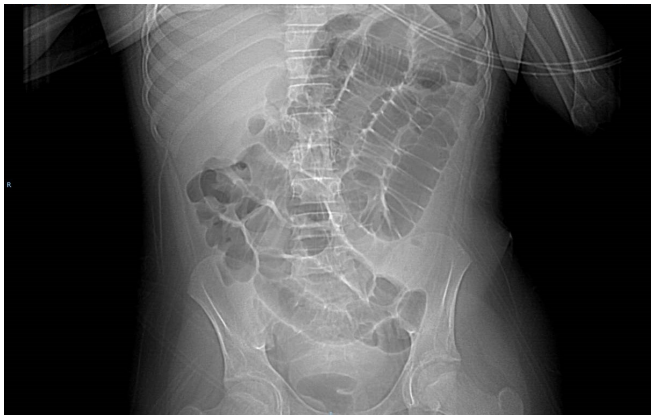


Figura 1 Dilatación de asas de intestino delgado con edema de pared asociado.

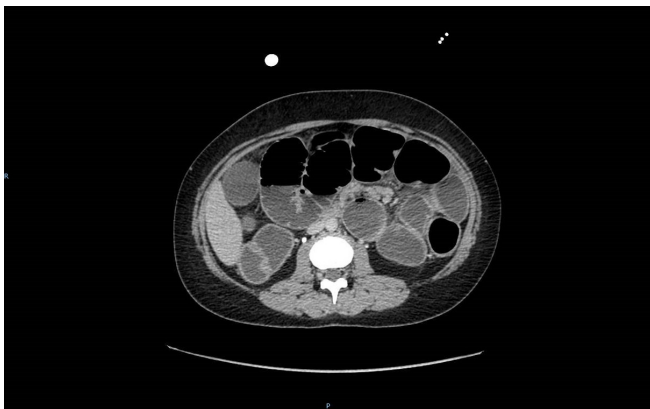


Figura 2 Niveles hidroaéreos y adenopatías mesentéricas.

Discusión

Dentro de las manifestaciones digestivas de CdLS se encuentran ERGE y sus complicaciones (aspiración recurrente con neumonías secundarias potencialmente mortales o esofagitis graves con subsecuente intolerancia alimentaria) que provocan agravamiento del retraso del crecimiento. En estos pacientes, es importante descartar la posibilidad de malrotación intestinal (2%) dado que sin diagnóstico y tratamiento, puede conducir a volvulación con posible compromiso de la viabilidad intestinal. Por otro lado, en CdLS cualquier cuadro infeccioso puede verse agravado debido a que se ha descrito deficiencia de anticuerpos por disfunción de células T, que indica la necesidad de detección y manejo de la inmunodeficiencia en aquellos individuos con infecciones graves o recurrentes. En nuestro caso, se descartó malrotación intestinal mediante imágenes tomográficas y se propuso EDA para completar estudio gastrointestinal. Además, dada la evolución desfavorable inicial del cuadro infeccioso, se derivó para estudio inmunológico. Es muy importante incidir en estos aspectos dado que en pacientes afectados por este síndrome, las causas de muerte más frecuentes son: respiratorias (aspiración/reflujo con neumonías, en un 31%) seguidas de la enfermedad gastrointestinal, incluida la obstrucción/vólvulo (19%).

CP-080. CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL EN ANDALUCÍA: EXPERIENCIA INICIAL EN NUESTRO CENTRO

DIÉGUEZ CASTILLO C, DELGADO MAROTO A, BARRIENTOS DELGADO A, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El objetivo de la implantación del Cribado de Cáncer Colorrectal (CCR) en Andalucía es reducir la incidencia y mortalidad por CCR, mediante la detección y tratamiento de las lesiones precancerosas y del cáncer en estadios iniciales.

Material y métodos

Estudio descriptivo de 75 sujetos que se realizaron colonoscopia por test de sangre oculta en heces (TSOH) positivo dentro del programa de cribado CCR. Se trata de sujetos sanos sin antecedentes familiares de CCR con edades comprendidas entre 50-69 años. Dichas endoscopias se hicieron en agenda específica de cribado en el Hospital Torrecardenas entre los meses de enero y marzo de 2019. Se registraron las siguientes variables: sexo, edad, criterios de calidad endoscópica (intubación del ciego, sedación, limpieza colónica y tiempo de retirada), tasa de detección de adenomas por endoscopista, pólipos (número, tamaño, histología, localización, resección fragmentada, resección incompleta y recuperación), neoplasias, otras lesiones y grupo de riesgo.

Resultados

La tasa de adherencia al programa del cribado fue del 91.5%, siendo la edad media 62 años y la distribución por sexo 61% varones y 39% mujeres. Respecto a los criterios de calidad, el 98,7% fueron completas hasta ciego, la preparación colónica fue adecuada en el 96% de los casos, el tiempo medio de retirada fue de 14 minutos y todas se realizaron bajo sedación. La tasa de detección de adenomas fue del 81% para el endoscopista 1 y del 62,3% para el endoscopista 2, si bien el volumen de endoscopias realizadas por el endoscopista 2 fue el doble que el endoscopista 1.

1. Los resultados respecto a los pólipos extirpados se exponen en la **Tabla 1**. La distribución de la localización de los pólipos se expone en la **Figura 1**. El 40% presentaban hemorroides internas y un 25% diverticulosis. Se detectaron 2 casos de CCR en estadio inicial que por su localización en recto inferior precisaron amputación. También hubo 2 lesiones no subsidiarias de resección endoscópica que se sometieron a TEM. Respecto a los grupos de riesgo, el 22,7% de los sujetos pertenecían al grupo de alto riesgo, un 24% al grupo de riesgo medio y el 53,3% restante al grupo de riesgo bajo.

La experiencia inicial muestra buena tasa de adherencia al programa de cribado y buenos criterios de calidad en las colonoscopias. Igualmente las tasas de detección de adenomas y resección completa son satisfactorias. Sin embargo, el inicio del cribado

supondrá un incremento notable de la demanda de colonoscopias, lo cual deberá acompañarse de un incremento proporcional de la dotación recursos para la sostenibilidad de dicho programa de cribado.

Nº pólipos	177
Extirpados	92 %
Resección fragmentada	4%
Resección incompleta	4%
Tamaño:	
< 10 mm	86%
10 – 20 mm	10%
>20 mm	4%
Histología:	
Velloso y/o DAG	13 %

Tabla 1
Características de los pólipos.

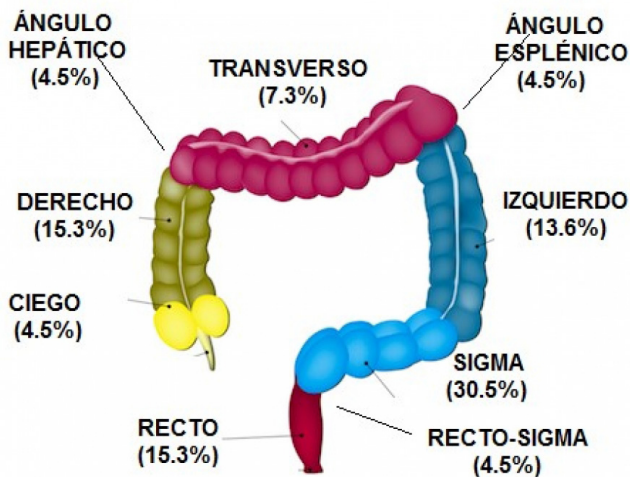


Figura 1
Características de los pólipos.

Conclusiones

La experiencia inicial muestra buena tasa de adherencia al programa de cribado y buenos criterios de calidad en las colonoscopias. Igualmente las tasas de detección de adenomas y resección completa son satisfactorias. Sin embargo, el inicio del cribado

supondrá un incremento notable de la demanda de colonoscopias, lo cual deberá acompañarse de un incremento proporcional de la dotación recursos para la sostenibilidad de dicho programa de cribado.

CP-081. DEBUT COMO HEMORRAGIA DIGESTIVA DE LINFOMA DE CÉLULAS GRANDES B DIFUSO

LORENZO GONZÁLEZ L, CASTRO MÁRQUEZ C, BENÍTEZ RODRÍGUEZ B, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, BARRANCO CASTRO D, CADENA HERRERA ML

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Solo el 20% de todas las neoplasias malignas del intestino delgado son linfomas malignos primarios, y su incidencia ha aumentado en los últimos años. El linfoma de Célula Grande B Difuso es el tipo de linfoma más frecuente en adultos. El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más comúnmente involucrado, del cual el estómago es el lugar más frecuentemente afectado, seguido de intestino delgado.

Caso clínico

Varón de 78 años con AP de Púrpura trombocitopénica inmune y HDA previa, ingresa por rectorragia de 10 días de evolución. Se realiza colonoscopia diagnóstica donde se observa orificio apendicular abierto por lesión mamelonada friable que se biopsia. El resultado anatomopatológico es Linfoma de células grandes B difuso inmunogenotipo germinal. En pruebas de imagen, se observa en PET/TC lesiones hipermetabólicas en apéndice, y médula ósea en esternón, L4 y sacro, sin apreciar adenopatías. El paciente presentó rectorragia con requerimientos transfusionales que necesitó embolización de arteria ileocólica. Se ha iniciado quimioterapia R-CHOP con buena evolución en los 2 primeros ciclos de tratamiento administrado.

Discusión

Los linfomas del apéndice son raros y representan solo el 1,7% de todos los tumores del apéndice. El diagnóstico diferencial planteado en este caso, ante lesión apendicular ulcerada, es un adenocarcinoma, ya que estos representan el 65,4% de los tumores malignos del apéndice. Tanto la localización del linfoma como el debut de presentación con hemorragia digestiva alta son poco frecuentes. Las manifestaciones clínicas de los tumores apendiculares incluyen masa palpable, dolor, perforación y obstrucción, o menos frecuentemente, hemorragia gastrointestinal. Además, el paciente presentaba una Púrpura trombocitopénica Autoinmune como antecedente personal reciente, que podría ser una forma de presentación inicial de la enfermedad muy poco frecuente en la literatura. Los trastornos autoinmunes

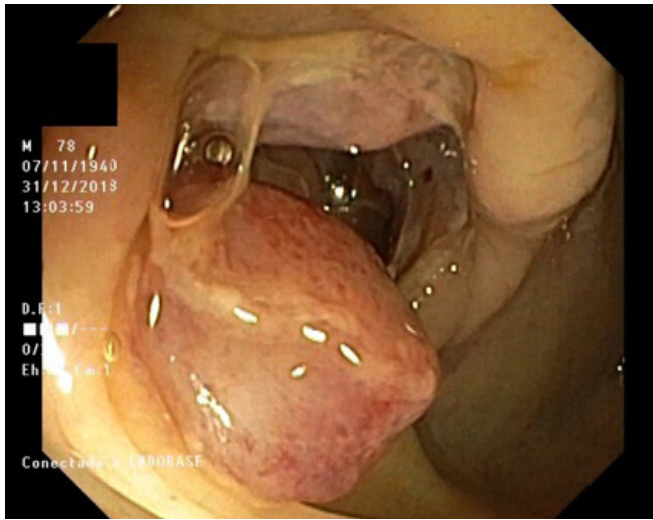


Figura 1
Lesión en orificio apendicular.

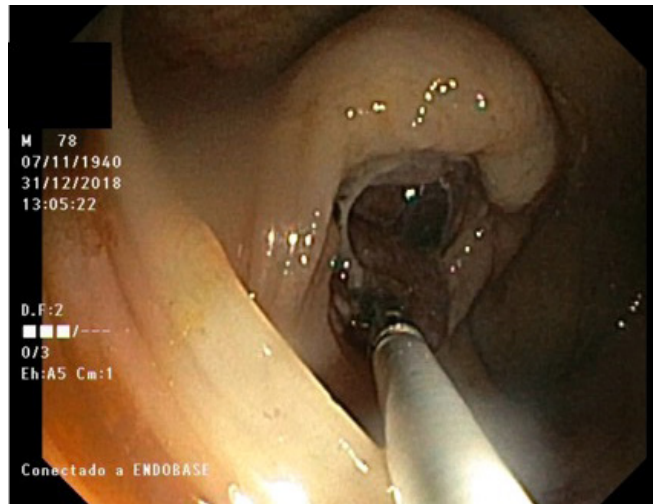


Figura 2
Lesión en apéndice.

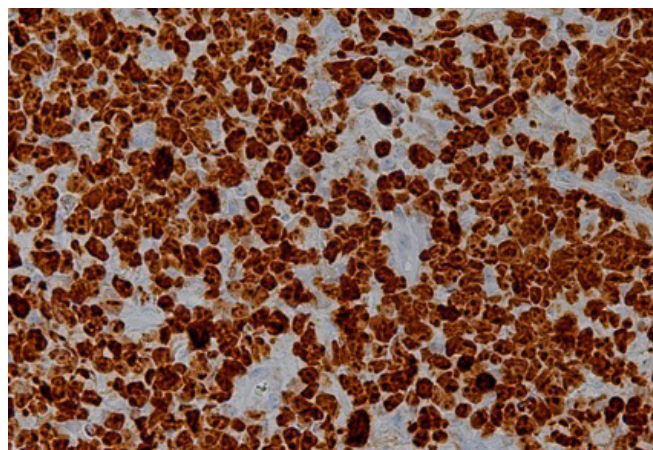


Figura 3
Tinción Ki67, índice de proliferación celular.

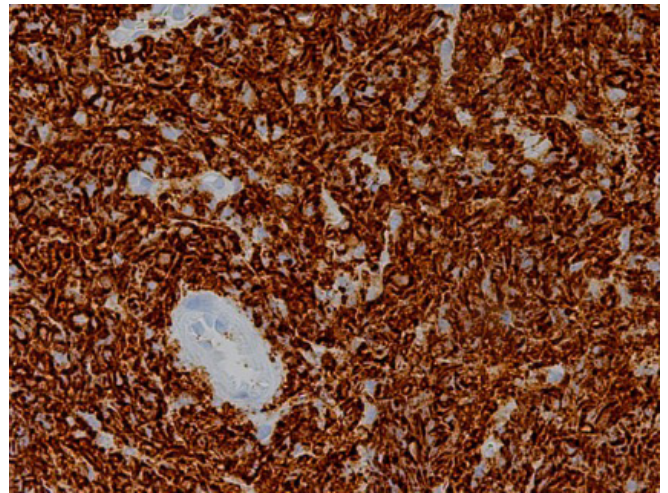


Figura 4
Tinción CD20+.

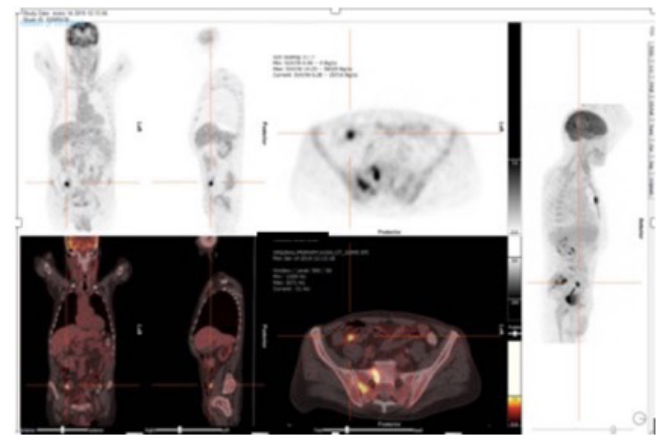


Figura 5
PET-TC con captación a nivel apendicular.

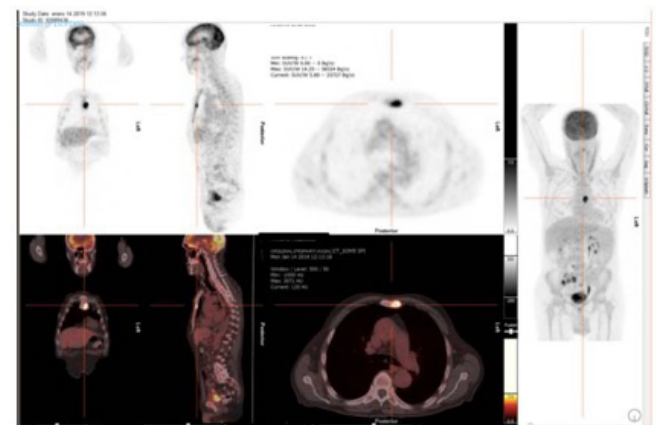


Figura 6
PET-TC con captación a nivel apendicular.

están asociados a neoplasias linfoides. La PTI puede aparecer en enfermedades linfoproliferativas, pero es rara en linfomas malignos. Puede presentarse varios años antes de la aparición del linfoma. La prevalencia de PTI en linfomas no Hodgkin, es inferior al 1%. Entre estos, dentro del subtipo de DLBCL es una complicación extremadamente rara. Con respecto al tratamiento, es difícil establecer pautas para el linfoma apendicular debido a su rareza. La resección quirúrgica se encuentra en discusión en este tipo de tumores, con buena respuesta la quimioterapia. La quimioterapia CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisona) asociada Rituximab ha mostrado una alta eficacia en pacientes con este tipo de linfoma.

CP-082. ENTEROCOLITIS SEVERA SECUNDARIA A IPILIMUMAB Y NIVOLUMAB CON EXCELENTE RESPUESTA A DOSIS ÚNICA DE INFLIXIMAB

LUQUE CARMONA AM, ONTANILLA CLAVIJO G, LEO CARNERERO E, LUCENA VALERA AI, PIZARRO MORENO Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

La inmunoterapia está ganando importancia en el manejo de la patología oncológica, demostrando una gran eficacia, aunque también presenta efectos secundarios hasta ahora desconocidos, entre ellos gastrointestinales.

Caso clínico

Mujer de 47 años con adenocarcinoma de pulmón estadio IV, en tratamiento con nivolumab e ipilimumab. Al mes de la décima dosis presenta diarrea de 5 deposiciones al día líquidas, sin productos patológicos y dolor abdominal. Se realiza estudio microbiológico que resulta negativo, TAC de abdomen que muestra captación mucosa de colon e íleon terminal y colonoscopia con afectación pancolónica indistinguible de colitis ulcerosa con infiltrado linfoplasmocitario e histiocitos en lámina propia, CMV y VHS negativo. Ante la sospecha de colitis por inmunoterapia inicia tratamiento con corticoides a dosis altas.

Tras 10 días de corticoterapia presenta un importante empeoramiento clínico, analítico y radiológico evidenciándose por TAC una dilatación difusa de cámara gástrica, asas intestinales y marco cólico (**Figura 1**).

Dada la tórpida evolución se administra infliximab (5mg/kg) con manifiesta mejoría a las 24h. Fue alta 20 días después con corticoides orales en pauta descendente. El control radiológico y endoscópico sucesivo constató la completa resolución del cuadro (**Figura 2**).

Discusión

Los inhibidores de los puntos de control inmunitario son anticuerpos que incrementan la respuesta inmune. Nivolumab

(anti-PD-1) e ipilimumab (anti-CTLA-4) actúan intercediendo en la regulación de los linfocitos T citotóxicos, potenciando la inmunidad antitumoral. Como consecuencia pueden desencadenar fenómenos inmunomediados con afectación de múltiples órganos. La colitis es el efecto adverso más frecuente en pacientes con ipilimumab (aproximadamente un 35%, siendo severa en menos del 10%), sin embargo es infrecuente en pacientes con nivolumab (1-2%). Los casos leves se manejan con anti-peristálticos. En casos moderados se recomiendan corticoides y abandono temporal del tratamiento inmunomodulador, mientras que, en los casos graves unido al tratamiento esteroideo es preciso el abandono definitivo del fármaco desencadenante. En casos refractarios a corticoides se recomienda el uso de infliximab, que provoca la apoptosis de los linfocitos T y evita el reclutamiento de neutrófilos. Una dosis única (5 mg/Kg) ha demostrado ser efectiva en colitis por inmunoterapia, pudiendo repetirse en 2 semanas en caso de respuesta incompleta. Este caso es el primero al que nos hemos enfrentado en el que ha sido preciso el uso de infliximab, aumentando nuestra experiencia

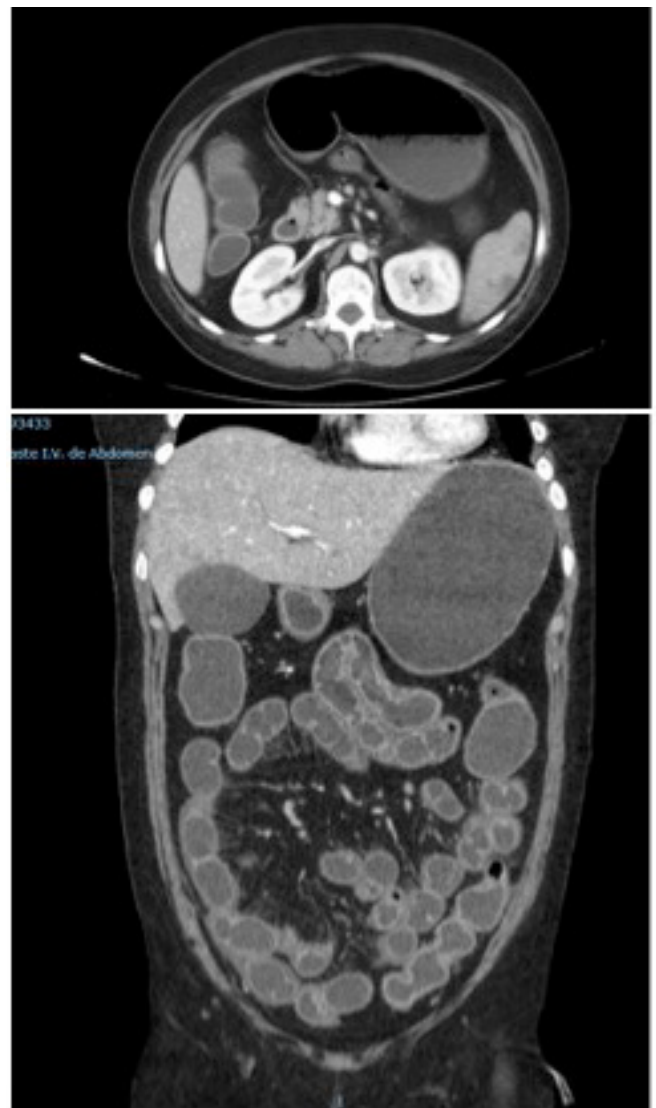


Figura 1 Dilatación gástrica y de asas intestinales.

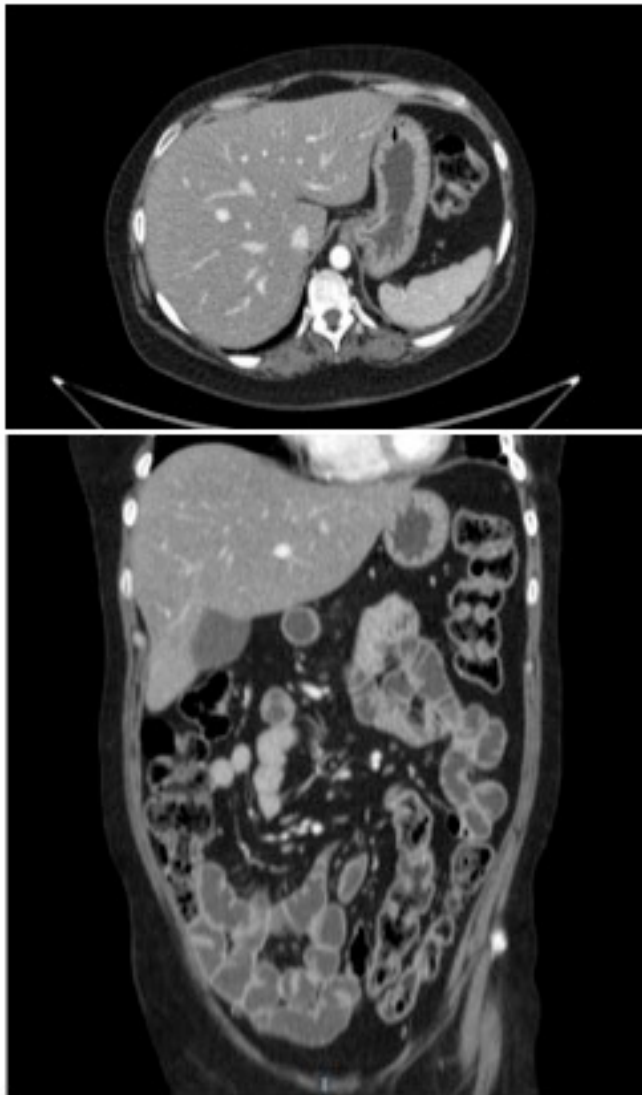


Figura 2 Control radiológico posterior con resolución de la dilatación gástrica e intestinal.

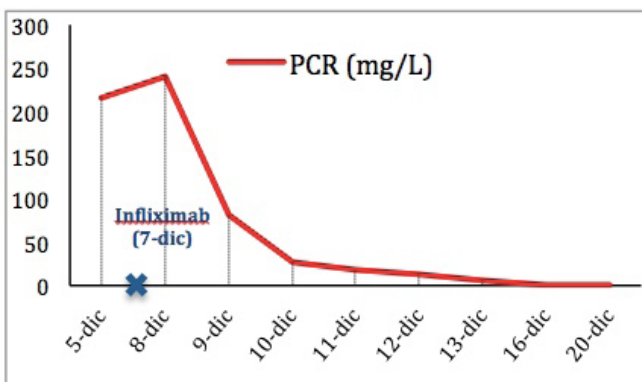


Figura 3 Evolución de la Proteína C Reactiva (PCR) tras la administración de infliximab.

en el manejo de estas nuevas entidades. Si bien la eficacia de los anti-TNF está demostrada, se requieren estudios a largo plazo para determinar la influencia de los anti-TNF en la progresión del cáncer avanzado.

CP-083. ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN

ARROYO ARGÜELLES JM, ROMERO MORENO S, DE VICENTE ORTEGA A, CARRILLO ORTEGA G

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

El Olmesartán es un fármaco de la familia de los ARA-II (Antagonistas del receptor de angiotensina II), empleado en el tratamiento de la hipertensión arterial. Desde 2013 se ha descrito la existencia de la enteropatía inducida por este fármaco, tratándose de una enteropatía sprue-like, que afecta principalmente a duodeno, aunque puede afectar a otras partes del intestino delgado. La clínica consiste fundamentalmente en diarrea y pérdida de peso, pudiendo asociarse también vómitos y otros síntomas como astenia o anorexia.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 72 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, síndrome de apnea-hipopnea del sueño y Diabetes Mellitus tipo II. Sigue tratamiento con Torasemida, Pantoprazol, Alopurinol, Bisoprolol y Olmesartán. Consulta por vómitos y diarrea sin productos patológicos de 10 días de evolución así como astenia, anorexia y pérdida de peso. Se realiza estudio microbiológico de heces, perfil celíaco, hormonal, nutricional e intolerancias alimenticias, siendo todos normales. Colonoscopia hasta ciego sin hallazgos y biopsias negativas. También se realiza una gastroscopia, en la que se aprecia una leve duodenitis, tomándose biopsias. El estudio anatomopatológico informa de intenso aplanamiento y ensanchamiento vellositario asociado a un denso componente inflamatorio de tipo linfoplasmocitario en lámina propia y atrofia vellositaria parcial con duodenitis aguda y crónica (Figura 1 y 2). Ante la negatividad del perfil celíaco en la analítica, se solicita estudio genético HLA DQ2/DQ8, el cual también resultó negativo. Se comenzaron a barajar otras opciones diagnósticas causantes de la atrofia vellositaria duodenal existente, como la etiología farmacológica. Por ello, se decide la suspensión del Olmesartán, con lo que el paciente mejoró clínicamente, cesando la diarrea y ganando peso.

Discusión

La asociación entre Olmesartán y enteropatía se descubrió en 2013 por Rubio-Tapia y col., reforzándose luego por la FDA. Esta enteropatía produce una clínica cuyos síntomas predominantes son la diarrea y la pérdida de peso. La sintomatología suele aparecer a los 3 años de media, lo que sugiere un mecanismo subyacente basado en un daño celular inmunomediado y no de hipersensibilidad tipo II. En la gastroscopia se suele apreciar una

duodenitis con biopsias compatibles con atrofia vellositaria, por lo que el principal diagnóstico diferencial es con la celiacía. La retirada del Olmesartán resuelve el cuadro en 1-2 semanas en prácticamente el 100% de los casos.



Figura 1

Imagen endoscópica de duodenitis.



Figura 2

Imagen endoscópica de duodenitis.

CP-084. ESTENOSIS DE COLON EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CÁNCER DE CÉRVIX

DÍAZ ALCÁZAR MM, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A, VIDAL VÍLCHEZ B, GARCÍA ROBLES A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La radioterapia se asocia a efectos adversos que pueden aparecer durante el tratamiento o hasta años después.

Caso clínico

Mujer de 51 años con antecedente de cáncer de cérvix cinco años antes tratado con radioquimioterapia y posteriormente braquiterapia, con respuesta completa. Refiere hábito intestinal con tendencia al estreñimiento en el último mes y aparición de dolor abdominal en relación con la defecación en los últimos días. Se realiza tomografía computarizada abdominal objetivando engrosamiento parietal en recto-sigma. En colonoscopia, estenosis infranqueable a 14 cm de margen anal (**Figura 1**). Toma de biopsias sin hallazgos histológicos de interés. Se completa estudio con colonoscopia virtual que define estenosis de 7 cm con cambios inflamatorios tras tratamiento radioterápico y dolicocolon (**Figura 2**). Se decide tratamiento quirúrgico.

Discusión

La asociación entre Olmesartán y enteropatía se descubrió en 2013 por Rubio-Tapia y col., reforzándose luego por la FDA. Esta enteropatía produce una clínica cuyos síntomas predominantes son la diarrea y la pérdida de peso. La sintomatología suele aparecer a los 3 años de media, lo que sugiere un mecanismo subyacente basado en un daño celular inmunomediado y no de hipersensibilidad tipo II. En la gastroscopia se suele apreciar una duodenitis con biopsias compatibles con atrofia vellositaria, por lo que el principal diagnóstico diferencial es con la celiacía. La retirada del Olmesartán resuelve el cuadro en 1-2 semanas en prácticamente el 100% de los casos.



Figura 1

Estenosis de colon a 14 cm objetivada durante la colonoscopia con mucosa de friable al roce.



Figura 2

Luminograma de colonoscopia virtual en que se observa colon ligeramente dilatado y dolico colon.

CP-085. FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA: UNA ETIOLOGÍA INUSUAL DE GASTROENTERITIS AGUDA.

CALVO BERNAL MM, MORENO MORALED A I, PRÁXEDES GONZÁLEZ E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

La Fiebre Botonosa Mediterránea (FBM) es una zoonosis causada por *Rickettsia Conorii*, transmitida al ser humano por la mordedura de la garrapata del perro. Es una enfermedad endémica de países del Mediterráneo generalmente benigna, pero existen alrededor de 7,5% de formas graves. Se presenta con fiebre, exantema maculopapular, afectación palmoplantar y una escara en el lugar de la mordedura. Otras manifestaciones inespecíficas son la cefalea, artralgias, hepatoesplenomegalia, síntomas gastrointestinales y conjuntivitis.

Caso clínico

Varón de 57 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por síndrome emético de tres días de evolución, recibiendo tratamiento sintomático. Dos semanas después vuelve a consultar por persistencia de la clínica, acompañada de deposiciones diarreicas sin productos patológicos, fiebre (39°C) y exantema maculopapuloso no pruriginoso, de distribución corporal

y palmoplantar. Se realiza anamnesis dirigida ante la aparición de lesiones dérmicas, refiriendo vivir en un cortijo y estar en contacto con animales (perros, gatos y periquitos). Durante su estancia en observación, el paciente comienza con taquipnea (28 rpm), hipotensión (TA 80/40 mmHg) con frecuencia cardiaca normal (70 lpm), deterioro cognitivo y bradipsiquia. Además presenta hiperemia conjuntival marcada y una lesión costrosa en región pretibial de miembro inferior derecho. En analítica destaca una alteración del perfil hepático (GOT 580 UI/l, GPT 326 UI/l, Bilirrubina total 2,21 mg/dl), hiponatremia severa (sodio 118 mEq/l), elevación de reactantes de fase aguda (PCR 28 mg/dl), leucocitosis (11,720/mm³) y plaquetopenia (75.000/L). Se inicia tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino, ceftriaxona y doxiciclina y se completa el estudio diagnóstico, incluyendo serología para rickettsiosis. Finalmente se diagnostica de fiebre botonosa mediterránea y el paciente evoluciona favorablemente con doxiciclina.

Discusión

La FBM es una enfermedad infecciosa sistémica que cursa con afectación gastrointestinal sólo en un tercio de los pacientes. En un 50% de los casos puede presentar elevación de las enzimas hepáticas. Lo llamativo de nuestro caso es el debut de esta enfermedad con síntomas gastrointestinales. El posterior deterioro del paciente con criterios de gravedad y la aparición de lesiones cutáneas junto con una escara negra orientó el diagnóstico hacia FBM. El retraso en el inicio del tratamiento de la FBM supone peor pronóstico. Debe iniciarse tratamiento precoz en base a los datos clínico-epidemiológicos, sin esperar a los resultados serológicos.



Figura 1

Se muestra exantema maculopapular característico de la FBM.



Figura 2

Se muestra costra ulcerada en miembro inferior derecho, lugar de la picadura de la garrapata.



Figura 3

La figura muestra afectación plantar característica del exantema de la FBM.

Una gastroenteritis aguda asociada a lesiones cutáneas nos obliga a hacer diagnóstico diferencial con procesos infecciosos tales como fiebre tifoidea, infección por shigella, mononucleosis, primoinfección por VIH, alergias farmacológicas y FBM, como nos muestra este caso.

CP-086. HEMATOMA YEYUNAL ESPONTÁNEO EN PACIENTE ANTICOAGULADO

GARCIA MARQUEZ J¹, PÉREZ MOYANO S², OLMEDO SANCHEZ E³, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A¹ BENAVENTE FERNÁNDEZ A⁴

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.
²SERVICIO MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA. ³UGC RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ⁴UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La hemorragia intramural espontánea es una patología poco frecuente. Suele presentarse en el contexto de anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K. La presentación clínica más frecuente es un dolor abdominal inespecífico que a menudo puede sugerir obstrucción intestinal. Es fundamental una buena sospecha clínica y un diagnóstico precoz para evitar cirugías innecesarias.

Caso clínico

Paciente de 87 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y fibrilación auricular lenta con implante de marcapasos anticoagulada con Acenocumarol. Acude a Urgencias por dolor abdominal mesogástrico acompañado de náuseas y pérdida de apetito. En la analítica destacan niveles de hemoglobina de 8g/dL e INR de 1,9. Se realiza TC abdominal urgente que evidencia segmento de yeyuno con engrosamiento parietal concéntrico y homogéneo de alta densidad, de aproximadamente 14 mm de espesor máximo parietal asociado a un aumento de densidad y trabeculación en su meso que unido al contexto clínico del paciente sugieren hematoma intramural espontáneo de asa yeyunal (**Figuras 1 y 2**).

En el ingreso se administra vitamina K y se mantiene anticoagulación con Bemiparina 5000UI. Durante los días siguientes presenta buena evolución, con remisión de la clínica y recuperación de niveles de hemoglobina.

Discusión

La hemorragia intramural intestinal espontánea es una patología de incidencia creciente debido al empleo de los anticoagulantes orales antagonistas de la vitamina K durante largos periodos de tiempo. Existen otras causas menos frecuentes como enfermedades

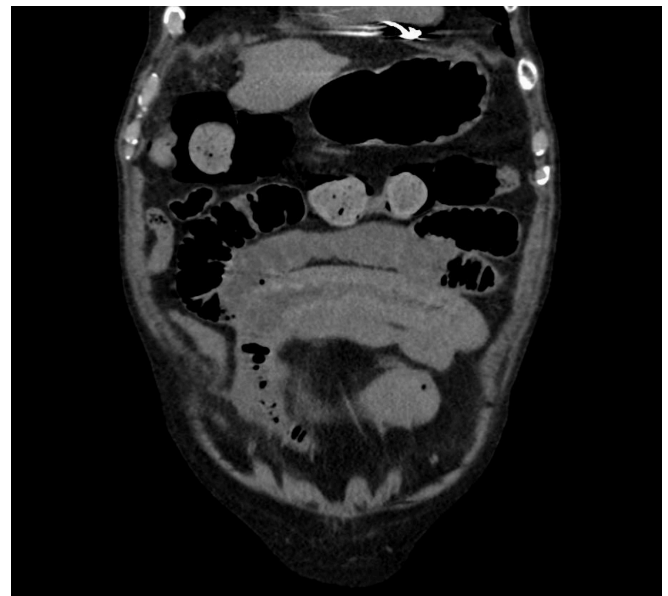


Figura 1

Corte coronal de TC sin contraste intravenoso en el que se observa engrosamiento parietal concéntrico y homogéneo de alta densidad en segmento de asa yeyunal, compatible con hematoma intramural.



Figura 2

Corte axial de TC abdominal sin contraste en el que además de los hallazgos observados en la **Figura 1** se observa aumento de la densidad y trabeculación del meso adyacente.

hematológicas, vasculitis, patología pancreática o quimioterapia. El origen del sangrado se sitúa en la submucosa, a partir de pequeños vasos. La clínica es diversa e inespecífica, siendo el dolor abdominal el síntoma predominante en más del 90% de ocasiones. En el 45% de casos puede presentarse en forma de obstrucción intestinal. El segmento más frecuente afectado es yeyuno, seguido de duodeno. El TC abdominal se considera la técnica clave en el diagnóstico. La mayoría de veces se opta por tratamiento conservador, como en el caso presentado.

CP-087. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO.

SOLÁ FERNÁNDEZ A, MARTÍNEZ SÁNCHEZ E, HERRERA JUSTINIANO JM

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) representa el 5-10% de todas las hemorragias digestivas. La etiología más frecuente y hasta en el 75% de los casos se tratará de lesiones en intestino delgado. La videocápsula endoscópica (VCE) se presenta como primera herramienta diagnóstica por su excelente perfil de seguridad, su buena tolerancia y su potencial para explorar la totalidad del intestino delgado.

Caso clínico

Paciente varón de 40 años, trasplantado renal en contexto de glomerulopatía no biopsiada, en tratamiento actual con triple terapia inmunosupresora. Presenta episodios recurrentes de

hemorragia digestiva con anemia severa, con deposiciones que describe en ocasiones como hematoquécicas y en otras de carácter melánico. No refiere dolor abdominal. Afebril desde el inicio del cuadro. Ingresó en servicio de Urgencias, realizándose estudio endoscópico completo, con endoscopia oral y colonoscopia sin lesiones potencialmente sangrantes, por lo que se deriva al alta para completar estudio ambulatorio. Ante persistencia de episodios de hematoquecia y anemia, con varias visitas al servicio de Urgencias y requerimientos transfusionales periódicos (hasta un total de 12 concentrados de hemáties desde el inicio de cuadro), ingresa finalmente para estudio. Dada la edad del paciente y características de la hemorragia se descarta divertículo de Meckel mediante gammagrafía. Se solicita finalmente videocápsula endoscópica que objetiva a nivel de yeyuno proximal numerosos mamelones neoforatorios con intensa reducción de la luz intestinal y focos aislados de hemorragia sugestivos de neoplasia maligna. Dentro del estudio se realiza TC de abdomen que objetiva infiltración esplénica así como afectación ganglionar supra e infradiaphragmática sugestiva de proceso linfoproliferativo... Se realiza entonces enteroscopia asistida para obtención de biopsias, emitiéndose el diagnóstico final de linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes.

Discusión

La videocápsula endoscópica ocupa un papel incuestionable en la secuencia diagnóstica del paciente con HDOO, especialmente en aquellos con un episodio agudo, en los que su realización precoz permite obtener un mayor rendimiento diagnóstico, evitar procedimientos innecesarios y aplicar un tratamiento definitivo. Como bien ilustra el caso que presentamos, habitualmente estos pacientes son sometidos a más procedimientos diagnósticos, tienen un mayor requerimiento transfusional, hospitalizaciones más prolongadas y consumen mayores recursos sanitarios. Destacar por



Figura 1

Neoforación a nivel de yeyuno proximal.

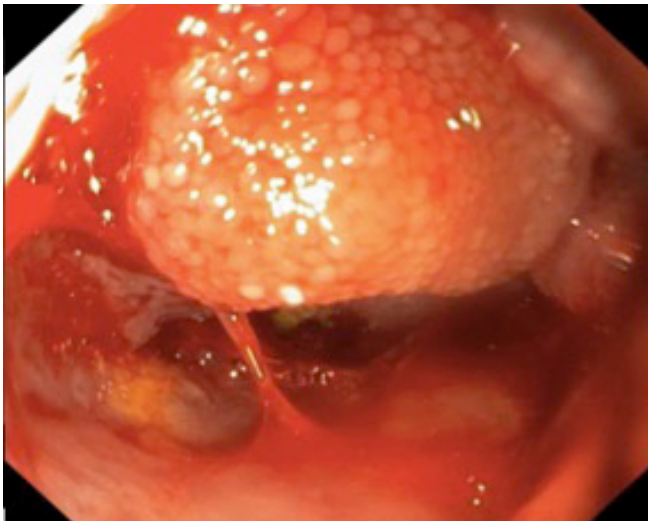


Figura 2

Lesión friable con focos de hemorragia aislados sugestivos de proceso neoplásico maligno.

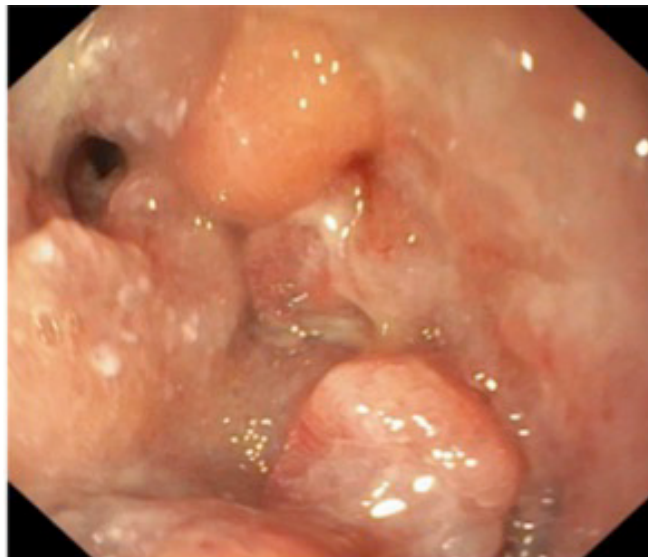


Figura 3

Intensa reducción de la luz intestinal condicionada por la lesión.

tanto el papel crucial de la videocápsula asociada a enteroscopia asistida para el estudio de hemorragia digestiva de origen oscuro por su gran rentabilidad diagnóstica, siendo herramientas de primera elección frente a otros estudios radiológicos.

CP-088. ILEÍTIS POR PSEUDOMONA FLUORESCENS / PUTIDA

DE VICENTE ORTEGA A, CARRILLO ORTEGA G, ROMERO MORENO S, GORDO RUIZ MJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

La ileítis consiste en inflamación a nivel de asas de intestino delgado que se puede deber a múltiples causas, siendo las más frecuentes la infecciosa o enfermedad inflamatoria intestinal. Los síntomas suelen ser inespecíficos, asociando dolor abdominal, hinchazón, diarrea acuosa y flatulencia. El diagnóstico se realiza mediante test de laboratorios y estudio de muestras de heces. En ocasiones, se realiza endoscopia con hallazgos como eritema, edema, mucosa friable y, raramente, úlceras.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 73 años con antecedentes personales de hemicolectomía derecha tras hallazgo colonoscópico de pólipo no resecable endoscópicamente resultante en adenoma túbulo-vellosa, para lo que sigue revisiones por nuestra parte desde consultas. Exploración física y analítica no mostraban alteraciones significativas. En la revisión de 2019 se realiza colonoscopia observando anastomosis de aspecto macroscópico normal y divertículos de sigma ya conocidos. Además, se exploran unos 15-20 cm de intestino delgado donde se aprecian úlceras dispersas en sacabocados y algunas fibrinadas, de entre 4 y 9 mm inespecíficas, pero como primera posibilidad infecciosas. Se toman biopsias para anatomía patológica y cultivo (**Figuras 1 y 2**).

Las biopsias de las mismas mostraron mucosa de intestino delgado con infiltrado inflamatorio crónico leve, signos de actividad aguda y focos de erosión superficial con congestión vascular. Sin alteración de la arquitectura glandular ni signos de displasia. El estudio microbiológico informa de crecimiento de pseudomona fluorescens/putida. Ante el diagnóstico de ileítis por pseudomona el paciente comenta que días previos ha tenido clínica similar a gastroenteritis con dolor abdominal y diarrea. No fue necesario tratamiento específico.



Figura 1

Úlcera fibrinada en intestino delgado vista por endoscopia.

Discusión

Las Ileítis suelen presentarse en el curso de gastroenteritis, estando causadas por los mismos agentes patógenos. De este modo, la mayoría de las causas en el adulto son infecciosas. Entre los factores



Figura 2
Úlcera fibrinada en intestino delgado vista por endoscopia

favorecedores encontramos el estado de inmunodeficiencia, tratamiento previo con antibióticos y la ingesta de alimentos y aguas contaminadas. Las pseudomonas fluorescens y putida, presentes en nuestro caso, causan infecciones similares a la pseudomona aeruginosa; y éstas se encuentran sobre todo en el suelo y zonas acuosas. El tratamiento suele ser sintomático, pudiéndose asociar en ocasiones muy concretas la antibioterapia.

CP-089. IMAGEN ENDOSCÓPICA DE COLITIS POR CÁNDIDA EN PACIENTE ONCOLÓGICA

DÍAZ ALCÁZAR MM, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A, RUIZ RODRÍGUEZ AJ, CERVILLA SÁEZ DE TEJADA E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Candida forma parte de la flora habitual del tracto gastrointestinal y genitourinario, pero tiene capacidad de invadir y producir enfermedad cuando se altera el equilibrio microbiológico de la flora. La respuesta inmune del hospedador es el principal determinante de la infección por Candida. La afectación intraabdominal por Candida habitualmente consiste en infecciones polimicrobianas después de una perforación, fuga anastomótica post-cirugía o pancreatitis aguda necrotizante. Sin embargo, se presentan las imágenes endoscópicas de una paciente oncológica con afectación colónica por Candida.

Caso clínico

Paciente mujer de 57 años estudiada por dolor abdominal con hallazgo de masas anaxiales e implantes peritoneales. Estudio histológico informa de adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello sugerente de tumor de Krukenberg de origen digestivo. En tomografía computarizada abdominal se objetiva dilatación de asas de intestino delgado y grueso hasta sigma, donde se evidencia imagen de stop. Dada la sospecha de un tumor primario digestivo por la estirpe histológica, se realiza colonoscopia, completando la

exploración hasta intubar ciego, con mala preparación catártica, sin objetivar neoplasia, aunque se observan placas blanquecinas que tapizan toda la superficie colónica (Figuras 1 y 2). Se toman muestras: estudio histológico compatible con colitis infecciosa, microbiología con crecimiento de Candida.

Discusión

Candida forma parte de la flora normal del tracto gastrointestinal, por lo que su aislamiento en un coprocultivo no significa infección y no requiere tratamiento. Pero en este caso se trataba de una paciente oncológica inmunodeprimida. Las infecciones del tracto gastrointestinal bajo por especies de Candida son infrecuentes. El diagnóstico se basa en la afectación endoscópica, el estudio histológico de biopsias de colon y los cultivos microbiológicos. El

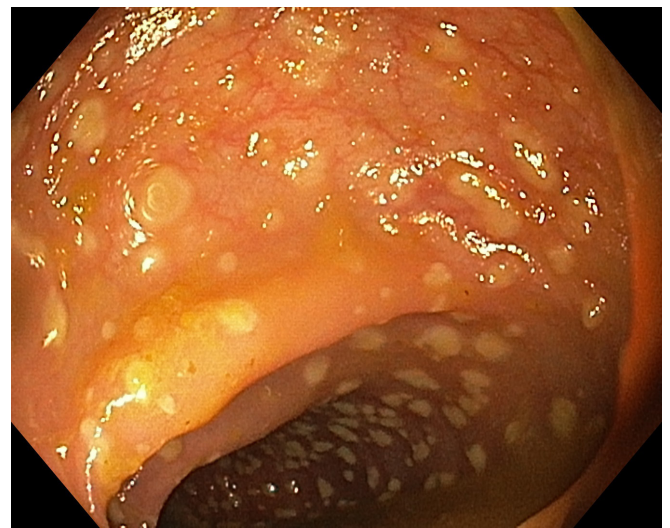


Figura 1
Imagen endoscópica en la que se observan placas blanquecinas que tapizan la superficie colónica.

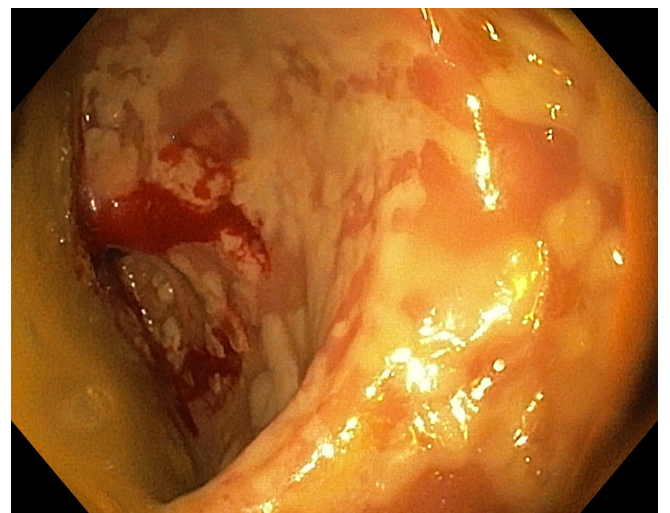


Figura 2
Imagen endoscópica en la que se observan placas blanquecinas que tapizan la superficie colónica.

hemocultivo de pacientes con candidiasis intrabdominal suele ser negativo. En el caso presentado, la imagen endoscópica era placas blanquecinas, pero se han descrito úlceras, erosiones y pólipos. Es una infección que ocurre en pacientes inmunodeprimidos, por neoplasia, tratamiento inmunosupresor, SIDA, enfermedad renal crónica terminal, neutropenia o diabetes. Puede afectar cualquier parte del colon y la clínica es variable, desde fiebre a diarrea, dolor abdominal o sagrado gastrointestinal.

CP-090. IMPORTANCIA DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

ROA COLOMO A¹, CABALLERO MATEOS A¹, RUIZ RODRÍGUEZ AJ¹, VALENZUELA DE DAMAS M²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

²COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

El divertículo de Meckel es un remanente del conducto onfalomesentérico, típicamente localizado en el borde antimesentérico del íleon, a unos 40-100 cm de la válvula ileocecal. Constituye la malformación congénita más frecuente del tracto gastrointestinal (2-4% de la población general) aunque solo el 4-16% de los pacientes presentan síntomas. La complicación más frecuente es la hemorragia digestiva aunque también pueden presentar síntomas secundarios a invaginación, obstrucción intestinal y perforación.

Caso clínico

Varón de 40 años con episodios de melenas de meses de evolución y anemia ferropénica en analítica (hemoglobina 7,5 mg/dL; ferritina 20 ng/ml). En gastroscopia se observa bulboduodenitis grado III y colonoscopia normal. Tras tratamiento con hierro oral e inhibidores de la bomba de protones persisten las melenas y la anemia por lo que se realiza una cápsula endoscópica en la que se visualiza en íleon una mucosa protruyente de aspecto macroscópico normal (Figuras 1 y 2), sin restos de sangre. La tomografía axial computarizada (TC) describe una invaginación intestinal ileocólica de 40 mm y engrosamiento de asas, por lo que se propone laparotomía en la que se reseca a 90 cm de la válvula ileocecal una masa invaginada correspondiente a un divertículo de Meckel (Figura 3). El postoperatorio transcurre sin incidencias y el paciente recibe el alta hospitalaria. Tras 6 meses de evolución, se encuentra asintomático y con cifras de hemoglobina corregidas y estables.

Discusión

Clásicamente, la técnica de elección para el diagnóstico del divertículo de Meckel es la gammagrafía con ^{99m}Tc-pertecnecato marcado, si bien puede presentar falsos negativos. En los últimos años, varios autores han publicado la utilidad de la cápsula

endoscópica en el diagnóstico del divertículo de Meckel ya que es una herramienta costo-efectiva y no invasiva, cuya indicación principal es filiar la etiología de hemorragias digestivas oscuras y



Figura 1 Imagen de cápsula endoscópica en la que se observa protrusión de la mucosa en íleon que ocluye parcialmente la luz permitiendo el paso de la cápsula.

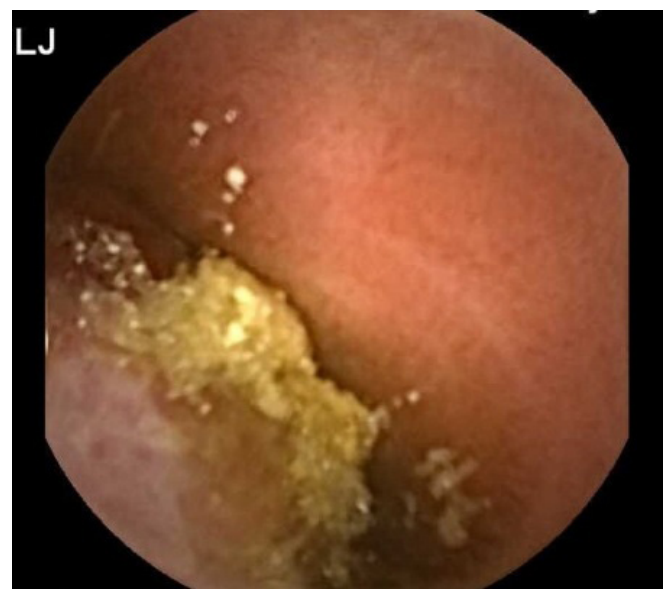


Figura 2 Imagen de cápsula endoscópica con protrusión mucosa de aspecto macroscópico normal, sin úlceras ni restos de sangre.



Figura 3

Imagen de pieza quirúrgica en la que se visualiza divertículo de Meckel localizado en el borde antimesentérico del íleon a 90 cm de la válvula ileocecal.

en la que se puede sospechar la existencia de un divertículo de Meckel observando el signo de la doble luz, una lesión cavitada o mucosa protruyente con o sin lesiones ulceradas. Debido a que el tratamiento de elección es la resección quirúrgica, el diagnóstico por cápsula endoscópica resulta útil para evitar cirugías innecesarias.

CP-091. LEIOMIOSARCOMA DE COLON: A PROPÓSITO DE UN CASO

CABELLO FERNÁNDEZ A¹, LEÓN LUQUE M¹, RODRÍGUEZ LORA EJ², GÓMEZ DELGADO E¹, BEJARANO GARCÍA A¹

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SECCIÓN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

El leiomioma es una neoplasia rara que se origina en las células del músculo liso de las vísceras. El leiomioma digestivo es más común en estómago; en intestino delgado compromete más frecuentemente el íleon. De todas las del tracto gastrointestinal sólo el 3% está en colon. Supone menos del 1% de los tumores malignos colorrectales. Su sintomatología es inespecífica: dolor abdominal, masa abdominal, y alteración del patrón evacuatorio; menos comunes son sus complicaciones: hemorragia, perforación y obstrucción.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 70 años, fumador, sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por intensificación de cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha

de meses de evolución. Refiere además náuseas, vómitos, hábito deposicional escaso y diarreico y síndrome constitucional asociado. Se realiza TC abdominal en urgencias en el que se aprecia tumoración de 14 cm de diámetro en FID que parece depender de intestino delgado, originando una obstrucción incompleta intestinal. Es valorado por Cirugía de guardia que decide intervenir de urgencia. El paciente es sometido a una hemicolectomía derecha ampliada con resección en bloque de yeyuno distal e íleon y resección de implantes mesentéricos con anastomosis latero-lateral. El informe anatomopatológico describe una gran tumoración dependiente de intestino delgado, colon derecho y mesenterio. No se reconocen ganglios linfáticos en la muestra. El patrón inmunohistoquímico confirma que se trata de un sarcoma de diferenciación muscular lisa (CKIT-;Dog1-; CD34-; Desmesina+; Actina+; Caldesmón+). La neoplasia infiltra la pared muscular de intestino delgado y grueso, respetando la mucosa. Diagnóstico de Leiomioma grado 3 de la FNCLCC. En comité de tumores se decide valoración por Oncología Médica que pauta tratamiento quimioterápico. Pasados 4 meses de la intervención y tras iniciar quimioterapia acude a urgencias con dolor abdominal intenso. Se le realiza TC en el que se confirma obstrucción intestinal, secundaria a diseminación neoplásica peritoneal y mesentérica. Se desestima intervención.

Discusión

El diagnóstico de leiomioma se basa en el estudio histológico e inmunohistoquímico de la pieza quirúrgica. La cirugía es el tratamiento de elección. La recidiva tras cirugía radical se sitúa en torno al 40%. La radioterapia y la quimioterapia no han demostrado eficacia en el tratamiento de este tipo de tumores. Es importante incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de la neoplasia de colon así como la rápida actuación en diagnóstico y terapéutica quirúrgica dado que la cirugía es el tratamiento de elección y existen pobres alternativas de tratamiento médico.



Figura 1

TC de abdomen donde objetivamos una gran tumoración en fosa iliaca derecha que parece depender de intestino delgado.

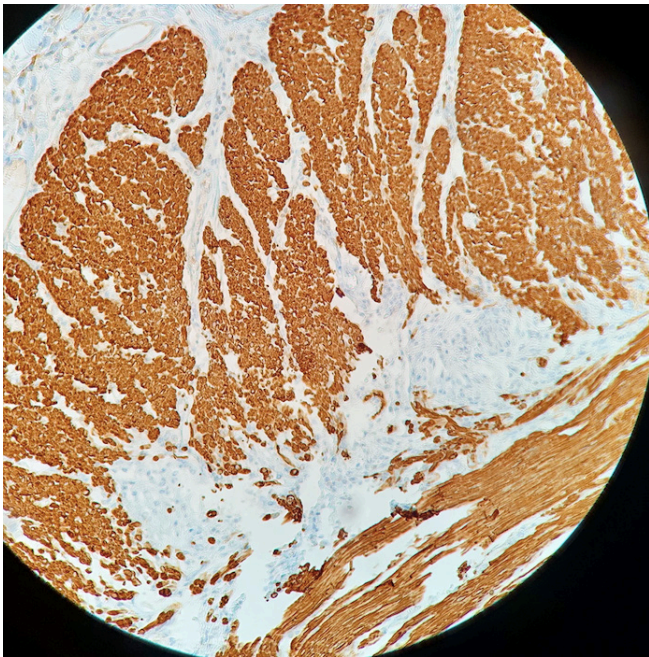


Figura 2

Muestra histológica compatible con leiomiosarcoma.

CP-092. MALROTACIÓN INTESTINAL: CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL EN EDAD ADULTA.

DIÉGUEZ CASTILLO C¹, DELGADO MAROTO A¹, MOYA SÁNCHEZ E²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

La malrotación intestinal se debe a una alteración de la rotación del intestino medio sobre el eje de la arteria mesentérica superior durante el desarrollo embrionario. Suelen manifestarse en el primer mes de vida, siendo la incidencia estimada en el adulto de un 0.2 %. Esto unido a su sintomatología inespecífica, hace difícil su diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 30 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuarta ocasión en las últimas 72 horas por cuadro de epigastralgia no irradiada. Asocia náuseas con vómitos y diarrea sin productos patológicos. A la exploración presenta abdomen doloroso en epigastrio sin signos de peritonismo. En la analítica destaca discreta leucocitosis (11.000/mm³) sin neutrofilia. Ante persistencia de sintomatología se realiza TC abdominal que objetiva malrotación intestinal completa sin signos de volvulación (figuras 1 y 2). El paciente es valorado por Cirugía General que descarta criterios de intervención quirúrgica urgente y recomienda completar estudio de forma ambulatoria por Digestivo. Ante

mejoría clínica, el paciente es dado de alta y al valorarse en consulta se encuentra asintomático. Se solicita una endoscopia digestiva alta sin observar lesiones relevantes a ningún nivel y se decide realizar tránsito gastrointestinal (TGI) que confirma posición anómala de la unión duodeno – yeyunal (figuras 3 y 4). Al encontrarse el paciente asintomático, se consensua actitud conservadora tras explicar al paciente mayor riesgo de potenciales complicaciones como obstrucción intestinal e isquemia secundaria a volvulación.

Discusión

La presentación de sintomatología crónica o encontrarse asintomáticos es más frecuente en adultos, siendo la sintomatología



Figura 1

Corte axial TC: se aprecia una inversión en la relación entre la arteria y la vena mesentérica superior, visualizándose la arteria mesentérica superior a la derecha de la vena.

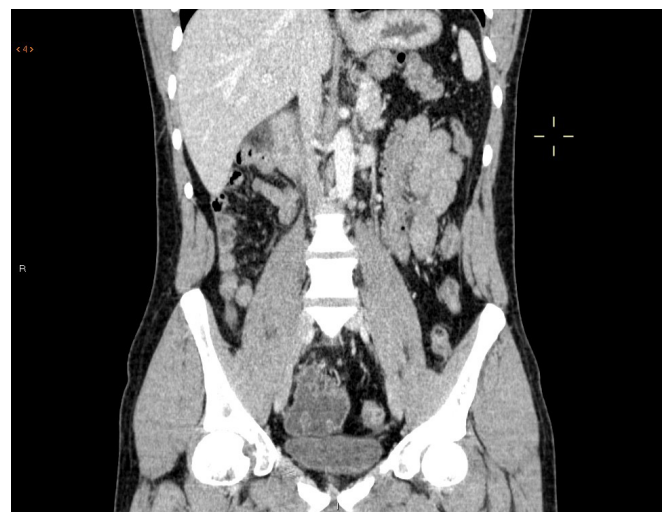


Figura 2

Corte coronal TC: El intestino grueso se localiza predominantemente a la izquierda mientras que el intestino delgado se sitúa en mayor proporción en el hemiabdomen derecho.



Figura 3

Tránsito: Posición anómala de la unión duodeno yeyunal (ángulo de Treitz) dirigiéndose posteriormente las asas yeyunales a la derecha.



Figura 4

Tránsito: Posición anómala de la unión duodeno yeyunal (ángulo de Treitz) dirigiéndose posteriormente las asas yeyunales a la derecha.

aguda más característica en la infancia. Las pruebas de imagen no solo confirman el diagnóstico, también permiten descartar complicaciones asociadas. En los casos sintomáticos se requiere intervención quirúrgica, siendo controvertido el manejo en pacientes asintomáticos.

CP-093. MELANOMA RECTAL

LEÓN LUQUE M¹, CABELLO FERNÁNDEZ A¹, RODRÍGUEZ LORA EJ², GÓMEZ DELGADO E¹, BEJARANO GARCÍA A¹

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SECCIÓN CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA

Introducción

El melanoma de la región perianal y rectal es un tumor raro de origen neuroectodérmico que constituye aproximadamente el 1% de los tumores malignos colorrectales. Es la tercera localización del melanoma en frecuencia. Del 20 al 30% se localizan en recto, el resto suelen encontrarse en canal o margen anal. El diagnóstico suele realizarse de forma tardía debido a su localización en zonas de difícil acceso a la exploración y a la falta de signos específicos precoces. El síntoma más común es la rectorragia, pudiendo existir en algunos pacientes dolor leve, masa anal, prolapso y alteraciones en los hábitos defecatorios. La historia clínica y la exploración son fundamentales para el diagnóstico. La estadificación, debe incluir tacto rectal, colonoscopia, ecografía endoanal, tomografía axial computada, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones (PET-CT), la cual puede ser utilizada para evaluar la profundidad de invasión, metástasis regional y metástasis distal.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 71 años sin antecedentes de interés que presenta clínica de rectorragia desde hace 4 meses. El estudio inicial se realizó mediante colonoscopia, en la que se objetiva una tumoración ulcerada, sangrante, a 6-7 cm. de margen anal, compatible con neoplasia rectal. Se completa el estudio mediante RNM pelvis caracterizando la lesión como neoplasia rectal que infiltra complejo esfinteriano y se adhiere a pared vaginal posterior, con adenopatías ilíacas y paraaórticas. Para estadificación de la lesión se realiza TAC toracoabdominal donde se objetiva, además de la lesión conocida, una masa pancreática que, a priori, se interpreta como posible metástasis. En comité de tumores se decide segunda colonoscopia para biopsia y ecoendoscopia para biopsia pancreática. Finalmente se confirma melanoma rectal en anatomía patológica y la PAAF pancreática da como resultado adenocarcinoma de páncreas, descartándose la metástasis. En segundo comité de tumores se decide radioterapia paliativa. Finalmente la paciente presenta un cuadro de insuficiencia renal y ascitis que provoca su fallecimiento.



Figura 1

TC de abdomen donde objetivamos una masa rectal hipodensa compatible con neoplasia rectal.

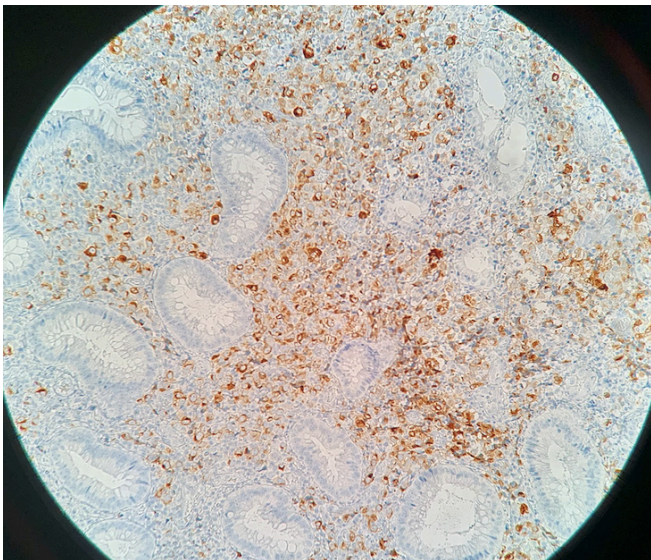


Figura 2

Muestra histológica compatible con melanoma.

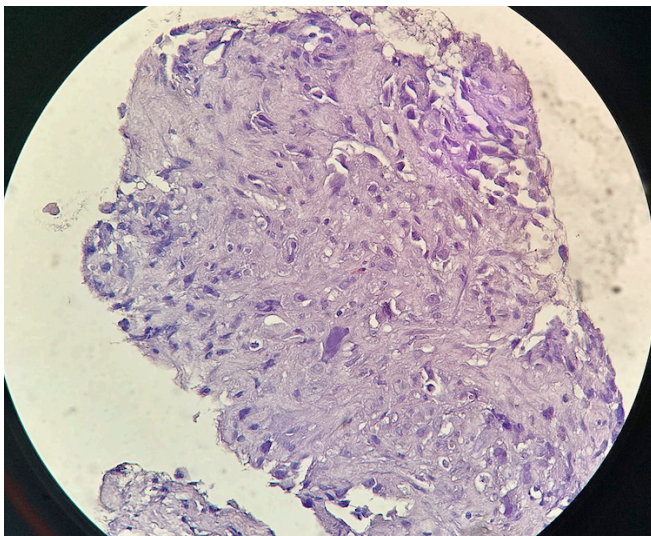


Figura 3

Otra muestra histológica compatible con melanoma.

Discusión

El diagnóstico diferencial del melanoma rectal se realiza frente a la enfermedad hemorroidal, abscesos, pólipos y otras patologías anales dada su similar representación clínica. El abordaje del melanoma rectal es multidisciplinar con distintas opciones de tratamiento. Consideramos la cirugía como primera línea de tratamiento cuando sea posible. Exponemos el caso debido a la importancia de pensar en melanoma rectal como diagnóstico diferencial ante la rectorragia dada su agresividad y su importancia en el diagnóstico precoz como otros tipos de melanoma.

CP-094. MUJER DE 35 AÑOS CON DIARREA DE LARGA EVOLUCIÓN

VALDÉS DELGADO T¹, CADENA HERRERA L¹, HERGUETA DELGADO P¹, VILLAR-RODRÍGUEZ J², GÓMEZ RODRÍGUEZ JB¹, CAUNEDO ÁLVAREZ A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los tumores de intestino delgado representan el 5% de las neoplasias digestivas del tracto gastrointestinal (TGI), siendo malignos en 2/3 de los casos. En los últimos años, los tumores neuroendocrinos (NET) han aumentado su incidencia superando al adenocarcinoma. Se presentan en edades tempranas y las localizaciones más frecuentes son íleon terminal, recto y apéndice.

Caso clínico

Mujer de 35 años con diarreas acuosas diurnas y nocturnas de 15 años de evolución (6-7 diarias) y pérdida de 10 Kg en el último año. Se realizan múltiples estudios: microbiológico de heces, perfil celíaco, hormonal, nutricional e intolerancias alimenticias, siendo todos normales. Colonoscopia hasta ciego que es normal y biopsias negativas para colitis microscópica. Leve mejoría al suspender lactosa por lo que se diagnostica de intolerancia e intestino irritable, pero persiste la sintomatología. Se repite colonoscopia, logrando canalizar válvula ileocecal, objetivándose formación polipoidea de gran tamaño en íleon terminal (**Figura 1**), con histología compatible con NET bien diferenciado (G1) (**Figura 2**).

Discusión

Son escasos los casos publicados hasta la fecha de NET de intestino delgado, representando el 2% de los tumores del TGI. La mayoría son asintomáticos, siendo el dolor abdominal y diarreas los síntomas más frecuentes. Macroscópicamente son lesiones de aspecto polipoideo pero con un crecimiento submucoso, por lo que su tratamiento es quirúrgico. En la mayoría de los casos se trata de una lesión con comportamiento benigno, pero su diagnóstico suele ser tardío por la escasa clínica y su difícil detección con las pruebas complementarias disponibles. De ahí la importancia de explorar íleon terminal en toda diarrea crónica con algún signo de alarma.

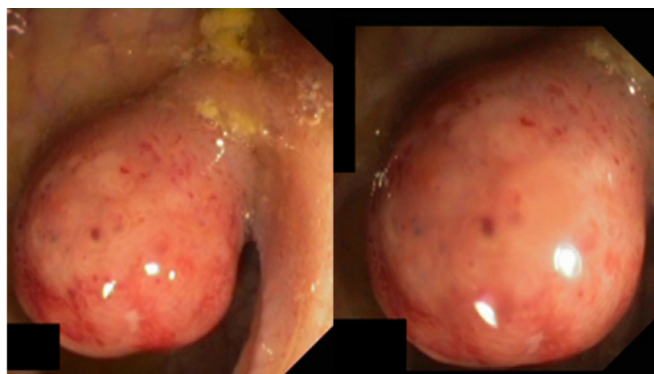


Figura 1

Ileocolonoscopia: A nivel de ileon terminal se aprecia lesión polipoidea de unos 50 mm.

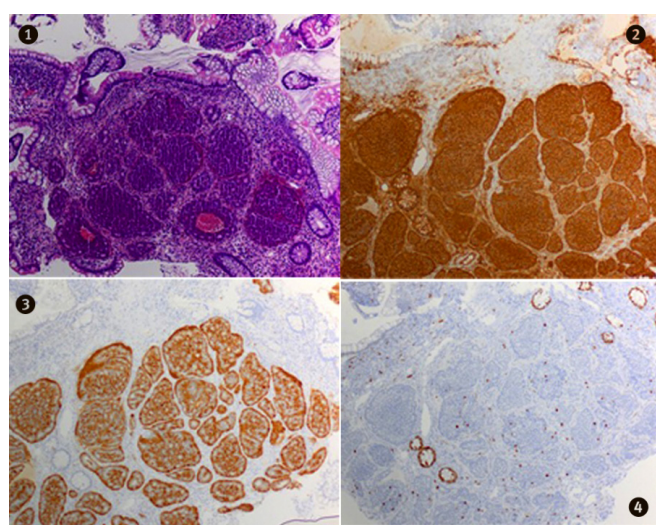


Figura 2

1. Tinción Hematoxilina-eosina x10. 2. Cromogranina. 3. Sinaptofisina. 4. Ki67.

CP-095. NEUMATOSIS PORTOMESENTÉRICA, ¿SIEMPRE SE RELACIONA CON UN MAL PRONÓSTICO?

CAMACHO MONTAÑO LM¹, CARNERERO RODRÍGUEZ JA², MORENO GARCÍA A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VÉJER DE LA FRONTERA

Introducción

La neumatosis portal es un signo radiológico tradicionalmente asociado a isquemia intestinal con un pronóstico infausto. Sin embargo, cada vez son más los casos asociados a procesos inflamatorios agudos o como hallazgo casual en pruebas de imagen por lo que se debe realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo, evitando laparotomías innecesarias.

Caso clínico

Varón de 85 años. Hipertenso, dislipémico. Antecedentes de diverticulitis aguda en 1997 y policitemia vera JAK 2+ en tratamiento con hidroxycarbamida. Acude a urgencias por dolor abdominal generalizado y distensión abdominal iniciado 24 horas antes sin otra sintomatología asociada. A la exploración presentaba tendencia a la hipotensión (80/30 mmHg). El abdomen estaba distendido y doloroso, sin datos de irritación peritoneal. En la analítica destacaba leucocitosis, discreta elevación de proteína C reactiva y deterioro de la función renal. Se realizó tomografía computerizada (TC) de abdomen con contraste con evidencia de imágenes tubulares en parénquima hepático con aire en su interior, que alcanzaban la periferia en relación con gas en radicales porta junto con gas en el interior de ramas del eje esplenoportal y mesentérico (**Figura 1**). No se observaban engrosamiento mural, dilatación de asas intestinales ni otros signos de isquemia intestinal. Presentaba diverticulosis colónica extensa sin datos radiológicos de complicación. Ante estos hallazgos se decidió ingreso hospitalario y tratamiento con piperacilina-tazobactán. A los diez días se realizó TC de abdomen de control sin evidencia de alteraciones en las estructuras vasculares y ni gas en el territorio portomesentérico (**Figura 2**), presentando el paciente buena evolución clínica. Tras descartar la etiología isquémica y la presencia de múltiples divertículos, se concluye un posible origen infeccioso del cuadro.



Figura 1

TC abdominal. Corte transversal. Imagen de gas en radicales portales.

Discusión

La neumatosis portal se relaciona con múltiples patologías (vascular, infecciosa, perforaciones, traumatismos abdominales y enfermedades inflamatorias). Los posibles factores favorecedores son la producción de gas por algunos microorganismos en la luz intestinal o en el sistema venoso portal. La TC es la exploración radiológica de elección, ya que puede ofrecer el diagnóstico etiológico y orientar el tratamiento. En función de la clínica y los hallazgos radiológicos es importante diferenciar si la causa requiere



Figura 2 TC abdominal. Corte transversal. Desaparición de neumatosis portomesentérica.

de intervención quirúrgica urgente, si es una causa reversible o si es un hallazgo casual (una vez descartadas el resto de etiologías). No hay que olvidar que en este último supuesto no hay terapia específica aunque puede ser recomendable el uso de antibioterapia empírica dada la posible fisiopatología descrita, presentando la mayoría de los casos una evolución favorable.

CP-096. PROCTITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

DE VICENTE ORTEGA A, OJEDA HINOJOSA M, CASTILLO MOLINA L, MARTÍNEZ GARCÍA R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

La proctitis consiste en inflamación de la mucosa del recto. Puede ser de origen infeccioso, o menos frecuentemente, presentarse como manifestación de enfermedad inflamatoria intestinal. La clínica habitual consiste en dolor de inicio agudo a nivel rectal, rectorragia y salida de material purulento, en ocasiones, asociado a tenesmo. El tacto rectal suele ser normal, por lo que el diagnóstico se debe realizar mediante anoscopia, test de laboratorios y cultivo.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 61 años sin antecedentes de interés que consulta por sensación de tenesmo rectal acompañado de supuración de líquido transparente en periné. No refería pérdida de peso, viajes al extranjero, tratamiento antibiótico previo ni contactos sexuales de riesgo. Exploración física y analítica sin alteraciones significativas. Se realizó colonoscopia con divertículos de sigma ya conocidos y en retrovisión, a menos de 1 cm de línea

pectínea y abarcando un tercio de la circunferencia, se aprecia mucosa granujenta - nodular con úlcera excavada pequeña en el centro y ligero abombamiento lateral. Se toman biopsias para cultivo y anatomía patológica. (Figuras 1 y 2) Las biopsias de las mismas mostraron signos de edema e inflamación crónica linfoplasmocitaria en lámina propia con actividad moderada (criptitis). Ausencia de displasia y/o proceso neoplásico. El estudio microbiológico informa de pseudomona aeruginosa, sensible para levofloxacino. Ante el diagnóstico de proctitis por pseudomona el paciente reconoció prácticas sexuales riesgo en meses previos. Se inició tratamiento con levofloxacino y se realiza nueva colonoscopia control en tres meses con desaparición lesiones (Figura 3).

Discusión

En los últimos años se ha incrementado la incidencia de infecciones de transmisión sexual en los países occidentales, incluida la proctitis infecciosa, observada con frecuencia en varones homosexuales. Los microorganismos más frecuentemente implicados son *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis* y *Treponema pallidum*. Sin embargo, en nuestro caso, el microorganismo detectado como

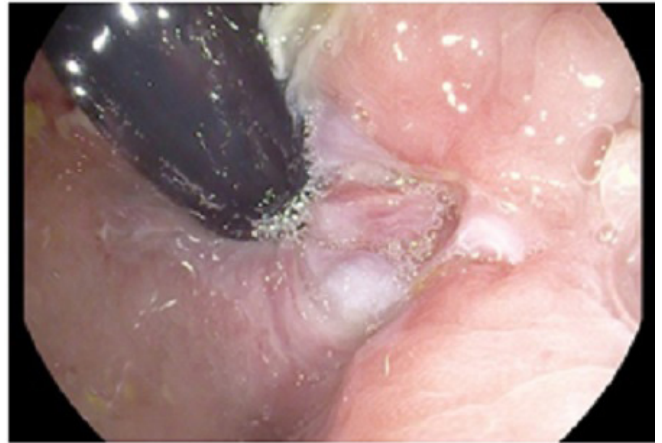


Figura 1 Úlcera central con abombamiento lateral visto por colonoscopia.



Figura 2 Úlcera central con abombamiento lateral visto por colonoscopia.

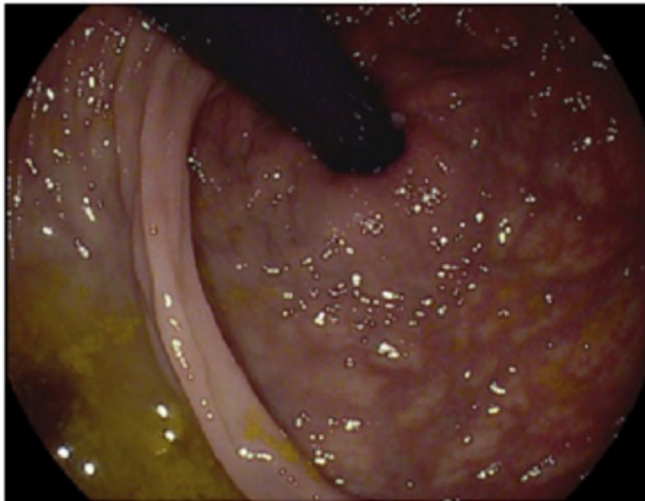


Figura 3
Resolución de la lesión ulcerosa.

causante no es de los frecuentes en enfermedades de transmisión sexual. Es fundamental una detallada historia clínica que recoja los hábitos sexuales, así como establecer el diagnóstico de confirmación mediante pruebas complementarias como rectosigmoidoscopia, histología y estudio microbiológico.

CP-097. PROCTITIS POR TRANSMISIÓN SEXUAL, UNA ENTIDAD EMERGENTE

ABELLÁN ALFOCEA P, HERRADOR PAREDES M, JIMÉNEZ ROSALES R, ORTEGA SUAZO EJ, FERNÁNDEZ CANO MC, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

En las últimas décadas se ha producido un aumento progresivo de las ITS, entidad a tener en cuenta ante un caso de proctitis.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 19 años, con prácticas sexuales de riesgo, que consulta por un cuadro de diarrea sanguinolenta, fiebre y malestar general. Aporta estudio de diarrea (incluidos TSH, antitransglutaminasa, coprocultivo) y serologías ITS negativas. Se realizó colonoscopia. Desde margen anal hasta 10 cm, inflamación continua de la mucosa, con edema, eritema, ulceraciones y exudado mucoso. Desde 10 a 20 cm, inflamación parcheada, con formaciones pseudopolipoideas, eritematosas y ulceradas. Resto de colon normal (Figuras 1-3). Las biopsias mostraron tejido de granulación con ulceración, intensa plasmocitosis reactiva, y presencia de citomegalovirus (detectado mediante técnicas inmunohistoquímicas).

Discusión

Los principales agentes etiológicos de proctitis por infección de transmisión sexual(ITS) son Chlamydia Trachomatis, Gonococo, Virus Herpes Simple, y Treponema Pallidum. Citomegalovirus (CMV) es una causa rara de proctitis en pacientes inmunocompetentes, siendo pocos los casos descritos en la literatura. Se caracteriza por el desarrollo de un síndrome mononucleósido y sangrado rectal después de una relación sexual anal sin protección. La confirmación diagnóstica es mediante serología, cultivos o inmunohistoquímica. El manejo terapéutico no está claramente definido, habiendo casos descritos de resolución espontánea y siendo obligatorios los antivirales en pacientes inmunodeprimidos. Por todo ello, los gastroenterólogos no deben olvidar las ITS así como CMV como causa de proctitis tanto en pacientes inmunocomprometidos como inmunocompetentes.

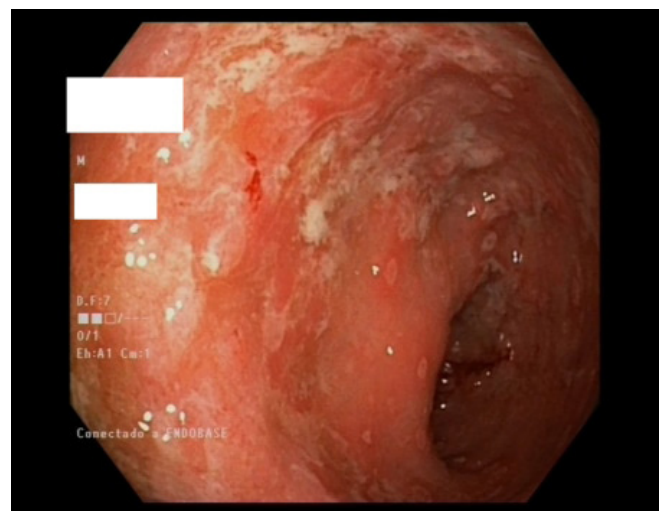


Figura 1
Se aprecia mucosa edematizada y con intenso exudado mucoso.

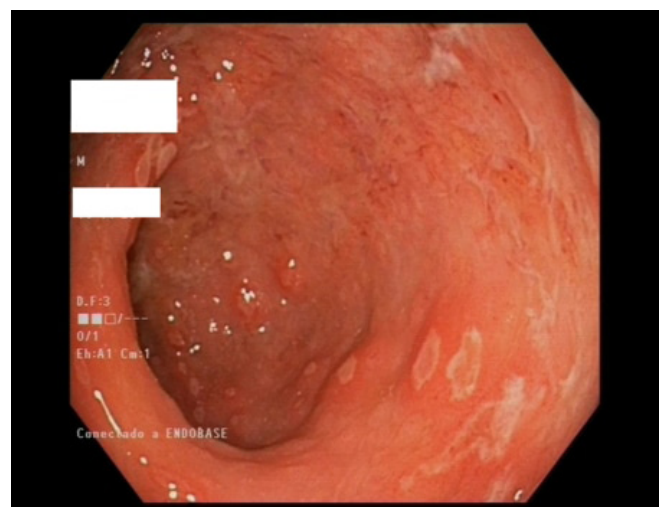


Figura 2
Además de eritema y úlceras múltiples de aspecto geográfico.

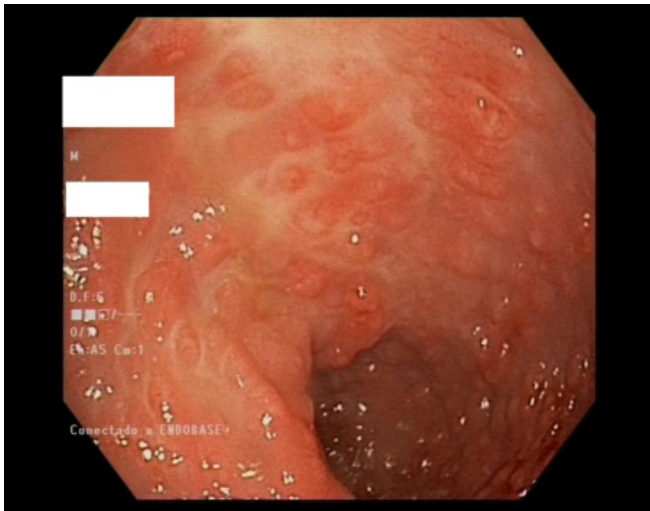


Figura 3
A 10 cm de margen anal apreciamos formaciones pseudopolipoideas.

CP-098. QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL TRATADO ENDOSCÓPICAMENTE

MORENO LORO A¹, HERRERA JUSTINIANO JM¹, RINCÓN GATICA A²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UNIDAD ENDOSCOPIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

Introducción

El quiste de duplicación duodenal es una malformación del tracto gastrointestinal muy infrecuente. Debe sospecharse ante cuadro de pancreatitis aguda de repetición.

Caso clínico

Varón de 30 años saharauí, sufre episodios recurrentes de dolor abdominal y náuseas desde los 18 años, manejados en un campo de refugiados con analgesia y sueroterapia. A los 27 años una endoscopia digestiva objetivó un pólipo en segunda porción duodenal. Poco después, en Argelia realizaron piloroplastia sin éxito. Consulta ahora en nuestro hospital por nuevo episodio, siendo diagnosticado de pancreatitis aguda. En colangiopancreatografía por resonancia se informa de divertículo en segunda porción duodenal, pero en tránsito gastroduodenal aparece como lesión submucosa que no se rellena con bario. En endoscopia digestiva se objetiva lesión sobreelevada de 4 cm, cubierta de mucosa íntegra; por ecoendoscopia es anecoica, dependiente de la pared duodenal, con capa externa hipoeoica e interna hiperecoica, y tras punción se drena líquido amarillento (análisis: amilasa y bilirrubina). Con el diagnóstico de quiste de duplicación en relación con vía biliar y pancreática, se opta por tratamiento endoscópico realizándose incisión a través de su eje longitudinal con un esfinterotomo de

aguja, se drena su contenido, y ambas valvas se fijan mediante clips a la mucosa duodenal adyacente quedando el quiste abierto. Ocho meses después el paciente permanece asintomático y con mejoría de su estado nutricional.

Discusión

El quiste de duplicación duodenal es una malformación del duodeno muy infrecuente (< 1/100000 nacimientos). Suele encontrarse en el borde mesentérico de segunda-tercera porción. Se caracteriza por depender de pared duodenal, capa externa de músculo liso (muscular propia intestinal), capa interna de epitelio intestinal. Puede contener bilis y jugo pancreático si está conectado con los conductos biliopancreáticos (30%). Suele ser un hallazgo incidental, o bien provocar episodios de dolor abdominal, náuseas y/o vómitos. Se complica con pancreatitis de repetición (lo más frecuente), ictericia, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva,

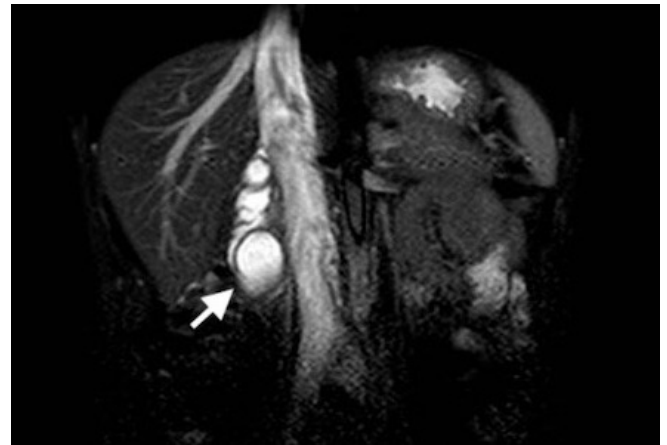


Figura 1
Resonancia magnética-T2. Lesión redondeada, hiperintensa con halo hipointenso, en pared medial de 2ª porción duodenal.

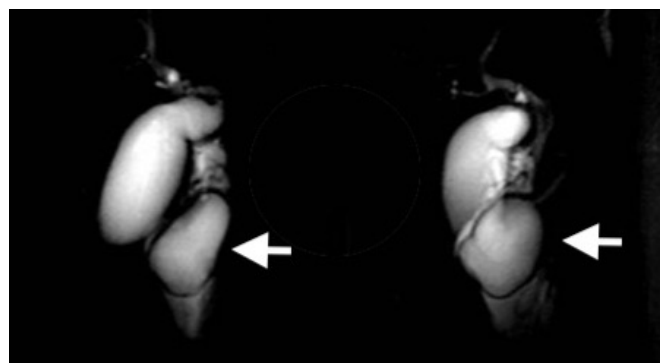


Figura 2
Colangiorensonancia magnética. Lesión redondeada y bien circunscrita, hiperintensa igual como vesícula biliar, con halo hipointenso, en pared medial de 2ª porción duodenal.

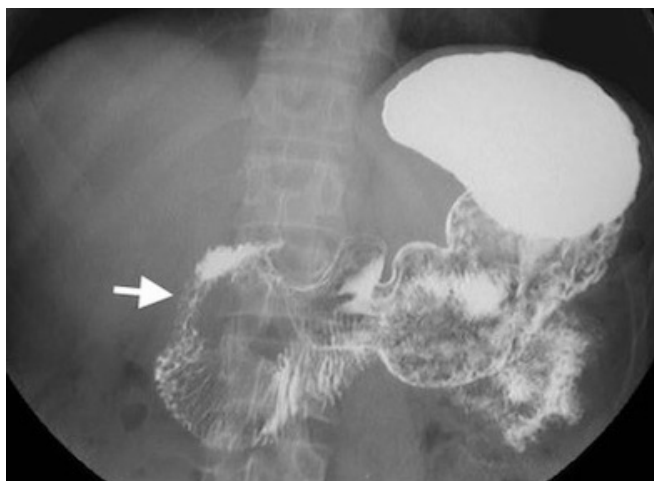


Figura 3

Tránsito gastroduodenal. Lesión submucosa en pared medial de 2ª porción duodenal con aplanamiento de pliegues y ectasia.



Figura 4

Incisión longitudinal del quiste mediante esfinterotomo de aguja (izquierda). Quiste abierto y drenado, quedando dos valvas remanentes (derecha).

malignización. El diagnóstico es sugerido por clínica e imagen. En el tránsito gastroduodenal y la endoscopia digestiva se observa una compresión extrínseca, sin relleno de contraste y recubierta por mucosa intacta. La ecoendoscopia que muestra una lesión quística con doble pared, externa hipoecoica en continuación con la pared duodenal normal e interna hiperecoica, es diagnóstica. Clásicamente se ha preferido la extirpación quirúrgica por el riesgo de malignización, pero actualmente se tiende al drenaje endoscópico por su menor morbilidad y mortalidad, y resolución de los síntomas sin recurrencia posterior, como ocurrió en el caso presentado.

CP-099. RABDOMIÓLISIS HIPOPOTASÉMICA COMO DEBUT DE UNA ENFERMEDAD CELÍACA EN EL ADULTO

ROMERO MORENO S, DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, CASTILLO MOLINA L

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

La celiaquía es un síndrome de malabsorción intestinal de origen inmunitario, que condiciona una intolerancia al gluten de los alimentos. En el adulto lo más frecuente es que curse de manera asintomática. Como cualquier patología malabsortiva, pueden aparecer déficits nutricionales e electrolíticas, tales como la hipopotasemia. Cuando el déficit de potasio es severo, puede ocasionar graves alteraciones en diversos órganos incluyendo la necrosis muscular.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 41 años, sin antecedentes personales de interés. Ingresado por diarrea acuosa de hasta diez deposiciones diarias sin productos patológicos, sin fiebre, de meses de evolución y que interrumpe el descanso nocturno. Acompañada de dolor abdominal, náuseas, vómitos, empeoramiento tras la ingesta, astenia y pérdida ponderal de hasta 12kg. Nuestro paciente trabaja en el campo, no ha notado picadura de insectos y tiene dos perros vacunados. Niega relaciones sexuales de riesgo, ejercicio físico intenso, consumo de tóxicos, tatuajes, alteraciones dérmicas ni viajes al extranjero. No consume productos no procesados, de herbolario, preparados hiperprotéicos ni hormonales. En la exploración física sólo destaca una debilidad en miembros inferiores y dolor abdominal a la palpación de forma difusa, sin peritonismo ni otros hallazgos de interés. Analíticamente (**Tabla 1**) destacan el déficit de potasio, magnesio, fósforo y albúmina y la elevación de transaminasas, LDH y CPK. Además, presenta positividad en la serología para celiaquía, con anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa positivos. En la ecografía abdominal y en la colonoscopia no presenta datos patológicos, pero en la endoscopia oral, hallamos en la segunda porción duodenal un aplanamiento de pliegues e importante atrofia mucosa (**Figuras 1 y 2**). El estudio anatomopatológico reveló una atrofia vellositaria compatible con lesión 3a de la clasificación de Marsh para enfermedad celíaca. Tras el diagnóstico de enfermedad celíaca el paciente comienza con una dieta exenta de gluten, normalizando tanto los datos analíticos como las deposiciones.

Discusión

La celiaquía sintomática es infrecuente en la edad adulta. Cursa con cuadros clínicos inespecíficos y datos de malabsorción de nutrientes y electrolitos (ferropenia e hipocalcemia). Los casos reportados que debutan con rabdomiólisis hipopotasémica se dan en su mayoría en la edad infantil. Por lo tanto, en el diagnóstico diferencial debemos

Datos	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 6	Día 9	Día 11	Día 15
Hematocrito (%)	34%	28	29.7	32.7		29.7		
Albumina	3.3	2.5				2.7		3.6
Creatinina	1	0.59	0.51	0.50	0.43	0.44	0.40	0.40
GOT	138	159	221			193		104
CPK	3489	7207	10940	8394		16161	6412	
Potasio	1.9		2.2	2.5	2.9	3.3	4.6	5
Sodio	136		144	142	143	144	143	140
Magnesio	2.30					1.70		2.10
Fósforo	1.3					2.2		2.5
Colesterol	126					132		182
Calcio	7.5			7.4		7.7		7.7
LDH	365		529			597		
Act. PT (%)	85		91	93		71		

Tabla 1

Datos de la analítica de sangre.



Figura 1

Segunda porción duodenal con aplanamiento de pliegues e importante atrofia mucosa



Figura 2

Segunda porción duodenal con aplanamiento de pliegues e importante atrofia mucosa

pensar en cuadros de malabsorción intestinal. El diagnóstico se realiza con la serología, la genética y la confirmación con la histología. Una dieta sin gluten restaura la mucosa intestinal, recuperando su funcionalidad, como ocurrió en nuestro caso.

CP-100. RETO DIAGNÓSTICO: DOLOR ABDOMINAL INESPECÍFICO.

LORENZO GONZÁLEZ L, MALDONADO PÉREZ MB, BELLIDO MUÑOZ F, MORALES BARROSO ML, ROMERO CASTRO R, BARRANCO CASTRO D

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad con baja incidencia, que puede ser idiopática o secundaria a fármacos, enfermedades del tejido conectivo o procesos neoplásicos. El diagnóstico diferencial debe realizarse con neoplasias, linfomas, sarcoma o infecciones como tuberculosis. Su presentación insidiosa dificulta su diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 68 años con antecedentes personales de Ca de mama izquierda T2N1M0 tratado con cirugía + QT + RT en 2001. En tratamiento con letrozol por recidiva local en 2015. Ingresa por dolor abdominal en flanco bilateral de un mes de evolución y vómitos. Las pruebas de imágenes, observan infiltración edematosa del retroperitoneo y disminución del calibre duodenal con biopsia de cambios inflamatorios inespecíficos. La paciente evoluciona tórpidamente con progresiva intolerancia oral, siendo necesario sondaje nasogástrico y desarrolla insuficiencia renal aguda con hidronefrosis bilateral. Se instaura tratamiento corticoideo I.V. por sospecha de fibrosis retroperitoneal sin mejoría clínica, y es necesario realizar nefrostomía percutánea por fracaso renal. Tras la cual, se normaliza la función renal. Se realiza PET-TC donde se describe aumento de la captación del trazador retroperitoneal sin poder diferenciar entre adenopatías hipermetabólicas o fibrosis peritoneal. Dado el empeoramiento clínico de la paciente, poca información aportada por pruebas de imagen y la ausencia de diagnóstico, se decide intervención quirúrgica. Durante la intervención se observa gran tumoración retroperitoneal pétérea que afecta desde diafragma a suelo pélvico con infiltración de válvula ileocecal, hilio biliar, grandes vasos y múltiples adenopatías. El resultado de la biopsia fue metástasis de carcinoma de origen mamario. Mala evolución tras la cirugía con persistencia intolerancia oral, anasarca y progresiva elevación de parámetros de colestasis con exitus final.

Discusión

La fibrosis retroperitoneal asociada a neoplasias malignas se ha descrito en carcinomas de todo tipo de origen, incluyendo el de mama. Las metástasis mamarias pueden ocurrir años después del diagnóstico y las localizaciones más comunes son pulmón, hueso

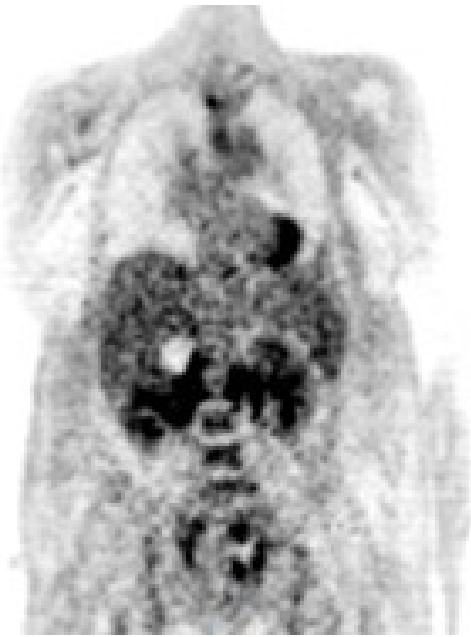


Figura 1

PET-TC con captación difusa retroperitoneal y pared torácica anterior izquierda.



Figura 2

PET-TC con captación retroperitoneal.

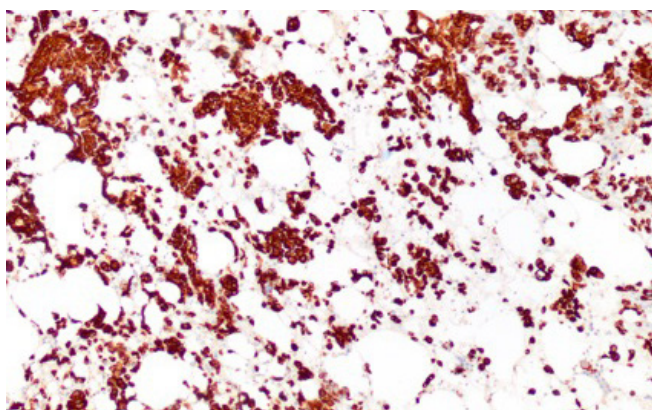


Figura 3

Anatomía patológica con tinción citoqueratina 7: marcador epitelial.

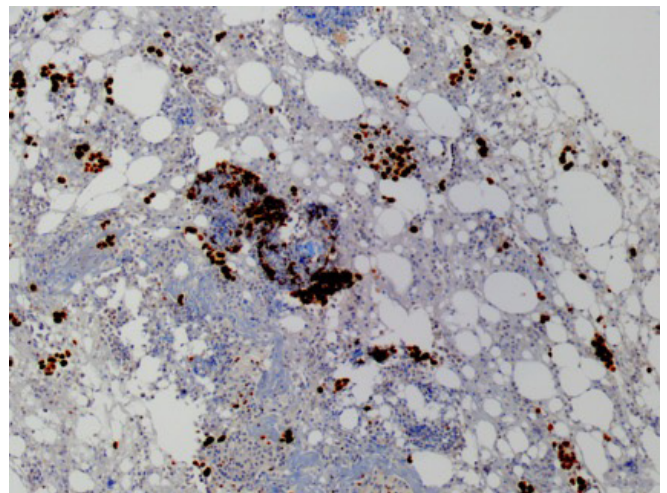


Figura 4

Anatomía patológica con tinción GATA3.

e hígado. La afectación metastásica del tejido retroperitoneal es rara, con apenas algunos casos en la literatura. La uropatía obstructiva y el dolor bilateral en flanco son características típicas de la fibrosis retroperitoneal, ambos presentes en este caso. Radiológicamente la fibrosis retroperitoneal puede confundirse con linfomas, carcinomatosis o sarcomas retroperitoneales. La biopsia percutánea guiada puede no obtener una muestra suficiente para un diagnóstico, especialmente en nuestro caso, donde no se localizaban masas ni adenopatías para biopsia dirigida. Por lo que es necesario, a veces, exploración quirúrgica.

CP-101. SCHWANNOMA SIGMOIDEO RESECADO ENDOSCÓPICAMENTE

CARNERERO RODRÍGUEZ JA¹, RODRÍGUEZ MONCADA R², CAMACHO MONTAÑO LM³, PÉREZ LUQUE A⁴, RIVAS RIVAS M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VÉJER DE LA FRONTERA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ. ⁴UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

Introducción

Los schwannomas son tumores de la vaina del nervio periférico que se originan a partir de las células de Schwann. Su desarrollo en el tracto digestivo es muy infrecuente, siendo excepcional la presentación colorrectal.

Caso clínico

Mujer de 56 años sin antecedentes de interés. Se solicita endoscopia digestiva baja por alteración del ritmo intestinal. En la colonoscopia se identifica en sigma, una lesión polipoidea sésil de 7 milímetros de diámetro y aspecto submucoso (**Figura 1**). Blanda y móvil al

tacto, se reseca con asa de diatermia y se tatúa con tinta china. La anatomía patológica informa la existencia en submucosa de un nódulo hialinizado y esclerosado, con presencia en su periferia de un ribete de células fusiformes sin atipia (Figura 2). Estas células expresan inmunotinción positiva para la proteína S-100, siendo catalogadas como células de Schwann (Figuras 3 y 4). La paciente se encuentra asintomática con revisiones endoscópicas sin hallazgos patológicos.

Discusión

Los schwannomas representan únicamente el 0,4%-1% de los tumores submucosos gastrointestinales. Se localizan en estómago (83%) e intestino delgado (12%), existiendo tan sólo 29 casos descritos en colon sigmoideo. Los schwannomas colorrectales se identifican frecuentemente como lesiones submucosas en colonoscopias de cribado, al ser la mayoría de ellos asintomáticos. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante inmunohistoquímica, siendo las biopsias a menudo insuficientes al asentar el tumor en la capa submucosa. Suelen presentar un crecimiento lento con un potencial de malignización muy bajo, el cual aumenta exponencialmente con el tamaño de la lesión y el porcentaje de mitosis atípicas. El tratamiento consiste en eliminar la lesión con márgenes de resección negativos, sin disponer de una pauta establecida para su seguimiento.



Figura 1

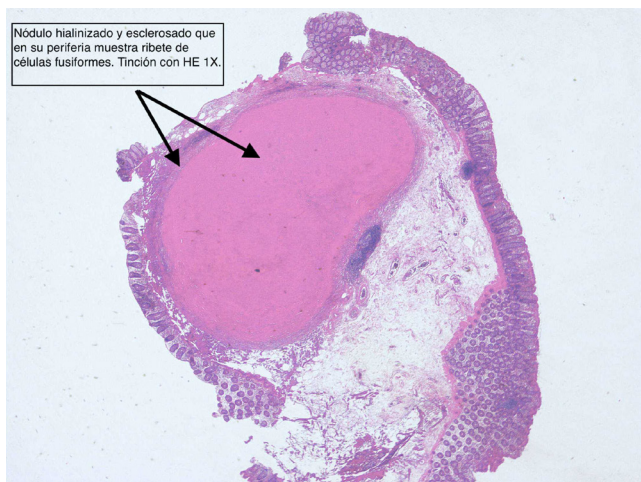


Figura 2

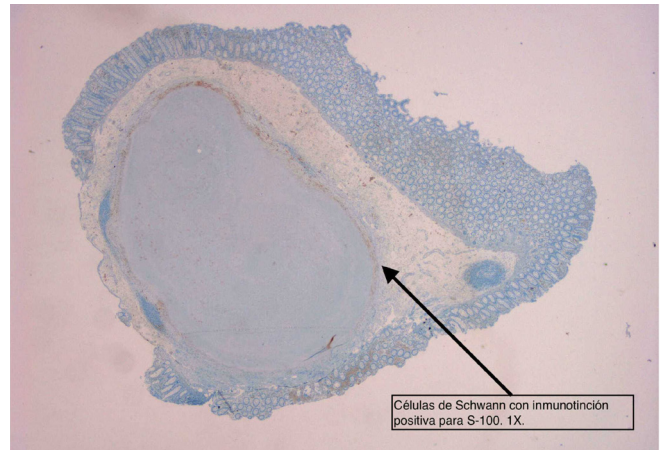


Figura 3



Figura 4

CP-102. SIGNOS RADIOLÓGICOS INFRECIENTES ASOCIADOS AL CÁNCER DE COLON

DÍAZ ALCÁZAR MM, GARCÍA ROBLES A, RUIZ RODRÍGUEZ AJ, CERVILLA SÁEZ DE TEJADA E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El estudio de extensión de un paciente con un cáncer de colon incluye tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica. En esta exploración, además de confirmar la neoplasia y su extensión, se pueden objetivar signos radiológicos infrecuentes que, en otro contexto podrían ayudar a diagnosticar un tumor maligno.

Caso clínico

Varón de 85 años con hallazgo en colonoscopia de neoformación sugerente de cáncer de colon, confirmado histológicamente. En

estudio de extensión, TC torácico sin hallazgos. En TC abdomino-pélvico (Figuras 1-3), engrosamiento parietal en relación a neoplasia conocida. En ángulo hepático imagen compatible con invaginación colo-cólica que implica al tumor. Además, aumento de densidad difuso y leve de la grasa mesentérica, con ganglios en su interior en relación a "Misty mesentery".

Discusión

La invaginación intestinal es común en pediatría, pero infrecuente en adultos, menos del 5% de los casos. En niños suele ser idiopática, mientras que en el 70-90% de adultos existe una lesión subyacente. En el colon, como en el paciente presentado, suele asociarse a lesiones malignas, mientras que en intestino delgado la mayoría son benignas como pólipos o tumoraciones submucosas. En pacientes con VIH es más frecuente ya que hay mayor prevalencia de hiperplasia linfoide, sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin. El diagnóstico es radiológico, demostrando el segmento invaginado. "Misty mesentery" se refiere a la apariencia en TC de la grasa



Figura 1 Corte axial de tomografía computarizada abdominal en que se objetiva invaginación colo-cólica (flecha verde) y "misty mesentery".

mesentérica infiltrada por células inflamatorias, fluidos, tumores y fibrosis. Puede aparecer en una gran variedad de enfermedades. El tumor que más frecuentemente afecta al mesenterio es el linfoma no Hodgkin, pero también el cáncer de páncreas, colon (como en el paciente del caso), mama, melanoma, ovario... La invaginación intestinal y el "misty mesentery" son signos radiológicos inespecíficos, presentes en ocasiones en el cáncer de colon. Tanto la historia clínica como el resto de hallazgos de la tomografía computarizada pueden ayudar al diagnóstico diferencial.



Figura 2 Corte coronal de de tomografía computarizada abdominal en que se objetiva invaginación colo-cólica (flecha verde) y "misty mesentery".



Figura 3 Corte transversal de de tomografía computarizada abdominal en que se objetiva invaginación colo-cólica (flecha verde) y "misty mesentery".

CP-103. TIFLITIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA NO NEUTROPÉNICA

VIDAL BELLO AV¹, CARNERERO RODRÍGUEZ JA², MATA PERDIGÓN FJ¹, MORENO GARCÍA AM¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VÉJER DE LA FRONTERA

Introducción

La tiflitis es una enterocolitis ileocecal infrecuente característica de pacientes neutropénicos con neoplasias hematológicas. En su patogenia están implicados fenómenos de mucositis, ulceración y necrosis directa por los tratamientos quimioterápicos, así como por la propia neutropenia e infecciones secundarias. En los últimos años se ha identificado un aumento de casos de tiflitis en pacientes con adecuado control inmunológico, que debido a su baja incidencia suponen un gran reto diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 49 años con leucemia mieloide aguda en remisión tras recibir tratamiento quimioterápico y trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos hace 4 años. Presenta cuadro de instauración brusca consistente en dolor abdominal de predominio en fosa iliaca derecha y fiebre de hasta 40°C, asociado a una deposición líquida verdosa. Exploración con signos incipientes de irritación del peritoneo. En la analítica existe elevación de reactantes de fase aguda con un recuento de neutrófilos de 5487/ μ L en rango de normalidad. Se realiza tomografía computarizada con contraste endovenoso de abdomen, donde se evidencia un marcado engrosamiento mural de hasta 14mm a nivel ileocecal (Figuras 1 y 2). Se valora conjuntamente con hematología y radiología estableciendo el diagnóstico de tiflitis. Con medidas de soporte y antibioterapia carbapenémica de amplio espectro la paciente presenta una evolución clínica favorable sin necesidad de cirugía, obteniéndose crecimiento bacteriano de *Escherichia coli* en hemocultivos.

Discusión

La tiflitis es conocida tradicionalmente con la denominación de enterocolitis neutropénica. Sin embargo esta inflamación ileocecal puede aparecer en sujetos sanos con cifras de neutrófilos en rango de normalidad, traduciendo la complejidad de su patogenia. Con tasas de mortalidad que pueden superar el 50%, resulta crucial reconocer estas formas de presentación atípicas para establecer un diagnóstico y manejo terapéutico adecuado de forma precoz.



Figura 1

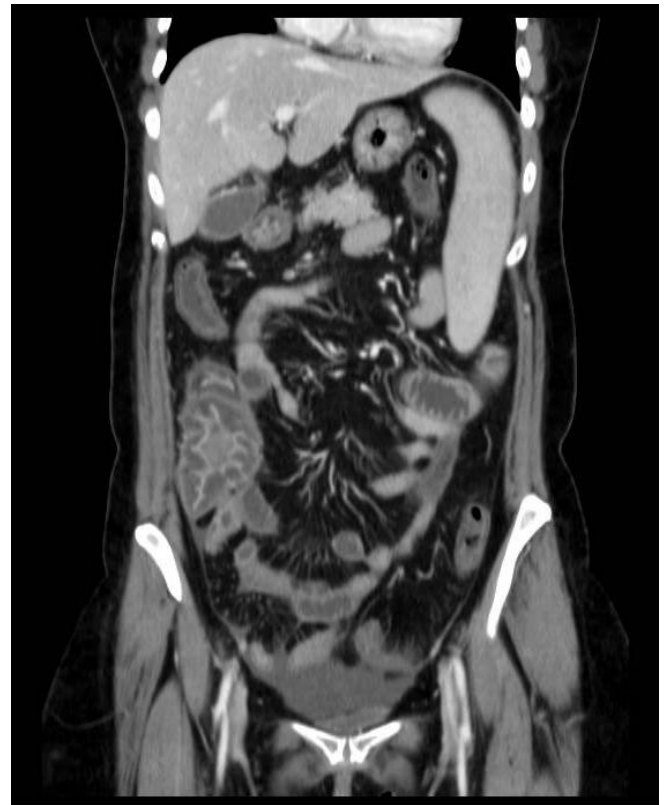


Figura 2

CP-104. TUMOR CARCINOIDE INTESTINAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

GIL AYUSO J, TORO ORTIZ JP, PINAZO BANDERA JM, ANDRADE BELLIDO RJ

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

Introducción

El tumor carcinoide intestinal (TCI) es el tumor neuroendocrino más frecuente del aparato digestivo, localizándose principalmente en el íleon, con una prevalencia de 2 por cada 100000 habitantes. A continuación, se presentan dos casos con similar expresión clínica.

Caso clínico

El primer caso es un varón de 50 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias aquejando dolor abdominal de días de evolución, con náuseas y deposiciones líquidas con sangre. Refiere pérdida de peso de 10 kg e intolerancia oral. Analíticamente sin alteraciones y en la radiografía abdominal se objetiva dilatación de asas de delgado. Entre las pruebas complementarias del ingreso, destaca elevación de 5HIAA en orina y TC con sospecha de neoformación ileal (Figura 1) con lesiones hepáticas. Tras esto, se realiza SPECT-TC-octreoscan captando en mismas regiones, con alta sospecha de TCI (Figuras 2 y 3). Se interviene mediante resección del íleon

terminal, con respuesta clínica parcial, precisando administración de Octreotido posteriormente. El análisis del segmento resecado confirma el diagnóstico de TCI bien diferenciado con expresión de cromogranina y sinaptofisina. El segundo caso trata de una mujer de 48 años sin antecedentes que acude a urgencias por dolor abdominal, náuseas, diarrea sanguinolenta y fiebre de días de evolución. En la radiografía abdominal destaca dilatación de asas de intestino delgado y analíticamente leve leucocitosis con elevación de PCR (20 mg/L). Se realiza TC abdominal, evidenciando ileítis con una colección adyacente (Figura 4). Durante su ingreso, destaca un tránsito baritado con estenosis a distintos niveles y defecto de repleción polipoide ileal (Figura 5), por lo que se solicita SPECT-TC-octreoscan con captación a nivel ileal sugestiva de TCI (Figura 6). Se realiza resección ileal, con remisión clínica completa. El estudio de la pieza quirúrgica de nuevo confirma el diagnóstico.

Discusión

El TCI puede tener una amplia expresión clínica. La sintomatología, por orden de frecuencia, consiste en: dolor abdominal, obstrucción intestinal y hemorragia digestiva. El síndrome carcinoide sólo aparece en algunos casos en los que existen metástasis hepáticas. Las pruebas complementarias que apoyan el diagnóstico son: 5HIAA en orina (S 75%, E 99%), cromogranina A (S 87%, E baja) y pruebas



Figura 1
TC evidencia neoformación ileal

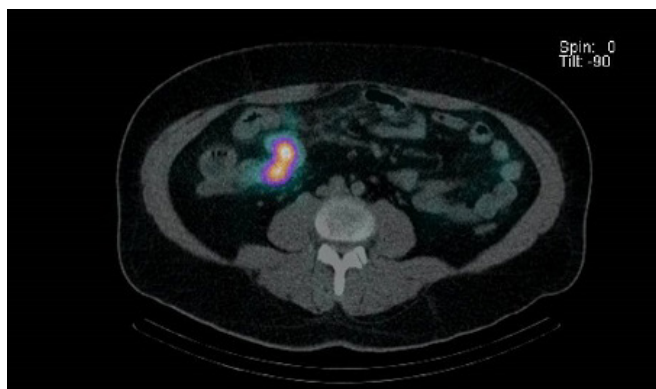


Figura 2
SPECT- TC-Octreoscan muestra captación en íleon.

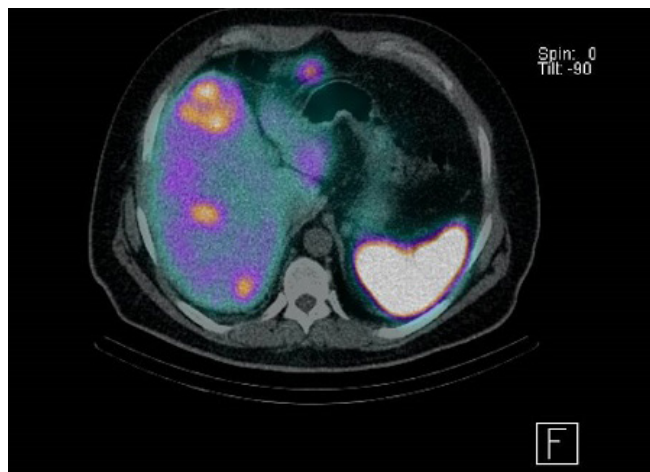


Figura 3
SPECT-TC-Octreoscan muestra captación a nivel hepático.



Figura 4
TC evidencia ileítis con colección adyacente.



Figura 5
Tránsito baritado muestra defecto de repleción a nivel ileal.

de imagen (octreoscan el más determinante). Ambos casos clínicos debutaron con sintomatología abdominal, que planteó la posibilidad de una enfermedad inflamatoria intestinal. Por tanto, aunque son infrecuentes, es importante a la hora de realizar el diagnóstico diferencial incluir los TCIs y conocer el manejo diagnóstico de éstos.

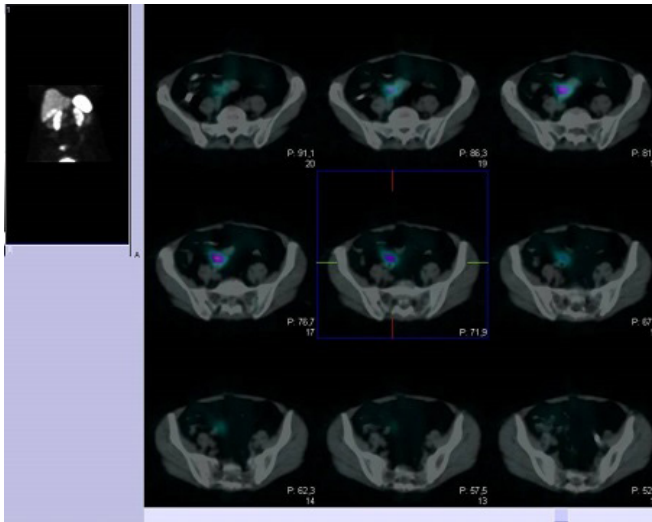


Figura 6
SPECT-TC-Octreoscan evidencia captación en íleon.

CP-105. TUMOR DE VANEK COMO CAUSA RARA DE PÓLIPO COLÓNICO

DE VICENTE ORTEGA A, TERCERO LOZANO M, AYUSO CARRASCO CAB, DEL CASTILLO CODES MI

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN

Introducción

El tumor de Vanek o pólipo fibroide inflamatorio se considera una lesión tumoral benigna muy poco frecuente, constituyendo menos del 0,1% de todos los pólipos gástricos, siendo ésta su localización más frecuente. La presentación clínica usualmente es asintomática, aunque puede variar dependiendo del lugar y tamaño de la lesión, desde cuadros dispépticos a obstructivos. En algunos casos los síntomas que comúnmente se han descrito son epigastralgia, pirosis y náuseas de larga evolución. El tratamiento habitualmente consiste en resección endoscópica.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 29 años, sin antecedentes personales de interés, que acude derivado desde atención primaria a nuestras consultas para estudio de rectorragia intermitente. La exploración física es anodina con tacto rectal normal. Se realiza colonoscopia para estudio de hemorragia donde se observa un pólipo pediculado (Paris 0-Ip) NICE 1 en recto de 8 mm. Se

procede a polipectomía del mismo con asa caliente y se envía para estudio anatomopatológico (Figuras 1 y 2). Como diagnóstico anatomopatológico de la polipectomía de colon se obtiene pólipo fibroide inflamatorio o tumor de Vanek.

Discusión

El tumor de Vanek se considera un tumor benigno que se puede distribuir a lo largo del tracto digestivo, aunque su localización y descripción más frecuente es gástrica (80%); siendo menos frecuente en otras localizaciones como el colon, tal como el caso que presentamos. Típicamente en endoscopia se presenta como lesión polipoidea única, sénil o pediculada revestida por mucosa de aspecto normal. La resección endoscópica es el tratamiento de elección, aunque en ocasiones, según el tamaño y la localización, puede realizarse a través de una cirugía abierta o laparoscópica. Habitualmente no recurren tras la resección completa y no requiere tratamiento adicional.



Figura 1
Tumor de Vanek visualizado como pólipo endoscópicamente



Figura 2
Tumor de Vanek visualizado como pólipo endoscópicamente.

CP-106. ÚLCERA RECTAL SANGRANTE COMO COMPLICACIÓN DE PROCTITIS POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS

FLORES MORENO H¹, RICO CANO A², MOSTAZO TORRES J³, JIMÉNEZ PÉREZ M³

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El linfogranuloma venéreo es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual provocada por la *Chlamydia trachomatis*. Habitualmente se observa una pápula ulcerada e indolora en el lugar de inoculación. Posteriormente aparecen linfadenopatías inguinales dolorosas, que sin tratamiento pueden evolucionar a la necrosis e inflamación de las mismas produciendo elefantiasis genital por obstrucción del drenaje linfático. Ocasionalmente pueden surgir úlceras anales o proctitis por inoculación directa de la bacteria en la mucosa rectal.

Caso clínico

Paciente varón de 38 años con antecedentes de VIH con mala adhesión al tratamiento que acude a urgencias por dolor en hipogastrio y diarrea de dos semanas de evolución. El cuadro se acompaña de rectorragia y aumento del dolor anorrectal en las últimas horas. Refiere relaciones sexuales homosexuales sin protección semanas previas. En analítica se observa anemia de 2 puntos de hemoglobina. Se realiza colonoscopia que muestra una mucosa rectal edematosa y eritematosa con múltiples aftas y ulceraciones superficiales con sangre roja fresca, abundantes coágulos y gran friabilidad (Figura 1). Se identifica a 20 centímetros una úlcera profunda de bordes sobreelevados que mide 15 mm aproximadamente (Figura 2). Dados los hallazgos endoscópicos se inició tratamiento empírico dirigido con Ceftriaxona y Doxicilina. Se tomaron biopsias cuyo resultado fue positivo para *Chlamydia trachomatis* (PCR en tejido rectal).

Discusión

Es importante tener en cuenta la etiología infecciosa ante un paciente con proctitis e historia previa de relaciones sexuales de riesgo para iniciar tratamiento empírico lo más precozmente posible y así prevenir las posibles complicaciones (estenosis rectales, fístulas, etc).

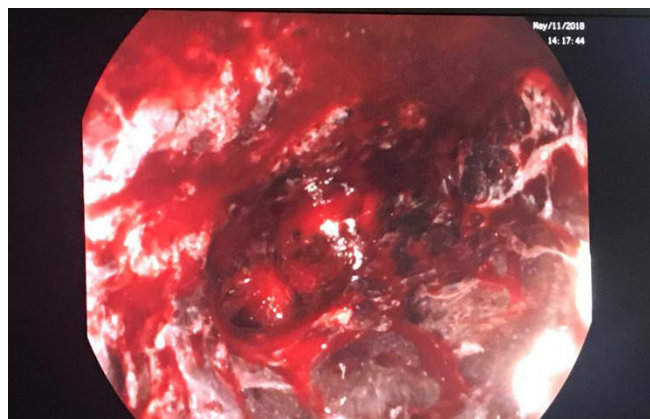


Figura 1

La colonoscopia muestra sangre roja fresca, abundantes coágulos y gran friabilidad al roce.

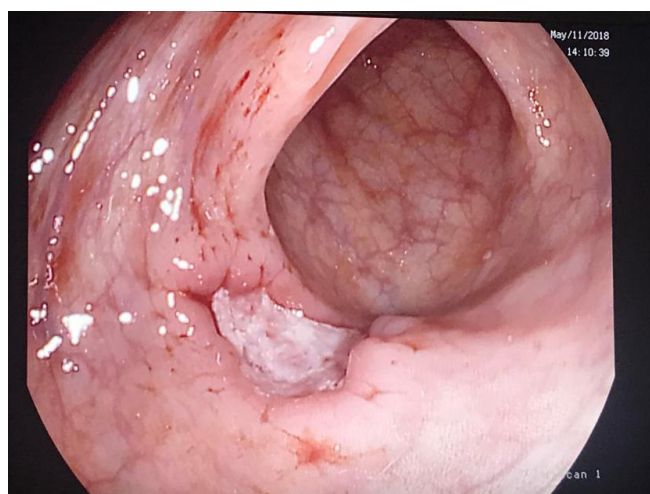


Figura 2

A 20 cm se identifica úlcera profunda de bordes sobreelevados

CP-107. VÓLVULO DE SIGMA REBELDE A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS

Ruiz Rodríguez AJ¹, Díaz Alcázar MM¹, Vidal Vílchez B¹, Berdugo Hurtado F¹, González Puga C²

¹Servicio Aparato Digestivo. Hospital San Cecilio, Granada. ²Servicio Cirugía General. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción

La miastenia gravis es una enfermedad de la placa motora que produce debilidad muscular. Su diagnóstico es analítico mediante anticuerpos y electromiografía. El 15% de los pacientes desarrollan timomas. El tratamiento médico se realiza con inhibidores de la colinesterasa e inmunosupresores. El tratamiento quirúrgico es la timectomía realizándose de forma profiláctica en pacientes entre la pubertad y los 55 años.

Caso clínico

Paciente de 59 años con antecedentes de gastroparesia, miastenia gravis y timoma mediastínico extirpado mediante cirugía y radioterapia. Acude a urgencias por cuadro de astenia, dolor abdominal generalizado, sobre todo en mesogastrio y fosa iliaca izquierda, ausencia de deposiciones y ventoso de 4 días de evolución. Se realiza Tomografía Computerizada (TC) abdominal que se informa como vólvulo de sigma de hasta 20 centímetros de eje mayor craneocaudal y marcada dilatación retrógrada generalizada de asas intestinales, cámara gástrica y esófago. Se procede en primera lugar a desvolvulación endoscópica observándose fruncimiento de pliegues colónicos a 30 centímetros de margen anal, progresándose y aspirando contenido colónico retrógrado. Posteriormente el paciente pasa de nuevo a observación. A las 48 horas, tras persistir el cuadro, se realiza segundo intento de desvolvulación endoscópica, siendo infructuoso por mala tolerancia del paciente y por ausencia de visión óptica. El paciente es ingresado en planta de aparato digestivo con tratamiento conservador con sonda nasogástrica y rectal tras consenso con cirugía general. A las 48 horas, sufre incremento de dolor abdominal tras preparación de colonoscopia, por lo que se pide nuevo TC abdominal urgente, que informa de aumento de tamaño de vólvulo y signos de sufrimiento con respecto a prueba de imagen previa. Es valorado urgentemente por cirugía general realizando sigmoidectomía y colostomía de descarga, siendo dado de alta hospitalaria a los 10 días tras una buena evolución en el postoperatorio.

Discusión

La miastenia gravis provoca síntomas a nivel neurológico y motor fundamentalmente. Está descrito el estreñimiento en el 30 % de los casos. Como factor de riesgo asociado a la producción del vólvulo destaca la escasa movilidad del paciente y la utilización crónica de laxantes, debido al avanzado estado de su enfermedad

de base. En este caso, la realización de 2 intentos de desvolvulación endoscópica fallidos y el empeoramiento del estado general del paciente indicó la necesidad de intervención quirúrgica urgente para resolver el cuadro.

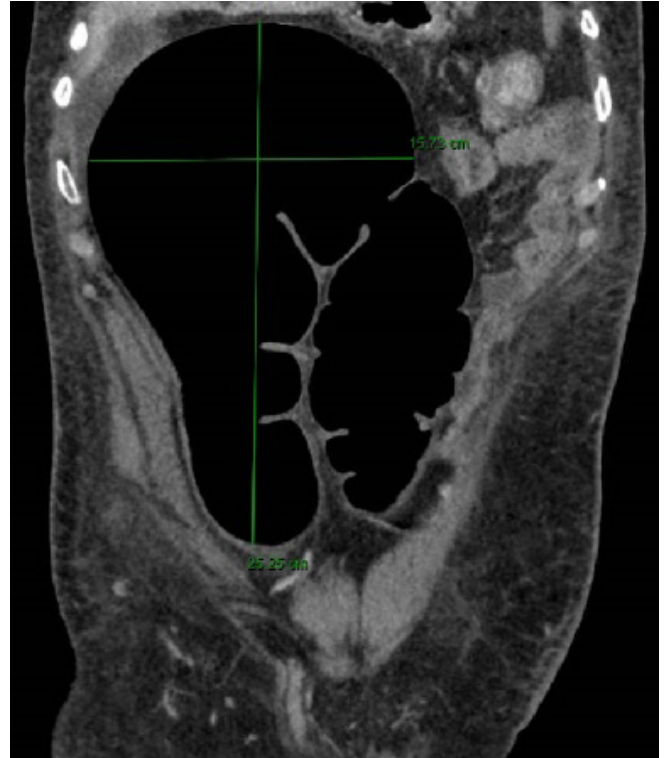


Figura 2

Corte coronal de TC abdominal donde se observa dilatación craneocaudal de colon y dilatación de intestino y estómago.



Figura 1

Corte coronal de TC abdominal donde se observa dilatación craneocaudal de colon y dilatación de intestino y estómago.

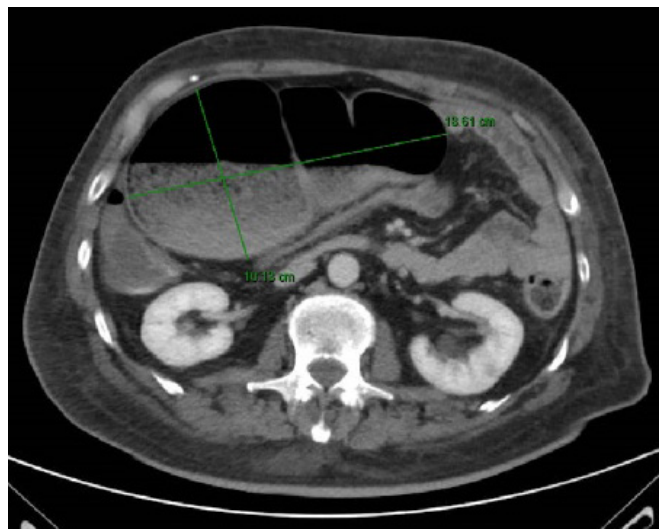


Figura 3

Corte coronal de TC abdominal donde se observa dilatación craneocaudal de colon y dilatación de intestino y estómago.



Figura 4
Fotografía de pieza quirúrgica (sigmoidectomía).

CP-108. VÓLVULO Y HEMORRAGIA: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE TUMORES SINCRÓNICOS DE COLON.

CALVO BERNAL MM, DIÉGUEZ CASTILLO C, LÓPEZ GONZÁLEZ J

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales. Cuando se consideran ambos sexos, es el tumor maligno más frecuente, con una incidencia de 30-50 casos/100 000 habitantes. Constituye la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer. Aparece con mayor frecuencia entre la quinta y la séptima década de la vida. No suele dar síntomas hasta fases avanzadas. La forma de presentación varía según la localización del tumor. Debe sospecharse ante todo paciente que presente cambios en el ritmo deposicional, rectorragia o hematoquecia, o anemia crónica por pérdidas ocultas en heces.

Caso clínico

Varón de 58 años, institucionalizado, con antecedente de sigmoidectomía con colostomía terminal por vólvulo de sigma y dolico colon 6 meses atrás. En biopsia de pieza quirúrgica se identificó adenocarcinoma úlcero-infiltrante de sigma (pT4a, M0, M0). Acude nuevamente a Urgencias por sangrado franco a través de bolsa de ostomía de varias horas de evolución no asociado a sin fiebre, dolor abdominal ni vómitos. Durante su estancia en Observación, se objetiva cese del sangrado y tendencia a la hipotensión (TA:100/60 mmHg) con frecuencia cardíaca normal (80 lpm). En analítica destaca anemia progresiva sin llegar a precisar transfusión de hemoderivados (Hemoglobina previa al ingreso: 12 g/dL y hemoglobina previa al alta: 8.4g/dL). Se realiza colonoscopia en las primeras 24 horas, que objetiva una masa ulcerada en ciego, sin sangrado activo con toma de biopsia compatible con adenocarcinoma de ciego ulcerado e infiltrante. Estudio de

extensión sin presentar adenopatías ni metástasis a distancia. Finalmente y en consenso con el servicio de Cirugía General, se decide nueva intervención quirúrgica con hemicolectomía derecha para extirpación del segundo tumor.

Discusión

El interés de este caso reside, en primer lugar, en la forma de presentación del tumor colorrectal inicial que se diagnosticó a partir de un vólvulo de sigma y dolico colon. Es importante realizar colonoscopia en pacientes que debuten con este tipo de sintomatología y cirugía diagnóstico-terapéutica si con la colonoscopia no se llega al diagnóstico. En segundo lugar, llama la



Figura 1
Se muestra signo de "grano de café" compatible con vólvulo de sigma.



Figura 2
Se observan cambios en el calibre de las asas intestinales compatibles con vólvulo de sigma.

atención que a los 6 meses después de la intervención, el paciente vuelve a presentar clínica en forma de hemorragia digestiva baja, que se diagnostica de tumor de ciego por colonoscopia. Se trata, por tanto, de un tumor sincrónico de colon. Tal y como sucede en nuestro caso, hay que tener en cuenta que el antecedente de haber padecido un tumor colorrectal aumenta la incidencia de presentar nuevos tumores colónicos.

CP-109. VÓMITOS RECURRENTES E INTOLERANCIA ORAL SECUNDARIA COMO FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DE DIVERTÍCULOS DUODENALES

VIDAL VÍLCHEZ B, TENORIO GONZÁLEZ E, ROA COLOMO A, GARCÍA MÁRQUEZ J, BERDUGO HURTADO F

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Los divertículos son protrusiones saculares de la pared intestinal que se desarrollan en intestino delgado y en colon. Suelen cursar de forma asintomática, constituyendo un hallazgo casual. En caso de aparición de síntomas, el manejo suele ser conservador. Presentamos un caso con sintomatología atípica diagnosticado en nuestro centro.

Caso clínico

Mujer de 82 años, colecistectomizada, en estudio por neoformación en cabeza de páncreas y portadora de prótesis biliar metálica tras tres episodios de colangitis. Reingresa por fiebre, epigastralgia y vómitos recurrentes de tipo postprandial tardío que no ceden con tratamiento e impiden ingesta. Analíticamente destaca bilirrubina total: 2.82 mg/dl a expensas de directa, AST: 376 U/L, ALT: 121 U/L, GGT: 1395 U/L, FA: 1342 U/L, PCR: 225 mg/L, amilasa e iones normales y leucocitos: 12.610/μL con neutrofilia. Se realiza esofagogastroduodenoscopia que aprecia en duodeno un cambio en la mucosa, que adquiere un aspecto similar al colónico, con presencia de divertículos de mediano tamaño y sin continuación de luz intestinal identificable que permita progresión a lo largo de duodeno. Se solicita esofagograma baritado que evidencia múltiples divertículos en marco duodenal destacando uno de morfología lobulada de 8x5 cm en tercera porción (Figura 2). Durante el ingreso evoluciona desfavorablemente, con progresión de su enfermedad neoplásica, por lo que se presenta caso en Comité médico-quirúrgico y se decide tratamiento paliativo.

Discusión

La mayoría de los divertículos duodenales se adquieren a lo largo de la vida debido a herniación de la mucosa, submucosa y muscular a través del orificio causado por la entrada de grandes vasos o los conductos pancreaticobiliares. Presentan alta prevalencia en pacientes con edad avanzada. En raras ocasiones se presentan de forma congénita. Generalmente, se sitúan en la pared medial de la segunda porción duodenal, en la proximidad de la ampolla de Vater y la cabeza del páncreas. En el 90% de los casos cursan de forma asintomática. En caso de síntomas, se presentan habitualmente

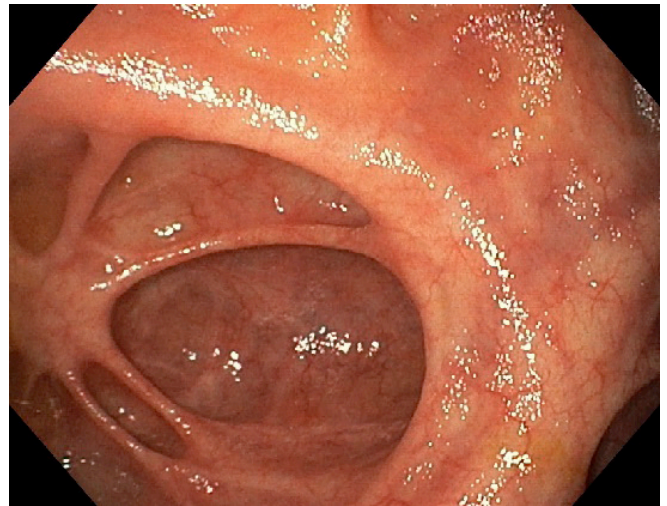


Figura 1

Esofagogastroduodenoscopia donde se objetiva cambio de aspecto colónico con presencia de divertículos de mediano tamaño sin continuación de luz intestinal.

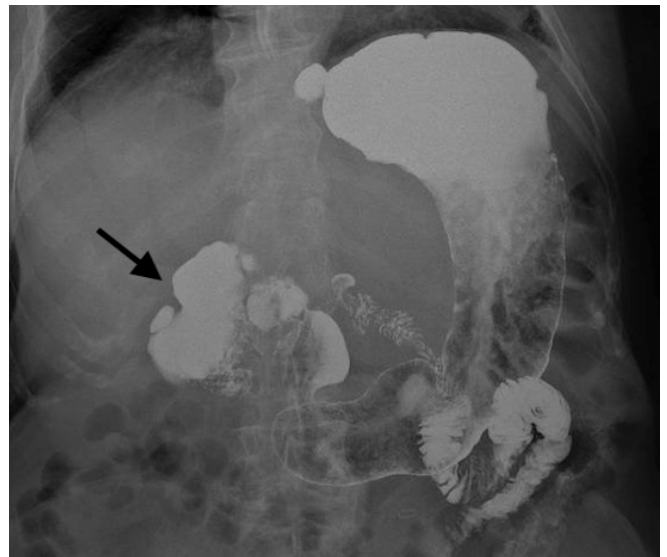


Figura 2

Esofagograma baritado que evidencia múltiples divertículos en marco duodenal con gran divertículo lobulado en tercera porción de 8x5 cm (flecha).

como dolor abdominal postprandial, vómitos y malabsorción. En ocasiones pueden desarrollar complicaciones tipo obstrucción intestinal, colangitis, diverticulitis o hemorragia gastrointestinal. El diagnóstico no suele ser de presunción, sino que se plantea tras su identificación en pruebas de imagen o endoscópicas. Los divertículos asintomáticos y de pequeño tamaño no requieren tratamiento. Si son sintomáticos, el manejo suele ser conservador. El tratamiento quirúrgico se reserva para el manejo de complicaciones como perforación, fístula o la hemorragia gastrointestinal refractarias al tratamiento conservador. Se ha planteado la posibilidad de diverticulectomía o cierre endoscópicos, siendo necesarios más estudios para su implementación en la práctica habitual.