

leucocitosis con neutrofilia y coagulopatía, y la ecografía abdominal evidencia una masa hepática de 10x12 cm sugerente de absceso hepático.

Las serologías para schistosoma, toxocara, echinococcus y strongyloides resultaron negativas. Se realizó un drenaje percutáneo ecoguiado, iniciando antibioterapia empírica con metronidazol y una cefalosporina de 3ª generación en espera del análisis microbiológico, que finalmente resultó positivo para Entamoeba Histolytica.

El paciente fue presentando una muy lenta pero progresiva mejoría con disminución de los requerimientos analgésicos, suspensión de la nutrición parenteral y lenta corrección de la anemia, la coagulopatía y el perfil hepático. En un primer control radiológico se evidenció disminución significativa de la colección (3 cm), por lo que se consensuó alta hospitalaria. Sin embargo, una ecografía ambulatoria posterior revela la persistencia del absceso, pese haber completado el mes de antibioterapia.

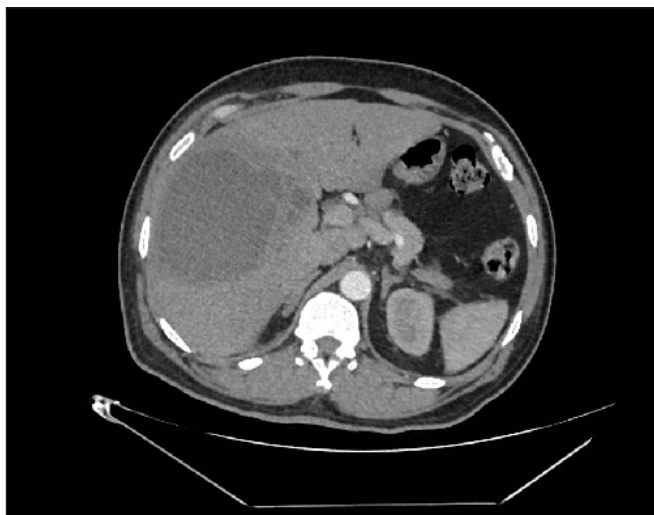


Figura 1. Extensa colección con pared captante, de bordes mal definidos, en lóbulo hepático derecho, abarcando segmento VI, VII y VIII, de 10cm x 12cm x 12cm aproximadamente.



Figura 2. Punción ecoguiada del absceso hepático con inserción de catéter de drenaje, dejando extremo distal en el seno de la colección.



Figura 3. Dos semanas después, disminución significativa de tamaño del absceso (31x17x16 mm).

Discusión

El absceso amebiano puede persistir en controles radiológicos (incluso aumentar en tamaño o número) durante más de dos años a pesar de haber recibido terapia dirigida contra la amebiasis invasiva, pudiendo visualizarse como lesiones anecoicas, calcificadas o quísticas. Estas anomalías ecográficas no deben suponer motivo suficiente para repetir el tratamiento o realizar pruebas adicionales, siempre y cuando el paciente haya logrado la remisión clínica (como es el caso de nuestro paciente). La paramomicina oral es un amebicida luminal que suele emplearse como terapia adicional, para erradicar los quistes intraluminales (aun si los resultados de la microscopía fecal son negativos).

Área Intestino Delgado/ Colon

CP-112. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN EL ÁREA SANITARIA BAHÍA DE CARIZ – LA JANDA: ANÁLISIS DE 10 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL.

Rivas Rivas M¹, Pérez Alberca C², Pérez Monzu A¹, Bosco López Sáez J³, De La Vega Olia C²

¹UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. ²UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ. ³UGC MEDICINA INTERNA HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

En España, el cáncer colorrectal es el cáncer con mayor incidencia y Andalucía según los nuevos casos en el último año registrado se posicionará como la comunidad con mayor incidencia. Conocer la epidemiología del cáncer colorrectal es fundamental ya que permite identificar patrones, mejorar estrategias de prevención, cribado y desarrollar programas de salud pública. Nuestro objetivo es conocer las características epidemiológicas y clínicas de este tumor, su incidencia, localización, distribución por edad y sexo, manifestación clínica y estadio tumoral en el momento de diagnóstico en la provincia de Cádiz, concretamente al área sanitaria que abarca el Hospital Universitario de Puerto Real, un análisis de los últimos 10 años.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los casos de cáncer colorrectal diagnosticados en el Hospital Universitario de Puerto Real en el periodo tiempo 2013-2022. Variables analizadas: Sexo, edad, antecedentes familiares, personales, histología, clínica, prueba de cribado, casos nuevos, analítica, Hg < 10 g/dl, CEA, localización tumoral, obstrucción intestinal, estadio TNM e histología tumoral.

Resultados

N= 1400 pacientes, edad media 67 años, rango de edad 70-79 el de mayor frecuencia diagnóstica. Colon n= 904(65%) mujeres 357y hombres 547. Recto n= 496(35%) 152mujeres y 344 hombres. Número de casos nuevos CCR 2013-2022 respectivamente (102+113+127+159+117+160+148+155+169

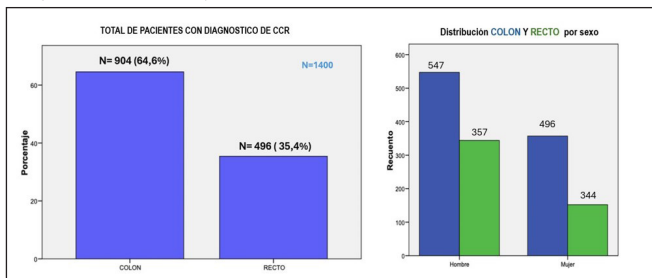


Figura 1. Un total de 1400 pacientes CCR Mas de la mitad de los pacientes tienen cáncer de colon. El cáncer de colon es mas frecuente que el de recto tantos en hombres como en mujeres.

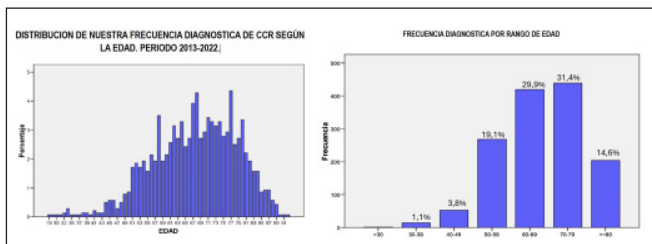


Figura 2. La media de edad fue 67 años, la moda 68 años. El paciente mas joven tuvo 19 años y el mayor 92 años. El 61% de los pacientes tiene edad entre 60-79 años. El 14% tiene mas de 80 años y un 5% tiene menos de 49 años.

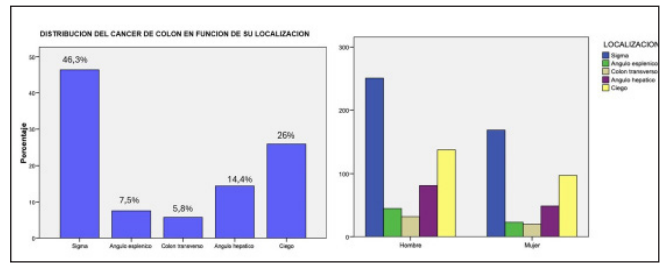


Figura 3. La localización mas frecuente es el sigma, casi la mitad de los pacientes 46%, seguida de ciego 26%, ángulo hepático 14%, esplénico y transverso. No hay diferencias en hombres y mujeres.

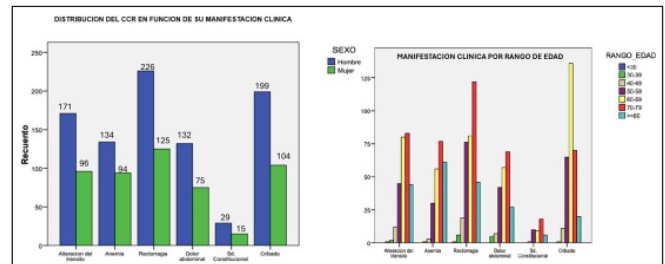


Figura 4. La manifestación clínica mas frecuente fue la rectorragia en todas las edades salvo en el rango de edad de 60-69 años donde es la presencia de SOH positiva, prueba de cribado. La menos frecuente síndrome constitucional. No hay diferencia en cuanto al sexo.

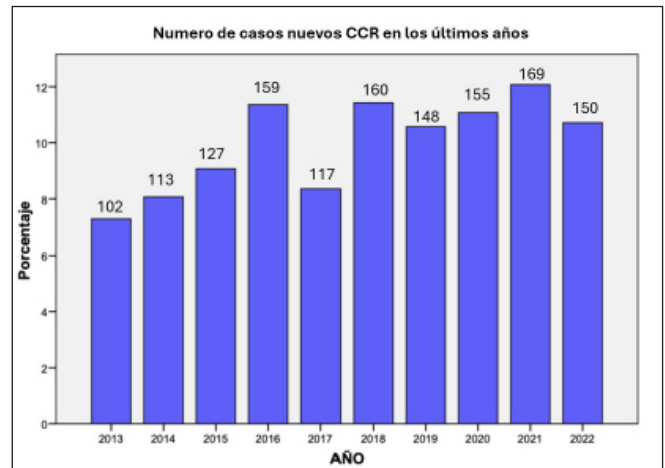


Figura 5. Existe un claro aumento de casos nuevos de CCR en los últimos años, hay un aumento del 4%.

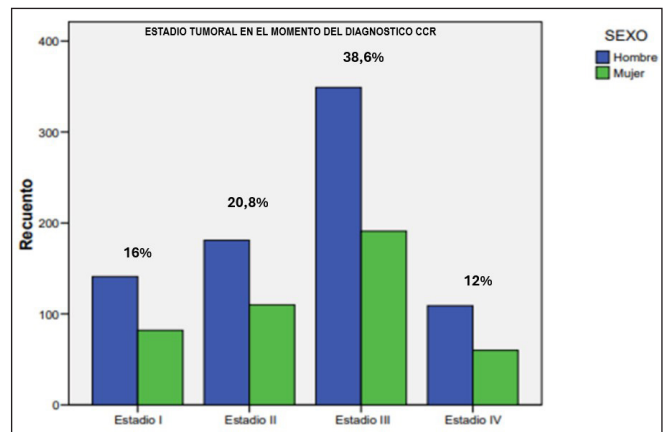


Figura 6. El estadio tumoral III es el mas frecuente en el momento del diagnóstico 44% de los casos seguido del estadio II. Afortunadamente el estadio IV es el menos frecuente 12,6%.

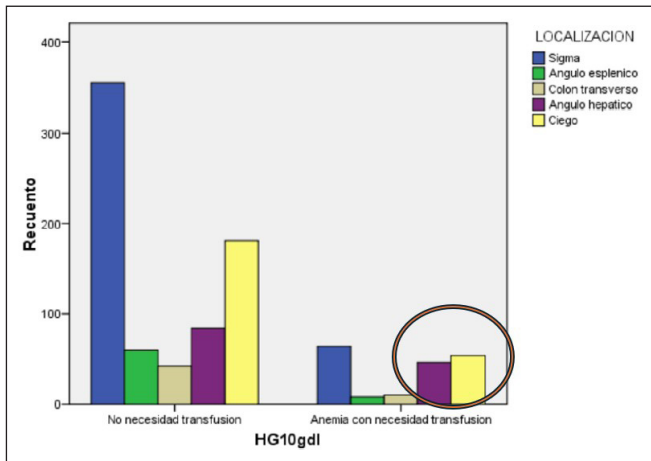


Figura 7. La presencia de anemia con necesidad de transfusión (Hg < 10g/dl) es mayor en el cáncer colorrectal situado en colon derecho (ciego + ángulo hepático).

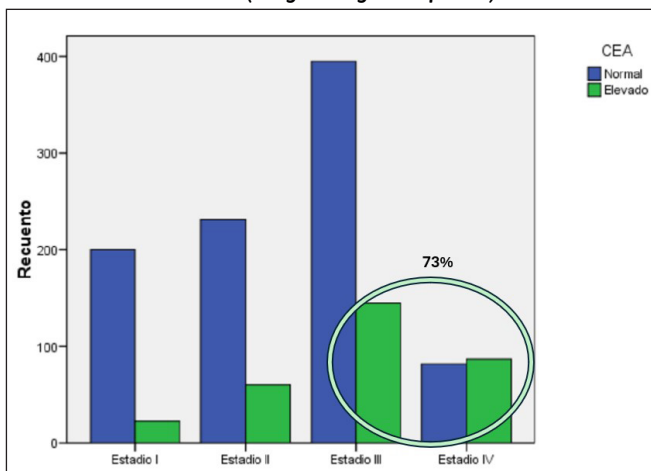


Figura 8. La presencia de CEA elevado es mas frecuente en estadios III y IV. El CEA estaba elevado en 25,5% de los pacientes, del total del CEA elevado el 73% eran estadio III y IV.

9+150), incremento 4% en últimos años. La localización CCR más frecuente fue sigma seguida de ciego en ambos sexos. La manifestación clínica más frecuente fue rectorragia en ambos sexos en el rango de edad 60-69 fue el cribado. La obstrucción intestinal ocurrió en 7% de los pacientes. El 63% no tenían historia familiar conocida CCR. La frecuencia diagnóstica por estadio tumoral I-IV respectivamente, 17%-25%-40%-12%. La presencia de anemia con necesidad de transfusión es mayor en CCR de colon derecho. CEA elevado en el 25% de los CCR, el 73% registrados en estadio III y IV.

Conclusiones

La alta frecuencia de diagnósticos en estadios avanzados resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de cribado, especialmente en pacientes asintomáticos.

La predominancia de presentaciones en el sigmoides y ciego sugiere la necesidad de enfoques específicos de vigilancia endoscópica en estas localizaciones.

Se debe prestar atención a síntomas inespecíficos y antecedentes familiares para evitar diagnósticos tardíos y mejorar el manejo y el pronóstico de la enfermedad.

CP-113. FÍSTULA IATROGÉNICA CON DIFÍCIL CONTROL TRAS ABLACIÓN PERCUTÁNEA DE HEPATOCARCINOMA

Saldaña García L¹, Rosales Zabal JM¹, Ljubic Bambill I¹, González Canóniga Á², Alcalde Vargas A³, Pérez Aisa Á³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ²UNIDAD ENDOSCOPIA COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ³UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

La termoablación de lesiones hepáticas es una estrategia de tratamiento del hepatocarcinoma no exenta de complicaciones. Se presenta el caso de una perforación colónica tras ablación hepática.

Caso clínico

Varón de 81 años con antecedentes de hepatopatía crónica avanzada sin datos de hipertensión portal, secundaria a consumo de alcohol en el pasado. Por lesión hepática identificada en ecografía de cribado se realiza TC donde se describen lesiones focales en segmentos IV y VI de 27 mm y 56 mm sin comportamiento específico de hepatocarcinoma, por lo que se biopsia con diagnóstico de hepatocarcinoma bien diferenciado (BCLC-B). Se procede en un primer tiempo a termoablación percutánea de lesión en segmento IVB, presentando como complicación, perforación colónica con fístula intestinal cutánea yatrogénica (Figura 1), tratado inicialmente de forma conservadora con buena evolución



Figura 1. Imagen de TC de abdomen donde se aprecia fístula entre el colon y la piel, tras ablación percutánea de hepatocarcinoma.

y alta. Presenta progresión en TC de control con trombosis en la porta intrahepática por lo que se decide inicio de tratamiento sistémico con Atezolizumab/Bevacizumab con buena respuesta radiológica y bioquímica. Un año después de la ablación y tras 6 ciclos de Bevacizumab, es necesario suspenderlo por reapertura de orificio fistuloso, con débito activo fecaloideo y hemático. Se realiza colonoscopia donde se identifica a nivel de colon transverso proximal, orificio fistuloso ulcerado (**Figura 2**), sobre el que se

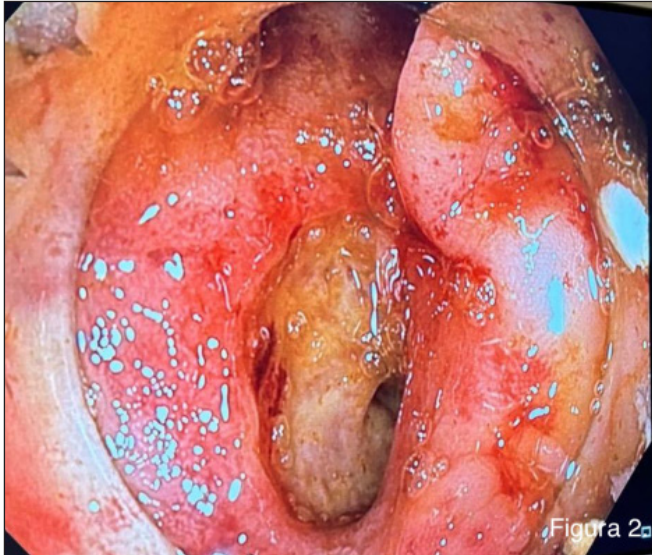


Figura 2. Imagen endoscópica donde se aprecia orificio fistuloso a nivel del colon transverso proximal.

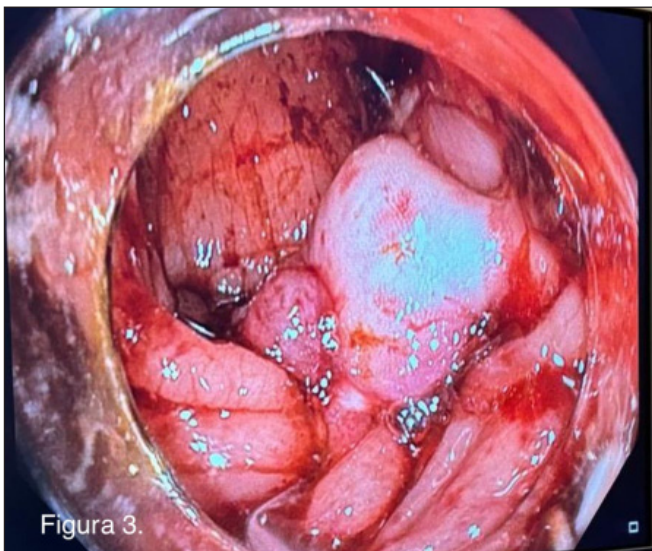


Figura 3. Orificio fistuloso cerrado tras colocación de Clip Ovesco.

libera Clip Ovesco logrando el cierre completo del mismo (**Figura 3**). Inicialmente presenta buena evolución aunque de forma precoz reinicia débito escaso por la fistula que se mantiene hasta la actualidad (3 meses después), manteniendo seguimiento en nuestras consultas con aceptable estado general, enfermedad estable y tratamiento sintomático del hepatocarcinoma.

Discusión

Las complicaciones mayores tras la ablación percutánea de lesiones hepáticas se describe en un 2-3% de los casos. Dentro de estas se encuentran la perforación colónica y la fístula enterocutánea que resulta extremadamente infrecuente. El Clip Ovesco por su gran capacidad de clampaje, se ha posicionado como una estrategia terapéutica de utilidad, sin embargo hay casos en las que resulta ineficaz. Por otra parte el bevacizumab, un anticuerpo monoclonal contra el factor de crecimiento endotelial, aumenta el riesgo de desarrollar fístulas y pudo estar relacionado con la reapertura de la misma.

CP-114. INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DEL SUROESTE DE ANDALUCÍA

Osorio Marruecos M, Carnerero Rodríguez JA, Camacho Montaña LM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA. VEJER DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

Introducción

La incidencia de Cáncer colorrectal (CCR) en nuestra área sanitaria se ha visto incrementada en los últimos años. Describir las características epidemiológicas, demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de CCR infiltrante.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y unicéntrico de pacientes diagnosticados de CCR infiltrante mediante colonoscopia realizada en un Hospital de Alta Resolución del Servicio Andaluz de Salud a partir de junio de 2023 hasta agosto de 2024. Se recogieron las características epidemiológicas, demográficas, clínicas y tumorales. Las variables continuas fueron descritas con parámetros de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) y las variables categóricas mediante porcentajes.

Resultados

El total de pacientes del estudio fue de 23. Predominó el sexo masculino (56,5%). El 26,1% con tabaquismo activo. La mayoría de los pacientes sin factores de riesgo cardiovascular (**Figura 1**). La media de edad al diagnóstico fue $70,87 \pm 13,77$ años; con dos casos diagnosticados a los 45 años. El 39,1% presentaban antecedentes familiares (AF), de los cuales el 17,4% eran AF de primer grado.

3 de los casos diagnosticados formaban parte del cribado poblacional de CCR. En el resto de los casos, la prueba estuvo indicada por anemia ferropénica (8 pacientes) alteración del hábito intestinal (5), rectorragia (4) y engrosamiento colónico en prueba de imagen (2). En 5 pacientes no se determinó previamente la prueba de

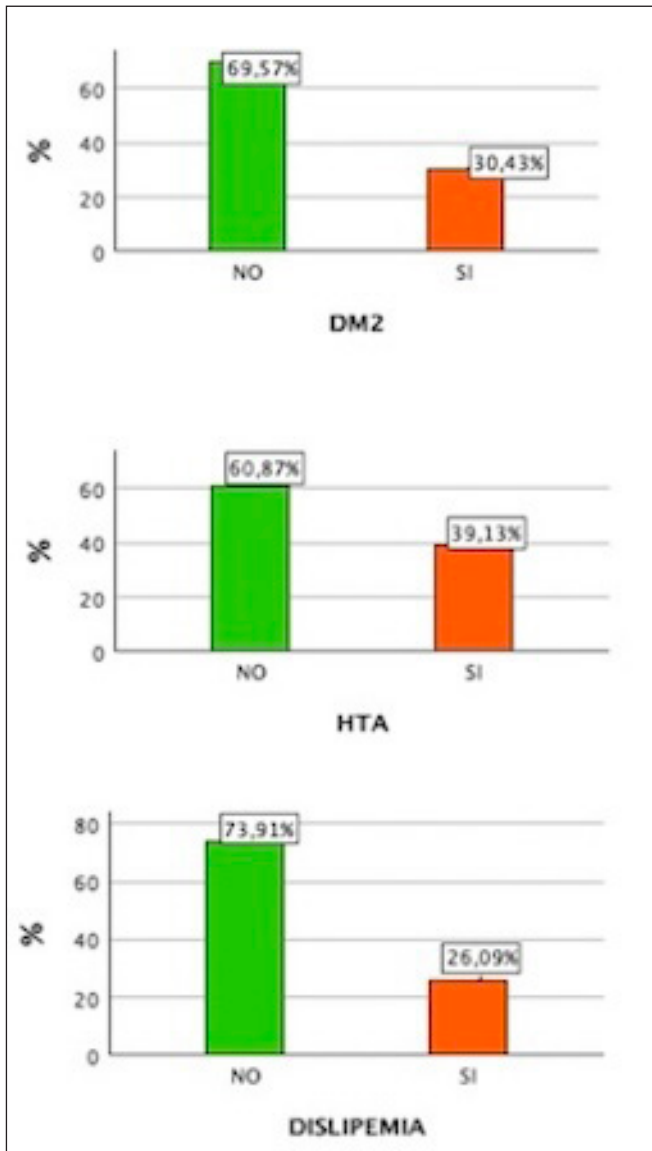


Figura 1. Factores de riesgo cardiovascular.

sangre oculta en heces (SOH). En un paciente la prueba SOH arrojó resultado negativo. Ninguno de los pacientes se había realizado colonoscopia previa.

En 8 casos los tumores se localizaron en sigma. Las localizaciones se muestran en la figura 2. El 56,5% de los tumores presentaban patrón estenosante y el 26,1% enfermedad a distancia al diagnóstico. El valor medio del

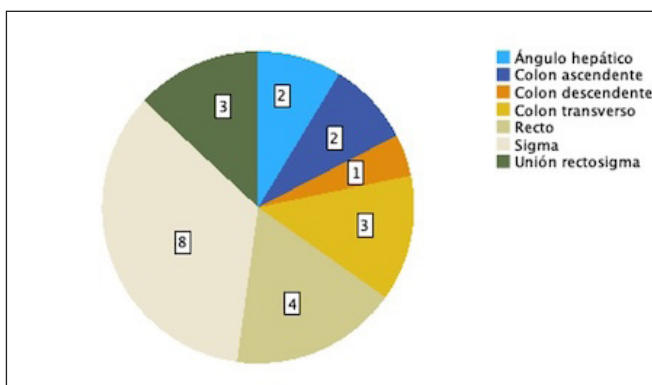


Figura 2. Localización tumoral.

antígeno carcinoembrionario (CEA) al diagnóstico fue de $42,69 \pm 127,91$ ng/mL.

En el periodo del estudio, 11 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente; 7 pacientes se les consideró de inicio tumores irreseccables, sometiéndose 4 de ellos a regímenes de quimioterapia neoadyuvante; 5 pacientes rechazaron la cirugía por comorbilidad y edad.

Todos los tumores fueron adenocarcinomas, 2 de ellos mucinosos. Tras la determinación de inestabilidad de microsatélites, el 73,9% presentó una positividad nuclear intacta (Figura 3).

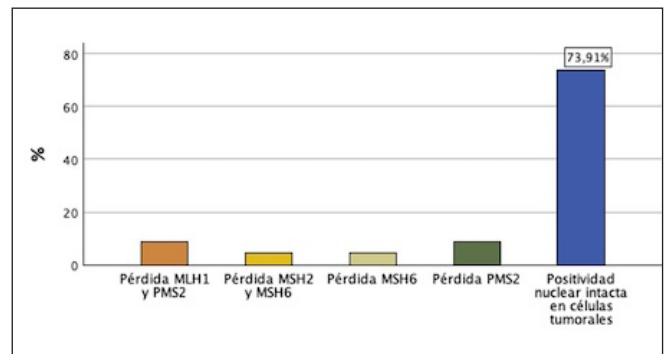


Figura 3. Análisis de Inestabilidad de microsatélites.

Conclusiones

En nuestra área sanitaria se diagnostican 1,5 casos de CCR al mes.

Destacamos la necesidad de pensar en este tumor en edades más tempranas e interrogar por AF de CCR. Se debe concienciar a la población sobre la importancia de participar en los programas de cribado poblacional.

CP-115. DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE METÁSTASIS DE CÁNCER DE MAMA COMO LESIONES COLÓNICAS BENIGNAS

De Vicente Ortega A, Bracho González M, Cárdenas Lafuente F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. ANTEQUERA, MÁLAGA.

Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer. Las afectaciones metastásicas más comunes son: hueso, cerebro, hígado y pulmón. La incidencia de metástasis gastrointestinales es muy infrecuente, siendo el estómago el más afectado, seguido de colon y recto.

Caso clínico

Presentamos dos casos de metástasis de cáncer de mama con diferentes presentaciones endoscópicas:

Caso 1: mujer de 77 años con cáncer de mama lobulillar infiltrante estadio IV tratada con hormonoterapia con buena respuesta clínica. Asintomática, en seguimiento por Oncología con TC de control en el que se describe engrosamiento en ileon y ciego. En colonoscopia, a nivel de colon ascendente: lesiones nodulares múltiples, sugerentes de subepitelial con mucosa normal, aspecto benigno afectando al 100% de la circunferencia (Figura 1 y 2). Se toman biopsias concluyentes de metástasis por carcinoma lobulillar de mama.

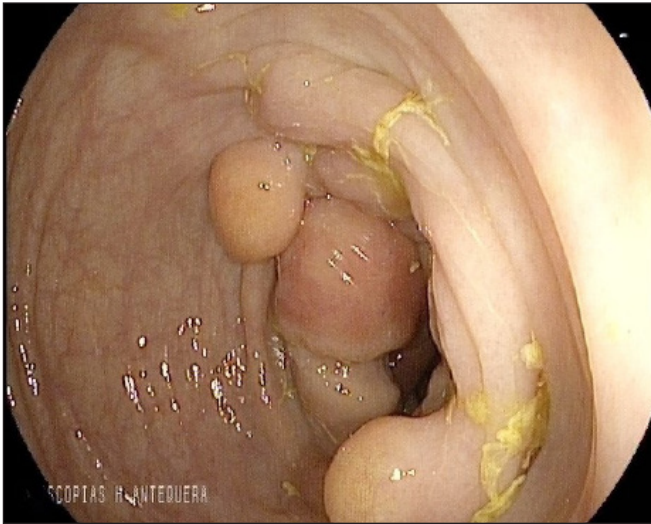


Figura 1. Metástasis de carcinoma lobulillar de mama presentado como lesiones nodulares múltiples de aspecto benigno.



Figura 2. Metástasis de carcinoma lobulillar de mama presentado como lesiones nodulares múltiples de aspecto benigno.

Caso 2: mujer de 61 años con cáncer de mama lobulillar infiltrante y tratada con tumorectomía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. Se realiza colonoscopia por rectorragia con hemorroides y, a lo largo de todo el colon, lesiones nodulares-polipoideas, menores de 5mm, de apariencia hiperplásica (Figura 3 y 4). Se toman biopsias con diagnóstico compatible con metástasis de cáncer de mama lobulillar.



Figura 3. Metástasis de cáncer de mama lobulillar con aspecto de lesiones nodulares-polipoideas de apariencia hiperplásica.



Figura 4. Metástasis de cáncer de mama lobulillar con aspecto de lesiones nodulares-polipoideas de apariencia hiperplásica.

Discusión

La afectación metastásica del tracto gastrointestinal por cáncer de mama es inusual, siendo más frecuente en el subtipo lobulillar, como en nuestros casos. Además, dichas metástasis en el colon son excepcionales (1%) y pueden presentarse tardíamente respecto al diagnóstico del tumor primario.

La clínica es inespecífica y la presentación endoscópica de las lesiones metastásicas es variable, pudiendo simular lesiones benignas, por lo que precisa de sospecha y estudio histológico para un correcto diagnóstico.

CP-116. BEVACIZUMAB: “USO MÁS ALLÁ DEL HEPATOCARCINOMA”

Rodríguez Gallardo M, Ordóñez López MA, Cadena Herrera ML, Barranco Castro D, Argüelles Arias F

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Bevacizumab es un fármaco antiangiogénico conocido por su indicación en el tratamiento del hepatocarcinoma, sin embargo, su mecanismo de acción lo convierte en una opción interesante para el tratamiento de otras patologías como la hemorragia digestiva secundaria a angiodisplasias. Presentamos el caso de un varón con anemia mantenida y exteriorización hemática recurrente por angiodisplasias sin respuesta a tratamiento endoscópico y farmacológico estándar

Caso clínico

Varón de 75 años en seguimiento por anemia crónica secundaria a angiodisplasias gastrointestinales múltiples. Precisa transfusiones cada dos semanas y mantiene una hemoglobina basal en torno a 7-8 g/dL a pesar de realización repetida de endoscopia terapéutica con argón. Ante esta situación, inicia tratamiento diario con Talidomida 50mg vía oral con adecuada respuesta durante tres años, momento en el que comienza con deposiciones melénicas persistentes y presenta además un episodio de trombosis venosa profunda que se achaca al tratamiento, por lo que se decide su retirada. Se cambia entonces a Octeótrido 10mg en inyección subcutánea mensual con posterior intensificación a 30mg al mes, a pesar de lo cual presenta sangrados digestivos repetidos y varios ingresos por sintomatología secundaria a la anemia. Dado que no se disponían de otras opciones, se decide pautar el tratamiento a una dosis de 30mg semanales que se mantuvo con buena respuesta durante dos años.

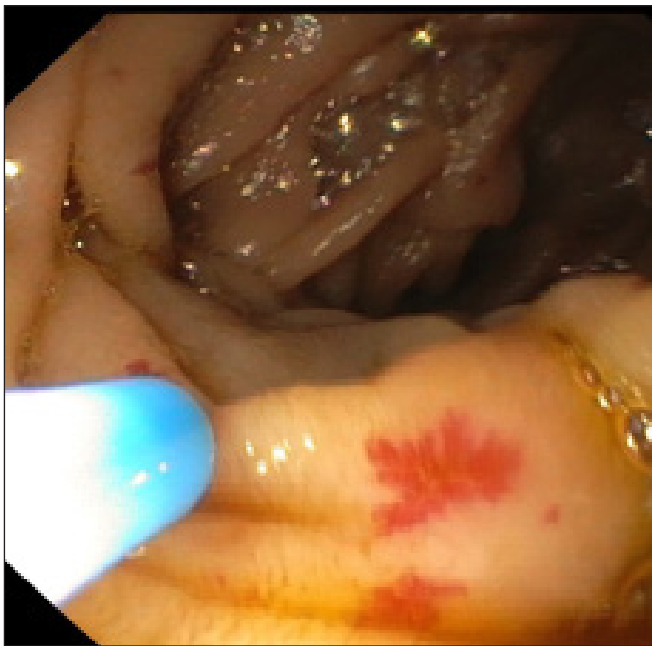


Figura 1. Imagen de enteroscopia en la que se visualiza angiodisplasia en intestino delgado.

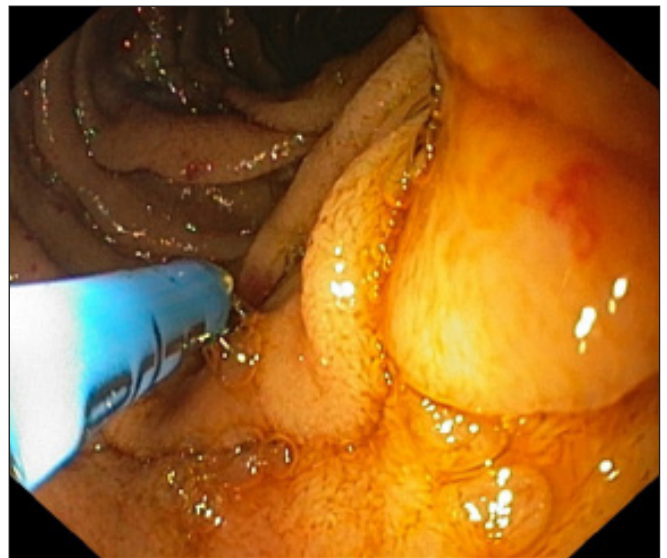


Figura 2. Enteroscopia terapéutica, imagen previa a aplicación de terapia con argón.



Figura 3. Imagen de cápsula endoscópica en la que se evidencia angiodisplasia en intestino delgado.

Finalmente, ante la pérdida de eficacia y refractariedad al resto de tratamientos se decide inicio de Bevacizumab por uso compasivo a dosis de 7.5 mg por kilogramo al mes. Desde el inicio y tras administración de tres dosis el paciente se encuentra asintomático y sin nuevos episodios de exteriorización, manteniendo hemoglobina en torno a 12-13g/dL.

Discusión

Las angiodisplasias gastrointestinales son una patología frecuente y relevante debido al incremento que provocan en la demanda de servicios de salud. Su manejo es complejo y las opciones de tratamiento son limitadas,

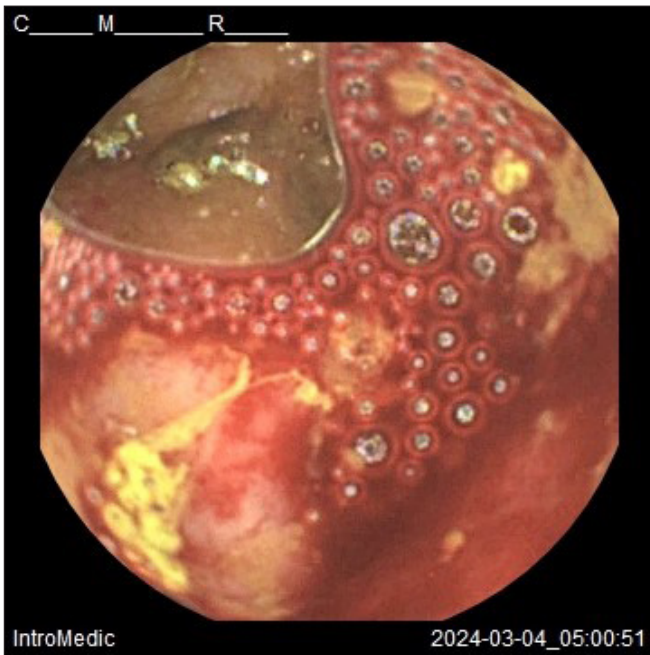


Figura 4. Otra de las imágenes de la cápsula endoscópica en la que se visualiza sangrado activo secundario a una de las angiodisplasias.

sobre todo en aquellos casos refractarios a los tratamientos estandarizados. Es en estos pacientes en los que podemos plantear el uso de Bevacizumab, que a pesar de tener una evidencia limitada muestra resultados prometedores como en nuestro caso

CP-117. SARCOMA HISTIOCÍTICO INTESTINAL, UN EXTRAÑO HALLAZGO

Ljubic Bambill I¹, Soria López E¹, Rojas Pulgarin PA², Castillo Toledo M¹, Rosales Zábal JM¹, Pérez Aisa A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

El sarcoma histiocítico es una neoplasia maligna muy infrecuente, agresiva y de difícil diagnóstico. Puede afectar a casi cualquier órgano, principalmente a la piel y tejido conectivo, nódulos linfáticos, tracto digestivo y sistema hematopoyético. Presentamos el caso de un paciente con sarcoma histiocítico con presentación en intestino delgado.

Caso clínico

Varón de 64 años, institucionalizado, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con antecedentes personales de DM II, enfisema centrolobulillar, polineuropatía desmielinizante de probable origen metabólico y anemia crónica. Fue traído a Urgencias por deterioro del estado general, diarrea e hipotensión tras cuadro de gastroenteritis aguda valorado el día previo. Analítica con aumentos de reactantes de

fase aguda, anemia sin necesidad de transfusión. Se tomaron muestras para coprocultivo y *C. difficile*, que fueron negativas. Se inició antibioterapia con piperacilina-tazobactam con buena respuesta inicial.

Tras empeoramiento clínico en planta se escaló a meropenem y se hizo un TC toracoabdominopélvico con hallazgo de poliposis en duodeno y yeyuno, invaginación del yeyuno distal, así como lesiones sólidas en ambas suprarrenales de 4 y 3 cm, y nódulo sólido de 9,5 mm en lóbulo superior izquierdo, sugerentes de metástasis. Dos días después comenzó con melenas, por lo que se hizo endoscopia digestiva alta (EDA), donde se observó sangrado de los pólipos del duodeno. En una segunda EDA se tomaron biopsias con positividad parcheada para CD163, CD68 y lisozima, y tinción en células neoplásicas aisladas para CD48 y citoqueratina AE1/AE3, y negativo para el resto, todo ello sugestivo de neoplasia mesenquimal tipo sarcoma histiocítico. El paciente continuó con anemizaciones recurrentes a pesar de transfusiones y con mal estado general. Ante mal pronóstico y situación basal del paciente, consensado con el paciente y la familia fue dado de alta con tratamiento de soporte, falleciendo en su residencia una semana después.

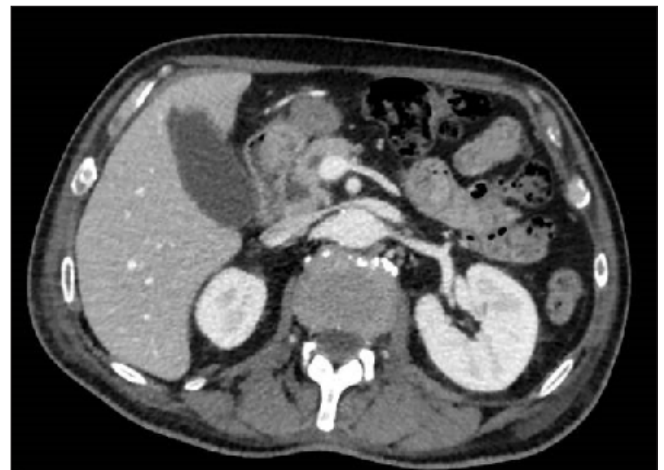


Figura 1. TC abdominal con imagen de pólipo en duodeno.

Discusión

La presentación intestinal es una presentación rara del ya de por sí extremadamente raro sarcoma histiocítico. Su diagnóstico es difícil por su histología superpuesta con otras neoplasias como linfomas, carcinomas pobremente diferenciados, sarcomas, y enfermedades histiocíticas verdaderas como la histiocitosis de células de Langerhans. Su forma de presentación depende del órgano afectado, siendo la forma de presentación de nuestro paciente una sepsis de origen abdominal por posible translocación bacteriana.

No hay consenso acerca de las líneas de tratamiento, pudiendo usarse cirugía y radioterapia en lesiones localizadas o quimioterapia en enfermedad diseminada,

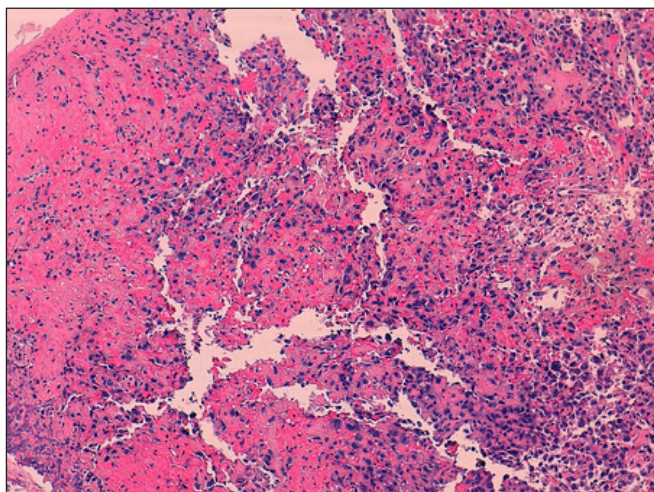


Figura 2. Neoplasia maligna ulcerada tipo sarcoma histiocítico.

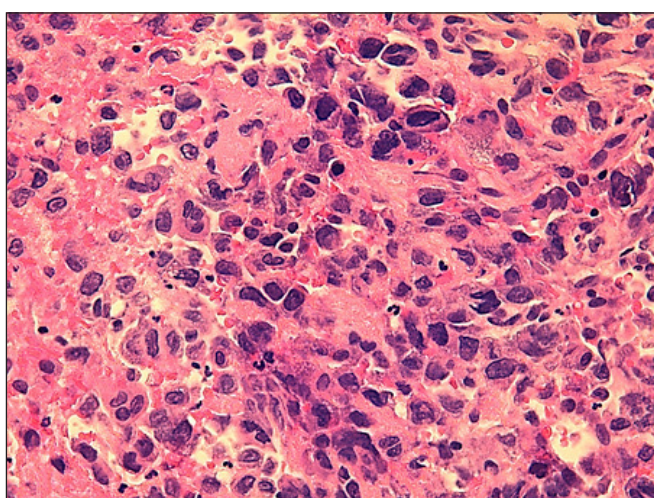


Figura 3. Histiocitos neoplásicos con marcada atipia citológica.

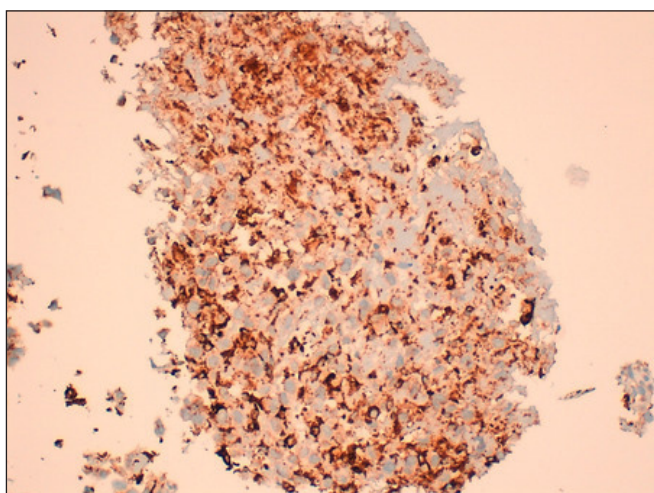


Figura 4. Positividad parcheada para CD68.

presentando, aun así, una alta mortalidad debido a su agresividad.

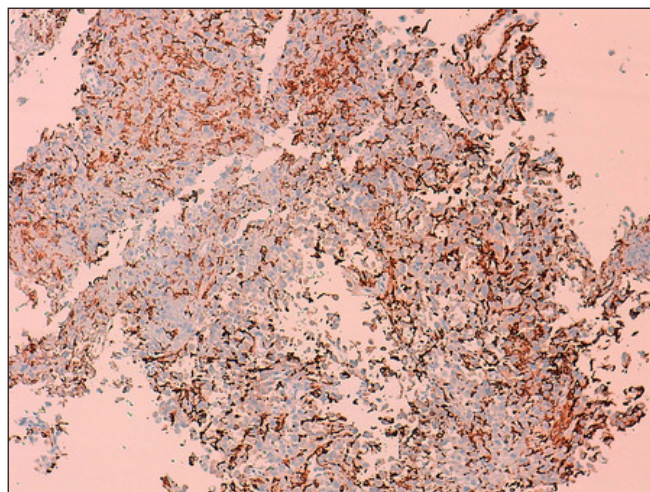


Figura 5. Neoplasia maligna ulcerada tipo sarcoma histiocítico.

CP-118. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA MUCOSA UNDERWATER DE LESIONES POLIPOIDEAS EN ILEON TERMINAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Orozco Bernardez-Zerpa N, Ruiz Pagés T, Bocanegra Viniegra M, Otero López-Cubero S

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

Las lesiones polipoideas en ileon terminal son poco frecuentes así como su tratamiento endoscópico.

Se exponen dos casos clínicos en los que se llevó a cabo la resección endoscópica mucosa en ileon terminal mediante técnica underwater.

Caso clínico

En el primer caso clínico se presenta una paciente de 66 años sin antecedentes personales de interés con sangre oculta en heces positiva. Se le realiza colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal con ileoscopia, visualizándose en los últimos 7 cm de ileon terminal una lesión excrecente y ulcerada, de unos 25 mm. Se toman biopsias, siendo el estudio histológico compatible con inflamación polimorfa sin signos de malignidad. Se realiza resección endoscópica mucosa underwater en bloque, consiguiendo la resección completa de la lesión y una escara estable. El resultado anatomopatológico de la lesión resecada fue compatible con pólipo fibrinoide inflamatorio.

En el segundo caso clínico se presenta una mujer de 68 años en seguimiento por hematología por Síndrome Mieloproliferativo Crónico con sospecha de Linfoma Linfocítico Crónico. Presenta resultado positivo en el estudio de sangre oculta en heces, solicitándose colonoscopia. En ella se objetivan dos lesiones excrecentes y polilobuladas, de coloración pálida, la mayor de ellas de 15 mm, en los

últimos 20 cm de ileon terminal. Se toman biopsias que son compatibles con marcado infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario inespecífico en lámina propia y tejido de granulación. Se realiza nueva colonoscopia con resección endoscópica mucosa underwater en bloque de ambas lesiones, con buen resultado endoscópico. El análisis de la muestra fue compatible con infiltración por Linfoma Linfocítico de célula pequeña o Leucemia Linfática Crónica, derivándose a Hematología para iniciar tratamiento médico.

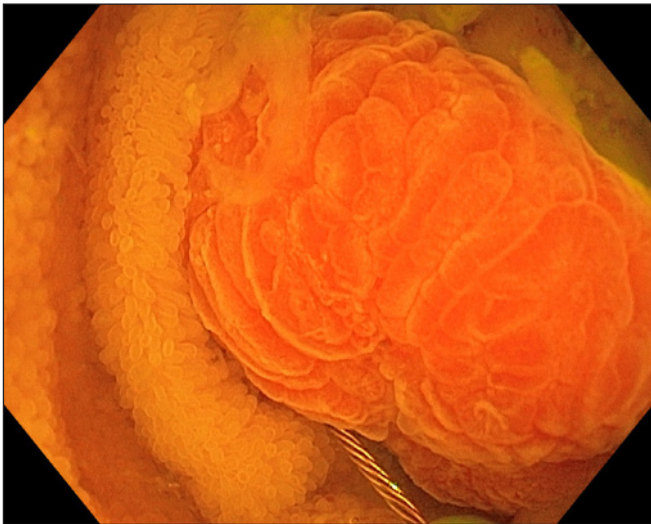


Figura 1. Lesión polipoide en ileon terminal compatible con infiltración por Linfoma Linfocítico de Célula Pequeña.

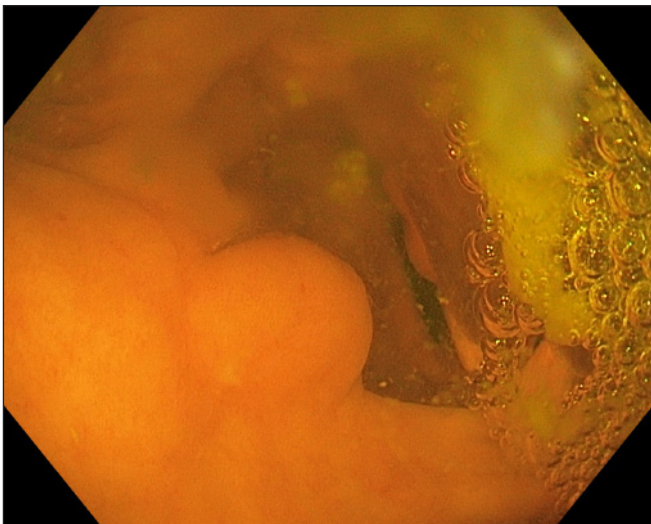


Figura 2. Lesión polipoide en ileon terminal compatible con pólipo fibrinoide inflamatorio.

Discusión

Las lesiones polipoides son poco frecuentes y su resección endoscópica excepcional al ser la mayor parte de ellas tumores carcinoides que requieren resección quirúrgica. La resección endoscópica mucosa underwater puede ser una buena alternativa a la resección endoscópica convencional, con menor tasa de complicaciones al disminuir el riesgo de daño mural profundo.

CP-119. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CELÍACA: UN DESAFÍO CLÍNICO

Palma J, Lancho Muñoz A, López Tobaruela JM, Redondo Cerezo E

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

Introducción

La enfermedad celíaca es una enfermedad altamente prevalente en las consultas de gastroenterología. Estos pacientes pueden debutar con complicaciones de la enfermedad a distintos niveles, aunque raramente (menos del 1%) presentan una evolución tórpida, con complicaciones como enfermedad celíaca refractaria, yeyunoileítis ulcerativa o el linfoma T asociado a enteropatía. Por ello, es necesaria una elevada sospecha clínica.

Caso clínico

Mujer de 44 años, con enfermedad celíaca con buena respuesta clínica y serológica inicial a dieta sin gluten, que comienza de nuevo con elevación progresiva del título de anticuerpos antitransglutaminasa y síntomas dispépticos. Tras permanecer sintomática tras meses con dieta estricta se realiza gastroscopia, con persistencia de aplanamiento vellositario y presencia en biopsias duodenales de linfocitosis intraepitelial con población monoclonal CD3, CD5 y CD7 positiva, así como delección parcial de CD8, hallazgos sugerentes de celiaquía refractaria tipo II. Se inicia tratamiento con prednisona oral a dosis de mg/kg. Al mes ingresa por cuadro de fiebre elevada, disnea y astenia, con TC abdominal inicial normal. En controles analíticos sucesivos presenta pancitopenia realizándose un aspirado de médula ósea, con 37% de blastos e imágenes de hemofagocitosis ocasional sugerente de leucemia aguda de linaje ambiguo. Estas citopenias, junto a la elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, ferritina) y un empeoramiento a nivel respiratorio e hipotensión sugieren síndrome hiperinflamatorio-hemofagocítico secundario a proceso hematológico requiriendo ingreso en UCI. Durante su estancia empieza con clínica de distensión abdominal, dolor tipo cólico, heces sanguinolentas y escaso tránsito a gases. En TC abdominal urgente presenta hematoma agudo intramural en asa de yeyuno proximal con suboclusión intestinal. Se inicia tratamiento conservador, con mejoría clínica parcial, pero ante nuevo episodio de hipotensión y anemia se realiza angioTC que muestra sangrado activo arterial procedente de ramas yeyunales de la arteria mesentérica superior, realizándose embolización arterial selectiva. La afectación gastrointestinal aguda orienta el diagnóstico hematológico hacia un posible linfoma T de alto grado asociado a enteropatía, que se confirma mediante nueva AMO. No obstante, dada la evolución tórpida y la situación de fragilidad de la paciente, no resulta candidata a realización de procedimientos endoscópicos ni quirúrgicos, pudiendo únicamente iniciarse tratamiento quimioterápico con escasa respuesta y falleciendo finalmente.

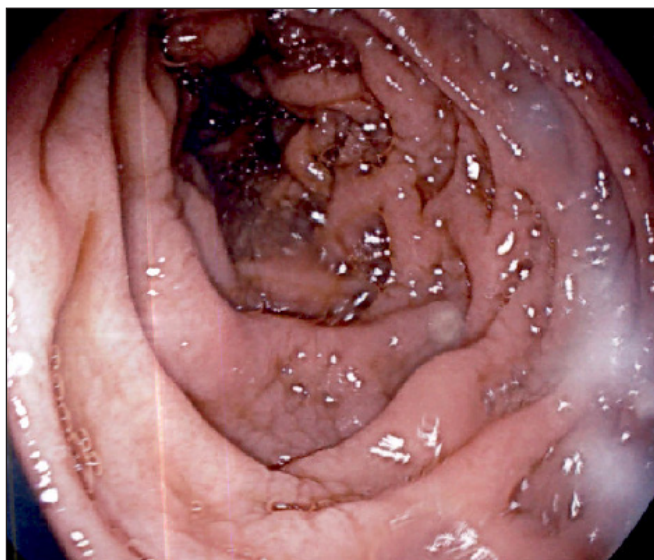


Figura 1. Imagen de gastroscopia de control que muestra aplanamiento vellositario a nivel de segunda porción duodenal.



Figura 2. Corte transversal de TC abdominal que muestra esplenomegalia homogénea de 14 cms de eje mayor anteroposterior.



Figura 3. Corte transversal de TC abdominal que muestra dilatación de asas de intestino delgado hasta 5 cms de eje mayor, secundario a hematoma intramural en asa de yeyuno proximal.

Discusión

En pacientes con enfermedad celíaca refractaria, el desarrollo de complicaciones como una hemorragia digestiva, perforaciones o cuadros suboclusivos debe hacernos sospechar procesos malignos subyacentes, especialmente linfoma T asociado a enteropatía, e iniciar precozmente tratamiento dirigido dado la elevada morbi-mortalidad que asocia.

CP-120. CUANDO NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE: UN CASO DE LEISHMANIASIS INTESTINAL

Esteban Ruiz M, Carrillo Cubero B, Muñoz Almagro E, Mirabent Moreno C, Cerezo Ruiz A, Gros B

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

La leishmaniasis es una enfermedad infecciosa causada por protozoos del género *Leishmania*, transmitida por la picadura de mosquitos flebótomos infectados. Aunque la leishmaniasis es más conocida por sus manifestaciones cutáneas y viscerales, la leishmaniasis intestinal ha ganado relevancia en los últimos años, especialmente en regiones endémicas o en pacientes inmunocomprometidos.

La presentación intestinal de esta enfermedad es poco frecuente y puede ser infradiagnosticada debido a la inespecificidad de sus síntomas; dolor abdominal, diarrea crónica, pérdida de peso y malabsorción. Sin embargo, es crucial el diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones graves, como la perforación intestinal y el compromiso multisistémico. A continuación, se presenta un caso clínico que ilustra las características diagnósticas y abordaje terapéutico.

Caso clínico

Varón de 67 años trasplantado renal por insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis. El paciente se encontraba bajo tratamiento inmunosupresor con prednisona 5 mg cada 24 horas, micofenolato 500 mg cada 12 horas y tacrólimus 3 mg cada 24 horas. Presenta síndrome constitucional con pérdida de más de 15 kg de peso y aumento en la frecuencia de deposiciones de seis meses de evolución. Se realizó una tomografía computarizada (TC), que evidenció dos lesiones sincrónicas descritas como de apariencia tumoral en la válvula ileocecal y el colon transverso, además de un nódulo suprarrenal izquierdo que sugería metástasis.

Se realiza colonoscopia que reveló una estenosis inflamatoria infranqueable a 70 cm del margen anal, con múltiples pseudopólipos, zonas sobre elevadas y úlceras fibrinadas, sugestivo macroscópicamente de posible enfermedad de Crohn, tomándose biopsias de las zonas afectada. Posteriormente, se realizó un PET-TC y resonancia

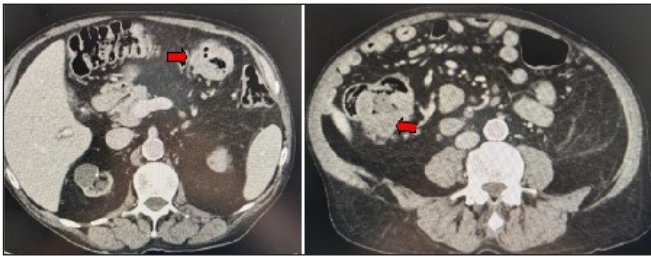


Figura 1. TC abdominopélvico: engrosamiento circunferencial en colon transverso y en válvula ileocecal sugestivo de neoplasia.

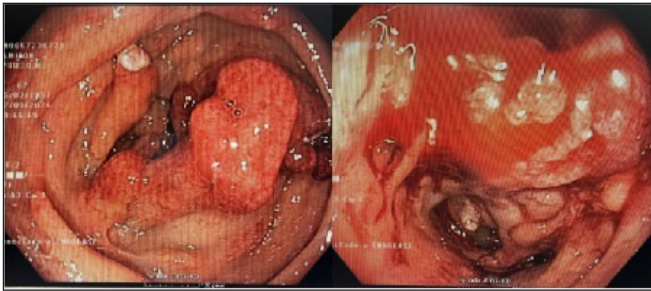


Figura 2. Colonoscopia: estenosis de aspecto inflamatorio, infranqueable, con pseudóplicos y zonas sobreelevadas y erosionadas, con úlceras fibrinadas dispersas y mucosa interlesional indemne, sugestivo de enfermedad de Crohn.

magnética intestinal que descarta etiología maligna y sugiere etiología inflamatoria. El estudio de heces fue negativo para *Clostridioides difficile*, bacterias y parásitos. Finalmente, en el análisis histológico de las biopsias se confirmó el diagnóstico de leishmaniasis intestinal, iniciándose tratamiento con anfotericina B liposomal.

Discusión

La leishmaniasis intestinal provoca un cuadro inflamatorio crónico cuyos cambios macroscópicos deben incluirse en el diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal. Asimismo, el síndrome constitucional tan marcado que esta entidad genera hace que se deba considerar entre el diagnóstico diferencial junto a entidades malignas. La presencia de amastigotos de *Leishmania* en los macrófagos, fue clave para el diagnóstico de este paciente, así como la espera a la hora de iniciar tratamiento basado únicamente en el aspecto macroscópico de las lesiones, lo cual habría producido una mayor inmunodepresión del paciente.

CP-121. COLITIS ISQUÉMICA Y UNA CAUSA INFRECUENTE

Castillo Toledo M, Saldaña García L, Ljubic Bambill I, López Vega MDC, Pérez Aisa A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

La colitis isquémica es la forma más frecuente de lesión isquémica intestinal, capaz de generar una amplia variedad de trastornos, dependiendo de la afectación, la duración y la causa de la lesión. En la mayoría de los casos no se identifica una causa específica de la isquemia, pero sí que podemos ser capaces de encontrar posibles desencadenantes.

Caso clínico

Varón de 64 años en seguimiento en Digestivo por estreñimiento crónico funcional, que acudió a urgencias por dolor, distensión abdominal, aumento de estreñimiento habitual y vómitos escasos, de 5 días de evolución. Se realizó TC de abdomen en el que se observó una ampolla rectal de 84 mm con fecaloma y marco cólico distendido de contenido hidroaéreo y fecal, con asas de intestino delgado sin alteraciones. Durante su estancia en observación fue valorado por equipo de Cirugía no precisando de intervención por su parte dada la mejoría clínica tras aplicación de enemas, siendo ingresado en Digestivo.

En el ingreso se realizó colonoscopia, apreciándose en todo el trayecto de colon descendente una enorme cantidad de semillas, que tras lavado permitían identificar mucosa con pérdida de patrón vascular y úlceras de fondo fibrinado, realizándose biopsia compatible con colitis isquémica. Al interrogarlo refería ingesta continuada de semillas como tratamiento homeopático del estreñimiento. En los días posteriores presentó un empeoramiento clínico, realizándose nuevo TC con abundante neumoperitoneo en relación a perforación de víscera hueca. Se decidió cirugía urgente con colectomía total e ileostomía, evidenciándose en el procedimiento abundante cantidad de contenido fecaloideo e incontables semillas. Fue dado de alta a la semana con buena evolución y buen manejo del estoma.



Figura 1. Imagen de colonoscopia en la que se visualizan algunas semillas sobre una mucosa con pérdida de patrón vascular.



Figura 2. Imagen de grabación de colonoscopia en la que se identifican una gran cantidad de semillas que tapizan la mucosa colónica.

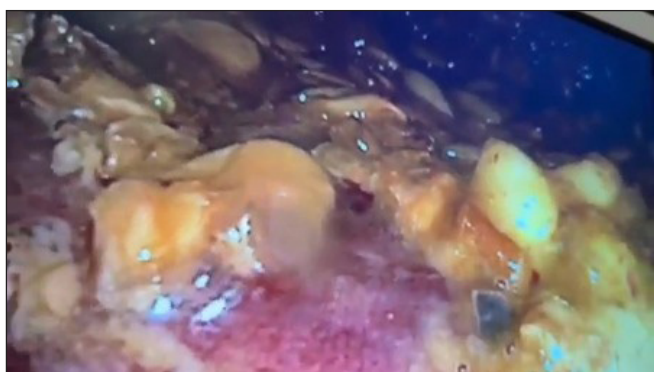


Figura 3. Imagen de grabación de colonoscopia en la que se identifican gran cantidad de semillas sobre mucosa colónica con ulceraciones.



Figura 4. TC de abdomen (corte coronal) con gran distensión de asas colónicas y neumoperitoneo.

Discusión

La colitis isquémica es resultado de una hipoperfusión, secundaria a alteraciones en la circulación sistémica, o a cambios anatómicos y/o funcionales de la vascularización mesentérica. Entre los desencadenantes de esta hipoperfusión, podemos encontrar un tránsito lento idiopático del colon, que se acompaña de un aumento de la presión luminal intracolónica que disminuye el flujo sanguíneo epitelial. En este caso el paciente presentaba una hipoperfusión secundaria a su estreñimiento crónico, con una retención colónica agravada por las semillas. Ante la sospecha de colitis isquémica, el TC puede confirmar el diagnóstico e identificar las posibles complicaciones que se generen. El manejo de esta patología viene determinado por la gravedad del cuadro, pudiendo ser conservador en los casos leves o moderados, y quirúrgicos en los graves.

CP-122. ENTERITIS EOSINOFÍLICA: CAUSA DE DIARREA POTENCIALMENTE GRAVE EN PACIENTES CON ATOPIA.

Rodríguez Gómez VM, Lecuona Muñoz M, López Tobaruela JM, Redondo Cerezo E

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas constituyen un espectro de trastornos crónicos de patogenia desconocida que afectan preferentemente a individuos con atopia, produciendo habitualmente dolor abdominal, vómitos o diarrea.

Caso clínico

Varón de 35 años con antecedente de poliposis nasosinusal al que se le realizó en 2021 una biopsia del meato medio objetivando 560 eosinófilos/campo. Consulta en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso de un mes de evolución junto con diarrea de hasta diez deposiciones al día, y pérdida de peso de 7 Kg. Refiere episodio previo similar en 2022 encontrándose asintomático desde el punto de vista digestivo desde entonces. En analítica realizada a su llegada destacan 14.520 leucocitos/ $10 \times 3 / \mu\text{L}$, 3570 eosinófilos/ $10 \times 3 / \mu\text{L}$ e IgE 414 U/ml. En la exploración presenta abdomen doloroso de forma difusa, más intenso en hemiabdomen inferior. Se realiza TC abdomino-pélvico (Figuras 1 y 2) donde se observan derrame pleural, ascitis, engrosamiento parietal en intestino delgado e infiltración submucosa de todo el marco cólico. Se realizaron estudios microbiológicos y serologías con resultado negativo y posteriormente, se solicitó colonoscopia con toma de

biopsias (Figura 3). Mediante esta exploración se objetiva mucosa de íleon de aspecto eritematoso con distribución parcheada en relación con enteritis eosinofílica. El paciente recibió tratamiento esteroideo con mejoría sintomática

franca y resolución de la ascitis transcurrida una semana, sin presentar recurrencia clínica hasta la presente ni precisar tratamiento de mantenimiento.



Figura 1. Derrame pleural derecho y ascitis moderada de predominio perihepático.



Figura 2. Engrosamiento parietal en intestino delgado e infiltración submucosa de todo el marco cólico. Ascitis en cuantía moderada. No se observan signos de perforación de víscera hueca.

Discusión

Las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas se caracterizan por la presencia de eosinófilos a nivel de esófago, estómago intestino o colon.

Presentan una prevalencia aproximada de 20 casos/100.000 habitantes y deben sospecharse en pacientes con aumento de eosinófilos periféricos y sintomatología digestiva. La infiltración por eosinófilos puede producirse a nivel de mucosa (más habitual), muscular y/o serosa, de forma que

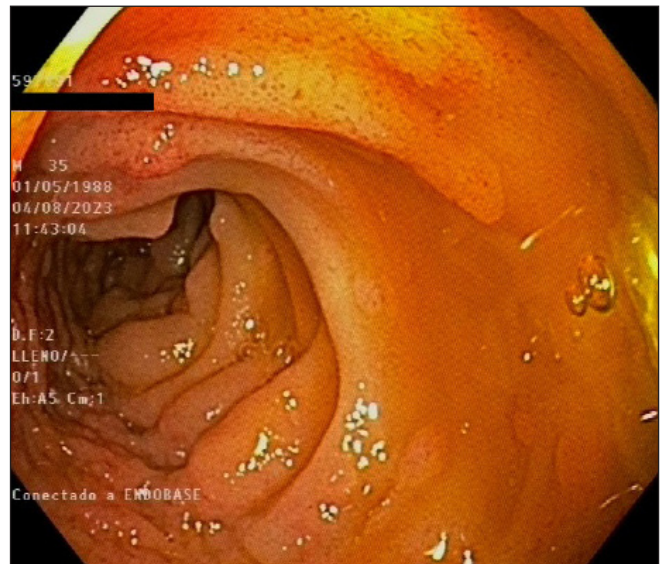


Figura 3. Mucosa de ileon de aspecto eritematoso con distribución parcheada en relación con enteritis eosinofílica.

la sintomatología del paciente viene condicionada por la capa histológica afectada. Únicamente en el 10% de los casos dichas células se encuentran en la serosa ocasionando ascitis, tal y como se reporta en el presente caso clínico. Dado que se trata de una patología infrecuente que ocasiona además una sintomatología inespecífica, para su diagnóstico es necesario un elevado nivel de sospecha, así como la obtención de una muestra histológica que permita su confirmación.

CP-123. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA ABDOMINAL COMO ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COLITIS ISQUÉMICA Y LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EXANGUINANTE

Sánchez Moreno S, Villegas Peregrina P, Fernández Carrasco M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La presencia de malformaciones arteriovenosas en el territorio abdominal es muy infrecuente, y puede dar lugar a cuadros isquémicos como consecuencia del shunt arteriovenoso que se establece y la disminución del aporte de oxígeno al tejido circundante. Presentamos el caso de un paciente que debuta con un cuadro de colitis isquémica secundaria a una malformación vascular a nivel de la arteria mesentérica inferior.

Caso clínico

Paciente de 60 años sin antecedentes de interés que ingresa por cuadro de dos semanas de evolución de diarrea y rectorragia presentando una masa palpable no dolorosa en flanco izquierdo y anemia en rango transfusional.

Se realiza una colonoscopia presentando una mucosa de aspecto edematoso con abundantes úlceras excavadas, sugerente de colitis inflamatoria sin poder descartar otras causas (Figura 1). El TC abdominal objetiva un engrosamiento de las paredes de colon descendente, sigma y recto, con imagen adyacente sugerente de malformación arteriovenosa extensa en el territorio irrigado por la arteria mesentérica inferior (Figura 2), orientando a un probable origen isquémico de la colitis. Se completa el estudio con una angiografía abdominal evidenciándose una malformación vascular cuyo aporte arterial se objetiva a nivel de las ramas dependientes de arteria sigmoidea, con respecto de la arteria rectal, procediéndose a embolización con coils de las ramas comprometidas (Figura 3). A las 48 horas el paciente presenta rectorragia franca e inestabilidad hemodinámica, por lo que se procede a cirugía realizándose hemicolectomía izquierda extendida a recto superior y resección de la MAV, con buena evolución clínica posterior.



Figura 1. Imagen endoscópica con hallazgos de colitis.



Figura 2. Malformación arteriovenosa visualizada por TC abdominal.

Discusión

Las malformaciones y fístulas arteriovenosas son conexiones vasculares aberrantes entre las arterias y las venas, y pueden dar lugar a un fenómeno de robo con disrupción del flujo sanguíneo normal creándose un shunt



Figura 3. Imagen de arteriografía donde se aprecia malformación vascular.

de izquierda a derecha que conlleve una disminución del aporte de oxígeno al tejido circundante. Cuando esto ocurre en el territorio irrigado por la arteria mesentérica inferior puede desencadenarse una colitis isquémica, siendo esta localización extremadamente rara. La sintomatología asociada puede ser variada e inespecífica, con clínica de dolor abdominal, sangrado intestinal, colitis isquémica o presencia de masa abdominal.

Las opciones terapéuticas con las que contamos son la embolización percutánea endovascular, la resección del segmento intestinal afecto (hemicolectomía izquierda en la mayoría de los casos) o una combinación de ambas. La embolización puede ser el tratamiento definitivo o el puente a la intervención quirúrgica, no obstante, puede conllevar riesgo de isquemia intestinal y recurrencia de la malformación arteriovenosa en algunos casos.

CP-124. CUANDO LO FRECUENTE NO ES LO PRIMERO: DIARREA COMO DEBUT DE FIEBRE EXANTEMÁTICA.

Rodríguez Mateu A, Fernández Carrasco M, Sanchez García O, Pérez Sáez C

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La fiebre botonosa mediterránea (FBM) es una zoonosis causada por la bacteria *Rickettsia conorii*, endémica en la cuenca mediterránea, África y Asia. Su transmisión ocurre a través de la picadura de garrapatas del género *Rhipicephalus*.

La enfermedad suele cursar con fiebre elevada, malestar general y exantema maculopapular, además de una lesión dura de color negro en el sitio de la picadura conocida como “tache noire”, y que se detecta entre el 50-75% de los pacientes. Otras manifestaciones menos frecuentes incluyen la afectación gastrointestinal, como ocurrió en nuestro paciente, y que retrasó el diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 62 años, agricultor, que acudió a urgencias por diarrea de 10 deposiciones diarias asociada a fiebre y exantema maculopapular en torso (**Figura 1**) de 4 días de evolución.

Analíticamente destacaba fracaso renal agudo e hipertransaminasemia, así como elevación de reactantes de fase aguda. Los hemocultivos fueron negativos y el TC abdominal reveló adenopatías inespecíficas en hilo hepático, por lo que se inició antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam.

Una vez hospitalizado se observó la presencia de una lesión ulcerada en el antebrazo (**Figura 2**), y el paciente experimentó un empeoramiento del exantema junto con persistencia de la fiebre y un cuadro de delirio agudo, por lo que ante la sospecha de fiebre exantemática se modificó antibioterapia a doxiciclina, ceftriaxona y anfotericina B.

Finalmente la serología fue positiva para Rickettsia conorii, confirmado el diagnóstico de FBM. La evolución fue favorable con tratamiento con doxiciclina, siendo el paciente dado de alta con recomendaciones de prevención.



Figura 2. Lesion ulcerada, necrótica sugerente de “tache noire”.

Si bien dicha triada orienta a esta entidad, la aparición de síntomas digestivos como principal manifestación nos incita a tener un alto índice de sospecha en áreas endémicas y en determinados entornos.

La confirmación mediante serología es esencial, siendo la inmunofluorescencia indirecta la técnica diagnóstica de elección. El manejo temprano con antibióticos, particularmente, doxiciclina, es fundamental para prevenir complicaciones graves.

A pesar del buen pronóstico en la mayoría de los casos, la FBM puede complicarse e incluso producir el fallecimiento, lo que subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinar así como de realizar un diagnóstico precoz. Asimismo, la prevención a través de medidas como la desparasitación de animales y el uso de repelentes es clave en zonas de riesgo.

CP-125. ESTÓMAGO DE RETENCIÓN Y HDA SECUNDARIOS A LINFOMA DUODENAL PRIMARIO

Al Mahairi Martín M, Parra López B, Cano De La Cruz JD, Gómez Junquera J, Rubio Enrile C, Alonso Belmonte C, Jimenez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.



Figura 1. Exantema maculopapular en torso.

Discusión

La FBM suele manifestarse con la triada clásica de fiebre, exantema y mancha negra, pero existen otras presentaciones inusuales que pueden complicar de entrada el diagnóstico, como ocurrió en nuestro paciente.

Introducción

En el tracto gastrointestinal, los linfomas primarios representan entre el 1% y 8% de los tumores digestivos. La sintomatología y subtipo de linfoma depende de la localización de la neoplasia, siendo el duodeno el lugar menos común. Clínicamente asocian síntomas inespecíficos donde el dolor es lo más prevalente, mientras que la clínica obstructiva y sangrados digestivo resulta más inhabitual.

Caso clínico

Mujer de 78 años inmunosuprimida con tacrólimus y micofenolato por trasplante renal en 2007. Comienza en 2021 con anemia en rango transfusional y deposiciones melénicas. Se realiza EDA, donde se objetiva lesión de 15mm en placa en 2° porción duodenal, sugestiva de neoplasia. Ante negatividad de biopsia, se llega a solicitar hasta 3 EDAs, sin poder caracterizar la lesión. Además, se realiza USE en la que se visualiza pliegue engrosado sin alteraciones ecográficas.

Se pierde el seguimiento y acude nuevamente a urgencias en mayo de 2024 por vómitos, rectorragia con anemización y síndrome constitucional. La exploración física es anodina. Se cursa ingreso a cargo de Digestivo y se realiza TC abdominal donde se visualiza gran masa heterogénea (7.7x 7x 7cm) en 3ª y 4ª porción duodenal que infiltra proceso uncinado de páncreas y engloba vasos mesentéricos. También, se solicitan marcadores tumorales, que resultan negativos.

Durante su estancia hospitalaria inicia cuadro retentivo con imposibilidad para la ingesta oral, deposiciones melénicas tributarias de transfusiones periódicas, episodio de bacteriemia por E.coli multisensible y cistitis enfisematosa. Finalmente, se repite USE con PAAF caracterizándose de Linfoma No Hodgkin B con alto índice proliferativo (CD20+, CD3-, Bcl6+, c-MYC+ (70%), Ki67: 100%).

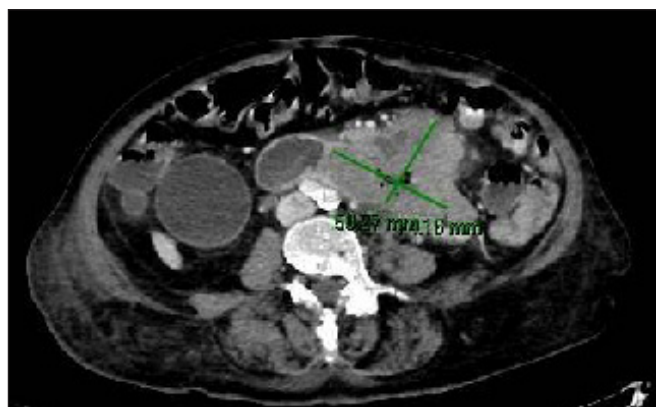


Figura 1. Corte transversal de TC de abdomen donde se evidencia neoplasia duodenal en tercera y cuarta porción de 7x6cm, que engloba proceso uncinado pancreático y ramas yeyunales de AMS y VMS.

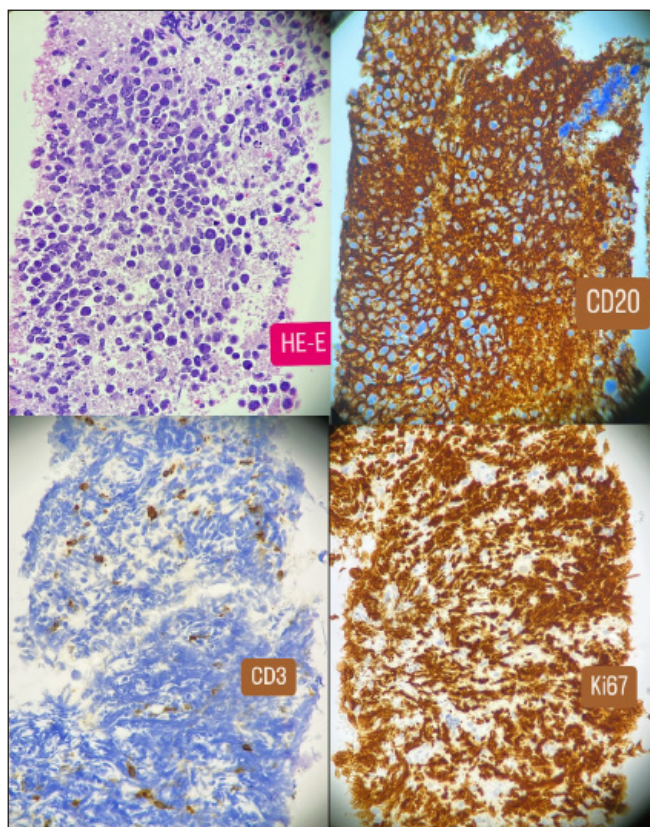


Figura 2. Biopsia de intestino delgado mediante PAAF donde se objetiva linfoma No Hodgkin B mediante diferentes técnicas. En imagen superior izquierda, se realiza tinción con hematoxilina-eosina. El resto corresponden a técnicas de inmunohistoquímica para marcadores de CD20, CD3 y Ki67, respectivamente.

Discusión

Los linfomas primarios de duodeno son excepcionales, presentándose en <2% de todos los linfomas del tracto gastrointestinal y menos del 20% de los linfomas no Hodgkin intestinales. En dicho contexto se debe remarcar la importancia de la endoscopia y USE para su caracterización, diagnóstico e incluso tratamiento en el caso de cuadros obstructivos.

Es por ello que, en el diagnóstico diferencial que se ha de instaurar, debe estar presente el linfoma intestinal como una posibilidad plausible, lo que conllevará a una estadificación y tratamiento precoces.

CP-126. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA: ESPIROQUETOSIS INTESTINAL HUMANA E INFECCIÓN LUÉTICA CONCOMITANTE.

Gálvez Criado JM¹, Boyero Moreno P¹, Valdés Delgado T¹, Machuca Aguado JDB², Galván Fernández MD¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La espiroquetosis intestinal humana (EIH) es una etiología rara de diarrea crónica que se define por la colonización de la membrana apical de la mucosa colónica por espiroquetas, habitualmente *Brachyspira aalborgi* y *Brachyspira pilosicoli*. Su prevalencia es alta en países subdesarrollados, pero, en Europa es del 2-9%, donde los grupos de riesgo son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y pacientes VIH positivos. Existen distintos regímenes terapéuticos con antibioterapia para su tratamiento, tales como el metronidazol.

Caso clínico

Varón de 48 años sin antecedentes personales. Acudió a urgencias por presentar diarrea acuosa de hasta 10 deposiciones diarias de 4 semanas de evolución, dolor abdominal difuso, urgencia defecatoria y episodios de rectorragia. La exploración física fue normal. A nivel analítico no presentaba anemia, trombocitosis ni elevación de reactantes de fase aguda. Perfil tiroideo y celiacía normales. El estudio de heces completo también fue normal. Dada la presencia de datos de alarma, se realizó colonoscopia en la que se evidenció eritema difuso pancolónico así como lesiones mamelonadas y ulceradas a nivel rectosigmoideo (**Figura 1**). Se tomaron además biopsias escalonadas colónicas, en donde se describió a nivel histológico mucosa de rectosigma con cambios inflamatorios regenerativos y en las biopsias de mucosa sana se describió colonización pancolónica por espiroquetas (**Figuras 2 y 3**).

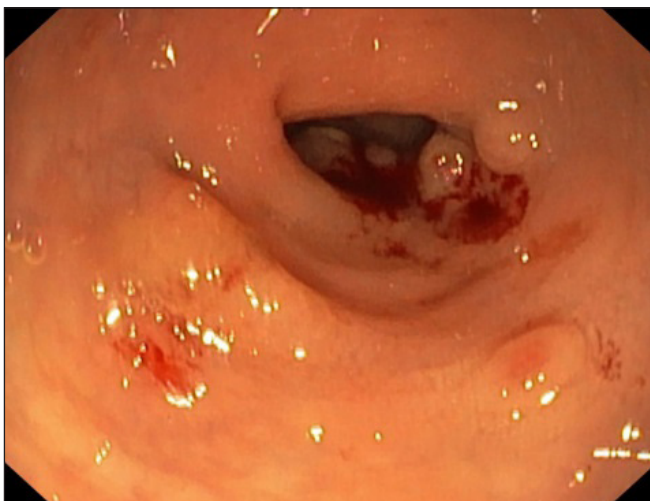


Figura 1. Mucosa de rectosigma mamelonada y ulcerada.

Dado el hallazgo histológico se solicitó cribado de ITS resultando la serología luética positiva por lo que se inició tratamiento con metronidazol (500mg/8h) durante 10 días, así como Penicilina G benzatina (2.400.000 UI) en dosis única, tras el cual el paciente se encontró totalmente asintomático.

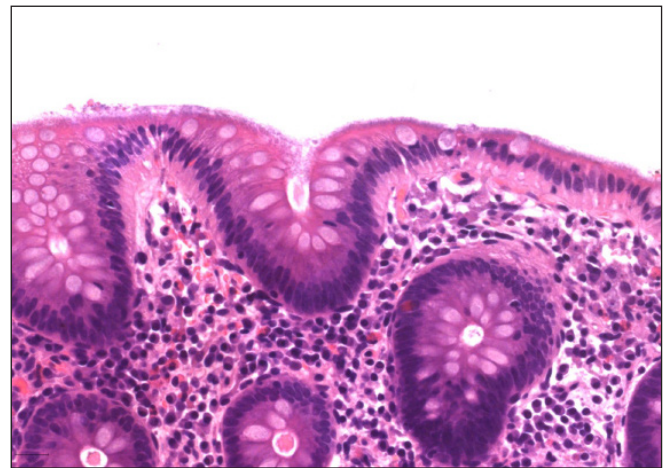


Figura 2. Mucosa colónica con presencia de franja basófila característica de la EIH.

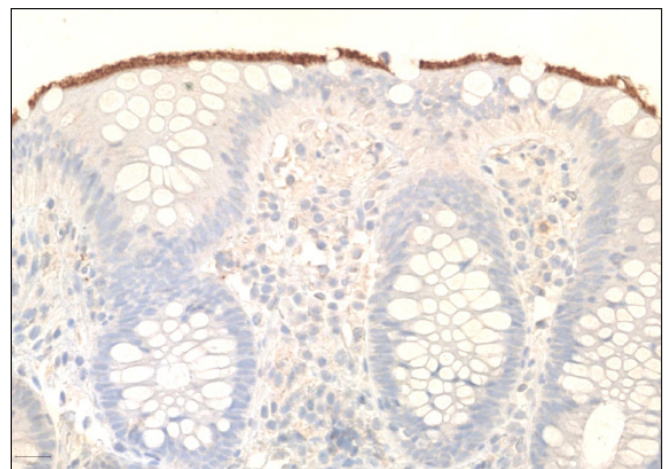


Figura 3. Mucosa colónica donde se identifica positividad para técnica de *Treponema* en superficie epitelial.

Discusión

La EIH es una causa infrecuente de diarrea crónica cuyo mecanismo de transmisión no está del todo definido aunque se ha considerado la transmisión fecal-oral la más frecuente.

Es importante tener en cuenta dicha entidad, sobretodo en pacientes con un contexto epidemiológico concreto: aquellos que viven en áreas subdesarrolladas o con viajes recientes a dichas zonas, HSH, infección concomitante por VIH u otras ITS. La mayoría de casos son asintomáticos siendo la diarrea crónica el síntoma más común.

La importancia de nuestro caso radica en el hallazgo casual de espiroquetosis en las biopsias escalonadas colónicas, así como la infección concomitante luética y su mejoría clínica tras tratamiento antibiótico.

Hay que destacar la importancia de la toma de biopsias de varios tramos de colon para descartar dicha entidad, así como el cribado de ITS tras el diagnóstico.

CP-127. USO ALTERNATIVO DE LA SONDA SALEM, THINKING OUTSIDE THE BOX

Vergara Ramos J, Ramírez Raposo R, Pérez Monzú A, Viejo Almanzor A, Rodríguez Ramos C

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

Introducción

La descompresión colónica es una estrategia terapéutica indicada en diferentes situaciones que provocan distensión colónica aguda como el síndrome de Ogilvie, el vólvulo de colon y la obstrucción maligna.

Habitualmente, dicha descompresión se realiza mediante aspiración con colonoscopia y colocando una sonda multiperforada comercializada a tal efecto, de descompresión colónica, pero no siempre están disponibles en todos los centros.

Presentamos una alternativa mediante el uso de una sonda Salem perforada en su extremo distal para colocarla sobre guía (Figura 1) en 2 escenarios clínicos diferentes.

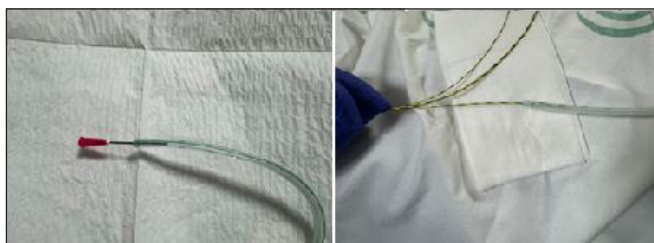


Figura 1. Perforación del extremo distal de una sonda Salem con una aguja para colocarla sobre guía.

Caso clínico

CASO CLINICO 1.

Varón de 62 años con colitis ulcerosa extensa en tratamiento con azatioprina, mesalazina y golimumab, que ingresa por suboclusión intestinal. Se realiza TAC de abdomen donde se visualiza estenosis completa a nivel de la unión recto-sigma de etiología no filiada (inflamatorio versus neoplásico).

Se realiza colonoscopia con hallazgos de estenosis a 30cm de margen anal con mucosa ulcerada y friable, sin claro aspecto neoplásico. Se tomaron biopsias y se realizó descompresión colónica pasando una guía a su través con apoyo radiológico. Instilamos contraste por catéter confirmando luminograma y tras retirar el endoscopio colocamos una sonda multiperforada tipo Salem de 16CH sobre guía, consiguiendo la salida de gas y descompresión del colon (Figura 2). Se mantuvo la sonda con lavados de suero salino por turnos hasta confirmación histológica de origen neoplásico, colocándose finalmente una prótesis de colon.



Figura 2. Radiografía simple de abdomen con dilatación intestinal (A) y mejoría tras colocación de sonda Salem (B).

CASO CLINICO 2.

Varón de 75 años ingresado en la Unidad de Neurología, por deterioro cognitivo subagudo y ataxia de etiología no filiada. Durante el ingreso, presenta distensión abdominal y estreñimiento asociando vómitos fecaloideos. En la radiografía de abdomen y TAC, presenta marcada dilatación colónica sin causa mecánica, sugestivo de Síndrome de Ogilvie. Tras manejo conservador sin mejoría, se decide realizar colonoscopia descompresiva en la que se aprecia dilatación de la luz colónica sin lesiones en ninguno de sus tramos. Tras aspirar gas y líquido, se dejó colocada desde ciego una guía sobre la cual, tras retirar el endoscopio, avanzamos una sonda tipo Salem de 16CH bajo control radiológico, quedando su extremo en colon transverso. Inicialmente conseguimos la salida de contenido intestinal y tras mantenerla unos días con lavados por turnos con suero salino, la mejoría del cuadro (Figura 3).



Figura 3. TAC de abdomen con contraste intravenoso con presencia de asas de colon dilatadas de forma difusa (A). Radiografía de abdomen de control con mejoría tras 48 horas de la sonda y extracción involuntaria de la misma (B).

Discusión

El uso de sonda Salem previamente perforada en su extremo sobre guía, es una alternativa eficaz para la descompresión colónica en situaciones en las que no estén disponibles los kits con sondas específicas.

CP-128. INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS COMO CAUSA INFRECUENTE DE ÚLCERA DUODENAL EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

De Vicente Ortega A, Bracho González M, Cárdenas Lafuente F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. ANTEQUERA, MÁLAGA.

Introducción

Las causas más frecuentes de úlceras pépticas se relacionan con medicación gastrolesiva o infección por *Helicobacter Pylori*.

La infección por citomegalovirus en pacientes inmunocompetentes suele ser asintomática. A nivel digestivo, la afectación más frecuente es a nivel colónico y hepático, pero también puede provocar enfermedad gastrointestinal.

Caso clínico

Varón de 22 años con antecedente de infección por *Helicobacter Pylori* erradicado. Valorado por epigastralgia, con analítica y ecografía normales. Se realiza gastroscopia con *ulcus bulbar* Forrest III y biopsias que descartan nueva colonización por *H. Pylori* y afectación neoplásica, que no mejora tras tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Se completa estudio de causas inusuales, a destacar como único resultado citomegalovirus (CMV) IgG e IgM positivos. Se repite gastroscopia donde persiste *ulcus bulbar* (Figuras 1 y 2) con biopsias con inclusiones virales y cultivo con carga viral positiva para CMV.

No toma medicación y se descartan enfermedades inmunosupresoras. Se pauta tratamiento con valganciclovir con buena respuesta y evolución.



Figura 1. *Ulcus bulbar* por citomegalovirus.



Figura 2. *Ulcus bulbar* Forrest III.

Discusión

En pacientes inmunocompetentes, el colon sigue siendo la localización más afectada, a diferencia de nuestro caso que se presenta en duodeno. La mayoría de los pacientes inmunocompetentes con infección por CMV suelen ser ancianos, estar gravemente enfermos o padecer comorbilidades que comprometan la inmunidad, no como nuestro caso.

Los síntomas gastrointestinales son inespecíficos y las lesiones pueden variar desde eritema y microerosiones, hasta úlceras o pseudotumores. Por ello, el diagnóstico depende de datos histopatológicos típicos como inclusiones en "ojo de búho" y tinción inmunohistoquímica.

En la mayoría de inmunocompetentes la afectación es autolimitada y responde al tratamiento sintomático, pero sería necesario determinar el beneficio de antivirales en estos pacientes.

CP-129. ESTREÑIMIENTO COMO MANIFESTACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS COLÓNICA

Ljubic Bambill I, Rosales Zabal JM, Castillo Toledo M, Pérez Aisa A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

El Chagas es una enfermedad infecciosa causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*. Es endémica de muchos países del continente americano, en especial Bolivia, Argentina, Brasil y Paraguay. La afectación digestiva es una de las posibles formas de presentación de la fase crónica de la enfermedad, si bien no la más común. Se presenta el caso de un paciente con estreñimiento secundario a la enfermedad de Chagas.

Caso clínico

Varón de 42 años, natural de Bolivia, con enfermedad de Chagas diagnosticada en 2018 y tratamiento con benznidazol en 2019, con pérdida de seguimiento posterior. Ecocardiograma en febrero del 2024 sin hallazgos significativos. Seguimiento en digestivo por dispepsia con gastritis crónica desde 2022.

Acudió a Urgencias tras dos semanas de evolución de estreñimiento sin otra sintomatología acompañante. A la exploración en abdomen se palpó una masa no adherida a planos profundos en fosa iliaca izquierda, con tacto rectal sin heces en la ampolla y palpación de masa dura de contorno liso. La radiografía abdominal mostró dilatación colónica con restos fecaloideos sobre todo en hemicolon izquierdo. Analítica general, sin alteraciones significativas.

Ingresa en Digestivo. Allí se realizó TC abdominal con hallazgo de megacolon en recto-sigma, con gran cantidad de heces sin signos de volvulación o masas y colonoscopia con heces en recto alto sin masas. Presentó muy buena respuesta a tratamiento con laxantes osmóticos y enemas y se catalogó de megacolon secundario a enfermedad de Chagas, con alta a domicilio sin incidencias. En la manometría ambulatoria posterior se describió el reflejo inhibitorio anorrectal no muy llamativo, con contracción paradójica del esfínter anal sin criterios de disinerxia defecatoria.



Figura 1. Radiografía de abdomen realizada en Urgencias con dilatación colónica con restos fecaloideos.

Discusión

La enfermedad de Chagas, sin ser endémica de nuestro medio, afecta a entre 50000 y 70000 personas en España, siendo en su gran mayoría pacientes provenientes de zonas de alta prevalencia. Si no se trata la infección o su tratamiento no es efectivo, el curso es crónico y de lenta evolución, pudiendo afectar principalmente al sistema



Figura 2. Corte frontal del TC abdominal del paciente, con megacolon con gran contenido de heces en su interior.

cardiovascular y digestivo. La afectación digestiva cursa esencialmente con actividad motora descoordinada que afecta principalmente a esófago y colon, así como afectación secretora y absortiva. Sin embargo, puede afectar a todo el aparato digestivo. Por ello el estreñimiento puede ser el síntoma guía de la afectación del colon en la enfermedad de Chagas.

CP-130. MALACOPLAQUIA DE COLON COMO CAUSA INUSUAL DE DIARREA CRÓNICA

Martín Mantis E, Molino Ruiz L, Osorio Marruecos M

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

La malacoplaquia es una enfermedad inflamatoria rara, granulomatosa y crónica, que puede afectar a muchos órganos, encontrándose con mayor frecuencia en el tracto genitourinario (60-80%) y siendo el segundo sitio de afectación más común el tracto digestivo (15%), específicamente el recto seguido de sigma. Con menor frecuencia afecta a piel, hígado, sistema nervioso central o pulmones.

Caso clínico

Mujer de 76 años, sin antecedentes interés, que acude a Urgencias por presentar episodios diarreicos de un mes de evolución así como fiebre y dolor abdominal en última

semana. Análiticamente destacaba reactantes de fase aguda elevados y anemia leve. Se solicitó TC de abdomen donde se observaba una LOE hepática heterogénea, de 80x60x85 mm, que afectaba al lóbulo hepático izquierdo, con deformidad del contorno hepático. Se observaba también un engrosamiento de un segmento de sigma con varias fístulas colocólicas, sugestivo de diverticulitis aguda versus neoplasia de sigma. Al no ser posible la realización de colonoscopia por el proceso inflamatorio agudo, se completó estudio con RM de pelvis en la que se observó una extensa colección líquida en cara anterior del recto-sigma compatible con absceso. Además de antibioterapia con metronidazol, se realizó punción aspiración con aguja fina guiada de la colección, con estudio microbiológico negativo y desaparición completa de la misma en el siguiente TAC de abdomen de control. Finalmente, se realizó BAG de la LOE hepática visualizándose agregados linfo-histiocitarios con el típico aspecto de inclusiones de Michaelis-Gutman; todo ello compatible con el diagnóstico de malacoplaquia.

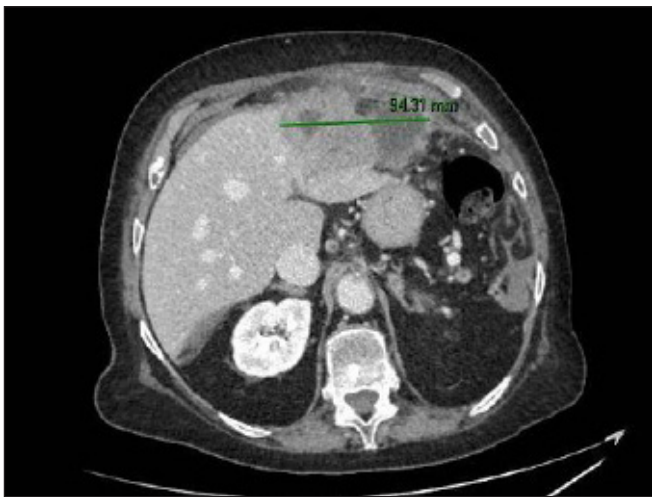


Figura 1. LOE en lóbulo hepático izquierdo que deforma el contorno hepático.

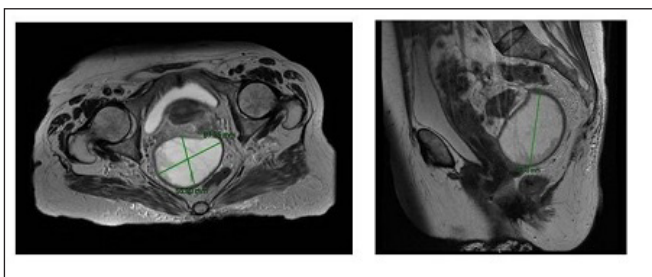


Figura 2. Colección líquida entre la cara anterior del recto-sigma y la cara posterior de vagina-útero.

Discusión

La malacoplaquia es una enfermedad rara con una prevalencia desconocida. La edad media al diagnóstico es de 50 años. Su patogenia es desconocida. Se ha sugerido que pudiera deberse a una respuesta anormal de macrófagos debido a una función lisosomal defectuosa.

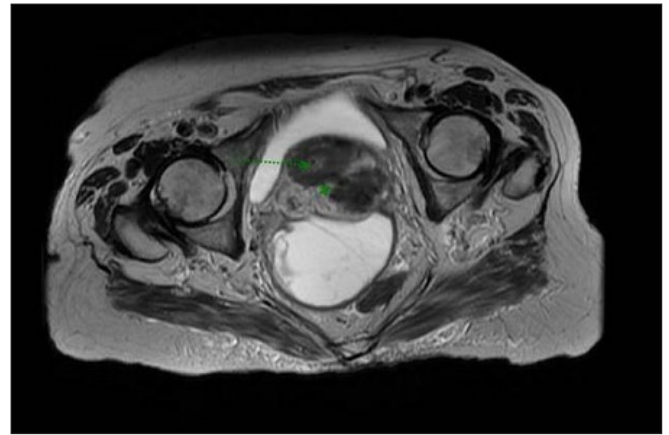


Figura 3. Múltiples trayectos fistulosos colocólicos.

Suele afectar a personas con enfermedad de base (sarcoidosis, tuberculosis, neoplasias, diabetes mal controlada e inmunodepresión secundaria a trasplante de órganos, quimioterapia, SIDA).

Clínicamente varía desde asintomática hasta manifestaciones como diarrea, anemia, dolor abdominal, sangrado rectal, obstrucción intestinal, vómitos, malestar general y fiebre.

La asociación de malacoplaquia y adenocarcinoma de colon es rara; cuando sucede, esta enfermedad no parece alterar el pronóstico de la neoplasia.

Se diagnostica principalmente por rasgos característicos de histiocitos acumulados que contienen inclusiones citoplasmáticas (los llamados Cuerpos de Michaelis-Gutmann).

Actualmente los pilares del tratamiento son los antibióticos con acción intracelular, como las quinolonas y específicamente el ciprofloxacino, y el seguimiento con controles nutricionales con multivitamínicos y ácido ascórbico, que han demostrado ser eficaces.

CP-131. INVAGINACIÓN + SÍNDROME DE MCKITTRICK-WHELOCK (SMW): UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE GRAN ADENOMA VELLOSO

López González J, Campos Serrano N

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO HOSPITAL COMARCAL LA INMACULADA. HUÉRCAL-OVERA, ALMERÍA.

Introducción

El síndrome de McKittrick-Wheelock (SMW), es una patología infrecuente caracterizada por la presencia de una diarrea secretora secundaria a la hipersecreción de una adenoma vellosa colorrectal, que provoca un estado de depleción hidroelectrolítica severa caracterizado por hiponatremia, hipopotasemia, hipocloremia, acidosis metabólica y disfunción renal.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 68 años con antecedente de DM2 mal controlada, que acude a urgencias por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal, diarrea y vómitos. A su llegada a Urgencias se evidencian signos de hipoperfusión periférica, presentando en analítica Cr 5.57mg/dl, K 2.4mEq/L, Na 128 mEq/L, pH 7.19, bicarbonato 14.8 mmol/L, PCR 17mg/dl y procalcitonina 20.17ng/ml, por lo que ingresa en UCI. Tras realización de un TAC abdominal (**Figura 1**), la paciente es intervenida de forma urgente mediante sigmoidectomía con colostomía de protección por una invaginación rectosigmoidea secundaria a tumoración coraliforme de gran tamaño a nivel sigmoideo, con análisis histológico de adenoma vellosos con margen quirúrgico distal en contacto con la lesión.

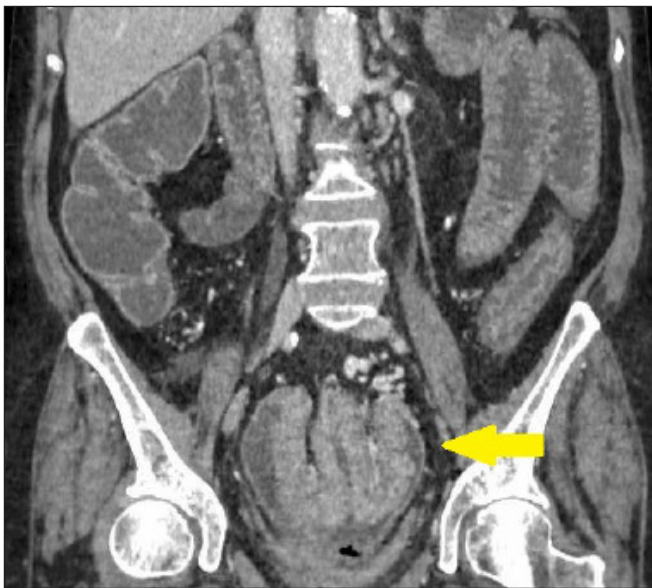


Figura 1. Corte frontal de TC abdominal donde se evidencia la invaginación recto sigmoidea y la gran formación polipoidea.

Tras la intervención, la paciente no mejora desde el punto de vista hidroelectrolítico, presentando un débito a nivel rectal de 2 litros diarios de una sustancia mucinosa.

Por ello, se decide realizar rectoscopia, visualizando a unos 12-15cm de margen anal, inmediatamente proximal a fondo de saco ciego, gran formación polipoidea (**Figura 2**), de unos 6-8cm, blanda, gelatinosa, con producción activa de líquido mucinoso, espeso, en relación con remanente polipoideo.

Se realiza por tanto la escisión quirúrgica de todo el remanente rectal, consiguiéndose normalización de las cifras de sodio y potasio de forma progresiva.

Discusión

El SMW se trata de una patología infrecuente de una potencial gravedad importante, por lo que es necesario tenerlo en cuenta ante un cuadro de diarrea con fenómenos

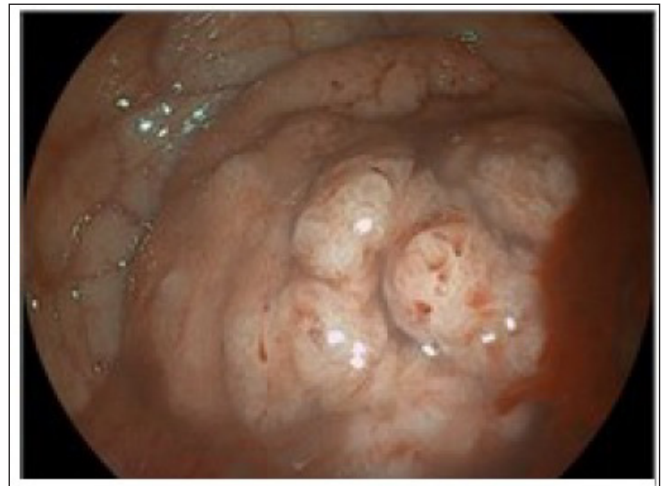


Figura 2. Imagen endoscópica del remanente polipoideo con mucina en superficie.

de deshidratación con pérdidas hidroelectrolíticas. La gravedad del síndrome suele ser mayor cuanto más distal y más grande es el adenoma responsable.

El tratamiento quirúrgico se considera el tratamiento de elección definitivo, si bien se ha propuesto la administración de Indometacina 400 mg/día (inhibidor de la PG E2), como terapia puente a la cirugía o en situaciones de inoperabilidad.

Llama la atención en el caso de nuestra paciente, que el propio adenoma sea el responsable tanto de la invaginación rectosigmoidea como de la grave alteración hidroelectrolítica por la gran secreción mucinosa.

CP-132. PRESENTACIÓN INTESTINAL DE UN SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO EN UN PACIENTE CON POLIANGEITIS GRANULOMATOSA EOSINOFÍLICA

Lancho Muñoz A, Morales Garzón CM, Rodríguez Gómez VM, Redondo Cerezo E, Antonio Damián SC

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

Introducción

El síndrome hipereosinofílico es una patología infrecuente caracterizado por una eosinofilia persistente que asocia un fallo multiorgánico. Habitualmente, se observa en relación con otras enfermedades como parasitosis, reacciones farmacológicas o vasculitis. Dada su baja incidencia, se trata de una patología infradiagnosticada que asocia una elevada morbimortalidad.

Caso clínico

Varón de 63 años con antecedentes personales de artritis reumatoide y vasculitis granulomatosa con polangeitis, tratado con ertanercept y mepolimumab. Acude a urgencias

por cuadro de fiebre de hasta 39° junto con deposiciones líquidas, sin productos patológicos; y dolor abdominal generalizado, de una semana de duración. Analíticamente destaca una elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 357 mg/dl y PCT 4,5 ng/dl), junto con leucocitosis con neutrofilia y eosinofilia marcada (eosinófilos 8500 células/mcL). Se realiza TC abdominal que muestra engrosamiento parietal en yeyuno e íleon terminal con realce tras contraste IV, compatible con enteritis (**Figura 1**).



Figura 1. Corte coronal de TC abdominal al ingreso que muestra engrosamiento parietal de asas de intestino delgado, principalmente de yeyuno e íleon terminal, con realce parietal tras administración de contraste.

Se inicia antibioterapia empírica con Meropenem, posteriormente a la extracción de muestras microbiológicas (coprocultivo, estudio de parásitos y hemocultivos). Sin embargo, el paciente muestra un empeoramiento progresivo, con fiebre persistente, deterioro de la función renal, edematización de miembros inferiores e insuficiencia respiratoria parcial. En TC abdominal de control se observa mejoría de la enteritis, con aparición de un engrosamiento parietal en colon ascendente sugerente de colitis derecha; junto con ascitis moderada y derrame pleural derecho de novo (**Figuras 2 y 3**). Ante la sospecha de fallo miocárdico se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra FEVI levemente deprimida, con cavidades cardíacas no dilatadas y válvulas normales.



Figura 2. Placa de tórax que muestra un derrame pleural leve-moderado derecho, con índice cardiotorácico normal y signos de redistribución vascular.

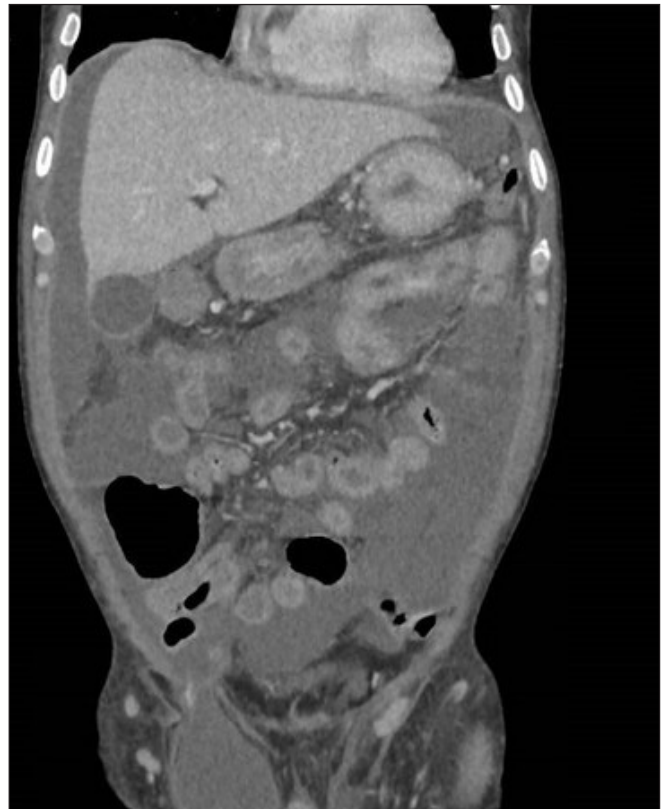


Figura 3. Corte transversal de TC abdominal a la semana de ingreso que muestra discreta mejoría del cuadro de enteritis, junto con aparición de ascitis moderada de novo.

Dada la ausencia de mejoría, afectación multiorgánica y presencia de eosinofilia persistente durante el último año superior a 2500 eosinófilos/mcL, se plantea el diagnóstico de síndrome hipereosinofílico. Debido a la inestable situación clínica no se realiza colonoscopia, iniciándose tratamiento con corticoides IV con resolución progresiva del cuadro. Finalmente, se realiza PET-TC observándose un

infiltrado pulmonar perivascular a nivel del lóbulo superior izquierdo, sin actividad a otro nivel; siendo el paciente dado de alta para continuar seguimiento en consultas de reumatología.

Discusión

En pacientes con trastornos autoinmunes, especialmente del grupo de las vasculitis, con clínica digestiva refractaria a tratamiento e hipereosinofilia mantenida debemos considerar un probable origen inflamatorio por hipereosinofilia, especialmente ante afectación multiorgánica. Aunque para el diagnóstico es fundamental demostrar la infiltración por eosinófilos en la pared intestinal, debido al mal pronóstico que presenta, no se debe demorar el tratamiento si existe una elevada sospecha clínica y se descartan otras causas de hipereosinofilia.

CP-133. INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: UN CASO POCO FRECUENTE, POR UNA CAUSA EXCEPCIONAL Y MÚLTIPLE.

Villegas Pelegrina P¹, Calvo Bernal MDM¹, Gil Belmonte MJ², Rodríguez Mateu A¹

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

Introducción

La invaginación o intususcepción intestinal se define como la introducción de un segmento de intestino en el interior de otro distal subyacente, por acción de la peristalsis. Es un cuadro frecuente e idiopático en niños, pero inusual en adultos, siendo secundario a una lesión de origen tumoral, normalmente de carácter benigna en intestino delgado y maligno en intestino grueso.

Presentamos el caso de un paciente con cuadros obstructivos intermitentes secundarios a invaginación ileo-ileal por pólipos fibroides inflamatorios (PFI).

Caso clínico

Mujer de 35 años sin antecedentes familiares, y antecedentes personales de vólvulo ileal resuelto por devolvulación laparoscópica hace dos años. Presenta episodios de dolor abdominal y estreñimiento intermitentes, sin alteraciones analíticas. En ecografía abdominal se identifica una invaginación íleo-ileal intermitente, con sospecha de imagen nodular de dos centímetros como cabeza de invaginación.

Se realiza ileocolonoscopia sin hallazgos patológicos, por lo que se administra cápsula endoscópica, observando en íleon proximal una tumoración submucosa, seguida de pseudoinvaginación de intestino y un pólipo rojizo.

Se realiza una enteroscopia retrógrada con fines diagnósticos-terapéuticos, objetivando una lesión sésil de aspecto subepitelial en íleon proximal de unos 4-5 cm.

Se decide resección quirúrgica de intestino delgado, identificándose invaginación intermitente, secundaria a múltiples lesiones submucosas. La histopatología de la pieza quirúrgica es compatible con múltiples pólipos fibroides inflamatorios, CD34 positivo y CD117 negativa. El estudio molecular es negativo para el gen PDGFRA, estando aún pendiente del estudio genético sanguíneo.

En la gastroscopia no se identifican otras lesiones ni tumores del estroma gastrointestinal (GIST).

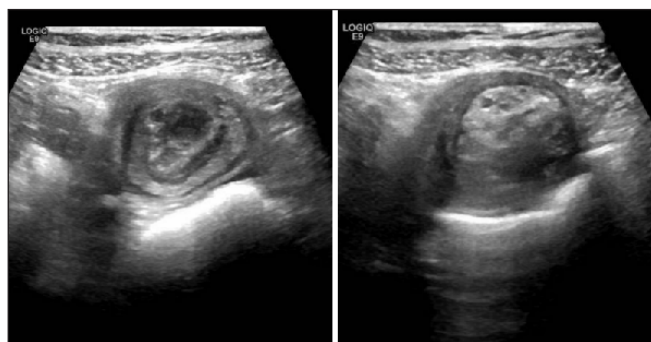


Figura 1. Corte coronal de TC abdominal al ingreso que muestra engrosamiento parietal de asas de intestino delgado, principalmente de yeyuno e íleo terminal, con realce parietal tras administración de contraste.

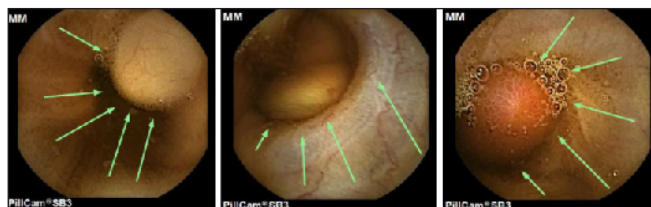


Figura 2. Corte coronal de TC abdominal al ingreso que muestra engrosamiento parietal de asas de intestino delgado, principalmente de yeyuno e íleo terminal, con realce parietal tras administración de contraste.

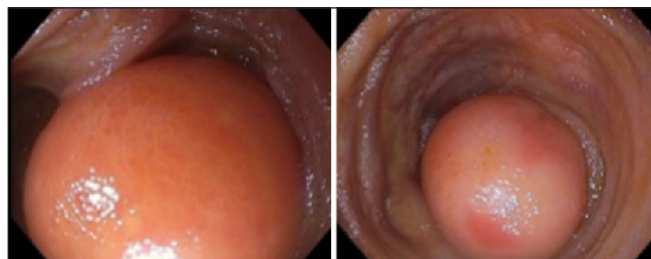


Figura 3. Corte coronal de TC abdominal al ingreso que muestra engrosamiento parietal de asas de intestino delgado, principalmente de yeyuno e íleo terminal, con realce parietal tras administración de contraste.

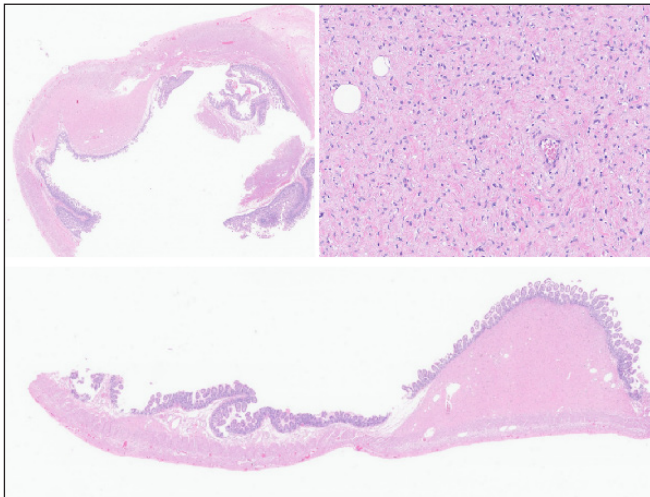


Figura 4. Mucosa íntegra y submucosa de gran grosor con proliferación de células fusiformes, uniformes, de núcleos blandos, y vascularización prominente con cierta disposición concéntrica perivascular con variable componente celular inflamatorio añadido.

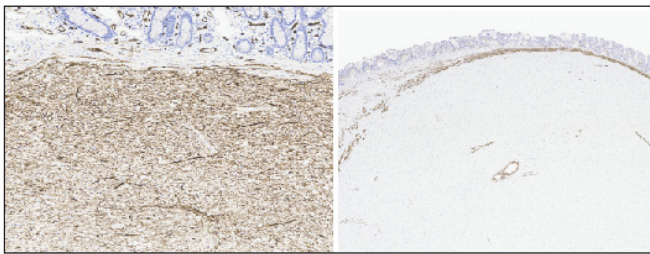


Figura 5. Inmunohistoquímica, a la izquierda CD34 positivo, a la derecha desmina negativo.

Discusión

Los PFI o tumores de Vanek, son lesiones mesenquimales benignas, que se originan en la submucosa. Habitualmente se presentan como lesiones únicas en cualquier tramo del tracto gastrointestinal, siendo su localización más frecuente el estómago, seguido del intestino delgado, especialmente íleon. En cuanto a su etiología, es aún desconocida, considerándose lesiones no neoplásicas reactivas a alérgenos, traumatismos, o genéticas por mutaciones en el gen del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA). Los portadores de estas mutaciones a menudo desarrollan PFI múltiples, en lugar de solitarios, junto a otros tumores mesenquimales como GIST. Es fundamental por ello, completar el estudio endoscópico y realizar consejo genético.

Habitualmente son asintomáticos, siendo su diagnóstico incidental en estudios endoscópicos. Sus síntomas dependen de la localización y el tamaño de la lesión, como dolor abdominal, sangrado y anemia, obstrucción o invaginación intestinal. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, teniendo en ocasiones que ampliar a estudio genético molecular.

CP-134. MÁS ALLÁ DEL COLON: DIVERTICULITIS YEYUNAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Sánchez Moreno S, Pérez Campos E, Sánchez Tripiana M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

A diferencia de la diverticulosis colónica, la aparición de divertículos en el intestino delgado es infrecuente, y su diagnóstico suele ser incidental en pruebas de imagen o en una cirugía, ya que suelen ser asintomáticos. Reportamos el caso de una paciente que debuta con un abdomen agudo secundario a una diverticulitis yeyunal con una imagen radiológica típica en el entero-TC.

Caso clínico

Mujer de 85 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipercolesterolemia sin cirugías previas que ingresa por cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado a ambos flancos y fiebre, sin ictericia, diarrea ni vómitos. Mantiene buen estado general y presenta, a la exploración, dolor intenso a la palpación profunda en flanco derecho con defensa abdominal a dicho nivel. En el análisis de sangre destaca una leucocitosis con neutrofilia y una PCR de 25 mg/dL sin otros hallazgos reseñables. La radiografía simple y ecografía de abdomen no muestran hallazgos patológicos salvo coledocistitis sin signos de colecistitis. Se realiza un TC abdominal con contraste intravenoso que muestra una imagen sugerente de absceso intraabdominal de unos 3 cm adyacente a un asa yeyunal con cambios inflamatorios en la grasa mesentérica, sin claro engrosamiento mural.

Ante la ausencia de un claro diagnóstico se instaura antibioterapia empírica y se realiza un entero-TC abdominal con contraste oral e intravenoso, donde se identifican numerosos divertículos en yeyuno proximal y medio, algunos de gran tamaño y con signos de diverticulitis aguda, sin signos de perforación intestinal ni colecciones adyacentes. La paciente evoluciona favorablemente con manejo conservador sin precisar intervención quirúrgica.

Discusión

La diverticulosis yeyunal suele cursar de forma asintomática o asociarse a síntomas abdominales inespecíficos, siendo la diverticulitis yeyunal su complicación más frecuente, cuya clínica puede simular otras causas más frecuentes de abdomen agudo como son la diverticulitis colónica, el brote de enfermedad inflamatoria intestinal o la apendicitis. Además, en ocasiones existe dificultad para valorar los signos radiológicos típicos de la diverticulitis yeyunal, como son la visualización directa del divertículo

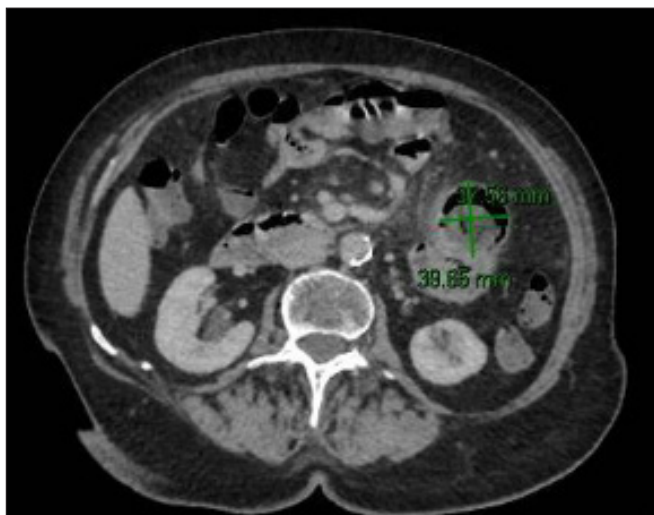


Figura 1. Divertículo en yeyuno proximal de aproximadamente 40 x 38 mm con cambios inflamatorios asociados y contenido alimenticio retenido.

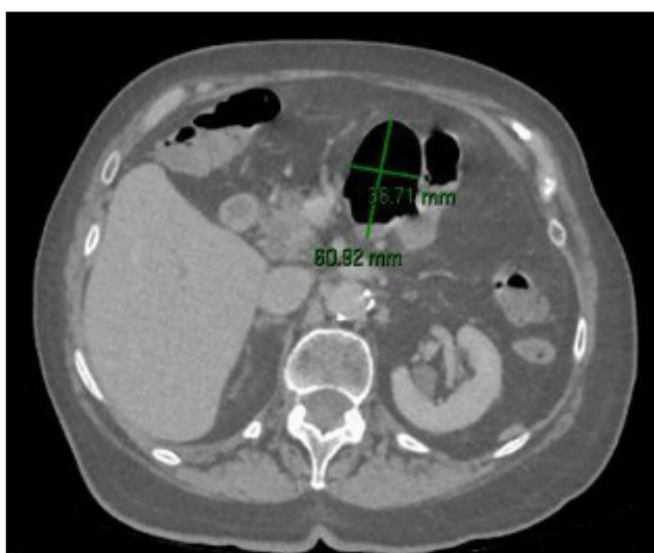


Figura 2. Divertículo yeyunal adyacente al ángulo de Treitz de unos 61 x 37 mm aproximadamente de contenido aéreo.



Figura 3. Divertículo en yeyuno medio de unos 25 x 32 mm aproximadamente con signos inflamatorios adyacentes.

y el engrosamiento focal de la pared intestinal, siendo necesarios estudios complementarios como el entero-TC. Por todo ello parece importante mantener un elevado índice de sospecha diagnóstico y tener presente las complicaciones derivadas de la diverticulosis yeyunal a la hora de hacer el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

CP-135. PROCTITIS SECUNDARIA A LINFOGRANULOMA VENÉREO

Moya Jaime L, Mata Perdigón FJ, Ruiz Pages MT

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

La proctitis puede desencadenarse por una gran variedad de causas donde se incluyen la enfermedad inflamatoria intestinal, tratamientos como la radioterapia, traumatismos o las infecciones.

En la actualidad, entre las causas infecciosas, se han producido un aumento significativo en las enfermedades de transmisión sexual, destacando las infecciones por Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, Virus del Herpes Simple, Virus del Papiloma Humano (serotipos 16 y 18) o Treponema pallidum.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 36 años con infección por virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral con buen control inmunológico.

Derivado por estreñimiento, episodios de rectorragias autolimitadas y astenia con pérdida de peso de unos 12 kilogramos aproximadamente en 6 meses de evolución. Sin antecedentes familiares a destacar. A la exploración anal, se apreció lesión excrecente mal delimitada y poco valorable por no colaboración del paciente muy dolorosa al tacto.

Se completa estudio con colonoscopia, observándose afectación continua hasta los 12cm del margen anal de mucosa eritematosa y friable, con múltiples úlceras superficiales que impresionaba de afectación del margen interno del canal anal. Se tomaron biopsias de las úlceras con resultados histológicos de inflamación inespecífica, así como muestras de exudado de la mucosa rectal siendo positivo para Chlamydia Trachomatis serotipo LGV por PCR.

Finalmente, el paciente recibió tratamiento con doxiciclina 500mg cada 12h durante 21 días y se realizó nuevo exudado rectal a las 3 semanas posteriores al tratamiento con resultado negativo y con desaparición completa de la clínica.

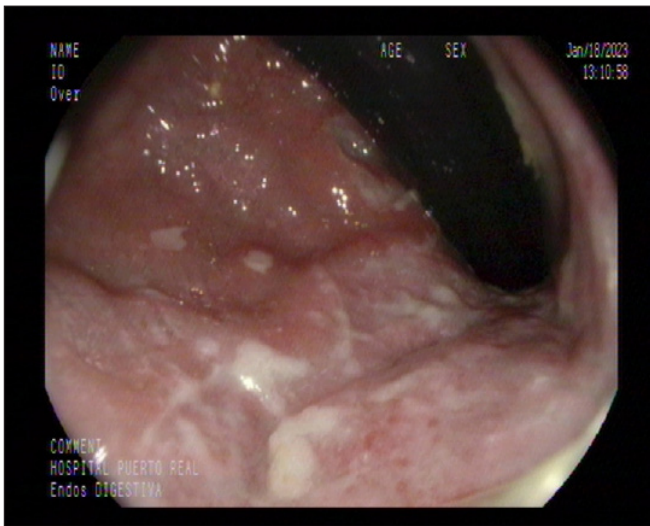


Figura 1. Mucosa de recto edematosa y friable con erosiones superficiales y úlceras.

Discusión

El linfogranuloma venéreo es una patología en ascenso en nuestro medio, en especial en aquellos hombres que mantienen conductas sexuales de riesgo con otros hombres.

La presentación típica se manifiesta como úlcera genital de duración autolimitada pero, en ocasiones puede persistir produciendo inflamación de ganglios inguinales o evolucionar hacia una proctitis, pudiendo ser difícil su diagnóstico diferencial enfermedad inflamatoria intestinal o carcinoma de colon.

Es necesario el tratamiento tanto de los pacientes sintomáticos como asintomáticos, así como también el de las parejas sexuales si han tenido contacto en los dos meses previos a la infección o antes de recibir el tratamiento.

Por lo tanto, ante una clínica de proctitis, es importante tener en mente la posibilidad de origen infeccioso por enfermedad de transmisión sexual en grupos de alto riesgo, especialmente para poder iniciar tratamiento precoz y evitar las posibles complicaciones.

CP-136. VÓLVULO YEYUNAL: UNA CAUSA INFRECUENTE Y POTENCIALMENTE GRAVE DE ABDOMEN AGUDO.

Rodríguez Gómez VM, Lecuona Muñoz M, Ortega Suazo EJ, Redondo Cerezo E

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

El vólvulo intestinal es una causa poco frecuente de abdomen agudo aunque de importante relevancia dada

la gravedad de sus posibles complicaciones. Desencadena un cuadro de obstrucción intestinal mecánica que provoca precozmente isquemia intestinal, siendo fundamental el diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz.

Caso clínico

Paciente varón de 59 años con antecedente de hernia inguinal intervenida, que acude a urgencias por cuadro de dolor en epigastrio y vómitos asociado a ausencia de deposiciones de 24 horas de evolución. En la analítica destaca un incremento de reactantes de fase aguda y leucocitosis con desviación izquierda sin otras alteraciones reseñables. Se realiza radiografía de abdomen (Figura 1) donde se aprecia abundante gas en cámara gástrica y dilatación de asas de intestino delgado. Se solicita tomografía axial computarizada abdominal con contraste intravenoso (Figura 2) objetivando dilatación importante de asas de yeyuno con cambio brusco de calibre a nivel de mesogastrio, con posible imagen de volvulación organoaxial. Se coloca sonda nasogástrica y se contacta con Cirugía General que realiza laparotomía observando torsión completa del meso yeyunal que condiciona dilatación de las asas de intestino delgado hasta 7cm y múltiples divertículos yeyunales de gran tamaño. Se realiza evisceración del paquete intestinal y desrotación del mismo sin objetivar signos de sufrimiento intestinal. Tras tres días de ingreso hospitalario y adecuada tolerancia oral sin dolor asociado además de mejoría analítica se procede al alta hospitalaria.



Figura 1. Dilatación de cámara gástrica y asas de intestino delgado en probable relación con obstrucción intestinal sin apreciarse neumoperitoneo asociado.

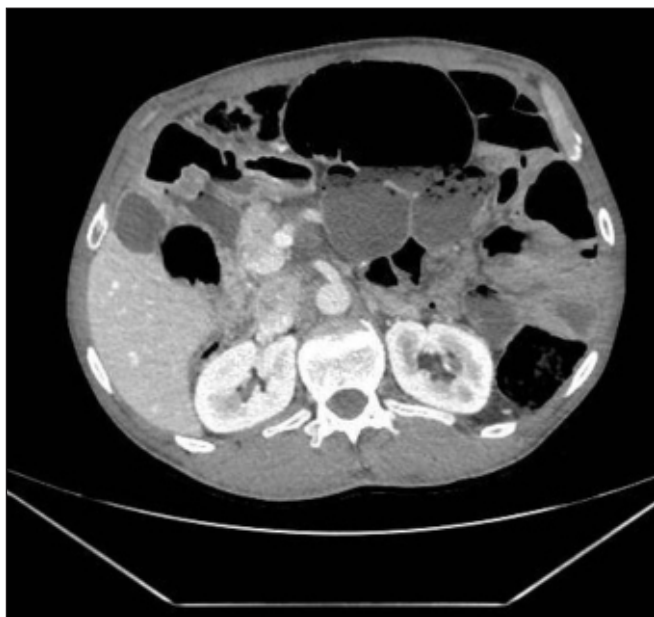


Figura 2. Dilatación gástrica y de asas de yeyuno con cambio abrupto a nivel de mesogastrio, sin signos de sufrimiento de asas, compatible con vólvulo yeyunal.

Discusión

En el vólvulo de intestino delgado, el mesenterio se acorta por la torsión de su raíz, adoptando una morfología de embudo que constituye el eje de rotación. Hasta en el 46% de los casos produce isquemia intestinal asociando una mortalidad de hasta el 9%. Su pico de incidencia se encuentra en las primeras etapas de la vida en relación a una malrotación intestinal. En la edad adulta la causa más común son las bridas en relación a cirugías previas o por hernias intrabdominales.

Se debe sospechar ante un cuadro de obstrucción intestinal donde al realizar una radiografía simple de abdomen de bipedestación se observa dilatación de cámara gástrica y de asas de intestino delgado con ausencia de aire distal en pacientes con cirugía abdominal previa. Su confirmación se realiza mediante tomografía axial computarizada con contraste que además valora la viabilidad del tejido intestinal. El tratamiento de elección es quirúrgico, tanto para realizar una devolvulación intestinal en caso de preservación de órgano, como para su resección en caso contrario.

CP-137. SÍNDROME DIARREICO SECUNDARIO A IMPACTACIÓN RECTAL DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PACIENTE JOVEN.

Teomiro Custodio C, Silva Albarellos E, Barranco Castro D

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La impactación fecal en niños consiste en la acumulación de heces endurecidas en recto y colon, generalmente como resultado de estreñimiento crónico u otros problemas médicos subyacentes. Esta condición puede provocar dolor abdominal, dificultad para la evacuación o diarrea por rebosamiento. El tratamiento incluye el uso de laxantes, enemas o la extracción manual de heces.

Caso clínico

Varón de 15 años con antecedentes de TDAH y enfermedad de Hirschsprung intervenida en la infancia, que acude a urgencias por dolor abdominal y diarrea. Ante la presencia de reactantes de fase aguda elevados, ingresa en planta de digestivo con la sospecha inicial de gastroenteritis aguda.

A las 48 horas, presenta un empeoramiento clínico, con mayor dolor abdominal a pesar de antibioterapia empírica, por lo que se realiza TC de abdomen (**Figuras 1 y 2**), donde se describe una gran acumulación de heces en colon secundaria a la presencia de un fecaloma en recto. Se intenta desimpactación manual, apreciando en la exploración la presencia de numerosas pipas con cáscara en ampolla rectal, que tras interrogar, se confirma que fueron ingeridas por el paciente.



Figura 1. Corte coronal visualiza fecaloma de pipas.

Se pauta tratamiento con laxantes orales y enemas, pero no se logra su resolución, por lo que se decide finalmente colonoscopia para extracción endoscópica de los cuerpos extraños. En la exploración, se objetivó la presencia de numerosas pipas en recto, que se extrajeron en gran medida con cesta de Roth, dejando visible una mucosa edematosa

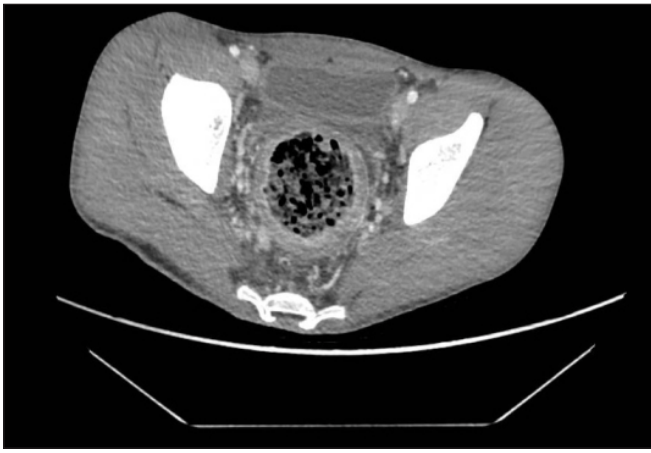


Figura 2. Corte axial que visualiza fecaloma.

y con úlceras superficiales (Figuras 3 y 4). Dada la mejoría clínica posterior, se decide continuar tratamiento en domicilio, con laxantes orales y enemas de sucralfato para facilitar la cicatrización del recto.

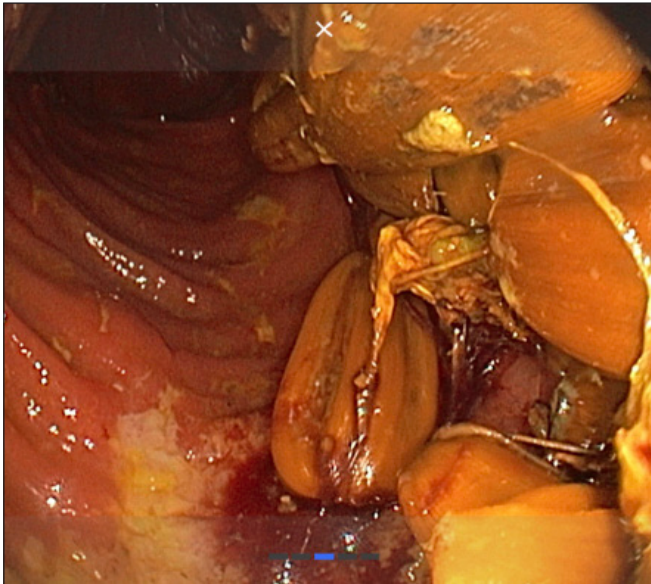


Figura 3. Pipas enteras en sigma.



Figura 3. Mucosa de recto edematosa con erosiones y úlceras superficiales.

Discusión

La obstrucción intestinal de causa mecánica en personas jóvenes como desencadenante de un síndrome diarreico es poco común (1). Sin embargo, es importante considerarla, ya que puede conllevar complicaciones como colitis estercorácea, perforación intestinal o peritonitis, con importante morbimortalidad (2). Este caso subraya la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración completa ante cualquier patología digestiva. Por otro lado, expone opciones terapéuticas médicas y endoscópicas para el manejo exitoso de impactaciones fecales complejas.

CP-138. DIVERTÍCULITIS ESTENOSANTE. HALLAZGO INUSUAL DE GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR.

Hernani Álvarez JA, León Sanjuan G, Benavente Oyega A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA. JEREZ DE LA FRONTERA, CÁDIZ.

Introducción

La enfermedad diverticular representa la patología benigna más prevalente del colon. Presenta un curso impredecible, con una tasa de diverticulitis sintomática entre un 5-25%; complicaciones en un 12%; y cirugía en un 5%. En ocasiones se presenta como una diverticulitis latente crónica que puede condicionar una estenosis fibrótica con cuadros oclusivos y manifestaciones crónicas que condicionan la calidad de vida y que pueden conllevar cuadros clínicos de mayor gravedad.

Presentamos el caso de una mujer de mediana edad con antecedente de Cáncer de Mama metastásico con hormonoterapia y terapia adyuvante; y episodios de diverticulitis aguda de repetición. Ingresó en la unidad de Digestivo con clínica compatible con cuadro obstructivo que precisó colocación de sonda nasogástrica. Se realizó TC de abdomen con hallazgos radiológicos sugestivos de diverticulitis crónica estenosante con tractos fibróticos (Figura 1). Se contactó con la Unidad de Cirugía General desestimando actitud urgente por su parte. Finalmente, se optó por manejo conservador y se realizó prueba no invasiva (Colono-TC) a las 6 semanas para descartar proceso neofornativo subyacente. A los dos meses presentó un episodio similar esta vez con deterioro del estado general y exploración física sugestiva de peritonismo con hallazgo en TC de perforación de víscera hueca y peritonitis fecaloidea (Figuras 2 y 3), precisando de cirugía urgente con colectomía subtotal.

Discusión

La estenosis es una complicación infrecuente de la enfermedad diverticular que puede manifestarse como una obstrucción intestinal. Su origen se debe a cuadros recurrentes de diverticulitis aguda que conllevan a la fibrosis y disminución del lumen intestinal, hallazgo

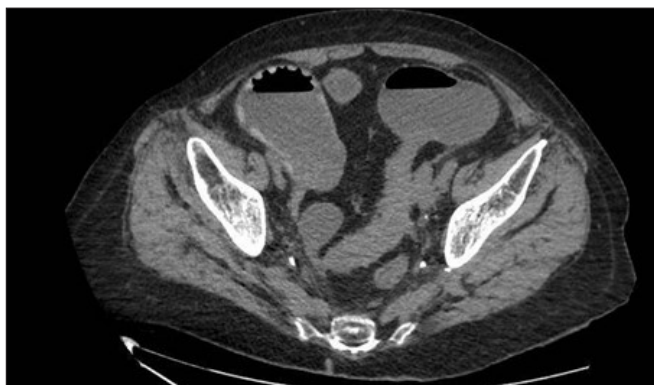


Figura 1. Engrosamiento anfractuoso de un segmento de sigma de 10 cm tras el cual se evidencia dilatación retrógrada de marco cólico. Hallazgos sugestivos, dados los antecedentes de diverticulitis estenosante, aunque es preciso descartar proceso neoplásico subyacente.



Figura 2. Neumoperitoneo, líquido libre intraabdominal y áreas de mayor densidad así como componente sólido con patrón en miga de pan altamente sugestivo de componente fecaloideo extraluminal. Hallazgos sugerentes de perforación intestinal.



Figura 3. Neumoperitoneo, líquido libre intraabdominal y áreas de mayor densidad así como componente sólido con patrón en miga de pan altamente sugestivo de componente fecaloideo extraluminal. Hallazgos sugerentes de perforación intestinal.

infrecuente con una prevalencia en torno a un 5%. Es preciso descartar malignidad como parte del diagnóstico diferencial, habitualmente con endoscopia/prueba de imagen tras 6 semanas del cuadro agudo.

Según las guías de práctica clínica la cirugía electiva debe ser individualizada y debe considerarse para las formas crónicas, latentes o recurrentes de enfermedad diverticular y sus respectivas complicaciones (estenosis, fístula, etc.) y para pacientes con factores predictivos de recurrencia, entre ellos pacientes inmunodeprimidos.

CP-139. TROMBOSIS DE VENA OVÁRICA POSTPARTO: UNA CAUSA TAN EXTRAÑA COMO POTENCIALMENTE GRAVE DE DOLOR ABDOMINAL EN EL PUERPERIO.

Baute Trujillo EA, Bailón Gaona C, Extremera Fernández A, Soler Góngora M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

La trombosis de la vena ovárica es una complicación rara pero potencialmente grave del puerperio. La incidencia de dicha complicación ocurre en un 0,05-0,18% de los embarazos y su fisiopatología se basa en la clásica triada de Virchow. Para su diagnóstico es necesario un elevado índice de sospecha, ya que sus síntomas y signos son muy inespecíficos obligando al diagnóstico diferencial con multitud de patologías de diferente índole. Por lo tanto debe sospecharse ante la aparición de dolor abdominal y fiebre característicamente en picos en el postparto. Presentamos un caso de esta entidad dado en nuestra práctica clínica.

Caso clínico

Paciente de 28, primigesta, con adecuado seguimiento de gestación y sin otros antecedentes de interés que tras parto vaginal eutócico con desgarro perineal tipo asociado, comienza a las 24h de puerperio con cuadro de dolor abdominal de alta intensidad en flanco derecho resistente a analgesia de primer nivel y a opiáceos débiles asociado a náuseas y vómitos. A la exploración destaca dolor intenso a la palpación en hemiabdomen derecho con defensa voluntaria asociada. Dado lo anteriormente expuesto, se solicita control analítico en el que destaca elevación franca de reactantes de fase aguda junto con leucocitosis con neutrofilia; se amplía el estudio con TAC de abdomen y pelvis con contraste que objetiva defecto de repleción en un segmento de 43 mm de la vena ovárica derecha compatible con trombo en dicho vaso, junto a útero grávido en relación con parto reciente (Figuras 1 y 2). Tras este hallazgo se procede a anticoagular a la paciente con heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas durante al menos 3 meses y a iniciar antibioterapia empírica, posteriormente se amplía el proceso diagnóstico con estudio genético y funcional de trombofilias al cabo de 12 semanas.

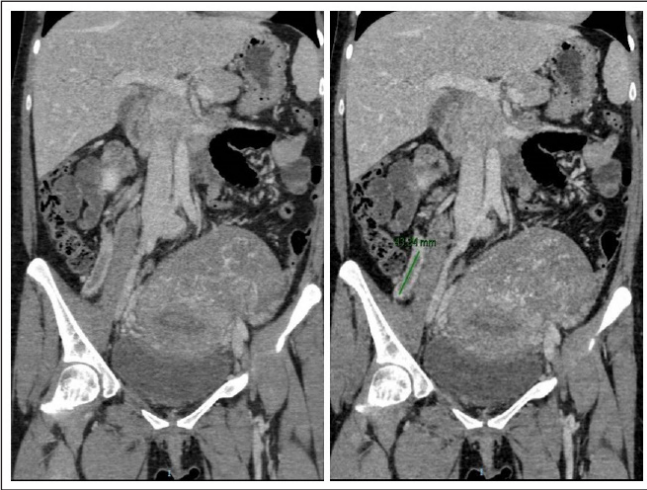


Figura 1. Corte coronal de TAC abdominopélvico con contraste en el que se observa defecto de repleción en un segmento de 43 mm de la vena ovárica derecha, compatible con trombo a dicho nivel.

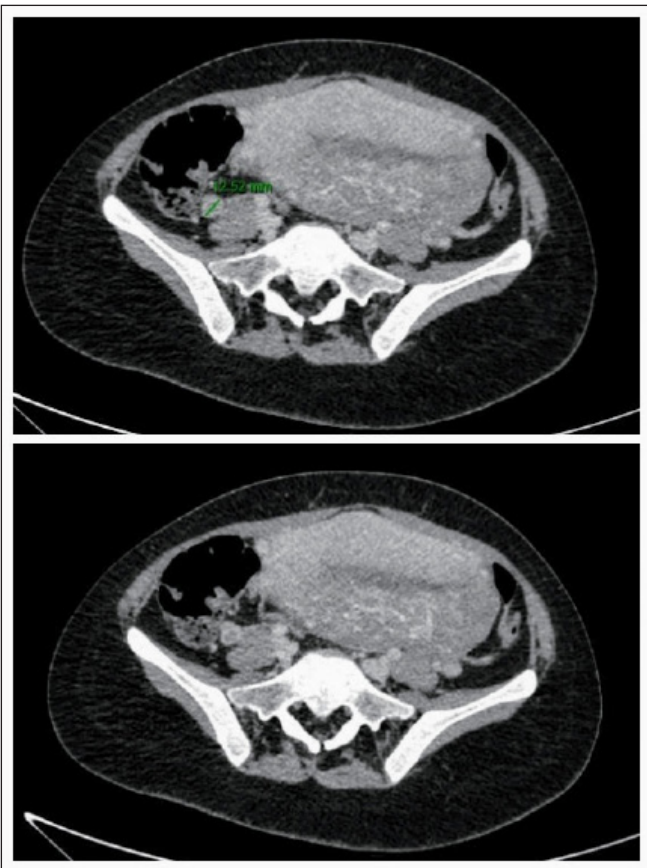


Figura 2. Corte axial de TAC abdominopélvico con contraste que muestra defecto de repleción de la vena ovárica derecha de 23mm en dicho plano, compatible con trombo a dicho nivel.

Discusión

La trombosis de la vena ovárica presenta un diagnóstico difícil dada su prevalencia y su alta variabilidad clínica, este se basa fundamentalmente en la realización de pruebas de imagen, siendo la TAC con contraste la de elección. A pesar de ello es fundamental el diagnóstico precoz puesto

que se trata de una entidad con una mortalidad nada desdeñable cercana al 5%. Con respecto al tratamiento, se basa en 2 pilares, la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y la antibioterapia intravenosa de amplio espectro respondiendo la mayoría de las pacientes en 48-72 horas.

CP-140. INTUSUSCEPCIÓN COLO-CÓLICA DE COLON TRANSVERSO POR LIPOMA GIGANTE COMO CAUSA DE SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO

Moreno-Loro A¹, Santiago-Díaz P²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA.

Introducción

La intususcepción es la invaginación de un segmento del intestino en una porción más distal del mismo segmento. Sólo el 5% se da en adultos (incidencia de 2-3 casos/1.000.000 habitantes/año) en los que constituye sólo el 1% de todas las obstrucciones intestinales, pero siendo frecuentemente maligna (adenocarcinoma o linfoma). Sólo el 17% de las intususcepciones en adultos son de localización coló-cólica pero son especialmente relevantes por ser el 60-65% de etiología maligna.

Caso clínico

Varón de 47 años que consulta por cuadro de dos meses de evolución de dolor abdominal difuso e intermitente. En las dos últimas semanas el dolor constante y dificultad para la deposición que alterna con despeño diarreico. En la última semana expulsión de sangre roja mezclada con las heces. Pérdida de peso no cuantificada. Niega fiebre, artralgias, aftas o uveítis. Analítica general sin alteraciones. Coprocultivo y estudio de parásitos negativos. Ante posible enfermedad inflamatoria crónica intestinal o cáncer colorrectal se realiza una colonoscopia en la que se observa en colon transverso una lesión submucosa de superficie ulcerada y que protruye hacia la luz ocupándola en más de un 70% y actuando como cabeza de invaginación. La histopatología muestra material fibrinoleucocitario compatible con un lecho ulceroso, sin signos de malignidad. Una tomografía computarizada (TC) con contraste confirmó la sospecha de invaginación a nivel de colon trasverso distal por una lesión de densidad grasa de 5x3,5 cm de diámetro. Ante el riesgo de obstrucción, perforación y hemorragia se decidió hemicolectomía derecha ampliada laparoscópica. El análisis de la pieza quirúrgica confirmó la intususcepción por lipoma de gran tamaño.

Discusión

La intususcepción puede manifestarse como dolor abdominal, estreñimiento, diarrea y sangrado digestivo. Dada su baja incidencia en adultos su diagnóstico



Figura 1. Colonoscopia, visión frontal. Lesión submucosa, de superficie ulcerada que protruye y ocupa la luz colónica.



Figura 2. Colonoscopia, visión tangencial. Lesión submucosa, de superficie ulcerada que protruye y ocupa la luz colónica.



Figura 3. TC contraste intravenoso, corte axial. Invaginación de un segmento proximal del colon transverso en un segmento más distal (flechas blancas) con lesión de densidad grasa como cabeza de invaginación (flecha azul).



Figura 4. TC contraste intravenoso, corte sagital. Invaginación de un segmento proximal del colon transverso en un segmento más distal (flechas blancas) con lesión de densidad grasa como cabeza de invaginación (flecha azul).

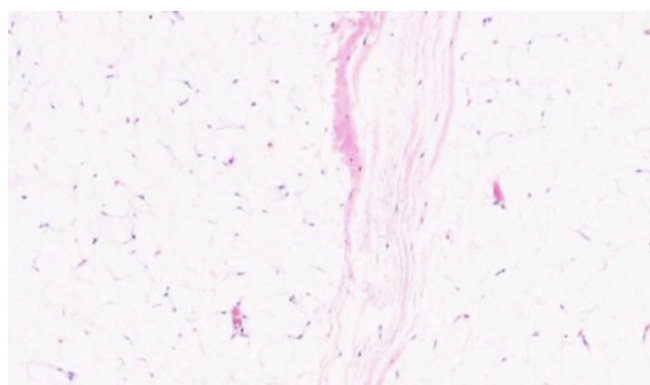


Figura 5. Histopatología de la pieza quirúrgica. Por tinción de hematoxilina-eosina a 4 aumentos se observa que la lesión está constituida por lóbulos de adipocitos maduros sin signos de atipia citológica, separados por finos septos fibrosos.

normalmente es incidental. Aunque con frecuencia la etiología es maligna, entre las etiología benignas cabe destacar los lipomas, más frecuentes en colon derecho (60%) seguido de izquierdo (20%) y transverso (15%), siendo más frecuentes en mujeres entre la quinta y sexta década, y pudiendo causar síntomas a partir de 2 cm aunque al diagnóstico suelen alcanzar 5 cm. El caso presentado reúne todas las características para considerarlo atípico: adulto, localización colo-cólica, etiología benigna, lipoma en varón y localizado en colon transverso. La colonoscopia es diagnóstica de intususcepción, pero se requiere de una TC con contraste que oriente la etiología y descarte signos de complicación. Dado el riesgo de etiología maligna en adultos, se prefiere la resección quirúrgica laparoscópica para favorecer la rápida recuperación.

CP-141. NEOPLASIA SINCRÓNICA INTESTINAL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE ANEMIA

Quirós Rivero P, Torrico Laguna AM, Calderón Chamizo M, Naranjo Pérez A, Ternero Fonseca J

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

Las neoplasias malignas de intestino delgado son infrecuentes, comprenden menos del 5% de las neoplasias gastrointestinales. Dentro de los tumores malignos primarios se encuentran los adenocarcinomas (los más frecuentes) que se localizan principalmente en duodeno y yeyuno. Otras etiologías son los tumores neuroendocrinos (carcinoides), estromales, sarcomas y linfomas.

Más habituales son las metástasis en intestino delgado de adenocarcinomas de otras localizaciones. Debido a su baja frecuencia y a la sintomatología inespecífica favorecen un retraso en el diagnóstico con peor pronóstico para el paciente.

Presentamos el caso de una mujer con anemia, síndrome constitucional y dolor abdominal con hallazgo de probable neoplasia intestinal sincrónica.

Caso clínico

Mujer de 63 años con antecedente de fumadora importante que ingresa en planta de digestivo por anemia con necesidad de transfusión, dolor abdominal y pérdida de peso de 5 kg en los últimos dos meses.

Se realiza una tomografía (TAC) de abdomen (Figura 1) visualizándose engrosamiento mural irregular y mamelonado a nivel de tercera porción duodenal y otro en yeyuno.

Se realiza gastroscopia (Figura 2) evidenciando a nivel de tercera porción duodenal lesión excrecente, mamelonada, de consistencia dura y friable, con ulceraciones, tomándose biopsias para anatomía patológica siendo compatible con adenocarcinoma indiferenciado de alto grado con estudio inmunohistoquímico positivo para Ki67.

Como estudio de extensión en el TAC de tórax se aprecia masa pulmonar cavitada en segmento apical del lóbulo superior derecho compatible con neoplasia pulmonar T2aN0M0 decidiéndose lobectomía superior derecha más linfadenectomía así como resección de las dos lesiones intestinales en un mismo tiempo, quedando la paciente libre de enfermedad y con resolución de la anemia. Tras ello se decide alta con seguimiento con pruebas de imagen por parte de oncología médica.

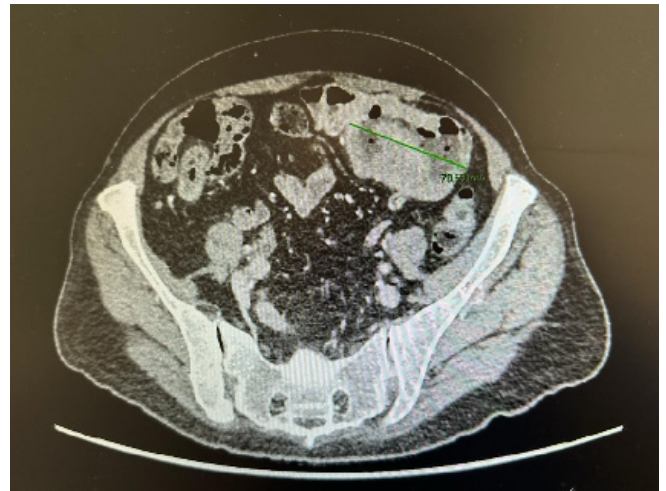


Figura 1. Neoplasia intestino delgado (yeyunal) visualizado en TAC de abdomen.



Figura 2. Lesión a nivel de tercera porción duodenal visualizada en la gastroscopia.

Discusión

Los tumores de intestino delgado se pueden diagnosticar como un hallazgo incidental en las pruebas de imagen o en pacientes con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, anemia, pérdida de peso, obstrucción o perforación intestinal.

En cuanto al diagnóstico se utiliza la TAC o resonancia (RMN) de abdomen. Otros métodos son la enterografía por TAC o RMN, videocápsula endoscópica (VCE) y la enteroscopia.

En nuestro caso se evidenciaron dos tumores primarios sincrónicos en duodeno y yeyuno, condición poco frecuente, pudiéndose tomar muestra para estudio histológico mediante gastroscopia, compatible con adenocarcinoma, y visualizándose como hallazgo incidental en el estudio de extensión una neoplasia pulmonar, que al ser ambos resecables se pudieron intervenir en un mismo tiempo.

CP-142. COLITIS ISQUÉMICA: UN CASO INUSUAL ASOCIADO A VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA

Sánchez Tripiana M, Rodríguez Mateu A, Villegas Pelegrina P, Pérez Campos E, Sánchez García O

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Las vasculitis crioglobulinémicas son enfermedades sistémicas que originan depósitos vasculares debido a la presencia de crioglobulinas, inmunoglobulinas que precipitan a bajas temperaturas, formando complejos inmunitarios. Suelen asociarse a enfermedades autoinmunitarias, infecciosas (VHC) o hematológicas. Clínicamente cursan con astenia, fiebre o deterioro del estado general; manifestaciones cutáneas como púrpura o Raynaud; neurológicas o renales. Las afectaciones digestivas son infrecuentes, manifestándose como dolor abdominal, hemorragia digestiva o incluso perforación.

Caso clínico

Varón de 71 años sin antecedentes derivado a consulta por sangre oculta en heces positiva asociando pérdida de peso no cuantificada y molestias abdominales tras la ingesta. Se realiza colonoscopia observando en colon derecho una mucosa de aspecto pálido con alteración del patrón vascular y sufusiones hemorrágicas, siendo sugerentes de isquemia (Figuras 1-3), confirmadas histológicamente (Figuras 4 y 5).



Figura 1. Hallazgos endoscópicos de colon derecho. Mucosa pálida con sufusiones hemorrágicas y alteración del patrón vascular.

Posteriormente, el paciente presenta lesiones ulcerativas dolorosas no sugerentes de arteriopatía (Figuras 6 y 7) y lesiones petequiales en miembros inferiores, con biopsias cutáneas histológicamente compatibles con vasculitis leucocitoclástica (Figura 8), ingresando en Medicina Interna



Figura 2. Hallazgos endoscópicos de colon derecho. Mucosa pálida con sufusiones hemorrágicas y alteración del patrón vascular.



Figura 3. Hallazgos endoscópicos de colon derecho. Mucosa pálida con sufusiones hemorrágicas y alteración del patrón vascular.

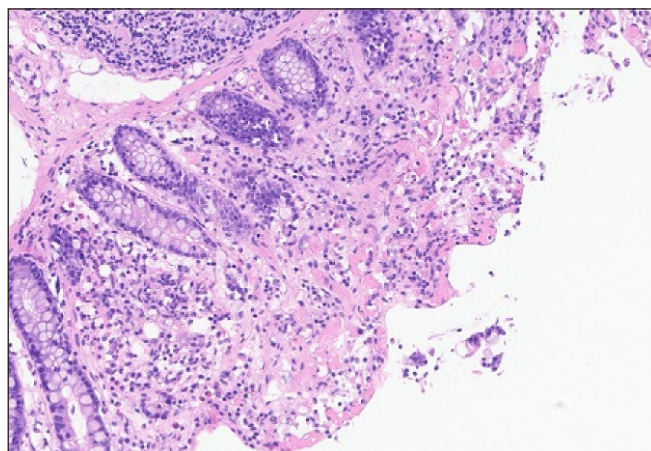


Figura 4. Hematoxilina eosina. Biopsia endoscópica de colon derecho. Microtrombos hialinos capilares, cambios epiteliales reactivos, distorsión arquitectural, fibrosis y edema de lámina propia. Colitis isquémica.

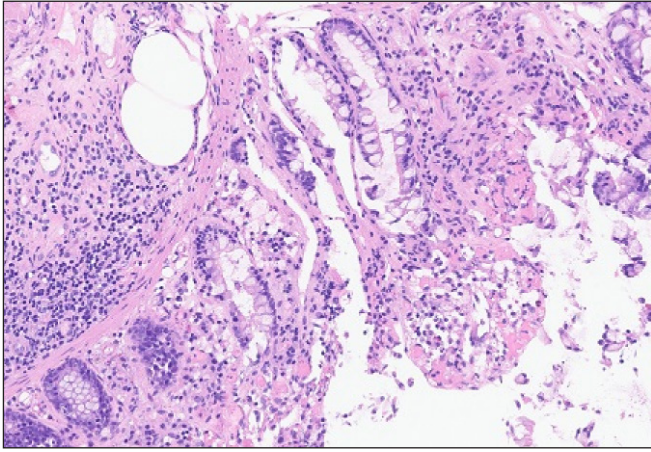


Figura 5. Hematoxilina eosina. Biopsia endoscópica de colon derecho. Microtrombos hialinos capilares, cambios epiteliales reactivos, distorsión arquitectural, fibrosis y edema de lámina propia. Colitis isquémica.



Figura 6. Lesión ulcerativa en estado de reepitelización en región tibial externa de miembro inferior derecho sin datos de sobreinfección.



Figura 7. Lesión ulcerativa de base necrótica en región tibial inferior externa de miembro inferior derecho.

para completar estudio. Analíticamente se observa un deterioro de la función renal y se detectan crioprecipitados a expensas de IgM e IgG, con serologías para virus de la hepatitis C negativas, anticuerpos antinucleares (ANA) negativos y factor reumatoide elevado. Además, se descarta la presencia de procesos linfoproliferativos y/o tumorales, lo que sugiere la existencia de un proceso sistémico subyacente.

Se diagnostica entonces de vasculitis crioglobulinémica tipo 2 con afectación cutánea, digestiva y posiblemente renal a falta de biopsia renal, y se administra tratamiento de inducción con metilprednisolona, ciclofosfamida y rituximab con buena tolerancia.

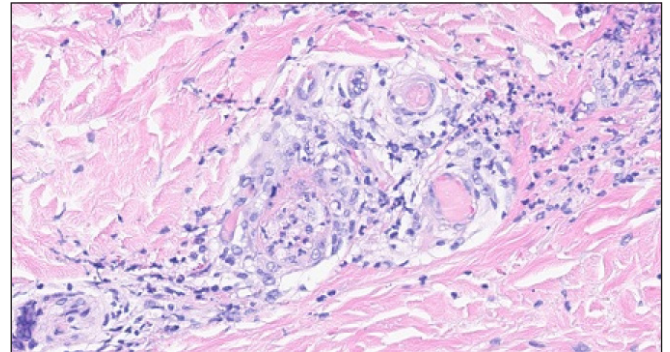


Figura 8. Hematoxilina eosina. Biopsia punch de lesión cutánea. Daño vascular capilar, necrosis fibrinoide, leucocitoclasia, extravasación hemática, infiltrado inflamatorio perivascular e intersticial. Vasculitis leucocitoclástica.

Discusión

Las vasculitis crioglobulinémicas infrecuentemente presentan manifestaciones digestivas, consecuencia de vasculitis de los vasos mesentéricos con lesión de arteriolas y capilares, aunque también se atribuyen a isquemia producida por obstrucción de pequeños vasos por crioprecipitados. Por otro lado, la colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal, y generalmente se debe a una disminución del flujo vascular en pacientes con arterioesclerosis, o en pacientes jóvenes con trombofilias, vasculitis o uso de cocaína. La presentación clínica es muy variada, siendo la sospecha baja especialmente cuando no acontece rectorragia, como suele ocurrir en la afectación de colon derecho. Nos encontramos ante un caso de colitis isquémica secundaria a vasculitis en un paciente de edad avanzada, siendo interesante ahondar en la entidad causante cuando nos encontremos ante una colitis isquémica en pacientes que, aunque no sean jóvenes, no presenten al menos factores de riesgo cardiovascular.

CP-143. LAPAROTOMIA EXPLORADORA POR ILEITIS SECUNDARIA A ANISAKIASIS: UNA ACTITUD INFRECIENTE

LEÓN VALENCIANO L, DÍAZ BARBERO N, PINAZO MARTÍNEZ IL, JIMÉNEZ PÉREZ M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La anisakiasis es una zoonosis causada por gusanos de tres especies de Anisakis. Está presente en varios países siendo

el más frecuente Japón, ya que la transmisión es por ingesta de pescado crudo.

Entre las manifestaciones clínicas destacan la gástrica, menos frecuente, e intestinal, pudiendo cursar con cuadro oclusivo. También puede manifestarse como reacción alérgica generalizada mediada por IgE causando prurito y manifestaciones orofaríngeas.

El diagnóstico se realiza ante sospecha clínica por ingestión reciente de pescado crudo. En Tomografía Axial Computarizada o ecografía de abdomen se observa engrosamiento edematoso de la pared de mucosa gástrica o intestinal con asas dilatadas de intestino delgado afectando a un segmento largo de íleon, grasa circundante y presencia de líquido libre.

Analíticamente, la IgE total y específica de anisakis suelen estar elevadas.

El tratamiento consiste en eliminación del parásito y tratamiento sintomático, siendo necesario intervención quirúrgica en caso de penetración en intestino, epíplon, hígado o páncreas. Existe un tratamiento con buenos resultados con albendazol, pero los datos son limitados

Caso clínico

Mujer de 53 años, con factores de riesgo cardiovascular. Como antecedentes quirúrgicos destaca apendicectomía laparoscópica y hernioplastia supraumbilical.

Acude a urgencias por dolor abdominal en mesogastrio y vómitos de 48 horas de evolución tras ingesta de boquerones, presentando además exantema generalizado y vómito autolimitado.

A la exploración, dolor abdominal en hipocondrio derecho con Blumberg positivo. Analíticamente, leucocitosis a expensas de neutrófilos. PCR 12.5.

Se solicitó TAC de abdomen con íleon discretamente aumentado de calibre con marcado engrosamiento parietal y disminución de la captación de contraste, identificando a nivel centro abdominal dos puntos de cambio de calibre, hallazgos compatibles con hernia interna con signos de sufrimiento de asas.

Se decide laparotomía exploradora urgente, observándose dilatación de un segmento largo de íleon distal con meso engrosado, sin encontrar causa con leve cantidad de líquido seroso. No se realizó ninguna resección

Se solicita Prick test Anisakis resultando positivo y serología con IgE elevada

Tras cinco meses del alta hospitalaria, TAC de control completamente normal y asintomática.



Figura 1. Segmento largo de íleon discretamente aumentado de calibre que presenta un marcado engrosamiento parietal con disminución de la captación de contraste, y asocia aumento de atenuación del meso adyacente.



Figura 2. En un segmento de íleon, a nivel centro abdominal, se identifican dos puntos de cambio de calibre.

Discusión

La anisakiasis es una entidad infradiagnosticada, cuya sintomatología es muy larvada en la mayoría de las ocasiones. No obstante, puede manifestarse como cuadro

de obstrucción intestinal debiendo hacer diagnóstico diferencial con neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal, gastroenteritis eosinofílica primaria, e ileítis secundarias a otros parásitos o infecciones bacterianas y, en situaciones excepcionales, se ha realizado laparotomía exploradora ante duda diagnóstica. La evolución es buena y tras tratamiento sintomático no presenta recurrencia.

CP-144. OTRAS ETIOLOGÍAS DE ISQUEMIA MESENTÉRICA MÁS ALLÁ DE LA ATEROESCLEROSIS

Lancho Muñoz A, López Tobaruela JM, García Aragón F, Redondo Cerezo E

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

Introducción

La mayoría de los cuadros de isquemia mesentérica aguda de origen trombotico son secundarios a la enfermedad arterioesclerótica; no obstante, existen otros factores desencadenantes menos frecuentes que debemos conocer, como infecciones, vasculitis, aneurismas aórticos o estados protrombóticos. Dentro de estos últimos, las neoplasias mieloproliferativas JAK2 V617F positivas juegan un papel crucial, aunque desconocido para la mayoría de los gastroenterólogos.

Caso clínico

Paciente de 75 años con artritis reumatoide (AR) y fibrilación auricular, anticoagulado con dicumarínicos, ingresa por cuadro de dolor abdominal generalizado, refractario a analgesia con opiáceos, y fiebre elevada. En una TC abdominal urgente se observa trombotosis a nivel de la aorta abdominal con embolizaciones distales (esplénicas, renales, mesentéricas y hepáticas) e imágenes hipodensas inferiores a 5 cm en el parénquima hepático y esplénico, sugerentes de infartos, sin describirse signos de sufrimiento de asas (Figura 1). Destaca en el hemograma la presencia de poliglobulia, hematocrito en torno al 55%, trombocitos > 450.000/uL y monocitosis >10% de larga data; alteraciones confirmadas mediante frotis de sangre periférica que muestra equinocitos, anisotrombocitosis y la presencia de plaquetas gigantes. Estos hallazgos orientan a un origen hematológico del cuadro, solicitándose estudio protrombótico y biopsia de médula ósea. No obstante, dado el antecedente de AR y la positividad de anticuerpos lúpicos, se plantea dentro del diagnóstico diferencial un cuadro de vasculitis autoinmune, el cual se descarta finalmente por la ausencia de captación vascular en el PET-TC (Figura 2). El estudio protrombótico muestra positividad JAK2, confirmándose finalmente mediante biopsia de médula ósea una neoplasia mieloproliferativa tipo mielofibrosis prefibrótica JAK2 positiva de alto riesgo. Transcurrido 30 días del ingreso, se observa en el angio-TC de control la desaparición de la mayoría de los trombos de la aorta abdominal y sus principales ramas, persistiendo obstrucción total de la arteria mesentérica superior



Figura 1. Corte coronal de TC abdominal en fase portal con múltiples trombos adheridos en la pared aórtica así como en los principales troncos arteriales y ambas arterias ilíacas, junto con imágenes sugerentes de infarto hepático, renales y esplénicos múltiples.

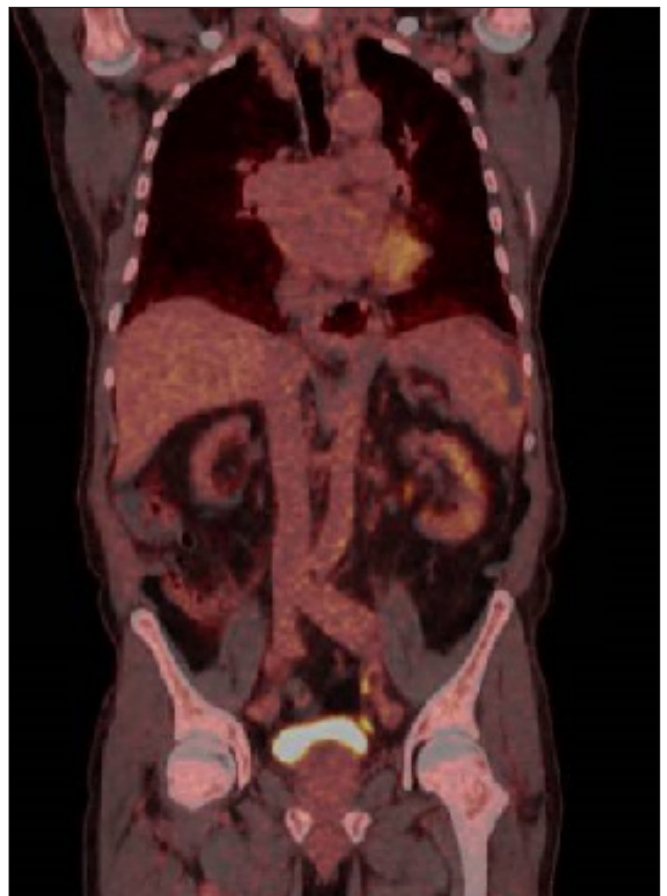


Figura 2. Corte coronal de PET-TC con 18F-FDG que muestra ausencia de captación patológica a nivel de estructuras vasculares.

(AMS) y la arteria renal derecha, con recanalización distal (Figura 3). No obstante, a pesar de la mejoría clínica y radiológica, el paciente fallece finalmente por un shock hemorrágico secundario a un hematoma abdominal debido a alteraciones de la coagulación secundarias al trastorno mieloproliferativo.

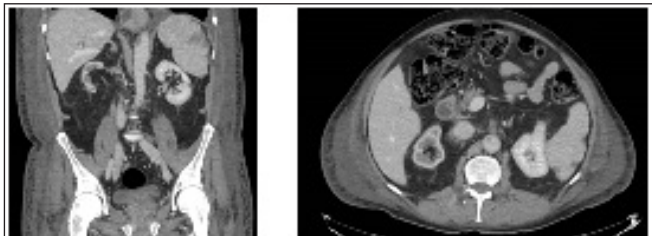


Figura 3. Transcurridos 30 días del ingreso se observa en corte coronal de TC abdominal (imagen izquierda) desaparición de la mayoría de trombos a nivel de aorta abdominal y ramas principales, persistiendo en corte transversal (imagen derecha) obstrucción total de la AMS con recanalización distal.

Discusión

A pesar de que las complicaciones trombóticas secundarias a neoplasias mieloproliferativas son infrecuentes, con una incidencia anual de 1,7 por 100.000 pacientes, pueden ser el origen de cuadros isquémicos, especialmente en pacientes con alteraciones persistentes del hemograma, mayores de 60 años, con factores de riesgo cardiovascular y presencia de JAK2 V617F; rasgos que deben hacer pensar al gastroenterólogo en estas patologías.

CP-145. ¿ES TODA PROCTITIS ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

Moreno Barrueco M, Lorente Martínez M?, Soler Góngora M, Baute Trujillo EA, Gutierrez Holanda C, López Peña C, Extremera Fernández A, Gijón Villanova R, Bailón Gaona MC, Martín Navas MA

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

La proctitis es la inflamación del recto y puede estar asociada a múltiples etiologías. Las causas inflamatorias incluyen la colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, manifestándose con dolor rectal, tenesmo y rectorragia de forma crónica o en brotes. Entre las causas infecciosas predominan las infecciones de transmisión sexual, especialmente entre hombres que tienen sexo con hombres, siendo los agentes más comunes *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Herpes simple* y *Treponema pallidum*, con una presentación más aguda.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 53 años que acude en múltiples ocasiones en el último mes al servicio de

urgencias por febrícula, rectorragia con mucosidad y tenesmo rectal. Asocia artralgiyas de predominio central en ambas caderas. Dada la persistencia de clínica a pesar de tratamiento antibiótico se solicita colonoscopia, con hallazgo de un tramo en recto de 20 centímetros desde margen anal de mucosa eritematosa, ulcerada, cubierta de exudado fibrinado sugerente de proctitis de origen inflamatorio (Figuras 1 y 2). Se toman biopsia para anatomía patológica y microbiología para descartar sobreinfección de la misma con resultado de presencia de tejido de granulación, inflamación linfoplasmocitaria y criptitis focal además de positividad para PCR de *Chlamydia trachomatis* serovariedad L en biopsia, diagnosticándose al paciente de Linfogranuloma venéreo. El paciente inicio tratamiento con doxiciclina con desaparición completa de la clínica rectal y negativización de PCR a los 3 meses de inicio del tratamiento.

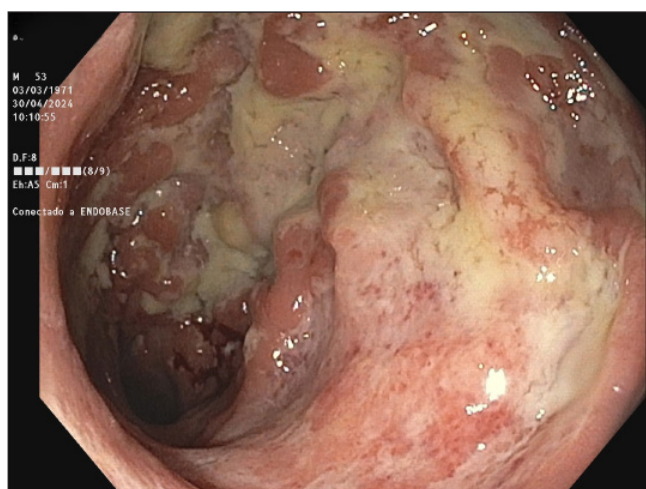


Figura 1. Imagen endoscopia de la mucosa rectal ulcerada.



Figura 2. Imagen endoscópica a los 20 centímetros de margen anal.

Discusión

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual causada por serotipos específicos de *Chlamydia trachomatis* (L1, L2, L3) que afecta

principalmente a hombres que tienen sexo con hombres. Esta infección ha resurgido en países desarrollados, especialmente en coinfecciones con VIH, y es causa frecuente de proctitis. La proctitis por LGV se manifiesta con dolor rectal, tenesmo, sangrado, secreción purulenta y ulceración rectal. Puede imitar otras condiciones, como neoplasias rectales o enfermedad inflamatoria intestinal, dificultando el diagnóstico. La infección se diagnostica mediante pruebas de amplificación de ácidos nucleicos en muestras rectales, ya que los exámenes de orina suelen ser negativos. El tratamiento de elección incluye doxiciclina o azitromicina por 21 días. Sin tratamiento, la enfermedad puede progresar a daño irreversible del tejido linfático y proctocolitis ulcerosa. Estudios recientes documentan un aumento en los casos de LGV, especialmente en coinfectados con VIH, subrayando la importancia del tamizaje en poblaciones de alto riesgo. La presentación clínica y el uso de herramientas diagnósticas específicas son cruciales para evitar retrasos en el diagnóstico y mejorar el pronóstico.

CP-146. FÍSTULA COLOVESICAL COMO CAUSA DE PSEUDODIARREA: REPORTE DE UN CURIOSO CASO CLÍNICO

Diego Martínez R, Sánchez Sánchez MI, Cano De La Cruz JD, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

Paciente mujer de 65 años con antecedente de sigmoidectomía por colitis isquémica hace 3 años. Cáncer de cérvix cT2b hace 5 años tratado con quimioterapia más radioterapia en remisión. Presenta estenosis ureteral bilateral y microvejiga secundario a radioterapia con sonda vesical permanente desde entonces. Ingres a cargo de Aparato Digestivo para estudio de diarrea crónica (8 deposiciones diarias desde hace 5 meses) con repercusión analítica (pH 7,05 HCO₃ 6,2 mEQ/L).

Caso clínico

Durante el ingreso se corrige la acidosis metabólica con apoyo del servicio de nefrología y se decide iniciar estudio con ileocolonoscopía donde a 18 cm de margen anal se visualiza cuerpo extraño compatible con globo de sonda vesical. Al retirar sonda vesical se visualiza orificio fistuloso de 8mm. Resto de exploración hasta íleon terminal rigurosamente normal. Se toman biopsias aleatorias que descartan la presencia de colitis microscópica.

Con la orientación diagnóstica de pseudodiarrea secundaria a fístula colovesical se decide completar estudio con TC abdominal con contraste endoanal evidenciando fístula con paso de contraste a vejiga (Figura 1 y 2).



Figura 1. TC con contraste endoanal en proyección sagital. La flecha roja muestra el trayecto fistuloso.



Figura 2. TC con contraste endoanal en proyección coronal. La flecha azul muestra el trayecto fistuloso.

Para el tratamiento de la fístula se decide de manera conjunta con servicios de urología y cirugía general realizar derivación de vía urinaria alta con nefrostomías bilaterales (para controlar débito anal) y derivación digestiva con colostomía terminal para evitar infecciones.

Al alta la paciente se encuentra pauciasintomática con escaso débito de orina por vía anal.

Discusión

En conclusión, este caso clínico de pseudodiarrea secundaria a una fístula colovesical resalta la importancia de un

diagnóstico oportuno y preciso en pacientes que presentan combinación de síntomas gastrointestinales atípicos como diarrea persistente, dolor abdominal y signos de infección urinaria. El origen, aunque incierto seguramente fuese secundario a la fragilidad de las estructuras pélvicas por la radioterapia sumado al decúbito del sondaje vesical permanente.

CP-147. DOLOR ABDOMINAL Y SUPURACIÓN UMBILICAL COMO MANIFESTACIONES DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

Sánchez Arenas R, Barranco Castro D

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

El uraco es un cordón fibroso obliterado, que transcurre desde la cúpula vesical hasta el ombligo, siendo su patología una entidad infrecuente (1/5.000 adultos), que puede presentarse como persistencia, seno uracal, divertículo o quiste.

El seno uracal (persistencia de la permeabilidad del extremo umbilical) es la 3ª más frecuente y suele diagnosticarse en la infancia, aunque en raros casos, son diagnosticados en la edad adulta.

Caso clínico

Varón de 31 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal súbito, localizado en zona periumbilical y de carácter punzante, que se modifica con los esfuerzos, sin otra sintomatología asociada.

A su llegada a urgencias se realiza analítica de sangre y orina sin grandes hallazgos, sin embargo, a la exploración umbilical llama la atención una secreción a la digitopresión, sin signos de sobreinfección de la zona ni masas palpables.

Debido al mal control del dolor a pesar de analgesia, se solicita TC de abdomen con contraste urgente donde se identifica un área focal redondeada y bien definida, de mayor atenuación que la grasa circundante localizada en la grasa properitoneal/subcutánea de la línea media de la pared abdominal anterior a nivel umbilical de 15x14mm, discreto realce periférico y alguna burbuja de gas en su interior, así como ligera infiltración edematosa de la grasa adyacente, planteándose el diagnóstico diferencial de necrosis grasa focal vs anomalía del uraco (seno uracal complicado) (Figura 1).

Ante los hallazgos anteriores se contacta con Cirugía general y Urología que tras valorar el caso desestiman intervención quirúrgica urgente y se decide manejo conservador inicial con AINES y antibioterapia oral tras mejor control del dolor, pendiente de valoración en

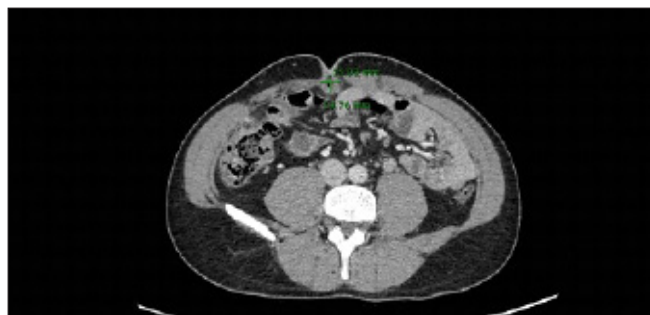


Figura 1. TC de abdomen con contraste urgente donde se identifica la lesión descrita previamente, de 15x14mm, en la grasa properitoneal/subcutánea de la línea media de la pared abdominal anterior a nivel umbilical, con alguna burbuja de gas en su interior, sospechosa de seno uracal complicado.

consultas externas de Urología dada la alta sospecha de anomalía del seno uracal.

Discusión

Entre las complicaciones de las malformaciones del uraco, la más frecuente es la sobreinfección, que se puede manifestar en forma de abdomen agudo, lo que obliga a hacer diagnóstico diferencial con un gran número de patologías inflamatorias, entre las que destacan la apendicitis aguda, la enfermedad inflamatoria intestinal o el absceso pélvico.

En caso de infección del remanente uracal, el manejo habitual consiste en instaurar tratamiento antibiótico, asociado o no a drenaje, para en un segundo tiempo realizar la exéresis de la lesión y así evitar complicaciones graves como la degeneración neoplásica, existiendo opciones mínimamente invasivas que procuran mejor resultado estético sin detrimento del éxito de la cirugía para el abordaje de esta patología.

CP-148. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

De La Cruz Romero F¹, Méndez Sánchez IM¹, Torres Blanco C¹, Fernández Gutiérrez Del Álamo F², Pérez Aisa Á¹

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

Introducción

El uraco o ligamento medio umbilical es una estructura tubular que proviene de la alantoides y la cloaca. Normalmente involuciona, dando lugar a un cordón fibroso entre el ombligo y la vejiga en el espacio peritoneal. La interrupción de este proceso puede dar lugar a una serie de anomalías poco frecuentes: uraco permeable, pólipo umbilical, divertículo vesicouracal y quiste uracal. Las manifestaciones clínicas de una anomalía del uraco

incluyen: drenaje umbilical, dolor abdominal, masa palpable o se diagnostica de manera incidental. Así mismo, pueden degenerar en un adenocarcinoma.

Caso clínico

Presentamos, el caso clínico de una mujer de 55 años, fumadora como único antecedente relevante, que fue ingresada en la Unidad de Aparato Digestivo por dolor abdominal, diarrea junto a palpación de masa en meso hipogastrio, sin ninguna otra clínica ni cuadro constitucional asociado. Se realiza una tomografía de abdomen sin contraste en Urgencias donde se encuentra una estenosis de 8.5 cm en el colon transverso, con paredes engrosadas y luz estenosada. Ingresada en la Unidad de Digestivo y se le practicó una colonoscopia evidenciando en colon transverso mucosa engrosada, edematosa y ulcerada que ocupaba el 100% de la circunferencia, cuyas biopsias no evidenciaron malignidad.

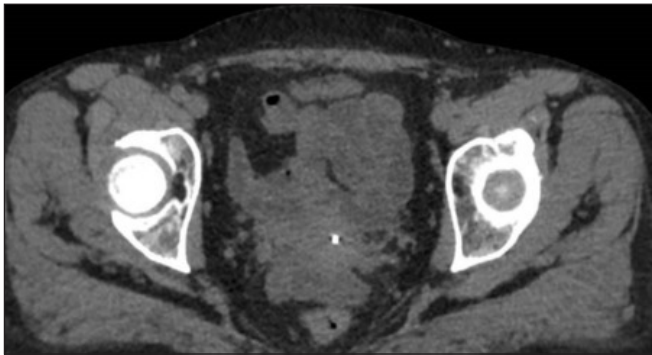


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen sin contraste 05/03/2024 corte axial.

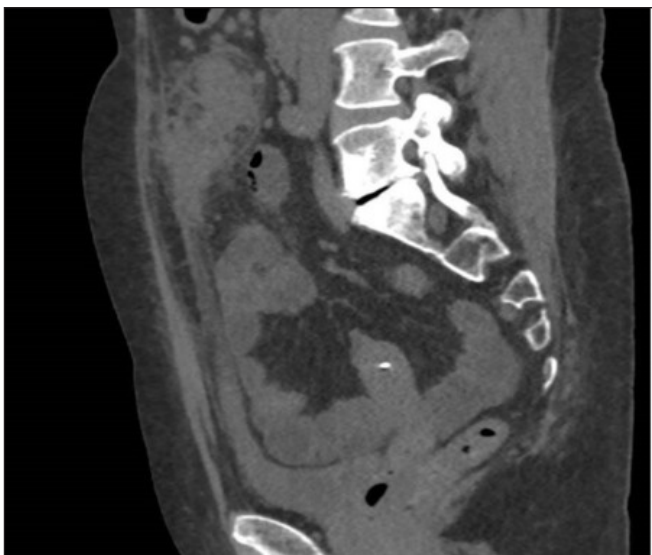


Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen sin contraste 05/03/2024 corte sagital.

Posteriormente, se repitió la tomografía con contraste, evidenciándose afectación del colon transverso, uraco y omento mayor, sin poder dilucidar la causa (origen infeccioso vs neoplásico). Por este motivo, se realizó biopsia de la masa vía transabdominal, persistiendo la ausencia de

neoplasia. La paciente presentó dos episodios febriles durante el ingreso con hemocultivos y sedimento de orina negativos. Marcadores tumorales en rango de normalidad. Se instauró antibioterapia empírica con piperacilina/tazobactam durante 13 días, con mejoría clínica del dolor abdominal y normalización de las deposiciones, lo que permitió su alta hospitalaria y completar pauta antibiótica.



Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen con contraste 13/03/2024 corte axial.



Figura 4. Tomografía computarizada de abdomen con contraste 13/03/2024 corte sagital.



Figura 5. Tomografía computarizada de abdomen 27/05/2024 corte axial.

En el seguimiento ambulatorio, se evidenció mejoría endoscópica en colonoscopia realizada, con biopsias con inflamación crónica inespecífica. Una nueva tomografía mostró mejoría radiológica y la presencia de un remanente de uraco en su extremo vesical, un divertículo vesicouracal. Por lo tanto el origen del cuadro clínico fue infeccioso.



Figura 6. Tomografía computarizada de abdomen 27/05/2024 corte sagital

Discusión

Presentamos este caso por su infrecuencia, donde una patología intraabdominal afectó al uraco, aunque no podemos descartar el origen del mismo, por que lo pudiera tratarse de una patología del uraco primario o bien patología colónica que afectó al mismo por contigüidad. Además, en este caso no hubo clínica urinaria asociada. Siendo nuestra premisa durante todo el procedimiento descartar malignidad.

CP-149. MANIFESTACIÓN DIGESTIVA DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE EN EL PACIENTE INMUNODEPRIMIDO.

Sánchez Arenas R, Galván MD

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La diarrea es un problema frecuente entre los pacientes inmunocomprometidos, pudiendo presentar cuadros más graves y con mayor morbi-morbilidad, en relación a pacientes inmunocompetentes.

Entre causas de diarrea en estos pacientes pueden ser infecciosas y no infecciosas, siendo las primeras las más frecuentes.

Caso clínico

Paciente de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente, EPOC gold I y leucemia linfática crónica estadio C, en tratamiento de 1ª línea con venetoclax-Obinutuzumab. Acudió a consultas externas de digestivo general por cuadro de diarrea persistente de importante cuantía, de 1 mes y medio de evolución.

Se solicitó colonoscopia visualizándose desde ampolla rectal un parcheado eritematoso petequiral, con mayor afectación de colon derecho, exudados blanquecinos, ulceraciones superficiales y una pérdida del patrón vascular, sugestivo de colitis infecciosa como primera opción (por cronología) versus inflamatoria (**Figura 1**). Se tomaron biopsias escalonadas de colon así como muestras para microbiología. Se detectó positividad para el antígeno precoz de citomegalovirus así como cultivo del mismo, aunque el estudio de inmunohistoquímica fue negativo.

El paciente fue derivado a consultas externas de enfermedades infecciosas que tras confirmar carga viral en sangre, inició tratamiento con Valganciclovir durante 2 semanas. Ante persistencia de sintomatología se solicita nuevo coprocultivo, dónde se aísla *Arcobacter butzleri* sensible a Ciprofloxacino, iniciándose tratamiento dirigido con mejoría inicial, aunque con recaída clínica posterior, aislándose finalmente *Campylobacter jejuni* sensible a Azitromicina, por lo que se pautó nuevo tratamiento antibiótico durante 2 semanas.

El paciente tras ello presenta resolución del cuadro clínico, sin aislarse nuevos microorganismos y encontrándose asintomático desde el punto de vista digestivo.

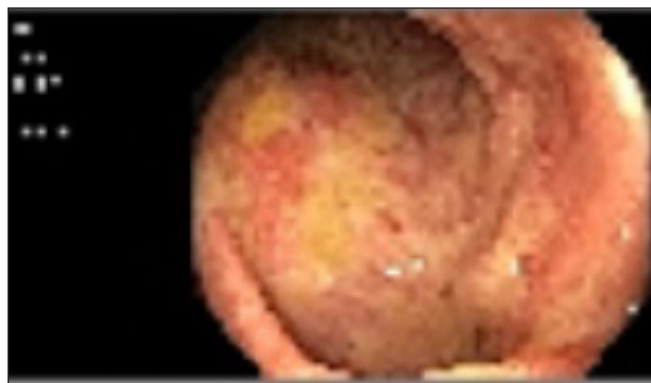


Figura 1. Imagen de colon derecho dónde se aprecia un parcheado eritematoso petequiral, exudados blanquecinos y una pérdida del patrón vascular, sugestivo de colitis infecciosa/inflamatoria.

Discusión

Dado la alta prevalencia de la diarrea entre los pacientes inmunocomprometidos, y su mayor morbimorbilidad, es importante realizar un diagnóstico adecuado en estos pacientes para establecer un tratamiento dirigido y un seguimiento adecuado lo más precoz posible, con un buen soporte nutricional.

Entre causas de diarrea en estos pacientes siempre hay que descartar la etiología infecciosa (entre ellas CMV y campylobacter), sin olvidar otras etiologías (como la farmacológica).

En este sentido, los estudios radiológicos o endoscópicos aislados tienen baja sensibilidad diagnóstica, sin embargo, un estudio microbiológico, la endoscopia digestiva baja y la toma de biopsias, aumenta la sensibilidad diagnóstica más del 90%.

Área Páncreas / Vía Biliar

CP-150. LA COMPLEJIDAD DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON ALTERACIÓN ANATÓMICA TIPO BILLROTH II.

Orozco Bernardez-Zerpa N, Mata Perdígón Fj, Ruiz Pagés T, Otero López-Cubero S

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

La tasa de canulación biliar en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se sitúa entre el 90-95%. En pacientes con Billroth II esta tasa disminuye en torno al 87,5% debido a los cambios anatómicos y las dificultades añadidas a la técnica.

El objetivo de este estudio es analizar la técnica empleada en CPREs realizadas en pacientes con Billroth II en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes intervenidos con BII a los que se le realizó CPRE desde enero de 2010 a agosto de 2024 en el Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Puerto Real.

Resultados

Se incluyeron 14 pacientes, 79% hombres y 21% mujeres, con una media de edad de $76 \pm 8,83$ años. Las indicaciones principales de la técnica se recogen en la **tabla 1**.

La CPRE se realizó con duodenoscopia en seis pacientes y con gastroscopia terapéutica en ocho.

La intubación del asa aferente se logró en el 100% de los casos, lográndose identificar la papila en el 92,8% y consiguiendo la canulación biliar en el 100% de las visualizadas. Solo uno de los pacientes precisó dos intentos

Indicaciones de CPRE	n (%)
Colangitis aguda	6 (46,1%)
Coledocolitiasis	3 (23,1%)
Estenosis biliar benigna por pancreatitis crónica	1 (7,7%)
Estenosis biliar maligna por colangiocarcinoma	1 (7,7%)
Estenosis biliar maligna por neoplasia pancreática	1 (7,7%)
Estenosis biliar maligna por neoplasia vesicular	1 (7,7%)

Tabla 1. Indicaciones de CPRE en pacientes con Billroth II.

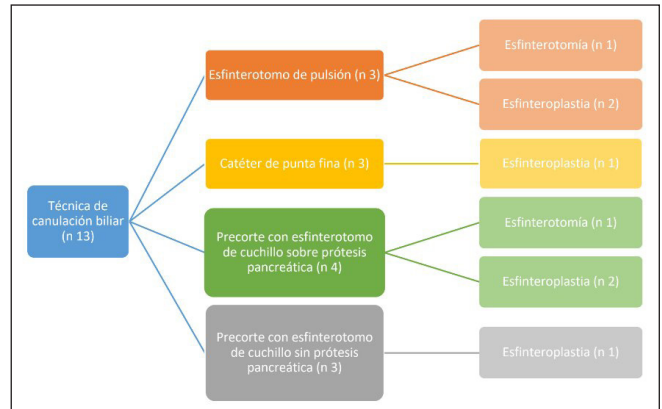


Figura 1. Técnica de canulación biliar y actuación sobre la papila duodenal.

para el acceso a la vía biliar, lográndose en el primer intento en los 12 pacientes restantes.

En la **figura 1** se refleja la técnica de canulación empleada para el acceso a la vía biliar, así como los casos en los que se realizó esfinterotomía o esfinteroplastia. En nueve pacientes se insertó prótesis biliar, siete plásticas y dos metálicas. La prótesis biliar se colocó sin esfinterotomía ni esfinteroplastia en dos de los pacientes con canulación con catéter de punta fina, en uno con precorte sobre prótesis pancreática y en dos con precorte sin prótesis pancreática. Tan solo en un caso no se pudo canular la papila por no ser visualizada realizándose drenaje percutáneo de la vía biliar.

En cuanto a complicaciones derivadas de la técnica, ningún paciente presentó pancreatitis post-CPRE y tan solo un paciente de los trece realizados presentó como complicación una hemorragia digestiva alta diferida tras esfinteroplastia que se resolvió con tratamiento endoscópico.

Conclusiones

A pesar de la mayor dificultad en la realización de CPRE en pacientes con BII así como de un aumento del riesgo por las posibles complicaciones derivadas, el uso de técnicas accesorias nos ha permitido alcanzar tasas de canulación semejantes a las de CPRE en pacientes sin cirugías previas sin aumentar la tasa de complicaciones.