

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

CASOS CLÍNICOS

95 Tumor de Vanek, una entidad infrecuente, con una forma de presentación inusual. Estudio de un caso.

Vanek tumor, an infrequent entity with an unusual form of presentation. Case study.

M. Puya-Gamarro, A.J. Arias-Romano, C. Abitei, F. Rodríguez-González, A.M. Sánchez-Cantos

99 Pileflebitis secundaria a diverticulitis aguda: importancia del diagnóstico precoz.

Pylephlebitis due to acute diverticulitis: importante of early diagnosis.

A. Martín-Lagos Maldonado, T. Gallart-Aragón, J. Gómez-Sánchez

101 Obstrucción intestinal de instauración subaguda por endometriosis ileal: la importancia de los antecedentes personales.

Subacute intestinal obstruction produced by ileal endometriosis: the importante of personal history.

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, L. Vargas-Pueso, A. Aparcero-Fuentes

105 Diverticulitis aguda complicada simulando estrangulación herniaria con fístula enterovesical

Acute complicated diverticulitis mimicking hernia strangulation with enterovesical fistula

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, A.D. Ferrusola-Díaz, J.A. Díaz-Brito

IMAGEN DEL MES

109 Tumor gástrico del estroma gastrointestinal (GIST) con gran crecimiento extramural

Gastric tumor of the gastrointestinal stroma (GIST) with great extramural growth

A. Roa-Colomo, A. Martín-Lagos Maldonado, J.L. Mundi Sánchez-Ramade

111 Formación de fístula entre hematoma retroperitoneal y colon ascendente tras nefrectomía: una causa rara de sangrado bajo gastrointestinal.

Fistula formation between retroperitoneal hematoma and ascending colon after nephrectomy: rare case of lower gastrointestinal bleeding. Á. Martínez-Herreros, R. Carreño-Macián

114 Quiste de colédoco tipo II: un hallazgo incidental muy inusual en paciente anciano.

Choledochal cyst type II: an unusual incidental finding in ancient patient.

J. López-González, A. Delgado-Maroto, A. Barrientos-Delgado

116 Enfermedad inflamatoria intestinal complicada con impactación ileocecal

Inflammatory bowel disease complicated with ileocecal impaction

J. Gómez-Sánchez, P. de Castro-Monedero, C. González-Callejas, B. Mirón-Pozo





Revista Andaluza de Patología Digestiva

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTOR

F.J. Romero Vázquez

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

DIRECTOR ADJUNTO

Á. Pérez Aísa

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

SUBDIRECTORES

J.G. Martínez Cara

FEA. Complejo Hospitalario de Granada.

J.F. Suárez Crespo

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

COMITÉ DE DIRECCIÓN

G. Alcaín Martínez

FEA. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaaa.

M. Casado Martín

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Á. González Galilea

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

H. Pallarés Manrique

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

J.M. Pérez Pozo

FEA. Centro Hospitalario de Alta Resolución de Utrera. Sevilla.

J.J. Puente Gutiérrez

FEA. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

P. Rendón Unceta

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

D. Sánchez Capilla

FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

COMITÉ DE REDACCIÓN

V.M. Aguilar Urbano

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

J. Ampuero Herrojo

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

E. Baeyens Cabrera

FEA. Hospital General Ciudad de Jaén. Jaén.

J.M. Benítez Cantero

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

E. Domínguez-Adame Lanuza

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

J.L. Domínguez Jiménez

FEA. Hospital Alto Guadalquivir de Andújgar. Jaén.

M. Estévez Escobar

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

E. Fraga Rivas

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

V. García Sánchez

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba. I. Grilo Bensusan

FEA. Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

E.M. Iglesias Flores FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

E. Leo Carnerero

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

M. Macías Rodríguez

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

S. Morales Conde

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

J.M. Navarro Jarabo (†)

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

C. Ortiz Moyano

FEA. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

F. Padilla Ávila

FEA. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. M. Ramos Lora

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

E. Redondo Cerezo

FEA. Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

J.P. Roldán Aviña

FEA. Hospital de Alta Resolución de Écija

M.J. Soria de la Cruz

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

M. Tercero Lozano

FEA. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

J.M. Vázquez Morón

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

VOLUMEN 42 • Número 3 MAYO-JUNIO 2019

Depósito Legal: M-26347-1978 Registro de com. de soporte válido: 07/2

ISSN: 1988-317X

Edición

Sulime Diseño de Soluciones, S.L.U.

Edificio Centris

Glorieta Fernando Quiñones s/n

Planta Baia Semisótano

Módulo 7A - 41940 Tomares (Sevilla)

Tlf. 954 15 75 56

Email: sulime@sulime.net Web: www.sulime.net

>> Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

PRESIDENTE

Á. Pérez Aisa

VICEPRESIDENTE

M. Rodríguez Téllez

VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA ORIENTAL

F. Gallego Rojo

VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA OCCIDENTAL

J. Ampuero Herrojo

SECRETARIO

J.G. Martínez Cara

TESORERO

J.J. Puente Gutiérrez

DIRECTOR REVISTA RAPD ONLINE

F.J. Romero Vázquez

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

F.J. García Fernández

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega



NORMAS PARA LOS AUTORES 2019

- 1. Objetivos y características de la RAPD
- 2. Contenidos de la RAPD
- 3. Envío de manuscritos
- 4. Normas de redacción de los manuscritos
 - A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

Originales

Revisiones Temáticas

Novedades y Puesta al día en Gastroenterología

y Hepatología

Casos Clínicos

Imágenes del mes

Cartas al Director

B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

Unidades, nombres genéricos y abreviaturas

Referencias bibliográficas

Figuras, Fotografías, Gráficos, Tablas y Vídeos

Derechos de autor

Conflicto de intereses

Estadísticas

Otros documentos y normas éticas

Descarga de documentación

Normas para autores de la RAPD Online 2017

Carta de presentación

Modelo de transferencia de Derechos de Autor Modelo de declaración de conflicto de intereses

Modelo de permisos para uso de Fotografías

1. Objetivos y características de la RAPD: la Revista Andaluza de Patología Digestiva es la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), que desde 2007 se edita sólo en formato electrónico, bajo la denominación de RAPD Online. Su finalidad es la divulgación de todos los aspectos epidemiológicos, clínicos, básicos y sociológicos de las enfermedades digestivas, a través de las aportaciones enviadas a la revista desde Andalucía y desde toda la Comunidad Científica. La lengua oficial para la edición de esta revista es el español, pero algunas colaboraciones podrán ser eventualmente admitidas en el idioma original del autor en inglés, francés, o italiano. La RAPD Online se publica bimensualmente, estando uno de los números dedicado especialmente a la Reunión Anual de la SAPD y siendo decisión del Comité Editorial reservar uno o más números anuales al desarrollo monográfico de un tema relacionado con la especialidad.

Todas las contribuciones remitidas deberán ser originales y no estar siendo revisadas simultáneamente en otra revista para su publicación. La publicación de abstracts, o posters no se considera publicación duplicada. Los manuscritos serán evaluados por revisores expertos, designados por el comité editorial, antes de ser admitidos para su publicación, en un proceso cuya duración será inferior a 30 días.

- **2. Contenidos de la RAPD:** los números regulares de la RAPD Online incluyen secciones definidas como:
- Originales sobre investigación clínica o básica.
- Revisiones temáticas sobre aspectos concretos de la Gastroenterología.
- Casos clínicos.
- Imágenes del mes.
- Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología
- Cartas al Director.

Otras aportaciones que sean consideradas de interés por el Comité Editorial, relativas a diferentes aspectos de la práctica clínica en el pasado reciente, comentarios biográficos, u otros contenidos de índole cultural, o relacionados con actividades científicas en cualquier ámbito territorial serán insertadas en la RAPD Online en secciones diseñadas ex profeso.

3. Envío de manuscritos: la vía preferencial para el envío de manuscritos es la página web de la SAPD (https://www.sapd.es), ingresando en la página de la RAPD Online y pulsando el botón "Enviar un original" situado en la misma página de acceso a la revista. A

través de él se accederá al Centro de Manuscritos, desde el que será posible realizar el envío de los manuscritos y toda la documentación requerida. Para el uso de esta herramienta deberán estar previamente registrados, el acceso requiere usuario y contraseña. Si es miembro de la SAPD, podrá usar su usuario habitual, si no lo es, podrá solicitar un usuario para acceso al Centro de Manuscritos a través del formulario existente en la web. Podrán escribir a sulime@sulime.net o RAPDonline@sapd.es, para la solución de cualquier problema en el envío de los manuscritos.

4. Normas de redacción de los manuscritos: los números monográficos, las revisiones temáticas, las puestas al día y los artículos comentados serán encargados por el Consejo Editorial, pero la remisión de alguna de estas colaboraciones a instancias de un autor será considerada por la Dirección de la RAPD Online y evaluada con mucho interés para su inclusión en la revista.

Todos los manuscritos estarán sometidos a normas específicas, en función del tipo de colaboración, y a normas comunes éticas y legales.

A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

Se refieren a la extensión aconsejada y a la estructura de cada tipo de manuscrito. Como unidad básica de extensión para el texto, en cualquiera de las contribuciones, se considera una página de 30-31 renglones, espaciados 1,5 líneas, con letra de tamaño 12, con 75-80 caracteres sin espacios por renglón y un total de 400-450 palabras por página. Los textos deberán enviarse revisados con el corrector ortográfico y en formato editable en todas sus aplicaciones (texto principal, figuras, leyendas o pies de figuras, tablas, gráficos, dibujos).

Originales: los originales pueden tener una extensión de hasta 12 páginas (5.100 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas. No se aconseja que las imágenes insertadas excedan el número de 10, incluyendo tablas y figuras. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. No es aconsejable un número superior a 9 autores, salvo en los trabajos colaborativos. En esto siginales, se relacionarán los nueve primeros participantes en la cabecera del trabajo y el resto de los participantes se relacionarán al final de la primera página del manuscrito.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de un original, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).

2º Apéllidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.

3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).

4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en:
- a) Introducción y Objetivos
- b) Material y Métodos

- c) Resultados
- d) Conclusiones
- 2º Listado de abreviaturas utilizadas en el texto.
- 3º Texto: incluirá los siguientes apartados:
- a) Introducción
- b) Material y Métodos
- c) Resultados
- d) Discusión.
- e) Conclusiones; cada uno de ellos adecuadamente encabezado
- 4º Bibliografía: según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 5º Agradecimientos.
- 6º Pies de figuras.
- 7º Tablas y Figuras de texto.

Revisiones Temáticas: los textos sobre Revisiones Temáticas pueden tener una extensión de hasta 15 páginas (6.375 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y los capítulos correspondientes a series de Puestas al día hasta 20 páginas (8.500 palabras). En ambos casos el número de imágenes insertadas no deben exceder las 15, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color, no representarán cargo económico por parte de los autores. Excepcionalmente se admitirá la inclusión de vídeos. No es aconsejable un número superior a 4 autores por capítulo.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Revisiones y Temáticas y Puestas al día, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1° Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2° Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.
- 3º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 4º Agradecimientos.
- 5º Pies de figuras.
- 6º Tablas y Figuras de texto.
- 7º Opcional, un resumen en español (opcional también en inglés) con una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

Casos Clínicos: los manuscritos incluidos en esta sección incluirán 1-5 casos clínicos, que por lo infrecuente, lo inusual de su comportamiento clínico, o por aportar alguna novedad diagnóstica, o terapéutica, merezcan ser comunicados.

La extensión de los textos en la sección de Casos Clínicos no debe ser superior a 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones

técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 5 autores, excepto en casos concretos y razonados.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Casos Clínicos, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Introducción. Para presentar el problema clínico comunicado.
- 3º Descripción del caso clínico.
- $4^{\underline{o}}$ Discusión. Para destacar las peculiaridades del caso y las consecuencias del mismo.
- 5º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 6º Agradecimientos.
- 7º Pies de figuras.
- 8º Tablas y Figuras de texto.

Imágenes del mes: los manuscritos incluidos en esta sección pueden adoptar dos formatos, según la preferencia de los autores.

- <u>Formato A</u>. Imágenes con valor formativo: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, que contribuyan a la formación de postgrado y que por tanto merezcan mostrarse por su peculiaridad, o por representar un ejemplo característico.
- Formato B. Imágenes claves para un diagnóstico: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, junto a una historia clínica resumida, que planteen la posible resolución diagnóstica final. Esta se presentará en un apartado diferente en el mismo número de la revista.

La extensión de los textos en la sección de Imágenes del Mes no debe ser superior a 1 página (425 palabras), en el planteamiento clínico de la imagen presentada y 2 páginas (850 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas, en el comentario de la imagen (Formato A) o en la resolución diagnóstica del caso (Formato B). No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 3 autores, excepto en casos concretos y razonados.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de una Imagen del Mes, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2° Apéllidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Tipo de formato de Imagen del mes elegido.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.

- 2º Descripción de la imagen.
- 3º Comentarios a la imagen.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 5º Pies de figuras.

Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología: esta sección estará dedicada al comentario de las novedades científico-médicas que se hayan producido en un periodo reciente en la especialidad de Gastroenterología y Hepatología.

En esta sección se analizará sistemáticamente y de forma periódica todas las facetas de la especialidad.

Los textos sobre "Novedades en Gastroenterología" pueden tener una extensión de hasta 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas añadidas. En ambos casos el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. No es aconsejable un número superior a 3 autores por capítulo.

A través del Centro de Manuscritos, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Nombre del área bibliográfica revisada y periodo analizado.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4° Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Descripción del material bibliográfico analizado.
- 3º Comentarios críticos sobre los resultados contenidos en los trabajos seleccionados.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo). Si se han elegido dos o más originales para el análisis, es aconsejable dividir la sección, en apartados a criterio de los autores.
- 5º Pies de figuras.
- 6º Tablas y Figuras de texto.

Cartas al Director: esta sección estará dedicada a los comentarios que se deseen hacer sobre cualquier manuscrito publicado en la RAPD Online. En esta sección se pueden incluir también comentarios de orden más general, estableciendo hipótesis y sugerencias propias de los autores, dentro del ámbito científico de la Gastroenterología. La extensión de los textos en esta sección de Cartas al Director no debe ser superior a 2 páginas (850 palabras), incluyendo las referencias bibliográficas. Se podrán incluir 2 figuras o tablas y el número de autores no debe superar los cuatro.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de una Carta al Director, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1° Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Texto del manuscrito.
- 2º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

Se refiere al conjunto de normas obligatorias, tanto para la uniformidad en la presentación de manuscritos, como para el cumplimiento de las normas legales vigentes. En general el estilo de los manuscritos debe seguir las pautas establecidas en el acuerdo de Vancouver recogido en el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (http://www.ICMJE.org).

Unidades, nombres genéricos y abreviaturas:

- <u>Unidades</u>. Los parámetros bioquímicos y hematológicos se expresarán en Unidades Internacionales (SI), excepto la hemoglobina que se expresará en g/dL. Las medidas de longitud, altura y peso se expresarán en unidades del Sistema Métrico decimal y las temperaturas en grados centígrados. La presión arterial se medirá en milímetros de mercurio.

Existe un programa de ayuda para la conversión de unidades no internacionales (no-SI), en unidades internacionales (SI) (http://www.techexpo.com/techdata/techcntr.html).

- Nombres genéricos. Deben utilizarse los nombres genéricos de los medicamentos, los instrumentos y herramientas clínicas y los programas informáticos. Cuando una marca comercial sea sujeto de investigación, se incluirá el nombre comercial y el nombre del fabricante, la ciudad y el país, entre paréntesis, la primera vez que se mencione el nombre genérico en la sección de Métodos.
- <u>Abreviaturas</u>. Las abreviaturas deben evitarse, pero si tiene que ser empleadas, para no repetir nombres técnicos largos, debe aparecer la palabra completa la primera vez en el texto, seguida de la abreviatura entre paréntesis, que ya será empleada en el manuscrito.

Referencias bibliográficas: las referencias bibliográficas se presentarán según el orden de aparición en el manuscrito, asignándosele un número correlativo, que aparecerá en el sitio adecuado en el texto, entre paréntesis. Esa numeración se mantendrá y servirá para ordenar la relación de todas las referencias al final del manuscrito, como texto normal y nunca como nota a pie de página. Las comunicaciones personales y los datos no publicados, no se incluirán en el listado final de las referencias bibliográficas, aunque se mencionarán en el sitio adecuado del texto, entre paréntesis, como corresponda, esto es, comunicación personal, o datos no publicados. Cuando la cita bibliográfica incluya más de 6 autores, se citarán los 6 primeros, seguido este último autor de la abreviatura et al.

El estilo de las referencias bibliográficas dependerá del tipo y formato de la fuente citada:

- <u>Artículo de una revista médica</u>: los nombres de la revistas se abreviarán de acuerdo con el estilo del Index Medicus/Medline (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals?itool=sidebar).
- Artículo ya publicado en revistas editadas en papel y en Internet: Se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última pagina del trabajo.

Kandulsky A, Selgras M, Malfertheiner P. Helicobacter pylori infection: A Clinical Overview. Dig Liver Dis 2008; 40:619-626.

Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB, Bianchi L, Burroughs AK, Cancado EL, et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. J Hepatol 1999; 31:929-938.

- Artículo admitido, publicado sólo en Internet, pero aún no incluido en un número regular de la revista: se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año y el mes desde el que está disponible el artículo en Internet y el DOI. El trabajo original al que se hace referencia, suele detallar cómo citar dicho manuscrito.

Stamatakos M, Sargedi C, Stefanaki C, Safi oleas C, Matthaiopoulou I, Safi oleas M. Anthelminthic treatment: An adjuvant therapeuticstrategy against Echinococcus granulosus. Parasitol Int (2009), doi:10.1016/j. parint.2009.01.002

Inadomi JM, Somsouk M, Madanick RD, Thomas JP, Shaheen NJ. A costutility analysis of ablative therapy for Barrett'sesophagus, Gastroenterology (2009), doi: 10.1053/j.gastro.2009.02.062.

- Artículo de una revista que se publica sólo en Internet, pero ordenada de modo convencional: se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista (puede añadirse entre paréntesis on line), el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última pagina del trabajo. Si el trabajo original al que se hace referencia, proporciona el DOI y la dirección de Internet (URL), se pueden añadir al final de la referencia.

Gurbulak B, Kabul E, Dural C, Citlak G, Yanar H, Gulluoglu M, et al. Heterotopic pancreas as a leading point for small-bowel intussusception in a pregnant woman. JOP (Online) 2007; 8:584-587.

Fishman DS, Tarnasky PR, Patel SN, Raijman I. Managementof pancreaticobiliary disease using a new intra-ductal endoscope: The Texas experience. World J Gastroenterol 2009; 15:1353-1358. Available from: URL: http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/1353.asp. DOI: http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1353

- Artículo de una revista que se publica sólo en Internet, pero no está ordenada de modo convencional: se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y el DOI.

Rossi CP, Hanauer SB, Tomasevic R, Hunter JO, Shafran I, Graffner H. Interferon beta-1a for the maintenance of remission in patients with Crohn's disease: results of a phase II dose-finding study.BMC Gastroenterology 2009, 9:22doi:10.1186/1471-230X-9-22.

- Artículo publicado en resumen (abstract) o en un suplemento de una revista: se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la palabra abstract entre corchetes, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista, seguida de la abreviatura Suppl, o Supl, entre paréntesis y tras dos puntos los números completos de la primera y última pagina del trabajo.

Klin M, Kaplowitz N. Differential susceptibility of hepatocytesto TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. Hepatology 1998; 28(Suppl):310A.

- <u>Libros</u>: se reseñarán los autores del libro (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el título del libro, la ciudad donde se ha editado, el nombre de la editorial y el año de publicación.

Takada T. Medical Guideline of Acute Cholangitis and Cholecystitis. Tokyo: Igaku Tosho Shuppan Co; 2005.

- <u>Capítulo de un libro</u>: se reseñarán los autores del capítulo (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), seguidos de In: los nombres de los editores del libro y tras un punto, el nombre del libro. La ciudad donde se ha editado, el nombre de la editorial, el año de publicación y tras dos puntos los números completos de la primera y última pagina del trabajo.

Siewert JR. Introduction. In: Giuli R, Siewert JR, Couturier D, Scarpignato C, eds. OESO Barrett's Esophagus. 250 Questions. Paris: Hors Collection, 2003; 1–3.

- <u>Información procedente de un documento elaborado en una reunión</u>: este tipo de referencia debe ser evitado, siempre que sea posible. Pero en caso de tener que ser citado, se reseñará el título del tema tratado, el nombre de la reunión y la ciudad donde se celebró. La entidad que organizaba la reunión, y el año. La dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al documento.

U.S. positions on selected issues at the third negotiating session of the Framework Convention on Tobacco Control. Washington, D.C.: Committee on Government Reform, 2002. (Accessed March 4, 2002, at:http://www.house.gov/reform/min/inves_tobacco/index_accord.htm.)

Figuras, tablas y vídeos: la iconografía, tanto si se trata de fotografías, radiografías, esquemas o gráficos, se referirán bajo el nombre genérico de "Figura". Las referencias a las figuras, tablas y vídeos, deberán ir resaltadas en negrita. Se enumerarán con números arábigos, de acuerdo con su orden de aparición en el texto.

Los paneles de dos o más fotografías agrupadas se considerarán una única figura, pudiendo estar referenciadas como "Figuras 1A, 1B. 1C".

- Fotografías: las fotografías se enviarán en formato digital TIFF (.TIF), JPEG (.JPG) o BMP, en blanco y negro o color, bien contrastadas, con una resolución adecuada (preferentemente 150-300 puntos por pulgada). En el caso de archivos JPEG deberá usarse la compresión mínima para mantener la máxima calidad, es decir en un tamaño no reducido.

Las imágenes de radiografías, ecografías, TAC y RM, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse en escala de grises y guardarse en formato JPG.

Las imágenes de endoscopia y otras técnicas que generen imágenes en color, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse a color.

Los detalles especiales se señalarán con flechas, utilizando para éstos y para cualquier otro tipo de símbolos el trazado de máximo contraste respecto a la figura.

Los ficheros de las Figuras estarán identificadas de acuerdo con su orden de aparición en el texto, con el nombre del fichero, su número y apellidos del primer firmante (Ej.: fig1_Gómez.jpg) o título del artículo. Cada imagen debe llevar un pie de figura asociado que sirva como descripción. Los pies de figura, se deben entregar en un documento de texto aparte haciendo clara referencia a las figuras a las que se refieren. Las imágenes podrán estar insertadas en los archivos de Word/PowerPoint para facilitar su identificación o asociación a los pies de figura, pero siempre deberán enviarse, además, como imágenes separadas en los formatos mencionados.

Las fotografías de los pacientes deben evitar que estos sean identificables. En el caso de no poderse conseguir, la publicación de la fotografía debe ir acompañada de un permiso escrito (Modelo Formulario permisos Fotografías).

- Esquemas, dibujos, gráficos y tablas: los esquemas, dibujos, gráficos y tablas se enviarán en formato digital, como imágenes a alta resolución o de forma preferente, en formato Word/PowerPoint con texto editable. No se admitirán esquemas, dibujos, gráficos o figuras escaneadas de otras publicaciones. Para esquemas, dibujos, gráficos, tablas o cualquier otra figura, deberá utilizarse el color negro para líneas y texto, e incluir un fondo claro, preferiblemente blanco. Si es necesario usar varios colores, se usarán colores fácilmente diferenciables y con alto contraste respecto al fondo. Los gráficos, símbolos y letras, serán de tamaño suficiente para poderse identificar claramente al ser reducidas. Las tablas deberán realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).
- <u>Vídeos</u>: los videos deberán aportarse en formato AVI o MPEG, procesados con los codec CINEPAC RADIUS o MPEG y a una resolución de 720x576 ó 320x288. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su duración, que no debe ser superior a 2 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los videos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. Para la inclusión de videos en los artículos, deberá obtener autorización previa del comité editorial.

Derechos de autor: los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva y su reproducción total o parcial será convenientemente autorizada. En la Carta de Presentación se debe manifestar la disposición a transferir los derechos de autor a la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. Todos los autores deberán autorizar a través del Centro de Manuscritos la cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado por la RAPD Online. Como alternativa existe un modelo disponible para su descarga (Modelo transferencia Derechos de Autor). Esta carta puede enviarse firmando una versión impresa del documento, escaneada y enviada a través de correo electrónico a la RAPD Online. Posteriormente puede enviarse el original firmado por correo terrestre a Sulime Diseño de Soluciones, Glorieta Fernando Quiñones, s/n. Edificio Centris. Planta Baja Semisótano, mod. 7A. 41940 Tomares. Sevilla.

Conflicto de intereses: existe conflicto de intereses cuando un autor (o la Institución del autor), revisor, o editor tiene, o la ha tenido en los 3 últimos años, relaciones económicas o personales con otras personas, instituciones, u organizaciones, que puedan influenciar indebidamente su actividad.

Los autores deben declarar la existencia o no de conflictos de intereses en el Centro de Manuscritos durante el proceso de remisión artículos, pero no están obligados a remitir un Formulario de Declaración de Conflictos, cuando se envía el manuscrito. Este se requerirá posteriormente, siempre que sea necesario, cuando el manuscrito sea admitido.

Las Becas y Ayudas con que hayan contado los autores para realizar la investigación se deben especificar, al final del manuscrito en el epígrafe de Agradecimientos.

Estadísticas: no es el objetivo de la RAPD Online, una exhaustiva descripción de los métodos estadísticos empleados en la realización de un estudio de investigación, pero sí precisar algunos requisitos que deben aparecer en los manuscritos como normas de buena práctica. Si los autores lo desean pueden consultar un documento básico sobre esta materia en: Bailar JC III, Mosteller F. Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations (http://www.sapd.es/public/guidelinesstatistical articles medical journals.pdf). Ann Intern Med 1988; 108:266-73.

- Los métodos estadísticos empleados, así como los programas informáticos y el nombre del software usados deben ser claramente expresados en la Sección de Material y Métodos.
- Para expresar la media, la desviación standard y el error standard, se debe utilizar los siguientes formatos: "media (SD)" y "media \pm SE". Para expresar la mediana, los valores del rango intercuartil (IQR) deben ser usados.
- La P se debe utilizar en mayúsculas, reflejando el valor exacto y no expresiones como menos de 0,05, o menos de 0,0001.
- Siempre que sea posible los hallazgos (medias, proporciones, odds ratio y otros) se deben cuantificar y presentar con indicadores apropiados de error, como los intervalos de confianza.
- Los estudios que arrojen niveles de significación estadística, deben incluir el cálculo del tamaño muestral. Los autores deben reseñar las pérdidas durante la investigación, tales como los abandonos en los ensayos clínicos.

Otros documentos y normas éticas:

- Investigación en seres humanos: las publicaciones sobre investigación en humanos, deben manifestar en un sitio destacado del original que: a) se ha obtenido un consentimiento informado escrito de cada paciente, b) El protocolo de estudio esta conforme con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975 (https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/) y ha sido aprobado por el comité ético de la institución donde se ha realizado el estudio.
- Investigación en animales: los estudios con animales de experimentación, deben manifestar en un sitio destacado del original que estos reciben los cuidados acordes a los criterios señalados en la "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" redactada por la National Academy of Sciences y publicada por el National Institutes of Health (http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats).
- <u>Ensayos clínicos controlados</u>: la elaboración de ensayos clínicos controlados deberá seguir la normativa CONSORT, disponible en: http://www.consort-statement.org y estar registrado antes de comenzar la inclusión de pacientes.
- <u>Los datos obtenidos mediante microarray</u>: deben ser enviados a un depósito como Gene Expression Omnibus o ArrayExpress antes de la remisión del manuscrito.
- <u>Protección de datos</u>: los datos de carácter personal que se solicitan a los autores van a ser utilizados por la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), exclusivamente con la finalidad de gestionar la publicación del artículo enviado por los autores y aceptado en la RAPD Online. Salvo que indique lo contrario, al enviar el artículo los autores autorizan expresamente que sus datos relativos a nombre, apellidos, dirección postal institucional y correo electrónico sean publicados en la RAPD Online, eventualmente en los resúmenes anuales publicados por la SAPD en soporte CD, así como en la página web de la SAPD y en Medline, u otras agencias de búsqueda bibliográfica, a la que la RAPD Online pueda acceder.



TUMOR DE VANEK, UNA ENTIDAD INFRECUENTE, CON UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL. ESTUDIO DE UN CASO.

VANEK TUMOR, AN INFREQUENT ENTITY WITH AN UNUSUAL FORM OF PRESENTATION. CASE STUDY.

M. Puya-Gamarro¹, A.J. Arias-Romano², C. Abitei¹, F. Rodríguez-González¹, A.M. Sánchez-Cantos¹

¹ Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

² Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.

Resumen

Los pólipos fibroides inflamatorios son tumores benignos, extremadamente raros, los cuales tienen un diagnóstico definitivo histológico. Generalmente, son asintomáticos. Cuando son sintomáticos, las manifestaciones clínicas dependen de la ubicación y el tamaño del tumor. El dolor abdominal es el síntoma principal en pacientes con lesiones en el estómago. Menos frecuente, es la presentación con síntomas obstructivos, con la que debutó la paciente del caso que describimos. Los hallazgos histopatológicos, como el aspecto en piel de cebolla, la infiltración eosinofílica, la presencia de un patrón fascicular corto y las células gigantes multinucleadas, deben generar sospechas para su diagnóstico. Inmunohistoquímicamente,

CORRESPONDENCIA

Marina Puya Gamarro Hospital Costa del Sol 29603 Marbella (Málaga) marinapuyagamarro@hotmail.com

Fecha de envío: 03/02/2019 Fecha de aceptación: 07/04/2019 la positividad a CD34 y la negatividad a CD117, son útiles para el diagnóstico diferencial. Pueden tratarse con escisión endoscópica o resección quirúrgica dependiendo del tamaño del pólipo y la presentación. Estas lesiones tienen una naturaleza benigna y no requieren seguimiento.

Palabras clave: pólipo fibroide inflamatorio, obstrucción.

Abstract

Inflammatory fibroid polyps are extremely rare benign tumors that have a definite histologic diagnosis. They're usually asymptomatic. When symptomatic, clinical manifestations depend on the location and size of the tumor. Abdominal pain is the main symptom in patients with stomach lesions. Less frequent is the presentation with obstructive symptoms, with which the patient in this study presented. Histopathological findings, such as onion skin appearance, eosinophilic infiltration, the presence of a short fascicular pattern and multinucleated giant cells, should generate suspicion for its diagnosis. Immunohistochemically, positivity to CD34 and

negativity to CD117, are useful for differential diagnosis. They can be treated with endoscopic excision or surgical resection depending on the size of the polyp and the presentation. These lesions are benign in nature and do not require follow-up.

Keywords: inflammatory fibroid polyp, obstruction.

Introducción

Los pólipos fibroides inflamatorios (PFI) son lesiones benignas, poco frecuentes, de origen mesenquimal.

La presentación clínica depende de la localización. Los PFI gástricos y colónicos suelen ser hallazgos incidentales, mientras que las lesiones del intestino delgado, pueden manifestarse con intususcepción¹. Más rara es la presentación con síntomas obstructivos, como es el caso de nuestra paciente. Macroscópicamente, la mayoría son pólipos sésiles, menores de 5 cm. Suelen ser lesiones submucosas, que con frecuencia, se extienden a la mucosa.

Es importante distinguir los PFI de otras lesiones inflamatorias del sistema gastrointestinal².

Caso clínico

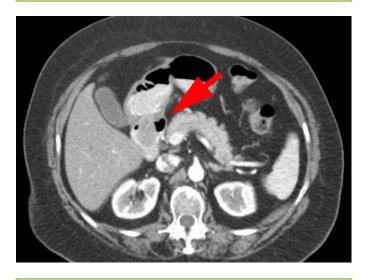
Paciente de 72 años que consultó por vómitos intermitentes y saciedad precoz de larga evolución, con reciente empeoramiento de la sintomatología, presentando vómitos a diario. En el examen físico, la paciente presentaba palidez con signos de deshidratación cutáneo-mucosa. A la palpación, el abdomen era levemente doloroso, sin signos de reacción peritoneal ni masa palpable. Analíticamente, destacaba anemia ferropénica. Solicitamos endoscopia digestiva alta, en la que observamos una lesión pediculada de 3x5 cm en antro pilórico, que prolapsaba hacia el bulbo duodenal. En la ecoendoscopia, la lesión era hipoecoica, homogénea y dependía de la tercera capa. Se tomaron muestras que fueron inespecíficas. Se completó el estudio con TC de abdomen que mostró una lesión hipodensa con leve realce periférico (Figuras 1 y 2).

Dado que no fue posible confirmar el diagnóstico, y que los vómitos eran persistentes, se intervino a la paciente, realizándose una resección transgástrica de la lesión por vía abierta (Figura 3), dejando un margen macroscópicamente libre. El postoperatorio se desarrolló sin incidencias.

El estudio anatomopatológico mostró proliferación de células fusiformes, dispuestas concéntricamente alrededor de capilares engrosados, con la apariencia típica en piel de cebolla, e infiltrado de eosinófilos. En la inmunohistoquímica, expresaba positividad para CD34 y vimentina (Figura 4); hallazgos compatibles con pólipo fibroide inflamatorio o tumor de Vanek. Tras la cirugía, la paciente experimentó la resolución completa del cuadro, encontrándose asintomática actualmente.



Figura 1 TC de abdomen-corte coronal: lesión hipodensa con leve realce periférico.



TC de abdomen-corte axial: se observa la cabeza del pólipo ocupando la práctica totalidad del bulbo duodenal.



Figura 3 Imagen intraoperatoria: observamos la cabeza del pólipo a través de una incisión transgástrica.

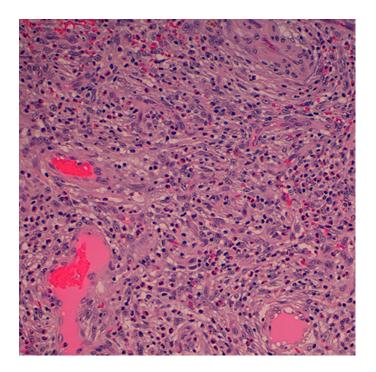


Figura 4

Hematoxilina-eosina: proliferación mal circunscrita de células fusiformes y fibras conjuntivas dispuestas concéntricamente alrededor de capilares engrosados (típica apariencia en "piel de cebolla") con infiltrado de eosinófilos. Vimentina y CD34 positivas.

Discusión

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es una neoplasia rara, benigna y solitaria, descrita por Vanek en 1949 como un "granuloma gástrico submucoso con eosinofilia"³. En ese primer informe de seis lesiones gástricas, Vanek llamó la atención sobre la naturaleza inflamatoria de las lesiones y su origen submucoso. Se han sugerido varios nombres para los PFI, incluyendo granuloma eosinofílico, fibroma submucoso, hemangiopericitoma, pseudotumor inflamatorio y fibroma. Sin embargo, el término PFI propuesto por primera vez por Helwig y Ranier en 1953 para pólipos gástricos ha ganado aceptación para lesiones similares en todo el tracto gastrointestinal⁴.

Su incidencia es extremadamente baja (0,1%), suele presentarse entre la sexta y séptima décadas de la vida, con una mayor frecuencia en el sexo femenino⁵, datos coincidentes con nuestra paciente.

Los PFI pueden desarrollarse en diferentes localizaciones a lo largo del tracto gastrointestinal, siendo la más frecuente el antro gástrico (66-75%), seguido del intestino delgado (18-20%), región colorrectal (4-7%), vesícula biliar (1%), esófago (1%), duodeno (1%) y apéndice (<1%)⁴.

La etiopatogenia sigue siendo desconocida¹. La mayoría de autores coinciden, en que se trata de fenómeno reactivo benigno, similar a una reacción granulomatosa que se produce en respuesta a un agente irritante desconocido⁶. Se han propuesto diferentes hipótesis: posible papel de la infección por *Helicobacter pylori*, factores físicos,

metabólicos, parásitos o reacciones de hipersensibilidad, entre otros, pero la patogenia sigue sin estar clara⁷.

Son generalmente asintomáticos. De no serlo, las manifestaciones clínicas dependen de la ubicación y el tamaño del tumor. El dolor abdominal es el síntoma principal en pacientes con lesiones en el estómago¹. Otros síntomas incluyen intususcepción, náuseas, vómitos, estreñimiento, anemia por deficiencia de hierro, y menos frecuentemente, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal u obstrucción del vaciado gástrico⁸, como presentaba la paciente del caso que describimos.

Endoscópicamente, suelen ser pólipos sésiles o pediculados con superficie lisa, exudados y manchas blancas⁸. El correcto diagnóstico preoperatorio suele ser difícil y tardío, debido a la rareza de los PFI y a la variedad y no especificidad de los síntomas, según su ubicación y tamaño⁶.

Los hallazgos histopatológicos característicos son la apariencia en piel de cebolla (más frecuente en lesiones gástricas que intestinales), debido a que las células fusiformes similares a fibroblastos se disponen de forma concéntrica alrededor de los capilares engrosados². En 2013, Liu *et al.*, describieron dos hallazgos alternativos que son, un patrón de crecimiento fascicular corto e infiltración por células inflamatorias, especialmente eosinófilos, con hialinización prominente⁵. La presencia de células gigantes multinucleadas, también debe generar sospechas para un diagnóstico de PFI, aunque no es un hallazgo constante. Inmunohistoquímicamente, las células fusiformes son positivas a CD34 (negativo en el 14% de los casos, aproximadamente) y vimentina, pero negativas a CD117, S100 y ALK1, lo que nos permite diferenciarlos de los tumores del estroma gastrointestinales (GIST), tumores neurogénicos y tumores miofibroblásticos respectivamente^{2,9}.

Wille $et\,al.^6$ sugirieron la posibilidad de que los PFI pudieran ser la cara opuesta, no neoplásica, de los GIST verdaderos que surgen de la misma célula madre perivascular primitiva, la cual, parece ser específica del tracto gastrointestinal.

El diagnóstico diferencial incluye los GIST, tumores miofibroblásticos, leiomiomas, schwannomas, perineurinomas, neurofibromas y otros tumores benignos de la vaina nerviosa. Inmunohistoquímica y genéticamente, los PFI se superponen con los GIST y con frecuencia son CD34 inmunoreactivos y presentan mutaciones en el gen PDGFR-A. La presencia de displasia epitelial y adenocarcinoma, raramente se han descrito en la mucosa asociada⁵.

La laparotomía exploradora se recomienda con frecuencia como tratamiento. Algunos autores, consideran útil la disección submucosa endoscópica para el tratamiento de tumores pequeños. Sin embargo, si el tumor es grande o no se puede excluir una lesión maligna, se debe considerar la cirugía laparoscópica o la cirugía convencional abierta. Tras la resección completa, los PFI, generalmente, no recidivan ni metastatizan, lo que hace innecesaria cualquier otra terapia adyuvante⁸.

En nuestro caso, realizamos una resección transgástrica debido al tamaño de la lesión que condicionó síntomas obstructivos. No tuvimos la posibilidad de caracterizar mejor la lesión preoperatoriamente, por lo que, la resección quirúrgica se realizó con

márgenes amplios, para resolver el cuadro clínico y tipificar la lesión, de la que no pudimos excluir malignidad inicialmente.

Por lo tanto, el PFI debe considerarse en el diagnóstico diferencial de los vómitos, a pesar de su baja incidencia, ya que se trata de una entidad benigna, que requiere resección sin criterios de resección oncológica, en caso de dudas diagnósticas o necesidad de alivio sintomático, sin criterios de resección oncológica. El cuadro clínico se puede resolver endoscópica o quirúrgicamente, en función de la situación del paciente, la caracterización, el tamaño y la accesibilidad. Éste es un caso raro, no sólo por tratarse una entidad infrecuente, sino por su forma de presentación inusual con clínica de obstrucción del vaciado gástrico.

- 1. Abboud, B. Vanek's tumor of the small bowel in adults. World J Gastroenterol. 2015; 21: 4802-4808
- 2. Duygu K, Ebru C, Fikret D, et al. Analysis of clinical and pathological findings in inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal system: A series of 69 cases. Annals of Diagnostic Pathology. 2018; 37: 47-50.
- 3. Romano-Munive AF, Barreto-Zuñiga R, Rumoroso-García JA, et al. Inflammatory fibroid polyp of the gastrointestinal tract: 10 years of experience at the Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Revista de Gastroenterología de México. 2016; 81(3): 134-140.

- 4. Akbulut, S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review. World J Gastroenterol. 2012; 18: 5745-5752
- 5. Liu TC, Lin MT, Montgomery EA, et al. Inflammatory fibroid polyps of the gastrointestinal tract: spectrum of clinical, morphologic, and immunohistochemistry features. American Journal of Surgical Pathology. 2013;37(4):586–592.
- 6. Wille P, Borchard F. Fibroid polyps of intestinal tract are inflammatory-reactive proliferations of CD34-positive perivascular cells. Histopathology 1998;32:498-502.
- 7. Fleres F, Mazzeo C, Leni A. Gastric inflammatory fibroid polyp tumor with acute intestinal obstruction—Vanek's tumor can mimick a giant gastrointestinal stromal tumor or a gastric lymphoma. J Vis Surg. 2018; 4:54.
- 8. Zhang C, Cui M, Xing J, et al. Massive gastrointestinal bleeding caused by a giant gastric inflammatory fibroid polyp: A case report. Int J Surg Case Rep. 2014; 5:571-3.
- 9. Zaka J, Muhammad M, Kaleem U, et al. Vanek's tumor as an unusual cause of ileo-ileal intessuception. A unique case report. Annals of Medicine and Surgery. 2018; 32:14-17.

PILEFLEBITIS SECUNDARIA A DIVERTICULITIS AGUDA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ.

PYLEPHLEBITIS DUE TO ACUTE DIVERTICULITIS: IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS.

A. Martín-Lagos Maldonado, T. Gallart-Aragón, J. Gómez-Sánchez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La pileflebitis es una entidad poco frecuente pero severa, asociada a una elevada morbimortalidad. Sus principales causas son las infecciones intraabdominales, y de ellas, la diverticulitis aguda. El diagnóstico precoz es fundamental para evitar el desarrollo de complicaciones como la sepsis intraabdominal o el infarto intestinal.

Palabras clave: pileflebitis, diverticulitis aguda.

Abstract

Pylephlebitis is a rare but severe entity, associated with high morbidity and mortality. Its main causes are intra-abdominal infections, and of these, acute diverticulitis. Early diagnosis is essential

CORRESPONDENCIA

Alicia Martín-lagos Maldonado Hospital Universitario San Cecilio 18006 Granada aliciamartin-lagos@hotmail.com

Fecha de envío: 07/04/2019 Fecha de aceptación: 16/05/2019 to avoid the development of complications such as intra-abdominal sepsis or intestinal infarction

Keywords: pylephlebitis, acute diverticulitis.

Caso clínico

Varón de 56 años con antecedentes personales de obesidad grado 2 e hipertensión arterial, consulta por cuadro de fiebre, escalofríos y dolor abdominal en flanco izquierdo de una semana de evolución. Sus constantes vitales son: presión arterial 110/80 mmHg, frecuencia cardiaca 102 latidos por minuto y temperatura 38,8 °C. El abdomen es doloroso en flanco izquierdo con defensa a dicho nivel. En la analítica de sangre destaca: leucocitosis (17.875/microl) con desviación izquierda, proteína C reactiva 245 mg/dl, aspartato aminotransferasa 66 U/L, alanino aminotransferasa 74 U/L, fosfatasa alcalina 178 U/L (función renal, electrolitos y resto del perfil hepático normales). Se realiza una tomografía axial computarizada abdominal con contraste intravenoso que evidencia la presencia de gas en la vena mesentérica inferior y en todo el eje esplenoportal

compatible con pileflebitis (Figura 1A), y un engrosamiento del sigma con cambios inflamatorios compatibles con diverticulitis aguda (Figura 1B). El paciente ingresa en el servicio de Cirugía General y, encontrándose estable, se opta por tratamiento conservador con soporte nutricional parenteral, antibioterapia de amplio espectro y heparina de bajo peso molecular. Los hemocultivos aíslan *Escherichia coli*. La evolución clínica y radiológica es favorable siendo dado de alta doce días después.

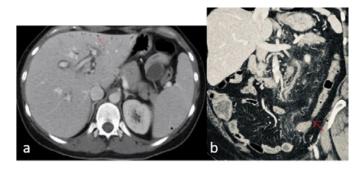


Figura 1

Figura 1A. Corte axial. Se identifica la presencia de gas en el sistema portal sugestivo de pileflebitis (flecha). Figura 1B. Corte sagital. Engrosamiento de la pared del colon a nivel de sigma con cambios inflamatorios compatible con diverticulitis aguda (flecha).

Discusión

La pileflebitis consiste en la trombosis séptica (sinónimo: supurativa o infecciosa) de la vena porta o sus ramas. Se trata de una complicación poco común observada en el 0,16% de los procesos infecciosos intraabdominales¹. La diverticulitis aguda constituye su principal causa pero, aún así, la pileflebitis sigue siendo una complicación rara tan solo presente en el 3% de las diverticulitis².³. Se ha sugerido que durante el proceso infeccioso intraabdominal la formación del trombo podría ser mediada por la liberación de factores trombogénicos en el seno de la inflamación y/o invasión bacteriana.

Los síntomas de la pileflebitis son inespecíficos, pudiendo manifestarse con fiebre, escalofríos, náuseas o dolor abdominal. En el laboratorio los hallazgos incluyen leucocitosis (80%), aumento de las enzimas hepáticas (40-69%) y de la bilirrubina total (55%). Los cultivos son positivos en el 77-88%, siendo los microorganismos más comúnmente implicados los anaerobios y bacterias gram negativas^{2,4}.

En estadios avanzados de la infección el pronóstico empeora debido al desarrollo de complicaciones como abscesos hepáticos, trombosis crónica portal, hipertensión portal o un infarto mesentérico, y, aunque se ha producido un importante descenso de la mortalidad desde los años 90 (cuando se aproximaba al 75%), esta sigue siendo elevada, alcanzando el 25%. Por ello, el control precoz del foco infeccioso y la detección temprana de la trombosis mesentérica tienen importantes consecuencias pronósticas.

El diagnóstico de la pileflebitis requiere la demostración de la trombosis venosa portal o la existencia de gas en el sistema portal en un contexto clínico compatible de un paciente con bacteriemia o síndrome febril. La presencia de gas intraluminal en el sistema venoso portal es sugestivo, pero no específico, de pileflebitis, ya que mayoritariamente se relaciona con la existencia de un estado inflamatorio asociado a una causa isquémica⁵. Por este motivo, el contexto clínico apropiado es imprescindible para orientar bien el diagnóstico. En estos casos, a diferencia de la neumobilia, el gas en el sistema venoso portal se extiende hacia la periferia hepática.

La ecografía doppler es útil en la demostración del trombo y aporta la ventaja de evitar la radiación y el uso de contrastes; sin embargo, el método radiológico de elección en la pileflebitis es la TC abdominal, ya que también permite la valoración de otras posibles complicaciones asociadas y el estudio más amplio de la causa abdominal.

El tratamiento de la pileflebitis se basa en el control del proceso infeccioso subyacente mediante la administración de antibióticos de amplio espectro⁶. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos de no respuesta, para la resección del foco inflamatorio/infeccioso y drenaje de colecciones y abscesos o ante el desarrollo de complicaciones como la isquemia intestinal. Salvo que exista un síndrome de hipercoagulabilidad subyacente asociado el valor de la anticoagulación es controvertido, ya que no existe evidencia firme de que mejore los resultados⁷.

En conclusión, la pileflebitis constituye una complicación infrecuente de infecciones intraabdominales como la diverticulitis. El contexto clínico es fundamental para interpretar adecuadamente los hallazgos radiológicos y permitir un abordaje terapéutico temprano que frene una situación amenazante para la vida del paciente.

- 1. Mendes R, Dias F, Marques PE, Ferez MA, Febronio EM. Pylephlebitis and septic thrombosis of the inferior mesenteric vein secondary to diverticulitis. Radiol Bras. 2018;51(5):334–348.
- 2. Kaewlai R, Nazinitsky KJ. Acute colonic diverticulitis in a community-based hospital: CT evaluation in 138 patients. Emerg Radiol 2007; 13(4): 171-179. PMID: 17136376.
- 3. Yazgan C, Akkas M, Ozmen MM. Inferior mesenteric vein pylephlebitis due to sigmoid diverticulitis. BMJ Case Rep 2015; 24
- 4. Falkowski AL, Cathomas G, Zerz A, Rasch H, Tarr FE. Pylephlebitis of a variant mesenteric vein complicating sigmoid diverticulitis. Radiology Case; 2014: 8(2):37-45
- 5. Kanellopoulou T, Alexopoulou A, Theodossiades G. Pylephlebitis: an overview of non-cirrhotic cases and factors related to outcome. Scand J Infect Dis; 2010: 42(11-12): 804-811.
- 6. Tomoda Y, Kagawa S, Nakatake N and Tanaka K. Pylephlebitis: A Rare Complication of Diverticulitis. Intern Med 2018; 57: 2279
- 7. Belhassen-García M, Gomez-Munuera M, Pardo-Lledias J, Velasco-Tirado V , Perez-Persona E , Galindo-Perez I et al. Pylephlebitis: incidence and prognosis in a tertiary hospital. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32:350–4

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE INSTAURACIÓN SUBAGUDA POR ENDOMETRIOSIS ILEAL: LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES PERSONALES.

SUBACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION PRODUCED BY ILEAL ENDOMETRIOSIS: THE IMPORTANCE OF PERSONAL HISTORY.

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, L. Vargas-Pueso, A. Aparcero-Fuentes

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

La presencia de tejido funcional endometrial ectópico extrauterino define a la endometriosis, no siendo habitual la afectación intestinal. Presentamos el caso de una mujer con un cuadro de suboclusión intestinal progresiva secundaria a estenosisadherencia ileal por foco de endometriosis, que no se sospechó como posible causa al no estar recogido en los antecedentes personales de la paciente que realizaba sus revisiones ginecológicas en un centro privado.

Palabras clave: obstrucción intestinal, endometriosis, abdomen agudo.

Abstract

The presence of endometrial ectopic functional tissue outside the uterine cavity defines endometriosis, and intestinal involvement is not usual. We present the case of a woman with

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña Hospital de Alta Resolución de Écija 41400 Écija (Sevilla) jproldan@aecirujanos.es

Fecha de envío: 02/03/2019 Fecha de aceptación: 24/03/2019 a progressive intestinal subocclusion secondary to ileal stenosisadherence due to endometriosis focus, which was not suspected as a possible cause since it was not included in the patient's personal history who performed gynecological examinations in a private center.

 $\begin{tabular}{ll} \textbf{Keywords:} & intestinal obstruction, endometriosis, acute \\ abdomen. \end{tabular}$

Introducción

La endometriosis se define por la presencia de un tejido similar al de la mucosa endometrial, tanto estructural como funcionalmente, en lugares distintos al que fisiológicamente ocupa en el endometrio^{1,2}. Su localización más frecuente es a nivel del peritoneo pélvico, y rara vez afecta al íleon terminal³. Puede producir síntomas obstructivos por estenosis del segmento afectado, invaginación o vólvulo de un asa secundario a adherencias. Menos del 1% de las pacientes precisan de resección intestinal para resolver el cuadro³.

Caso clínico

Paciente mujer de 39 años, que acudió a Urgencias por un cuadro de 48 horas de evolución consistente en diarrea inicial y posteriormente vómitos y dolor abdominal difuso tipo retortijón intenso. Febrícula de hasta 37,7ºC. No transgresión dietética. Entre sus antecedentes de interés destacan tiroidectomía total por enfermedad

de Graves-Basedow, colecistectomía laparoscópica, dos legrados por aborto y parto por cesárea. Realiza tratamiento con levotiroxina 137 mcg/día.

A la exploración física presentaba ligera distensión del abdomen, con dolor no focalizado y sin signos de irritación peritoneal. Presentaba cicatrices de colecistectomía laparoscópica y de cesárea (Pfannestiel) sin hernias. A la auscultación aumento del peristaltismo, sin llegar a ser de lucha.

La analítica de urgencias mostraba normalidad tanto en el hemograma, como en la bioquímica y el estudio de coagulación.

En la radiografía de abdomen (dos proyecciones) se apreciaban niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado (Figura 1A).

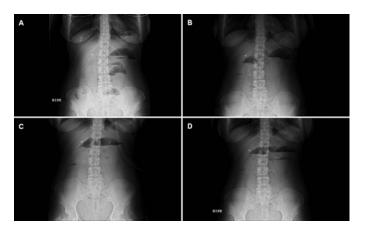


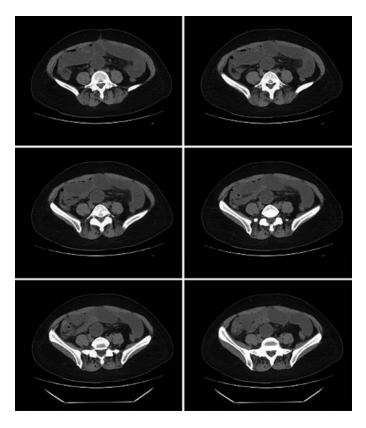
Figura 1 Radiografía de abdomen en bipedestación. Se aprecia evolución del cuadro obstructivo entre A (al ingreso) y D (96 horas tras el ingreso).

Ante la sospecha de un cuadro suboclusivo/obstructivo de probable origen adherencial, la paciente ingresó a cargo de Cirugía, con tratamiento conservador: descompresión con SNG, reposición hidroelectrolítica y analgesia, no se consideró necesaria la realización de TAC de abdomen por la mejoría que presentó la paciente desde su llegada a Urgencias.

La evolución en planta inicialmente fue buena, desapareciendo el dolor y la distensión abdominal y presentando escasas deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Por persistir niveles hidroaéreos en la radiografía de control se solicitó TAC de abdomen (Figuras 2 y 3) que informaba de una obstrucción de intestino delgado con afectación de yeyuno-íleon con transición de calibre en el íleon distal a unos 10 cm de la unión ileocecal, sin evidencia de anormalidades que justificaran una obstrucción mecánica, a considerar la posibilidad de bridas postquirúrgicas, con una discreta cantidad de líquido libre intraabdominal.

En las siguientes 48 horas la evolución clínica era estacionaria, manteniendo deposiciones diarreicas, sin mejoría en los controles radiológicos (Figuras 1B y 1C). A las 72 horas del ingreso, la paciente volvió a presentar dolor abdominal y distensión abdominal

con claro empeoramiento radiológico (Figura 1D) por lo que se indicó tratamiento quirúrgico urgente. En la laparotomía exploradora se encontró una adherencia firme entre dos asas de íleon (Figura 4) que deja un paso filiforme, por lo que se realizó resección intestinal del segmento afecto y anastomosis término-terminal monoplano con sutura de polipropileno 3/0.



TAC de abdomen (cortes axiales) con dilatación de asas de intestino delgado (yeyuno e íleon).

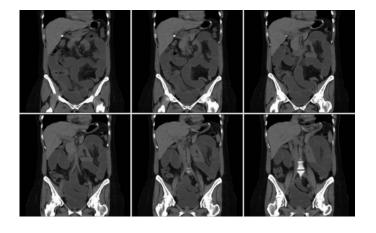


Figura 3

TAC de abdomen (cortes coronales) con obstrucción de intestino delgado con transición de calibre en el íleon distal a unos 10 cm de la unión ileocecal por probable brida.

El postoperatorio cursó sin incidencias con alta hospitalaria a los ocho días de la operación.

Con la paciente aún ingresada llegó el resultado de anatomía patológica que informaba de un foco de endometriosis. Al interrogar la paciente, nos comentó que su único embarazo fue a través de una FIV debido una endometriosis ovárica. Al haber realizado el procedimiento en un centro privado, no constaba entre sus antecedentes personales.



Figura 4 Imagen intraoperatoria con adherencia entre dos asas de intestino delgado por tumoración firme extraluminal.

En el posterior seguimiento en consultas no presentó ninguna complicación y continúa en seguimiento por Ginecología dos años después del episodio.

Discusión

La endometriosis es una enfermedad que puede afecta hasta un 4-17% de las mujeres en edad fértil¹.², con un pico entre los 30-40 años³. Los antecedentes de esterilidad o de parto por cesárea llegan suponen entre el 30-40% de los casos².³. Del total de mujeres con endometriosis la afectación intestinal es muy variable¹afectando sobre todo al recto-sigma (72%) y muy escasamente al intestino delgado (7%)³. La etiología de la endometriosis sigue siendo desconocida con diversas teorías aún no demostradas².4.5.

Los casos que debutan con obstrucción intestinal son muy raros^{1,5,6} y aunque se desconoce la incidencia real, suponen menos del 1% de los casos de endometriosis publicados^{3,7} y el 0,7% de las intervenciones quirúrgicas por endometriosis^{3,7}. Las causas de la obstrucción puede ser⁶: angulación del asa intestinal afectada, presión directa del implante sobre la luz (estenosis) o invaginación intestinal. En la mayoría de los casos existe componente de estenosis secundario a la hiperplasia del músculo liso y a la fibrosis del tejido glandular ectópico⁶.

En aquellos casos que se presentan como obstrucción intestinal el diagnóstico diferencial suele establecerse entre bridas/adherencias, enfermedad de Crohn, tuberculosis intestinal e incluso tumores digestivos³. La radiología simple¹ muestra un patrón de obstrucción con dilatación de asas y niveles hidroaéreos, lo mismo que el TAC de abdomen que en ocasiones puede mostrar el nivel de la obstrucción^{2,4}. Parece de más utilidad es uso de la resonancia magnética^{1,3} para el diagnóstico de endometriosis como causa de la obstrucción aunque su uso no se ha generalizado.

El manejo inicial suele ser conservador, y en aquellos casos en los que se sospeche la endometriosis como causa se puede añadir tratamiento hormonal^{1,2}. Cuando no se resuelva el cuadro deberá realizarse tratamiento quirúrgico para eliminar los segmentos afectados y restaurar el tránsito digestivo^{1,4-,6}. El diagnóstico definitivo será mediante confirmación histopatológica¹.

Tras la cirugía se recomienda mantener tratamiento con danazol o análogos de la GnRH que favorecen la involución de los implantes^{1,5}.

Podemos concluir que, en aquellos casos de obstrucción intestinal en mujeres en edad reproductiva, con problemas de esterilidad o antecedentes de cesárea, o ya con diagnóstico de endometriosis, deberemos sospechar como posible causa un implante intestinal.

- 1. Sali PA, Yadav KS, Desai GS, Bhole BP, George A, Samir AG et al. Small bowel obstruction due to an endometriotic ileal stricture with associated appendiceal endometriosis: a case report and systematic review of the literature. Int J Surg Case Rep 2016; 23: 163-168. Disponible en https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.04.025
- 2. López JA, Margarito JJ, Guzmán F, Fernández JP, Wimber M. Obstrucción intestinal por endometriosis. Acta Med Grupo Angeles 2016; 14: 248-250. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51870-72032016000400248
- 3. Mishra G, Vats M, Pandey D, Akhtar A. Small bowel obstruction due to subserosal endometriosis: an elusive condition. Int Reprod Contracept Obstet Gynecol 2016; 5: 907-912. Disponible en http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.iircog20160610

- 4. Agarwal K, Sehgal S, Bargotya M. Incomplete small bowel obstruction due to isolated endometriosis: a mimic of tuberculosis. J Obstet Gynaecol India 2016; 66: s642-s644. Disponible en https://doi.org/10.1007/s13224-015-0789-3
- 5. Duduyemi BM, Owusu-Afriyie O, Bohene P, Titiloye AN, Ossei SP, Adjei EK et al. Intestinal obstruction from multifocal endometriosis: a case report and review of literatura. Journal of Surgery 2014; 2: 101-104. Disponible en http://dx.doi.org/10.11648/j.js.20140206.15
- 6. Chowdhury AT, Yue Z. Bowel endometriosis. J Gastrointest Dig Sys 2014; 4: 186. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4172/2161-069X.1000186
- 7. Chhabra P, Rao C, Singh H, Sharma V, Modi M, Yadav M et al. Endometriosis causing bowel obstruction. Tropical Gastroenterol 2013; 34: 188-191. Disponible en http://dx.doi.org/10.7869/tg.130

DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA SIMULANDO ESTRANGULACIÓN HERNIARIA CON FÍSTULA ENTEROVESICAL

ACUTE COMPLICATED DIVERTICULITIS MIMICKING HERNIA STRANGULATION WITH ENTEROVESICAL FISTULA

J.P. Roldán-Aviña, F. Muñoz-Pozo, S. Merlo-Molina, A.D. Ferrusola-Díaz, J.A. Díaz-Brito

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

Las manifestaciones extraperitoneales de la diverticulitis son poco frecuentes. Presentamos un paciente con diverticulitis aguda con perforación y absceso que simulaba una hernia inguinal recidivada estrangulada con probable fístula vesical con sospecha de migración de la malla. El paciente fue sometido a cirugía urgente en la que se realizó resección sigmoidea, colostomía terminal y drenaje de los abscesos intraperitoneal e inguinal.

Palabras clave: diverticulitis aguda, hernia estrangulada, fístula enterovesical, absceso.

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña Hospital de Alta Resolución de Écija 41400 Écija (Sevilla) jproldan@aecirujanos.es

Fecha de envío: 09/05/2019 Fecha de aceptación: 16/05/2019

Abstract

Extraperitoneal manifestations of diverticulitis are rare. We present a patient with acute diverticulitis with perforation and abscess that simulated a recurrent strangulated inguinal hernia with probable bladder fistula with suspected migration of the mesh. The patient underwent urgent surgery in which sigmoid resection, terminal colostomy, and drainage of the intraperitoneal and inguinal abscesses were performed.

Keywords: acute diverticulitis, strangulated hernia, enterovesical fistula, abscess.

Introducción

La asociación de una hernia inguinal complicada y una diverticulitis aguda es rara¹. Existe una amplia variedad de procesos que pueden presentarse como una hernia inguinal atípica, incluyendo en el lado derecho la hernias de Amyand (apendicitis en el saco herniario inguinal) y Garengeot (apendicitis en saco herniario crural)¹

y en el izquierdo la presencia de una diverticulitis en el interior de la hernia². Presentamos un caso infrecuente de diverticulitis aguda con perforación que desarrolló un absceso intraperitoneal que buscó salida a través del conducto inguinal y que clínicamente simulaba una hernia inguinal recidivada complicada, llegándose al diagnóstico definitivo de forma intraoperatoria.

Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 86 años que acudió a Urgencias por una tumoración a nivel de cicatriz de hernioplastia inguinal izquierda que había aumentado de tamaño los días previos y que se acompañaba de dolor local con irradiación a región lumbar, junto con estreñimiento y orinas turbias y malolientes, sin fiebre en ningún momento.

A la exploración el abdomen era blando y depresible sin signos de irritación peritoneal. A nivel de cicatriz inguinal existía una tumoración eritematosa, endurecida, dolorosa y no reductible. En el tacto rectal sólo se apreció fecaloma que se extrajo.

En las pruebas complementarias destacaban 18.680 leucocitos/mm³ con 90% neutrófilos y 636.000 plaquetas/mm³. En la radiología simple de abdomen no se apreciaba dilatación de asas intestinales ni niveles hidroaéreos. Ante la sospecha de recidiva herniaria con incarceración se realizó un TAC de abdomen sin contraste (Figuras 1, 2 y 3) informado como "hernia inguinal izquierda con contenido de asas de íleon pélvico que presentaba marcado aumento de la densidad de la grasa del saco herniario hasta planos cutáneos en relación a edema secundario por complicación de la misma, con un nivel hidroaéreo en el asa atrapada junto a otras burbujas de aire sugiriendo incarceración-perforación de la misma. A nivel de la vejiga se visualizó un nivel hidroaéreo por probable fistulización del asa intestinal contigua. Enfermedad diverticular del sigma sin signos de complicación aquada".

Ante estos hallazgos se indicó tratamiento quirúrgico urgente mediante abordaje abierto (laparotomía) que encontró un plastrón inflamatorio a nivel del sigma, adherido y perforado al espacio rectovesical conformando un absceso que se continuaba por el canal inguinal izquierdo llegando hasta la piel. No se identificó fístula vesical tras llenado con azul de metileno a través de la sonda vesical. Se realizó intervención de Hartmann con resección del segmento afectado del sigma, dejando colostomía terminal en vacío izquierdo y colocando drenajes en espacio rectovesical y canal inguinal.

El postoperatorio cursó de forma favorable, siendo dado de alta el paciente pendiente de curas ambulatorias de absceso del tercio inferior de la herida y de cuidados de la colostomía.

A las dos semanas se revisó en la consulta evidenciándose importante deterioro del estado general, así como disnea a pequeños esfuerzos. Tras ser valorado por Medicina Interna quedó ingresado para estudio de masa perihiliar izquierda apreciada en radiografía de tórax, que en un TAC de tórax-abdomen sugerían una neoplasia pulmonar avanzada con metástasis hepáticas y óseas (T4N2M1). El paciente falleció al sexto día de este segundo ingreso.

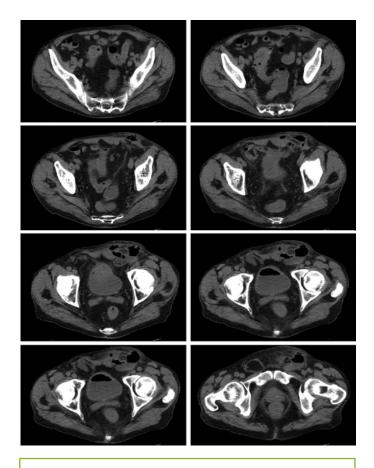


Figura 1

TAC de abdomen (cortes axiales): hernia inguinal izquierda con contenido de asas de íleon pélvico con edema, nivel hidroaéreo en la misma sugiriendo incarceración-perforación. En la vejiga existe un nivel hidroaéreo por probable fistulización del asa intestinal contigua. Enfermedad diverticular del sigma sin signos de complicación aguda.

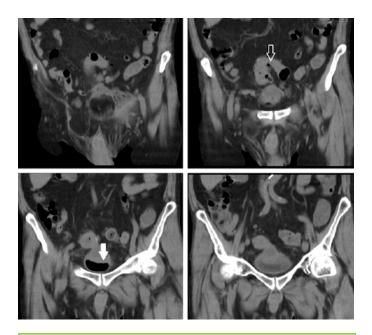
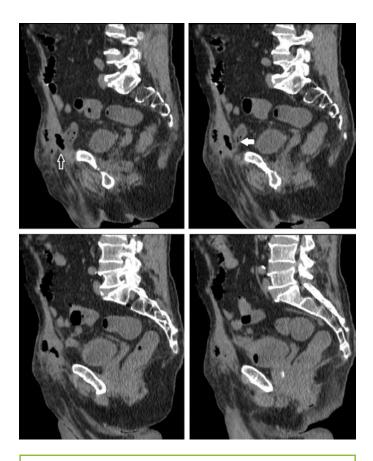


Figura 2

TAC de abdomen (cortes coronales): nivel hidroaéreo en la vejiga (flecha fina) y divertículos en sigma sin imágenes de diverticulitis (flecha gruesa) epitelial.

.....



TAC de abdomen (cortes sagitales): nivel hidroaéreo saco herniario inguinal (flecha fina) y burbujas de aire en asas de íleon (flecha gruesa).

Discusión

El caso presentado nos sirve de base para repasar el amplio diagnóstico diferencial a la que en ocasiones nos enfrentamos los médicos, y también para comprender que en ocasiones las pruebas complementarias nos pueden conducir a omitir/retrasar diagnósticos.

La emigración de material protésico utilizado en la reparación de hernias inguinales puede llegar a provocar fístulas tanto a nivel colónico^{3,4} como a nivel vesical^{5,6} condicionando una clínica de dolor a nivel de la cicatriz que puede terminar desarrollando fenómenos inflamatorios locales hasta que se establezca bien una fístula o la aparición de un absceso⁷. Esa fue la sospecha en nuestro caso apoyada tanto en la clínica del paciente como en el informe del TAC.

Está descrito que en algunas ocasiones los abscesos de tejidos blandos de la ingle, muslo, cadera e incluso glúteos pueden ser manifestaciones extraabdominales de una diverticulitis perforada en pacientes sin síntomas abdominales⁸, ocurriendo con mayor frecuencia en pacientes ancianos. En su máxima expresión pueden terminar por desarrollar una fístula colo-cutánea que debute en forma de absceso local^{9,10}.

En cuanto a las llamadas hernias atípicas (o especiales) además de las anteriormente descritas de Amyad y Garengeot², no

debemos olvidar a pesar de su infrecuencia la posibilidad de que se trate de una diverticulitis aguda en el interior de un saco herniario incarcerado^{1,2,11}.

Dado que la clínica que presentan estos pacientes suele ser poco específica (dolor abdominal junto con signos inflamatorios locales) al igual que las pruebas de laboratorio, el diagnóstico suele basarse en pruebas de imagen. Aunque la ecografía puede ser útil, el TAC de abdomen con contraste es la prueba que mejores resultados ofrece. En aquellos casos que presenten una evolución subaguda o crónica la colonoscopia es de mucha utilidad en el diagnóstico diferencial en relación a la migración de material protésico⁴. No es raro que el diagnóstico definitivo sea intraoperatorio como en nuestro caso.

Respecto al tratamiento, un pequeño grupo de pacientes se podrán beneficiar bien de tratamiento conservador inicial² asociado o no a abordaje percutáneo de abscesos intraabdominales¹0 y posterior cirugía electiva, al igual que en aquellos casos en los que se aprecien fístulas colo-cutáneas³.4 o migraciones de la malla a la vejiga⁵-7. Para la mayoría de los pacientes el tratamiento será quirúrgico urgente mediante laparotomía y resección del segmento de con afectado, cierre del muñón distal y colostomía terminal (operación de Hartmann)¹.7-8.1¹1.

Otro aspecto del tratamiento a tener en cuenta es si se repara o no la hernia acompañante en la intervención de urgencias. La existencia de contaminación fecal supone una contraindicación, y probablemente también suceda lo mismo si existe un absceso importante con afectación de los tejidos blandos¹⁰. En caso de duda o ante un paciente con inestabilidad hemodinámica y/o séptico, parece razonable dejar la hernia sin tratar y realizar la reparación en un segundo tiempo^{2,11}.

A modo de resumen podemos decir que en pacientes que presenten una tumoración con sospecha de hernia inguinal complicada con signos inflamatorios locales sugestivos de un absceso habrá que tener en cuenta la posibilidad de que se trate de una diverticulitis con manifestaciones extradigestivas.

- 1. Imran S, Andrabi H, Pitale A, El-Hakeem A. Diverticular abscess presenting as a strangulated inguinal hernia: case report and review of the literature. Ulster Med J 2007; 76: 107-108.
- 2. Arnold N, Ernst AA. Acute sigmoid diverticulitis within a nonincarcerated hernia. Am J Emerg Med 2015; 33: 986.e1-986.e2.
- 3. Zubaidi AM, Al-Saghier M, Kabbani M, Abdo A. Colocutaneous Fistula after Mesh Plug Inguinal Hernia Repair—A Delayed Complication. Ann Surg Med 2006; 26: 385-387.
- 4. Al-Subaie S, Al-Haddad M, Al-Yaqout W, Al-Hajeri M, Claus C. A case of a colocutaneous fistula: a rare complication of mesh migration into the sigmoid colon after open tension-free hernia repair. Int J Surg Case Rep 2015; 14: 26-29.

- 5. Ishikawa S, Kawano T, Karashima R, Arita T, Yagi Y, Hirota M. A case of mesh plug migration into the bladder 5 years after hernia repair. Surg Case Rep 2015; 1: 4.
- 6. Sandhu AS, Kumar A, Kumar BN. Mesh erosion into urinary bladder following laparoscopic inguinal hernia repair. J Minim Access Surg 2017; 13: 139-142.
- 7. Agrawal A, Avill R. Mesh migration following repair of inguinal hernia: a case report and review of literature. Hernia 2006; 10: 79-82.
- 8. Rothenbuehler JM, Oerteli D, Harder F. Extraperitoneal manifestation of perforated diverticulitis. Dig Dis Sci 1993; 38: 1985-1988.

- 9. Murphy PB, Belliveau P. Left-sided sigmoid diverticulitis presenting as right-sided thigh abscess. Int Surg 2012; 97: 285-287.
- 10. Mizuno R, Okuno M, Kojima H, Fuji H, Mori T, Itoh D et al. An abscess mimicking a left incarcerated groin hernia. Hernia 2012; 16: 723-725.
- 11. Liang TJ, Liu CM. Diverticulitis presenting as right incarcerated inguinal hernia. Formos J Surg 2015; 48: 62-64.

IMAGEN DEL MES

TUMOR GÁSTRICO DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) CON GRAN CRECIMIENTO EXTRAMURAL

GASTRIC TUMOR OF THE GASTROINTESTINAL STROMA (GIST) WITH GREAT EXTRAMURAL GROWTH

A. Roa-Colomo, A. Martín-Lagos Maldonado, J.L. Mundi Sánchez-Ramade

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

Se presenta el caso de un tumor estromal gastrointestinal (GIST) gástrico con gran crecimiento extramural a partir de un pedículo dependiente de la serosa de la curvadura menor gástrica, que plantea un difícil diagnóstico diferencial con un tumor estromal extragastrointestinal (EGIST).

Palabras clave: GIST, tumor mesenquimal, tumor submucoso.

Abstract

We present the case of a gastric gastrointestinal stromal tumor (GIST) with large extramural growth from a serous-dependent pedicle of the gastric minor curvature, which poses a difficult differential diagnosis with an extragastrointestinal stromal tumor (EGIST).

Keywords: GIST, mesenchymal tumor, submucosal tumor.

CORRESPONDENCIA

Amparo Roa Colomo Hospital Universitario San Cecilio 18016 Granada amparo.roa.colomo@gmail.com

Fecha de envío: 29/03/2019 Fecha de aceptación: 17/06/2019

Caso clínico

Mujer de 71 años estudiada por epigastralgia y astenia. La tomografía axial computarizada muestra una masa sólida de 5x6,5 cm que desde la pared gástrica se extiende hacia el ligamento gastrohepático (Figura 1). Mediante ecoendoscopia oral se confirma su origen en la serosa a nivel de la curvatura menor gástrica, con una mucosa normal en visión directa (Figura 2). El resultado histológico de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es compatible con tumor estromal gastrointestinal (GIST) (CD117/DOG1+). Se realiza laparoscopia y tumorectomía de la lesión que nace de la serosa gástrica mediante un pedículo fino hacia el espacio gastrohepático sin invasión de estructuras adyacentes. El estudio anatomopatológico quirúrgico confirma el diagnóstico de GIST gástrico (<5 mitosis/5 mm², grado histológico G1: bajo riesgo) con márgenes quirúrgicos libres. Un año después no se detecta recidiva.

Discusión

Los GISTs son tumores mesenquimales derivados de las células intersticiales de Cajal que pueden desarrollarse a cualquier nivel del tracto gastrointestinal, siendo el estómago su principal localización¹. Cuando el crecimiento es extramural el tumor suele alcanzar mayor tamaño, manifestándose tardíamente y complicando su distinción de los tumores estromales extragastrointestinales (EGISTs)². Los EGISTs son tumores mesenquimales con similar perfil clínico-patológico que los GISTs pero originados fuera del tubo digestivo, sin contactar con la pared o superficie serosa



Figura 1

TC abdominal con contraste intravenoso (iv). Se observa masa de 5x4x6,5 cm, heterogénea e hipercaptante, con zonas hipervasculares y pequeñas áreas hipocaptantes, que desde la curvatura menor gástrica se extiende hacia el espacio gastrohepático.

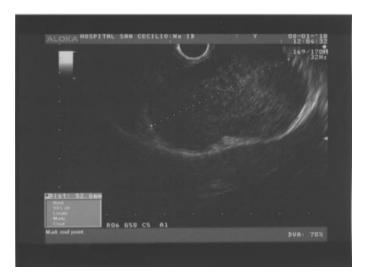


Figura 2

Ecoendoscopia oral. Se identifica masa heterogénea que depende de la serosa gástrica.

gastrointestinal. No obstante, existe la hipótesis de que los EGISTs pueden representar lesiones murales subserosas o verdaderos GISTs gastrointestinales con crecimiento extramural que llegan a perder la conexión con el tubo digestivo, por lo que la diferenciación entre ambos aún está por aclarar³.

Nuestro caso representa un GIST gástrico extramural cuya resección a través del pedículo fue curativa. Pertenece al 5% de GIST cKIT negativos, cuya positividad para marcadores como CD117 y DOG1 señala la importancia del análisis inmunohistoquímico en el diagnóstico de este tipo de tumores¹.

- 1. Zhou, L; Liu, C; Bai, JG et al. A rare giant gastrointestinal stromal tumor of the stomach traversing the upper abdomen: a case report and literature review. World Journal of Surgical Oncology 2012, 10:66
- 2. Miyazaki, R; Arihiro, S; Hayashi, E et al. A giant Gastrointestinal Stromal Tumor of the stomach with extramural growth. Case Rep Gastroenterol 2016;10:344-351
- 3. Nakajima T, Saito S, Sugiyama T et al. Epithelioid gastrointestinal stromal tumor of the stomach mimicking extragastrointestinal. Pathology International 2011; 61: 677–680

IMAGEN DEL MES

FORMACIÓN DE FÍSTULA ENTRE HEMATOMA RETROPERITONEAL Y COLON ASCENDENTE TRAS NEFRECTOMÍA: UNA CAUSA RARA DE SANGRADO BAJO GASTROINTESTINAL.

FISTULA FORMATION BETWEEN RETROPERITONEAL HEMATOMA AND ASCENDING COLON AFTER NEPHRECTOMY: RARE CASE OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING.

Á. Martínez-Herreros, R. Carreño-Macián

Hospital San Pedro de Logroño. La Rioja.

Resumen

Las fístulas intestinales constituyen una temida complicación del postoperatorio de cirugía abdominal que puede afectar a pacientes de cirugía, urología o ginecología. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas, pero no es frecuente que la rectorragia se presente como primer síntoma.

Exponemos el caso de un paciente con rectorragia como primera manifestación de fístula entre hematoma retroperitoneal y colon ascendente tras una nefrectomía.

Palabras clave: fístula, colon, nefrectomía, hematoma, retroperitoneo.

CORRESPONDENCIA

Ángela Martínez Herreros Hospital San Pedro 26006 Logroño (La Rioja) amartinezh@riojasalud.es

Fecha de envío: 23/04/2019 Fecha de aceptación: 26/05/2019

Abstract

Intestinal fistulas are a feared complication of the postoperative abdominal surgery and they can occur in gastrointestinal, urological or gynecological surgeries. Clinical manifestations may be varied but rectal bleeding usually does not appear as the first symptom.

Next we report the case of a patient with rectal bleeding as the first manifestation of a fistula, located between a retroperitoneal hematoma and the ascending colon, and appeared after a nephrectomy.

Keywords: fistula, colon, nephrectomy, hematoma, retroperitoneum.

Introducción

Tras cualquier cirugía abdominal pueden aparecer fístulas intestinales como complicación. Conllevan una alta morbimortalidad debido a las implicaciones locales y sistémicas que pueden derivarse de las mismas. Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas

tales como fiebre elevada, dolor lumbar o peritonismo; pero no es frecuente que la rectorragia se presente como primer síntoma.

Su manejo puede ser conservador o precisar nueva intervención quirúrgica, lo que empeora el pronóstico de manera significativa.

Exponemos el caso de un paciente con rectorragia como primera manifestación de fístula entre hematoma retroperitoneal y colon ascendente tras una nefrectomía.

Caso clínico

Varón de 79 años con antecedentes de HTA, DLP, EPOC moderado y último ingreso un mes antes por nefrectomía derecha laparoscópica por carcinoma renal de células claras que presentó como complicación un hematoma en fosa renal en resolución al alta. Acudió a Urgencias por rectorragia franca en varias ocasiones durante las últimas 24 horas acompañada de astenia e hiporexia. A su llegada a Urgencias destacaba palidez cutánea y TA 102/65 pero con exploración abdominal normal. La analítica reveló: urea 171 mg/dL, creatinina 2,28 mg/dL, Hb 10,1 g/dL, Hto 31,5%, leucocitos 8.200/uL, PCR 203 mg/L, INR 1,15. Ingresó en el Servicio de Aparato Digestivo donde se realizó colonoscopia con los siguientes hallazgos: orificio fistuloso de unos 9 mm de diámetro, ulcerado con presencia fibrina situado en colon ascendente; se utilizaron tres clips metálicos para su cierre y como marcaje de la zona. Ante estos hallazgos se realizó TC abdominal urgente que reportó: nefrectomía derecha. Clips metálicos en colon derecho. Gran colección con nivel hidroaéreo en topografía retroperitoneal del flanco derecho, que alcanza un diámetro máximo de 13,5 cm de diámetro. Dicha colección puede tener relación con los clips de colon ascendente. La colección se extiende caudalmente y levemente hasta FID, observando aire anterior al psoas derecho. La parte más craneal de la colección alcanza espacio de Morrison. Posibles restos del hematoma (Figuras 1 y 2).



Figura 2

Contacto de la colección con los clips colocados en colon derecho mediante colonoscopia.

Se contactó con Urología y Cirugía General decidiendo drenaje de la colección por radiología intervencionista obteniendo contenido hemático maloliente; se aisló en el cultivo *Escherichia coli* sensible a amoxicilina-clavulánico. La evolución no fue buena con escasa mejoría de la colección por lo que finalmente se decidió intervención quirúrgica para realizar colectomía derecha, anastomosis ileocólica L-L y drenaje del hematoma. El postoperatorio cursó favorablemente con una marcada reducción del tamaño de la colección la cual pasó de medir 9x13 cm a medir 3x6 cm (Figuras 3 y 4). Sin embargo, veinte días después el paciente comenzó con empeoramiento respiratorio debido a reagudización de EPOC por encamamiento con infección respiratoria añadida, reagudización de insuficiencia renal crónica y FA a unos 115 lpm por lo que finalmente el paciente falleció.

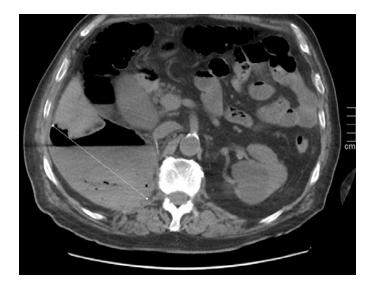


Figura 1 Colección en retroperitoneo derecho con nivel hidroaéreo.



Figura 3 Minimum Minim



Figura 4 Disminución significativa del tamaño de la colección tras el abordaje quirúrgico.

Discusión

Las fístulas intestinales pueden aparecer en el postoperatorio de cualquier cirugía abdominal y constituyen una temida complicación ¹. Frecuentemente, los pacientes afectos precisan ingresos prolongados y elevados costes de atención ya que se asocian a complicaciones hidroelectrolíticas y ácido base importantes, con grados variables de desnutrición y una elevada morbimortalidad².

De las intervenciones urológicas realizadas con técnica laparoscópica, la nefrectomía es una de las más comúnmente practicadas. Existen pocas complicaciones específicas de la laparoscopia y el riesgo de que éstas ocurran, es muy bajo: se estima que en sólo 0,3 a 3 de cada 1.000 intervenciones se presenta una complicación grave, como lesión vascular o intestinal³. La aparición de fístulas como complicación ha disminuido en su frecuencia significativamente. La estrecha relación anatómica entre el aparato digestivo y el urinario hace posible la lesión iatrogénica digestiva al abordar el riñón generalmente por vía percutánea⁴. Las manifestaciones clínicas son variables y los síntomas dependen de los órganos intercomunicados, del tamaño de la fístula, de la función renal, etc. Habitualmente suele presentarse con dolor lumbar, fiebre elevada, signos y síntomas de peritonismo y de inflamación del psoas. La rectorragia como presentación clínica es excepcional.

En el caso presentado no se constata lesión del colon en el momento de la cirugía laparoscópica por lo que pudo ser el gran hematoma abdominal el que condicionara la formación de la fístula colónica, al igual que se forman en las fístulas aortoentéricas por hematomas perianeurismáticos⁵.

El abordaje de estos casos puede ser conservador bien sea con tratamiento endoscópico o mediante drenaje de las colecciones, reposición de la volemia y cierre espontáneo de la fístula; o puede precisar intervención quirúrgica⁶⁻⁸. En nuestro caso se optó por el primero debido a la comorbilidad del paciente, pero finalmente precisó de colectomía derecha y drenaje quirúrgico por la escasa mejoría de la colección. Como hemos mencionado, las fístulas intestinales implican una importante morbimortalidad y en el caso presentado el paciente falleció debido a la larga estancia hospitalaria y a las complicaciones que acontecieron.

- 1. Schecter WP, Hirshberg A, Chang DS, Hobart WH, Napolitano LM, Wexner SD et al. Enteric Fístulas: Principles of Management. J Am Coll Surg 2009:209:484-91.
- 2. Irles JA, Torres C. Fístula enteral; manejo clínico. Nutr Clin Med 2008;2:12-22.
- 3. Castillo O. Complications in laparoscopic nephrectomy. Actas Urol Esp. 2006 Sep;30(8):812-8
- 4. Iwamoto Y, Kato M. A case with fistula formation between a perinephric retroperitoneal abscess, a ureter and a descending colon: Successful outcome after conservative management. Can Urol Assoc J. 2014 Sep;8(9-10):E644-6.
- 5. Kazuhiro K, Suzuki S, Shimamura Y. Fistula formation between perianeurysmal hematoma and sigmoid colon: rare cause of lower gastrointestinal bleeding. Dig Endosc. 2015 Jul;27(5):631-2.
- 6. Singh RR, Nussbaum JS, Kumta NA. Endoscopic management of perforations, leaks and fistulas. Transl Gastroenterol Hepatol. 2018 Oct 31;3:85.
- 7. Cho J, Sahakian AB. Endoscopic Closure of Gastrointestinal Fistulae and Leaks. Gastrointest Endosc Clin N Am. 2018 Apr;28(2):233-249
- 8. Grainger JT, Maeda Y, Donnelly SC, Vaizey CJ. Assessment and management of patients with intestinal failure: a multidisciplinary approach. Clin Exp Gastroenterol. 2018 Jun 12;11:233-241

IMAGEN DEL MES

QUISTE DE COLÉDOCO TIPO II: UN HALLAZGO INCIDENTAL MUY INUSUAL EN PACIENTE ANCIANO.

CHOLEDOCHAL CYST TYPE II: AN UNUSUAL INCIDENTAL FINDING IN ANCIENT PATIENT.

J. López-González, A. Delgado-Maroto, A. Barrientos-Delgado

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente anciano ingresado en nuestro servicio por cuadro de colangitis secundario a coledocolitiasis en el que, como hallazgo casual, se identifica un quiste de colédoco tipo II mediante imagen de colangioRM, un hallazgo infrecuente en pacientes de este tipo.

Palabras clave: quiste biliar, colédoco.

CORRESPONDENCIA

José López González Hospital Universitario Torrecárdenas 04009 Almería plopezgonz@gmail.com

Fecha de envío: 27/05/2019 Fecha de aceptación: 26/06/2019

Abstract

We present the case of an elderly patient admitted to our department with cholangitis secondary to choledocholithiasis and, as a casual finding, a type II Choledochal Cyst (CC) was identified using ColangioRM imaging, an uncommon finding in a patient with these characteristics.

Keywords: biliary cyst, coledochus.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 87 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés que acude al servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal, fiebre e ictericia, compatible con colangitis aguda. Tras la realización de una colangioRM se observa dilatación de vía biliar intra y extrahepática secundaria a coledocolitiasis y una imagen de aspecto diverticular en colédoco medio, compatible con un quiste de colédoco tipo II de la clasificación de Todani (Figuras 1 y 2).



Figura 1

ColangioRM. A) Quiste de coledoco tipo II. B) Vesícula biliar. C) Imagen en colédoco distal compatible con coledocolitiasis.

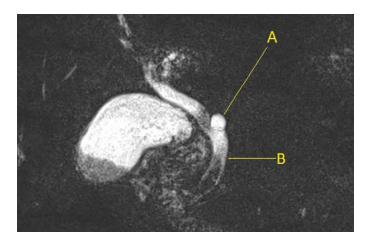


Figura 2

Reconstrucción colangioRM. En esta reconstrucción, podemos observar el quiste de Tipo II. A) Quiste de colédoco. B) Colédoco distal.

Los quistes se clasifican en cinco tipos. El tipo I (50-80% de los casos) o dilatación fusiforme de la vía biliar extrahepática, son los más comunes. El tipo II, es el divertículo de la vía biliar principal (2%). El tipo III (1,5-4,5%) son dilataciones intramurales de la vía biliar principal, conocidos como coledocele. El tipo IV (10-15%) es el segundo en frecuencia, consiste en dilataciones intra y extrahepáticas. El tipo V o enfermedad de Caroli es una afectación difusa quística de la vía biliar intrahepática. Estos quistes son una entidad rara que representa el 1% de la patología benigna de la vía biliar. Como podemos comprobar, en esta clasificación, el quiste tipo II es el menos prevalente.

Dada la edad del paciente y el hallazgo casual del mismo, se procedió a la extracción de la coledocolitiasis mediante CPRE y se descartó intervención quirúrgica del quiste.

Además, los quistes de colédoco son más frecuentes en la infancia, en la raza asiática y en mujeres.

Suelen ser congénitos, aunque pueden ser adquiridos, y su diagnóstico está aumentando en los últimos años debido al avance de las pruebas imagen de las que disponemos.

Se recomienda la intervención quirúrgica de este tipo de quistes debido al riesgo de degeneración maligna que poseen. Se vincula a colangiocarcinoma en pacientes en edad pediátrica en menos del 1% de los casos. Sin embargo, en la edad adulta se vincula entre el 30-50% que asciende a más de 50% si los pacientes son mayores de 50 años. La evolución a neoplasia es más común en los tipos I y IV y menos frecuente en los tipos II y III. Los quistes de colédoco tipo II pueden operarse mediante escisión simple.

- 1. Farías Molina SM, Castillo Machado RL, Sanhueza Palma NC, Calzadilla Riveras JA. Todani choledochal cyst type II: case report and review. Medwave. 2016;16(9):e6583
- 2. Gupta N, Gupta V, Noushif M, Singh SK, Kumar P, Chandra A. Unusual Presentations of Choledochal Cyst: Case Series and Review of Literature. Indian J Surg. 2015;77(3):1318-22

IMAGEN DEL MES

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMPLICADA CON IMPACTACIÓN ILEOCECAL

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE COMPLICATED WITH ILEOCECAL IMPACTION

J. Gómez-Sánchez, P. de Castro-Monedero, C. González-Callejas, B. Mirón-Pozo

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Resumen

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio transmural que puede manifestarse con diversos cuadros clínicos intestinales, según sea su actividad fistulizante, perforante o fibroestenótica. La obstrucción intestinal secundaria a la estenosis intestinal es una de sus manifestaciones, y puede agravarse con factores como son la ingesta de cuerpos extraños de forma voluntaria o accidental.

Se presenta el caso de un varón con enfermedad de Crohn de afectación perianal e ileal, que presenta cuadro de obstrucción intestinal secundaria a estenosis de íleon terminal agudizada por la impactación de un cuerpo extraño a dicho nivel con el objetivo de mostrar su clínica, hallazgos y tratamiento efectuado.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, obstrucción, cuerpo extraño.

CORRESPONDENCIA

Javier Gómez Sánchez Hospital Universitario San Cecilio 18016 Granada javiergomezsanchez.jg@gmail.com

Fecha de envío: 15/05/2019 Fecha de aceptación: 27/06/2019

Abstract

Crohn's disease is a transmural inflammatory disorder that can manifest with variable intestinal symptoms, depending on its fistulizing, perforating or fibrostenotic activity. Intestinal obstruction due to intestinal stenosis is one of its manifestations, and may be aggravated by factors such as the voluntary or accidental intake of foreign bodies.

We present the case of a male with perianal and ileal Crohn's disease, who presents episode of intestinal obstruction secondary to terminal ileum stenosis exacerbated by the impaction of a foreign body at that level. The objective is to show the clinic, findings and treatment.

Keywords: Crohn's disease, obstruction, foreign body.

Caso clínico

Paciente varón de 41 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo, osteomielitis sacra y enfermedad de Crohn con múltiples cirugías por fístulas perianales complejas, en tratamiento de mantenimiento con buen control mediante azatioprina 50 mg cada 8 horas y mesalazina 2 gr cada 24 horas.

Acudió a Urgencias por ausencia de deposiciones de cuatro días de evolución, con distensión abdominal progresiva, disminución de la ingesta oral y vómitos de características alimentarias, que comenzaron al día siguiente de la ingesta accidental de un hueso de ciruela. No refería fiebre, aumento de supuración a nivel de las fístulas perianales, ni otra clínica por aparatos. El abdomen era blando, distendido, timpánico, con dolor a la palpación y discretos signos de peritonismo.

La analítica general mostraba ausencia de leucocitosis y un aumento de la proteína C reactiva de 60 mg/ml. En su radiografía de abdomen se veía dilatación generalizada de intestino delgado sin dilatación del marco colónico.

Se efectuó TAC de abdomen, que mostraba dilatación de yeyuno e íleon, con un calibre de hasta 3,5 cm y a nivel del íleon distal, se observa una imagen endoluminal, ovalada, de 15x7,5 mm, con cortical de densidad calcio y centro de densidad aire, que sugiere cuerpo extraño, sin existir dilatación intestinal distal a su presencia. Se concluye como obstrucción de intestino delgado por cuerpo extraño (hueso de ciruela) en íleon distal (Figura 1).

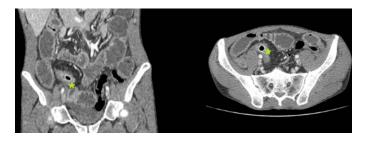


Figura 1

Imagen de TAC, con corte coronal y transversal donde se evidencia dilatación de yeyuno e íleon e imagen endoluminal, ovalada, con cortical de densidad calcio y centro de densidad aire, que sugiere cuerpo extraño responsable de la obstrucción.

Se realizó laparotomía media, presenciando una dilatación generalizada de asas de intestino delgado y a nivel íleon terminal, un segmento de 10 cm, estenótico, engrosado y con signos de inflamación crónica secundaria a la enfermedad de Crohn, donde se alojaba el cuerpo extraño. Se decidió realizar ileocequectomía, con resección del segmento estenótico que incluía el cuerpo extraño, y confección de anastomosis latero-lateral ileocólica mecánica mediante endograpadora.

Durante su estancia en planta, presentó una evolución favorable con recuperación de la tolerancia oral y hábito intestinal, siendo dado de alta.

Discusión

La ingesta de cuerpos extraños gastrointestinales puede ocurrir tanto involuntariamente o intencionalmente. Del 50% al 80% de cuerpos extraños transitan espontáneamente el tubo digestivo sin producir patología asociada¹, siendo la impactación de alimentos a nivel esofágico el cuadro clínico más frecuente entre los adultos, al

ser el esfínter esofágico inferior la zona de menor calibre del tracto gastrointestinal². Pero si el cuerpo extraño supera el tracto digestivo superior, y además presentamos factores de riesgo como una estenosis por una patología inflamatoria previa, son el íleon, la válvula ileocecal y el rectosigma las zonas de mayor riesgo de impactación, por su morfología³.

La obstrucción intestinal en la enfermedad de Crohn, puede ser debida a una reagudización de su actividad inflamatoria, o secundaria a procesos estenóticos complicados tras la impactación de cuerpos extraños como pueden ser alimentos, incluso elementos diagnósticos como cápsulas endoscópicas⁴. Así mismo, en algunas ocasiones, la propia obstrucción intestinal secundaria a cuerpos extraños puede ser el debut de una enfermedad inflamatoria intestinal no diagnosticada previamente⁵.

En relación al tratamiento, debido al potencial quirúrgico de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a lo largo de su vida, se debe plantear la estricturoplastia o la mínima resección necesaria en el caso de una intervención quirúrgica. En nuestro paciente, al alojarse el hueso de ciruela en el seno de un segmento estenótico que afectaba la válvula ileocecal, y ante la posibilidad de nuevos cuadros de obstrucción a dicho nivel, se decidió realizar una ileocequectomía, ya que el íleon terminal suele ser uno de los segmentos más afectados por esta enfermedad, y que acaba requiriendo de cirugía programada cuando el tratamiento médico es ineficaz.

- 1. Schwartz GF, Pulsky HS. Ingested foreign bodies of the gastrointestinal tract, An Surg 1976; 42: 236-45.
- 2. Vizcarrondo FJ, Brady PG, Nord HJ. Foreign bodies of the upper gastrointestinal tract. Gastrointest Endosc 1983; 29: 208-12.
- 3. Brookes MJ, Brind AM. Coin ingestion, an unexpected finding at colonoscopy: case report. MedGenMed. 2003 Feb 11;5 (1):8.
- 4. Iwamuro M, Takashima S, Inokuchi T. Retention of patency capsule in a patient with Crohn's disease. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2018;115(2):203-210. doi: 10.11405/nisshoshi.115.203.
- 5. E. O'Donnell, N. Gibson, M. A. Sharif. Crohn's disease of the terminal ileum: a cheap diagnosis. Ir J Med Sci (2008) 177:401–403 DOI 10.1007/s11845-007-0080-4