

CASOS CLÍNICOS

113 Pseudoquiste pancreático secundario a pancreatitis por hipertrigliceridemia

Pancreatic pseudocyst secondary to hypertriglyceridemia pancreatitis.

Abaca DA, Arcos JA

IMAGEN DEL MES

118 Un diagnóstico atípico: Melanoma Melanótico Anorrectal.

An atypical diagnosis: Melanotic Anorectal Melanoma.

Abellán Alfocea P, Salvador Rodríguez L, Martínez Cara JG

120 Pseudoobstrucción de colon (síndrome de Ogilvie): un importante simulador de obstrucción colónica.

Large bowel pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome): An important mimic of large bowel obstruction.

Moya Sánchez E, Pérez Naranjo P, Medina Salas V

123 Nódulo de la hermana María José. La punta del iceberg.

Sister Mary Joseph's nodule. The tip of the iceberg.

Carnerero Rodríguez JA, Camacho Montaña LM, Calle Gómez AR

125 Neumatosis portal e intestinal en el contexto de una isquemia mesentérica aguda

Portal and intestinal pneumatosis in the context of acute mesenteric ischemia

Ruiz Rodríguez AJ, Díaz Alcázar MM, Martínez Martínez C

128 Duodenitis eosinofílica y hallazgos por imagen: una patología infrecuente

Eosinophilic duodenitis and imaging findings: a rare disease

Martínez Martínez C, García Espinosa J, Moya Sánchez E

131 Angiodisplasia en papila duodenal

Angiodysplasia involving the duodenal papilla

Díaz Alcázar MM, Selfa Muñoz A, García Robles A.

CARTA AL DIRECTO

133 Evolución inusual de marcadores serológicos que dificulta el diagnóstico de infección aguda por virus de la hepatitis A

Unusual evolution of serological markers hindering the diagnosis of acute hepatitis A virus infection

Díaz Alcázar MM, Ruiz Escolano E, Martín-Lagos Maldonado A



DIRECTOR

F.J. Romero Vázquez
FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

SUBDIRECTORES

J.G. Martínez Cara
FEA. Complejo Hospitalario de Granada.

DIRECTOR ADJUNTO

Á. Pérez Aísa
FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

J.F. Suárez Crespo
FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

COMITÉ DE DIRECCIÓN

G. Alcaín Martínez
FEA. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
Málaga.

J.M. Pérez Pozo
FEA. Centro Hospitalario de Alta Resolución de Utrera.
Sevilla.

M. Casado Martín
FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

J.J. Puente Gutiérrez
FEA. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

Á. González Galilea
FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

P. Rendón Unceta
FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

H. Pallarés Manrique
FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

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 Andújar. 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 43 • Número 3
MAYO- JUNIO 2020

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 Baja 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 Aísa

SECRETARIO

J.G. Martínez Cara

VICEPRESIDENTE

M. Rodríguez Téllez

TESORERO

J.J. Puente Gutiérrez

**VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA
ORIENTAL**

F. Gallego Rojo

DIRECTOR REVISTA RAPD ONLINE

F.J. Romero Vázquez

**VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA
OCCIDENTAL**

J. Ampuero Herrojo

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

F.J. García Fernández

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

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
- Documentos de consenso
- Novedades y Puesta al día en Gastroenterología y Hepatología
- Casos Clínicos
- Casos clínicos con vídeo o Videoforum
- 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.
- Documentos de consenso.
- Casos clínicos.
- Casos clínicos con videos o Videoforum.
- 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 estos originales, 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 y en inglés
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 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:

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés).
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 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 y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

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.

Documentos de consenso: los textos sobre Documentos de consenso no tienen limitación de extensión en cuanto a texto o imágenes y tablas. Excepcionalmente se admitirá la inclusión de

vídeos. No es aconsejable un número superior a 10 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:

1º Título completo del trabajo en español y en inglés).

2º Apellidos y Nombre de todos los autores.

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 y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

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.

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.

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 y en inglés. 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.

4º 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.

Casos Clínicos con Vídeos o Videoforum: 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 Videoforum 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.

Los vídeos deberán aportarse en formato AVI, MPEG, MP4 O MOV, y a una resolución recomendada de alta calidad (720p o 1080p). No deben contener datos personales de los pacientes. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su edición, que no deber ser superior a 10 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los vídeos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. No deben exceder de 2GB. Los vídeos se deberán enviar a la siguiente dirección de correo: webmaster@sapd.es

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 y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 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 y en inglés. 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.
- 4º 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.
- 9º Vídeos.

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

- Formato A. 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 y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 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 y 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).
- 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 y en inglés. 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:**

- 1º Título completo del trabajo en español y 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:

- **Unidades.** 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.

- **Abreviaturas.** 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:

- **Artículo de una revista médica:** los nombres de las 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 página del trabajo.

Kandulsky A, Selgras M, Malfetheriner 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.

Stamatakis M, Sargedi C, Stefanaki C, Safi oleas C, Matthaipoulou I, Safi oleas M. Anthelmintic treatment: An adjuvant therapeutic strategy 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 cost-utility analysis of ablative therapy for Barrett's esophagus, 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 página 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, Rajiman I. Management of 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 hepatocysto TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. *Hepatology* 1998; 28(Suppl):310A.

- **Libros:** 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.

- **Capítulo de un libro:** 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.*

- **Información procedente de un documento elaborado en una reunión:** 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 a ser reducidas. Las tablas deberán realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).

- **Videos:** 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 influir 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/guidelines_statistical_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/politicas-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>).

- **Ensayos clínicos controlados:** 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.

- **Los datos obtenidos mediante microarray:** deben ser enviados a un depósito como Gene Expression Omnibus o ArrayExpress antes de la remisión del manuscrito.

- **Protección de datos:** 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.



PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO SECUNDARIO A PANCREATITIS POR HIPERTRIGLICERIDEMIA

PANCREATIC PSEUDOCYST SECONDARY TO HYPERTRIGLYCERIDEMIA PANCREATITIS

Abaca DA, Arcos JA

Sanatorio Juan XXIII. General Roca. Río Negro, Argentina.

Resumen

Los pseudoquistes pancreáticos son las lesiones quísticas pancreáticas más frecuentes. Se originan como consecuencia de una pancreatitis aguda (10-20 %), una pancreatitis crónica (20-40%), postraumatismo (5-10%) o postoperatoria. Tras uno de estos episodios se forman colecciones líquidas, la mayoría de ellas resuelven espontáneamente, de lo contrario a medida que transcurren las semanas terminan siendo encapsuladas por el tejido inflamatorio formando un quiste sin pared epitelial. Independientemente de su tamaño tienen indicación terapéutica solo aquellos complicados o sintomáticos. El tratamiento inicial de elección es el endoscópico, reservando la cirugía para aquellos pacientes que han fallado estos procedimientos.

Presentamos un caso de pseudoquiste pancreático por pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia. Esta es la tercera causa más frecuente de pancreatitis detrás de la biliar y el alcohol, con una incidencia del 1-5%.

CORRESPONDENCIA

Dario abaca
Sanatorio Juan XXIII
1468 General Roca. Río Negro. Argentina.
dario.abaca.a@gmail.com

Fecha de envío: 07/05/2020

Fecha de aceptación: 18/06/2020

Palabras clave: pseudoquiste pancreático, pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia, tratamiento endoscópico.

Abstract

Pancreatic pseudocysts are the most frequent pancreatic cystic lesions. They originate as a consequence of acute pancreatitis (10-20%), chronic pancreatitis (20-40%), post-trauma (5-10%) or postoperative. After one of these episodes liquid collections are formed, the most of them resolve spontaneously, otherwise as the weeks pass they end up being encapsulated by the inflammatory tissue forming a cyst without epithelial wall. Independently of their size, only those that are complicated or symptomatic have a therapeutic indication. The initial treatment of choice is endoscopic, reserving surgery for those patients who have failed these procedures. We present a case of pancreatic pseudocyst due to pancreatitis secondary to hypertriglyceridemia. This is the third most frequent cause of pancreatitis behind the biliary and alcohol, with an incidence of 1-5%

Keywords: pancreatic pseudocyst, pancreatitis secondary to hypertriglyceridemia, endoscopic treatment.

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones líquidas encapsuladas por tejido inflamatorio no epitelizada, que maduran al cabo de 2 a 6 semanas. Se presentan como complicación de una pancreatitis aguda, crónica, postraumatismo o postoperatoria. La mayoría resuelven espontáneamente, siendo indicación de tratamiento solo aquellos complicados o sintomáticos. Dentro de sus complicaciones tenemos; la hemorragia, la infección, hipertensión portal, obstrucción de la vía biliar y ruptura. El drenaje endoscópico se ha convertido en la primera opción terapéutica.

Presentamos un caso de pseudoquiste pancreático por pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia con factores asociados que resolvió con tratamiento médico y drenaje endoscópico.

Caso clínico

Paciente de 37 años, con antecedentes de hipotiroidismo no controlado y ex-tabaquista. No refiere conocerse diabético pero ingreso con glucemias elevadas. Comenzó con dolor súbito e intenso en epigastrio acompañado de vómitos. Al examen físico piel y mucosa secas, afebril, taicárdico y taquípneico. Presentaba xantomas en las superficies extensoras de los brazos y piernas. Abdomen doloroso a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Se solicita laboratorio, ecografía y tomografía computada. En el laboratorio se puede observar suero de aspecto lipémico; glóbulos blancos: 8300, glucemia 2,49; amilasa 424; GOT 22, GPT 45; FAL 125; triglicéridos: 2700. Ecografía: leve esteatosis hepática, vesícula alitiásica, vía biliar no dilatada. En la tomografía se puede observar proceso inflamatorio pancreático en evolución (Baltazar C) (Figura 1). Con diagnóstico de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia se decide su internación. Se inicia tratamiento con analgesia, hidratación endovenosa, ayuno e infusión de insulina. A las 48 horas de iniciado el tratamiento se observa descenso significativo de triglicéridos (Figura 2). Al cabo de 3 semanas el paciente comienza con fiebre, intolerancia oral y dolor en epigastrio. Se realiza tomografía que evidencia desdibujo pancreático y colección retrogástrica (Figura 3). Con diagnóstico presuntivo de pseudoquiste pancreático infectado se decide realizar drenaje endoscópico. En quirófano con anestesia total, se realiza endoscopia digestiva alta, se evidenció abombamiento en la cara posterior del antro gástrico. Se realiza punción de la pared hasta penetrar en la cavidad del pseudoquiste, extrayendo material purulento (Figura 4). Se aborda el pseudoquiste con cistotomo, logrando avanzar la guía hidrofílica de 0,035. Se realiza el drenaje de aproximadamente 5 litros de material purulento (Figura 5). Se retira cistotomo para realizar dilatación con balón hidrostático hasta 10mm.

Al 4° día se realiza control endoscópico, observando permeabilidad cistogástrica y adecuada evacuación del pseudoquiste.

Paciente con buena tolerancia al procedimiento, se realiza laboratorio y tomografía de control postoperatorio. Laboratorio con marcado descenso de los valores, en la tomografía se evidencia adecuada evacuación del pseudoquiste.



Figura 1

Tomografía computada. Proceso inflamatorio pancreático (Baltazar C).

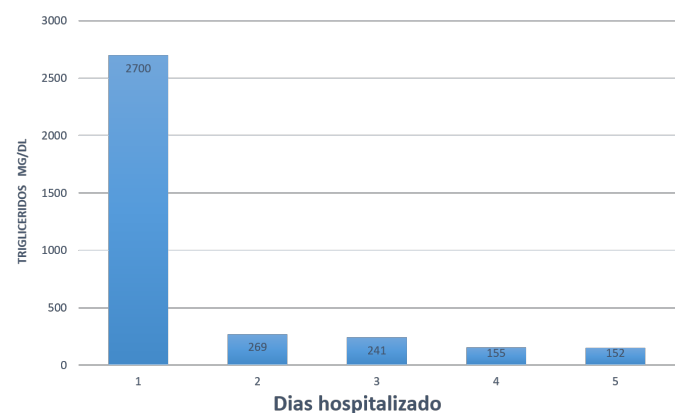


Figura 2

Curva de triglicéridos.

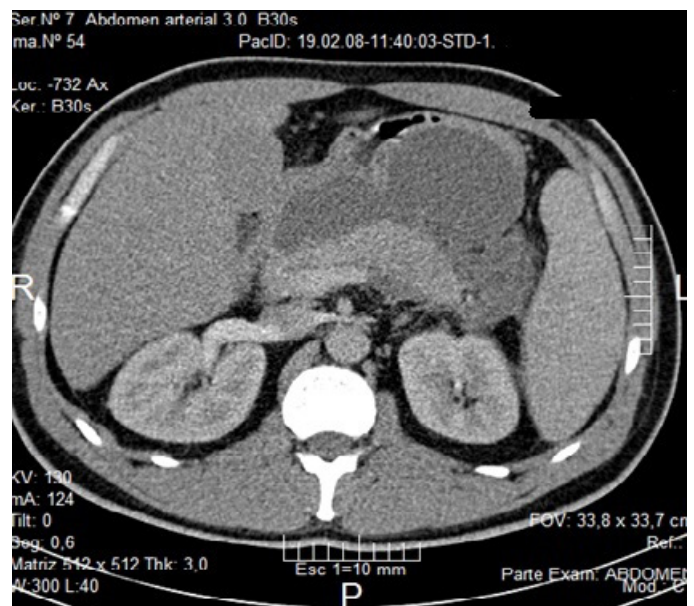


Figura 3

Tomografía computada. Pseudoquiste pancreático retrogástrico.



Figura 4

Endoscopia alta. Punción de pseudoquiste infectado abombando en antro gástrico.



Figura 5

Endoscopia alta. Cavidad de pseudoquiste.

Luego de culminar tratamiento endovenoso con imipenem se decide externación con control de laboratorio y ecografía a la semana. A la fecha no presentó complicaciones ni recurrencia del pseudoquiste. Continúa en tratamiento con hipolipemiantes y dieta, en seguimiento con nutrición y endocrinología.

Discusión

Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones líquidas ricas en amilasa y enzimas pancreáticas que al transcurrir las semanas terminan siendo encapsuladas por el tejido inflamatorio formando un quiste sin pared epitelial. Suelen desencadenarse como consecuencia de una pancreatitis aguda (10-20%), una pancreatitis crónica (20-40%), postraumatismo pancreático (5-10%) o postoperatoria. La hipertrigliceridemia es una causa bien establecida pero subdiagnosticada de pancreatitis aguda, llegando a ser la tercer causa más frecuente detrás de la biliar y el alcohol.

Se presenta con una incidencia entre el 1-5%. Si bien la pancreatitis por hipertrigliceridemia se presenta con niveles de triglicéridos superiores a 1.000mg/dl, se han presentado casos con niveles más bajos, aunque es improbable que ocurra con niveles inferiores a 500 mg/dl.

Su etiología puede ser primaria o secundaria. Las primarias son más frecuentes y se asocian a trastornos genéticos en el metabolismo de los lípidos, en cuanto a las causas secundarias pueden ser por obesidad, alcoholismo, hipotiroidismo, diabetes no controlada e inducida por fármacos^{1,2,3,4}.

Diversas teorías explican los mecanismos de acción, un primer mecanismo explica la toxicidad de los ácidos grasos que no se hayan unidos a la albúmina, desencadenando la actividad enzimática pancreática en el tejido acinar. Otro mecanismo de acción se da por la obstrucción pancreática distal por los quilomicrones ocasionando una isquemia que activa una respuesta inflamatoria, por ende mayor actividad de las enzimas pancreáticas. Otro mecanismo atribuible a una alteración genética de la lipoproteinlipasa. Existen mecanismos no conocidos como en el caso del hipotiroidismo que se asocian a una alteración del metabolismo de las lipoproteínas y de los receptores. Se han reportado casos de asociación entre hipotiroidismo y la hipertrigliceridemia^{5,6}.

En la mayoría de los casos se arriba al diagnóstico tras estudios negativos que descartan las causas más frecuentes, una característica esencial que puede ayudar a sospechar el diagnóstico de forma precoz es el aspecto lipémico del suero.

Por un lado tenemos el tratamiento de la pancreatitis, que requiere ayuno, hidratación endovenosa y analgesia y por otro el tratamiento de la hipertrigliceridemia. El ayuno tiene un rol fundamental pues favorece el metabolismo de los quilomicrones y de los triglicéridos. Se describe el uso de plasmaféresis, insulina y heparina, siendo estas dos últimas terapéuticas las que mayores descripciones tienen por su fácil disponibilidad.

El empleo de la plasmaféresis no solo permite la disminución de los triglicéridos sino que también realiza una eliminación de citoquinas proinflamatorias permitiendo la perfusión del páncreas. Es un procedimiento eficaz pero invasivo por lo que presenta una serie de complicaciones como fenómenos alérgicos, náuseas, vómitos, dolor torácico, trombosis venosa aguda y tromboembolia pulmonar. Cuando está se encuentra contraindicada, no disponible o el paciente presenta niveles de glucemia mayores a 500 mg/dl se puede realizar infusión de insulina, esto es posible ya que la mayoría de las hipertrigliceridemias tiene como factor asociado glucemias elevadas.

El uso de la heparina de bajo peso molecular genera controversia, si bien aumenta el nivel de la lipoproteinlipasa rápidamente es metabolizada en el hígado por lo que su uso es relativo.

Algunas series recomiendan el uso de hipolipemiantes, restricción de grasas y la introducción de ácidos grasos omega3, esta medida ayuda a prevenir recurrencias de pancreatitis y prevenir otras complicaciones^{7,8,9}.

En cuanto al pseudoquistes es la lesión quística más frecuente del páncreas. Tiene mayor prevalencia en el sexo masculino, entre la cuarta y quinta década. Se estima que el periodo de maduración de los mismos es de 2 a 6 semanas aproximadamente^{10,11}. La mayoría resuelve espontáneamente, si bien el tamaño es el factor más influyente (los < de 5 cm presentan menor índice de complicaciones y mayor probabilidad de resolución espontánea), se puede destacar otros factores asociados a baja resolución como; localización extrapancreática, presencia de múltiples quistes, localización en cola pancreática, ausencia de comunicación con conducto pancreático principal y grosor de la pared¹². Generalmente se presentan como únicos, sin embargo cuando hay asociación con el alcohol son múltiples. Su tamaño es variable, pudiendo llegar a medir hasta 30 cm. En cuanto a su localización pueden ser extrapancreáticos o intrapancreáticos (se presentan preferentemente en cuerpo y cola)¹³. Su presentación clínica puede variar, desde pacientes asintomáticos o presentando algún síntoma como dolor abdominal, pérdida de peso, saciedad temprana, náuseas, vómitos, ictericia y fiebre.

Los avances tecnológicos nos permiten realizar un seguimiento de la evolución clínica y hasta guiar conductas terapéuticas. Dentro de los métodos tenemos la ecografía, la tomografía computada, la resonancia magnética, y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP). La ecografía es el método menos invasivo, no requiere irradiación y nos permite realizar punciones guiadas. Generalmente la tomografía es el método de elección, nos ayuda a diferenciar las colecciones de los pseudoquistes verdaderos y al igual que la ecografía se puede utilizar en las punciones. La colangiografía nos permite analizar las relaciones del pseudoquiste con los conductos pancreáticos. La ERCP es un método invasivo que nos permite opacificar los conductos biliares y el conducto de Wirsung estableciendo si existe comunicación con estos.

El tratamiento del pseudoquiste ha cambiado y continúa evolucionando. Previamente al año 2013 se recomendaba el drenaje de lesiones mayores a 6 cm o si persistían más allá de 6 semanas, pero en dicho año el colegio americano de gastroenterología mediante las guías de manejo de la pancreatitis aguda estableció que los pseudoquistes asintomáticos pueden manejarse de forma conservadora independientemente del tamaño, localización o extensión a estructuras vecinas, siendo sólo pasible de tratamiento aquellos complicados o sintomáticos ya sea por lesión o extensión¹⁴. El drenaje del pseudoquiste se lo puede dividir en drenaje interno, drenaje externo y la resección. Lo que difiere es el tipo de abordaje, siendo este mismo quirúrgico, endoscópico o percutáneo. Tradicionalmente el abordaje quirúrgico y sobre todo el laparotómico era considerado el gold standard pero con el progreso del abordaje laparoscópico, éste fue adquiriendo mayor rol protagónico.

Independientemente del tipo de abordaje la finalidad del drenaje es el mismo, consiste en comunicar la cavidad del pseudoquiste con el estómago o el intestino delgado permitiendo de esta manera disminuir la presión en su interior y favorecer su cicatrización.

El drenaje quirúrgico ha ido perdiendo terreno en mano de los tratamientos mínimamente invasivos como la endoscopia o el drenaje percutáneo, reservándose para aquellos casos que estos fracasaron. Dentro de los distintos procedimientos tenemos la cistogastroanastomosis, la cistoyeyunoanastomosis o la cistoduodenoanastomosis, que dependerá de la ubicación del pseudoquiste. La cistoyeyunoanastomosis en Y de Roux se puede realizar para todos los pseudoquistes, por lo que es la técnica más frecuente a realizar. Según las series publicadas el drenaje quirúrgico tiene una mortalidad del 5-9%, con un promedio de complicaciones alrededor del 11-24% y una recurrencia del 5-8%.

Como se mencionó anteriormente el drenaje endoscópico se ha convertido en la primer opción terapéutica, presenta como ventaja que es un procedimiento mínimamente invasivo, tiene menor costo, menor estadía hospitalaria y ofrece mejor calidad de vida. Este puede ser transpapilar con colocación de stent o transmural. Este requiere la protrusión del pseudoquiste hacia la luz del órgano, el grosor de la pared quística inferior a 1cm y la ausencia de grandes vasos. Para realizar un drenaje transpapilar debe existir comunicación entre el pseudoquiste y el conducto pancreático, para lo cual es de suma importancia realizar la colangiografía. Dentro de sus complicaciones tenemos sangrado, perforación intestinal, infección, migración del stent y recurrencia. Según los resultados publicados dicho procedimiento presenta una efectividad del 90-95%, una tasa de complicaciones aproximadamente del 12%, una recurrencia del 8% y una mortalidad del 1%¹⁵.

El drenaje percutáneo puede realizarse bajo guía ecográfica, tomografía o bien radiológica. Esta técnica tiene éxito en la resolución del pseudoquiste pero en comparación con los otros métodos presenta mayor tasa de complicaciones por lo que recomiendan indicarlo en pacientes inestables. Dentro de sus complicaciones tenemos, fístulas, infecciones y obstrucción del catéter. Presenta una efectividad del 70-80%, siendo mayor en intervencionistas experimentados, una tasa de complicaciones del 10-15% y una tasa de recidiva entre 15-20%.

La resección quirúrgica es un procedimiento que presenta altas tasas de morbilidad, está indicado en duda diagnóstica de lesión quística tumoral, afectación trombotica de la vena esplénica, sangrado variceal que no respondió a embolización, pseudoquiste con conducto pancreático desconectado que fallaron otras terapéuticas y la incapacidad tecnológica para drenar pseudoquiste ubicado en el proceso uncinado¹⁶.

Dentro de las complicaciones del pseudoquiste tenemos; la hemorragia, la infección, por efecto de masa puede producir hipertensión portal y obstrucción de la vía biliar y ruptura que de producirse en el tubo digestivo no ocasionaría gravedad alguna en cambio de hacerlo en la cavidad abdominal puede desencadenar en sepsis¹⁷.

Bibliografía

1. Herrera Del Águila D, Garavito Rentería J, Linarez Medina , Lizarzaburu Rodríguez V. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia severa: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev. gastroenterol. Perú* 2015; 35: 159-164.
2. Scherer J, Singh V, Pitchumoni C, Yadav D. Problemas en la pancreatitis hipertrigliceridémica: una actualización. *J Clin Gastroenterol.* 2014; 48: 195-203.
3. Jimenez Forero S, Roa Saavedra D, Villalba M. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia: presentación de dos casos clínicos. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2008; 100: 367-371.
4. Kyung Jeong Y, Kim H. Una mini revisión sobre el efecto del ácido docosahexaenoico (DHA) en la pancreatitis aguda inducida por ceruleína e hipertrigliceridémica. *Int J Mol Sci.* 2017; 18: 2239.
5. Gutiérrez Restrepo J, Muñoz Ortiz E, Arango Toro C, Vásquez Mejía E, Montoya Escobar J, Villa Franco J. Pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia y tratamiento con plasmaféresis: reporte de un caso. *Iatreia* 2012; 25: 392-397.
6. Jimenez Forero S, Roa Saavedra D, Villalba M. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia: presentación de dos casos clínicos. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2008; 100: 367-371.
7. Gutiérrez Restrepo J, Muñoz Ortiz E, Arango Toro C, Vásquez Mejía E, Montoya Escobar J, Villa Franco J. Pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia y tratamiento con plasmaféresis: reporte de un caso. *Iatreia* 2012; 25: 392-397.
8. Jimenez Forero S, Roa Saavedra D, Villalba M. Pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia: presentación de dos casos clínicos. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2008; 100: 367-371.
9. Scherer J, Singh V, Pitchumoni C, Yadav D. Problemas en la pancreatitis hipertrigliceridémica: una actualización. *J Clin Gastroenterol.* 2014; 48: 195-203.
10. Martínez Ordaz J, Toledo Toral C, Franco Guerrero N, Tun Abraham M, Souza Gallardo L. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts. *Rev. Cirugía y Cirujanos* 2016; 84: 288-292.
11. Pan G, Hua W, Xie K, Li W, Hu W, Liu X. Clasificación y manejo de pseudoquistes pancreáticos. *Medicina Baltimore* 2015; 94: 960.
12. Rodríguez D'Jesús A, Fernández Esparrach G, Saperas E. Tratamiento endoscópico del pseudoquiste de páncreas: aspectos prácticos. *G&H.* 2011; 34: 711-716.
13. Estepa Pérez J, Becerra G, Santana Pedraza T. Spontaneous Resolution for a Giant Pancreatic Pseudocyst. A Case Report. *Medisur* 2011; 9: 295-299.
14. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege S. Directriz del Colegio Americano de Gastroenterología: Manejo de la pancreatitis aguda. *Am J Gastroenterol.* 2013; 108: 1400-1415
15. Rodríguez D'Jesús A, Fernández Esparrach G, Saperas E. Tratamiento endoscópico del pseudoquiste de páncreas: aspectos prácticos. *G&H.* 2011; 34: 711-716.
16. Pan G, Hua W, Xie K, Li W, Hu W, Liu X. Clasificación y manejo de pseudoquistes pancreáticos. *Medicina Baltimore* 2015; 94: 960.
17. Habashi S, Draganov P. Pseudoquiste pancreático. *World J gastroenterol.* 2009; 15: 38-47.

IMAGEN DEL MES

UN DIAGNÓSTICO ATÍPICO: MELANOMA MELANÓTICO ANORRECTAL

AN ATYPICAL DIAGNOSIS: MELANOTIC ANORECTAL MELANOMA.

Abellán Alfocea P, Salvador Rodríguez L, Martínez Cara JG

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente con melanoma rectal melanocítico, diagnosticado por colonoscopia, durante el estudio de una rectorragia que se había relacionado con patología hemorroidal. El melanoma anorrectal es una entidad muy poco frecuente que representa menos del 1% de las neoplasias colorrectales y solo un tercio de los casos son melanomas pigmentados. Remitimos esta imagen al ser inusual y representativa de esta patología, ya que el diagnóstico precoz es importante y puede mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave: melanoma rectal melanocítico, colonoscopia.

CORRESPONDENCIA

Patricia Abellan Alfocea
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 Granada
patriabellan91@gmail.com

Fecha de envío: 24/03/2020

Fecha de aceptación: 07/04/2020

Abstract

We present the case of a patient with melanocytic rectal melanoma, diagnosed by colonoscopy, during the evaluation of a hemorrhoid-associated rectal bleeding. Anorectal melanoma is a very rare entity which represents less than 1% of colorectal neoplasms, and only one third of cases are pigmented melanomas. We submit this image since it is unusual and representative of this pathology. We consider that the case bears significant clinical interest given the importance of an early detection of the clinical picture, with a view to establishing treatment without delay, thereby preventing possible complications.

Keywords: melanocytic rectal melanoma, colonoscopy.

Introducción

El melanoma maligno anorrectal es un trastorno poco frecuente que representa <2% de los melanomas y el 1% de todos los tumores malignos anorrectales y conlleva un pronóstico considerablemente pobre¹. Es más frecuente en la 6ª-7ª década, especialmente en mujeres y caucásicos². Las lesiones proliferan

principalmente en el canal anal y menos frecuente en la línea dentada y el recto. Debido a sus síntomas inespecíficos y su baja incidencia, que conducen a un bajo índice de sospecha, hasta el 40% de los pacientes presentan enfermedad metastásica al diagnóstico. La resección quirúrgica es el mejor tratamiento, sin embargo, no ha demostrado mejorar la supervivencia. Además, no existe consenso sobre el uso de tratamientos sistémicos¹.

Caso clínico

Paciente varón de 60 años, sin antecedentes de interés, que consultó por presentar clínica de proctalgia y rectorragia que se asoció a patología hemorroidal. A la exploración anal destaca la presencia de hemorroides externas y una papila anal hipertrófica pigmentada (Figura 1). Se decidió la realización de sigmoidoscopia detectándose desde el margen anal hasta 7 cm de este, una lesión mamelonada con mucosa de coloración negruzca y zona central ulcerada, la cual fue biopsiada (Figura 2 y 3). En dichas biopsias se detectaron células melánicas malignas confirmando así el diagnóstico de sospecha, melanoma anorrectal. Se realizó estudio de extensión con presencia de metástasis múltiples a distancia que causaron el fallecimiento del paciente en pocos meses.

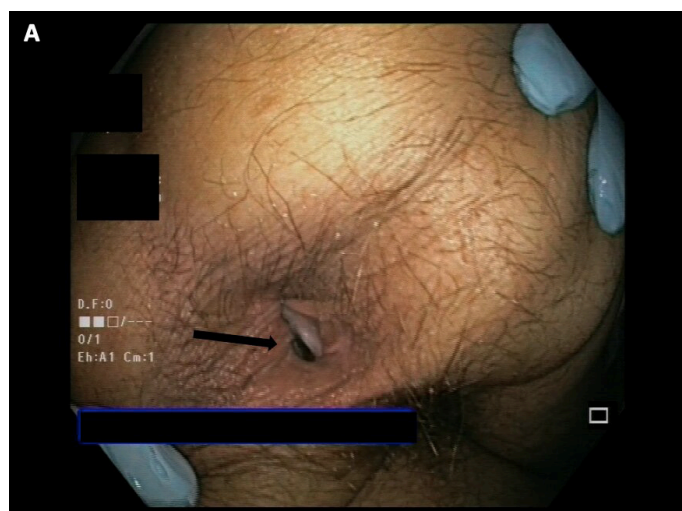


Figura 1

A la inspección anal, se aprecia papila anal pigmentada, sospechosa por su coloración inusual.

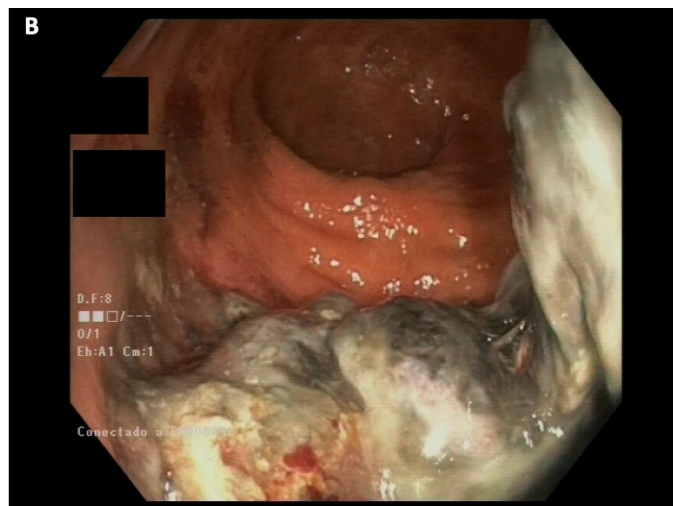


Figura 2

En recto, se aprecia masa mamelonada que ocupa 2/3 de la circunferencia, y donde destaca mucosa muy pigmentada y sin cambios de aspecto adenomatoso.

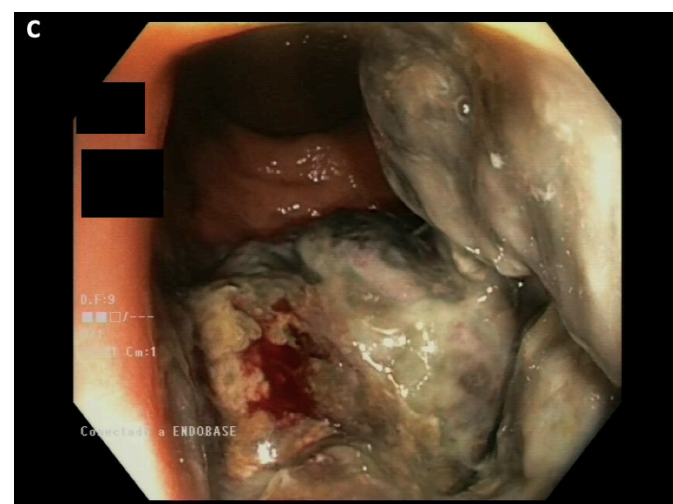


Figura 3

Otra imagen representativa de la lesión, donde apreciamos una zona central ulcerada, friable y cubierta de fibrina.

Discusión

La presencia de melanomas en el tracto gastrointestinal es poco habitual, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de neoplasias gastrointestinales por el pronóstico infausto que estos conllevan. Remitimos esta imagen que consideramos de interés al tratarse de una imagen endoscópica poco común y muy característica. En este caso el paciente consultaba por rectorragia que se había asociado a la presencia de patología hemorroidal. Previo a la realización de colonoscopia, se observó la presencia de una lesión protruyente pigmentada a través de canal anal que resultó sospechosa y que refleja la importancia de la exploración física minuciosa antes de establecer diagnósticos clínicos.

Bibliografía

1. Nam S, Kim CW, Baek SJ, et al. The clinical features and optimal treatment of anorectal malignant melanoma. *Ann Surg Treat Res.* 2014 Sep;87(3):113-7.
2. Serra M, Santos T, Martins M et al. Amelanocytic anorectal malignant melanoma-Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;55:164-167

PSEUDOOBSTRUCCIÓN DE COLON (SÍNDROME DE OGILVIE): UN IMPORTANTE SIMULADOR DE OBSTRUCCIÓN COLÓNICA.

LARGE BOWEL PSEUDOOBSTRUCTION (OGILVIE'S SYNDROME): AN IMPORTANT MIMIC OF LARGE BOWEL OBSTRUCTION.

Moya Sánchez E¹, Pérez Naranjo P¹, Medina Salas V²

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

²Centro de Salud Cartuja. Granada.

Resumen

La pseudoobstrucción de colon puede diagnosticarse fácilmente y con precisión mediante tomografía computarizada (TC). Los hallazgos radiológicos consisten en una dilatación extensa del marco cólico sin evidencia de lesión obstructiva mecánica y una zona de transición de calibre intermedia localizada de forma típica en la flexura esplénica o adyacente a la misma. El tratamiento mediante descompresión colonoscópica mejora el pronóstico de los pacientes que presentan gran dilatación y mayor riesgo de isquemia y perforación.

Palabras clave: pseudoobstrucción colónica, síndrome de Ogilvie, TC, zona transicional.

Abstract

Colonic pseudoobstruction can be diagnosed by computed tomography (CT). Radiological findings consist of extensive colonic dilatation without an obstructive lesion at the intermediate transitional zone or adjacent to the splenic flexure. Conservative treatment with colonoscopic decompression improves the prognosis of patients who have large distention and increased risk of ischemia and perforation.

Keywords: colonic pseudoobstruction, Ogilvie's syndrome, CT, transitional zone.

Caso clínico

Paciente de 85 años de edad con antecedentes personales de dislipemia, HTA y EPOC severo, que ingresó a cargo de neumología debido a aumento de disnea habitual de forma progresiva, hasta ser de mínimos esfuerzos, asociada a tos con expectoración y fiebre de 38°C.

CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
elemoya89@gmail.com

Fecha de envío: 29/03/2020

Fecha de aceptación: 16/05/2020

A la exploración abdominal, se observó el abdomen muy distendido y difícil de explorar, no doloroso y sin signos de irritación peritoneal.

Analíticamente destacó leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR. El segundo día de ingreso se realizó una radiografía simple de abdomen (Figura 1) en la que se apreció gran dilatación del marco cólico sin evidencia de gas distal, por lo que se solicitó TC abdominopélvica para confirmación de dichos hallazgos ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal mecánica.



Figura 1

Radiografía simple abdominal en decúbito supino en la que se aprecia importante dilatación del marco cólico.

En la TC (Figura 2) se observó importante dilatación de ciego, colon ascendente y transverso hasta el ángulo esplénico, donde disminuye progresivamente de calibre, sin causa obstructiva mecánica evidente. Estos hallazgos son diagnósticos de pseudoobstrucción colónica (síndrome de Ogilvie).

Debido al gran diámetro del ciego (14 cm), se realizó colonoscopia descompresiva, en la que se explora el marco cólico hasta el ángulo hepático, sin poder progresar más por presencia de heces. Se observó dilatación marcada de colon transverso y derecho y se procedió a aspirar el contenido aéreo y líquido. El paciente mejoró clínicamente de la sintomatología abdominal sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

Discusión

La pseudoobstrucción aguda de colon es una entidad infrecuente que se caracteriza por una dilatación colónica en ausencia de obstrucción mecánica¹. Fue descrita por primera vez por Ogilvie

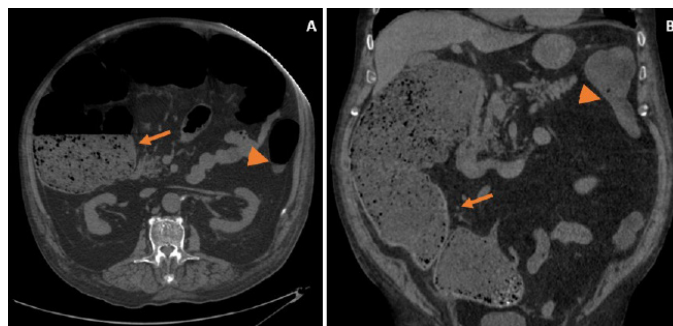


Figura 2

TC abdominopélvica en plano axial (A) y reconstrucción coronal (B) en la que se confirma la marcada dilatación de ciego, colon ascendente y transverso (flecha) y la zona de transición de calibre en flexura esplénica, sin causa obstructiva mecánica evidente (cabeza de flecha).

en 1948 como una pseudoobstrucción debida a la interrupción de la innervación simpática del colon²

Es más frecuente en pacientes varones por encima de los 60 años de edad, la mayor parte hospitalizados con enfermedad grave³.

En la actualidad, la patogénesis de la pseudoobstrucción no está clara. Se han propuesto distintas causas (inflamatorias, traumáticas y condiciones médicas basales), si bien la alteración de la innervación por parte de los gangliones intramurales tiene una alta tendencia a ocurrir en casos crónicos⁴.

Las técnicas de diagnóstico por imagen, entre ellas especialmente la TC tienen un papel esencial en el diagnóstico de esta patología. La radiografía simple abdominal demuestra marcada dilatación colónica que afecta predominantemente al ciego, colon ascendente y transverso. La TC permite visualizar la totalidad del marco cólico y ayuda a determinar la presencia o ausencia de un punto de transición de calibre, hallazgo clave para el diagnóstico de esta patología y su diferenciación de la obstrucción mecánica⁴.

Los hallazgos en TC consisten en dilatación colónica proximal con una zona intermedia transicional en la región de la flexura esplénica, sin identificar lesiones estructurales.

Este hallazgo está implicado en el desbalance neuronal autónomo como etiología de la pseudoobstrucción ya que la zona de transición en todos los casos suele encontrarse en la flexura esplénica o adyacente a ella. En esta región, la innervación parasimpática del colon experimenta una transición desde el nervio vago (inerva la porción proximal) al nervio sacro (inerva la porción distal)⁵.

El ciego se encuentra frecuentemente distendido en la pseudoobstrucción, por lo que la isquemia y perforación suelen aparecer en la región cecal. El riesgo de perforación espontánea en estos casos es del 3-15%, con una mortalidad del 50%⁴. Cuando el riesgo de perforación es alto, se recomienda intervención directa mediante descompresión colonoscópica. Está indicada cuando el diámetro cecal es mayor de 12 cm⁵.

Conclusión

La pseudoobstrucción colónica es una entidad que puede diagnosticarse con precisión mediante TC debido a unos hallazgos típicos por imagen basados en su fisiopatología, si bien esta no es totalmente conocida.

Los pacientes presentan marcada dilatación del marco cólico, principalmente de ciego y colon ascendente y una zona de transición de calibre próxima a la flexura esplénica. La TC además de definir la dilatación cecal para un manejo terapéutico precoz y adecuado, también tiene un papel fundamental en el diagnóstico diferencial con la obstrucción mecánica descartando lesiones estructurales y en el diagnóstico de posibles complicaciones asociadas a la pseudoobstrucción: isquemia o perforación.

Bibliografía

1. Wells CI, O'Grady GO, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol* 2017; 23: 5634-5644
2. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *BMJ* 1948; 2: 671-673
3. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudoobstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:203-210
4. Jaffe T, Thompson WM. Large-Bowel obstruction in the adult: classic radiographic and CT findings, etiology and mimics. *Radiology* 2015; 275:651-663
5. Choi JS, Lim JS, Kim H, Choi JY, Kim MJ, Kim NK, et al. Colonic pseudoobstruction: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 190: 1521-1526

IMAGEN DEL MES

NÓDULO DE LA HERMANA MARÍA JOSÉ. LA PUNTA DEL ICEBERG.

SISTER MARY JOSEPH'S NODULE. THE TIP OF THE ICEBERG.

Carnerero Rodríguez JA¹, Camacho Montaña LM², Calle Gómez AR²

¹Hospital de Alta Resolución La Janda. Vejer de la Frontera. Cádiz.

²Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

La metástasis umbilical es una manifestación infrecuente de cáncer intraabdominal. Presentamos un caso de metástasis umbilical como primer signo de neoplasia gástrica subyacente.

Palabras clave: nódulo de la hermana María José, metástasis umbilical, cáncer intraabdominal.

Abstract

Umbilical metastasis is a rare manifestation of intra-abdominal cancer. We report a case of umbilical metastasis as the first sign of an underlying gastric neoplasm.

Keywords: sister Mary Joseph's nodule, umbilical metastasis, intra-abdominal cancer.

CORRESPONDENCIA

Jose Antonio Carnerero Rodriguez
Hospital de Alta Resolución La Janda
11150 Vejer de la Frontera. Cádiz.
carnererojosea38m@gmail.com

Fecha de envío: 10/04/2020

Fecha de aceptación: 06/06/2020

Introducción

El nódulo de la hermana María José se refiere a la metástasis cutánea umbilical procedente de tumores intraabdominales o pélvicos¹. De presentación infrecuente, suele manifestarse como una lesión sobreelevada, dura e irregular de tamaño y coloración variable¹.

Caso clínico

Mujer de 86 años diabética e hipertensa, con anemia de larga evolución asociada a gastritis crónica. Colectomizada.

Presenta bultoma periumbilical doloroso de una semana de evolución. Síndrome constitucional en los últimos meses. A la exploración destaca palidez de piel y mucosas, existiendo a nivel umbilical una tumoración redondeada eritematosa de 3 centímetros de diámetro (Figura 1). La lesión es dura y dolorosa a la palpación. Análítica con anemia ferropénica leve y marcadores tumorales en rango de normalidad. Radiografía de tórax y abdomen con discreto derrame pleural izquierdo. Se realiza ecografía abdominal donde se objetiva engrosamiento mural gástrico. Se lleva a cabo estudio tomográfico computarizado, con hallazgos de neoplasia gastroduodenal de aspecto infiltrativa (Figura 2) y carcinomatosis peritoneal con implante tumoral en pared abdominal (Figura 3).

Se decide conjuntamente con paciente y familiares no realizar estudios invasivos, falleciendo la paciente meses después bajo cuidados paliativos.



Figura 1

Nódulo umbilical con discreto eritema cutáneo alrededor del ombligo.

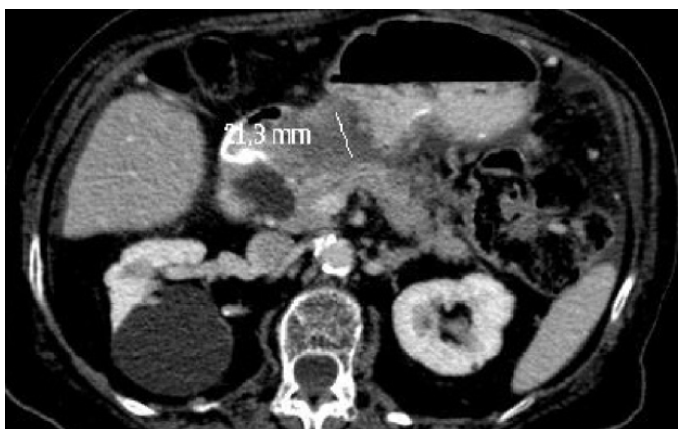


Figura 2

Tomografía computarizada de abdomen. Engrosamiento mural de antro gástrico y primera porción duodenal.

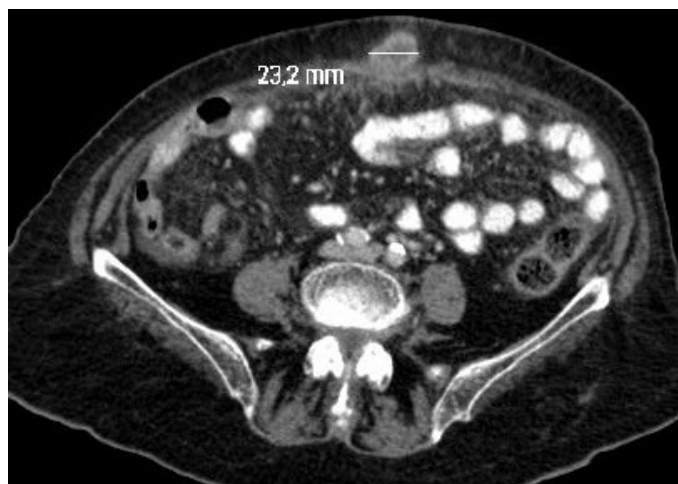


Figura 3

Tomografía computarizada de abdomen. Implante tumoral en la pared abdominal anterior.

Discusión

La hermana María José (1856-1939), ayudante quirúrgica del doctor William Mayo, descubrió la asociación entre los nódulos umbilicales y tumores malignos intraabdominales^{1,2}. El origen primario más frecuente es el cáncer gástrico, facilitándose su extensión directa peritoneal al ombligo por la ausencia de fascia a este nivel^{1,3}. Hasta en un 30% de los casos, el nódulo umbilical puede representar el primer y único signo de una neoplasia avanzada^{2,3}. Su diagnóstico diferencial incluye la patología herniaria y del uraco, la endometriosis y enfermedades dermatológicas de diferente naturaleza¹⁻³, siendo definitivo el estudio anatomopatológico¹. Se asocia generalmente a un mal pronóstico¹⁻², con una mediana de supervivencia bajo tratamiento paliativo de entre 2,3 y 11 meses¹.

Bibliografía

- Ioannidis O, Cheva A, Stavarakis T, Paraskevas G, Papadimitriou N, Kakoutis E, et al. Sister Mary Joseph's nodule as the sole presenting sign of gastric signet ring cell adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin Biol*. 2010;34(10):565-568
- Liu JW, Ma DL. An ominous sign from Sister Mary Joseph. *Lancet*. 2018;392(10149):776
- Marcacuzco Quinto AA, Nutu OA, Justo Alonso I. Umbilical metastasis of a pancreatic origin: Sister Mary Joseph's nodule. *Rev Esp Enferm Dig*. 2019;111(12):977-978

NEUMATOSIS PORTAL E INTESTINAL EN EL CONTEXTO DE UNA ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA

PORTAL AND INTESTINAL PNEUMATOSIS IN THE CONTEXT OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA

Ruiz Rodríguez AJ¹, Díaz Alcázar MM², Martínez Martínez C¹

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

La isquemia mesentérica aguda (IMA) es un cuadro clínico con una mortalidad que puede llegar al sesenta por ciento¹. Sus etiologías más frecuentes son la embólica y la trombótica².

Mujer de 78 años pluripatológica que ingresa por dolor abdominal mesogástrico, diarrea e hiponatremia. Tras empeoramiento súbito se realiza angio-TC abdominal con hallazgos de isquemia mesentérica aguda por obstrucción de arteria mesentérica superior.

El diagnóstico debe establecerse rápido y se basa en pruebas de imagen como el angio-TC. El tratamiento puede ser quirúrgico o mediante procedimientos endovasculares.

Palabras clave: isquemia mesentérica aguda, neumatosis portal, neumatosis intestinal.

Abstract

Acute mesenteric ischemia is a clinical disease with a mortality of sixty percent¹. The most frequent etiologies are embolic and thrombotic².

A 78-year-old woman with multiple pathologies was admitted due to mesogastric abdominal pain, diarrhea and hyponatremia. After sudden clinical worsening, abdominal CT angiography was performed with findings of acute mesenteric ischemia due to obstruction of the superior mesenteric artery.

The diagnosis must be established quickly and is based on imaging tests such as CT angiography. Treatment can be surgical or by endovascular procedures.

Keywords: acute mesenteric ischemia, portal pneumatosis, pneumatosis intestinalis.

Caso clínico

Mujer de 78 años pluripatológica, que ingresa por cuadro de dolor abdominal mesogástrico de 2 días de evolución, diarrea sin productos patológicos e hiponatremia de 110 mEq/L. Al quinto día, tras introducir nutrición enteral, comienza con dolor abdominal súbito, difuso e intenso, con signos de peritonismo e inestabilidad

CORRESPONDENCIA

Antonio José Ruiz Rodríguez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
antjosruirod@outlook.es

Fecha de envío: 02/05/2020

Fecha de aceptación: 16/05/2020

hemodinámica. Se extrae analítica urgente destacando una leucocitosis con predominio de polimorfonucleares, proteína C reactiva de 110,8 mg/L y se realiza angio-TC abdominal con hallazgos de neumatosis portal extensa y neumatosis intestinal en el contexto de isquemia intestinal aguda de asas yeyunales e ileales por obstrucción de arteria mesentérica superior (Figuras 1-4). La paciente fallece a las pocas horas del inicio del cuadro debido a su agresividad y a la ineficacia de las medidas terapéuticas realizadas.



Figura 1
Corte axial de angio-TC de abdomen donde se aprecia gas en el sistema portal (dentro de circunferencia negra) compatible con neumatosis portal.

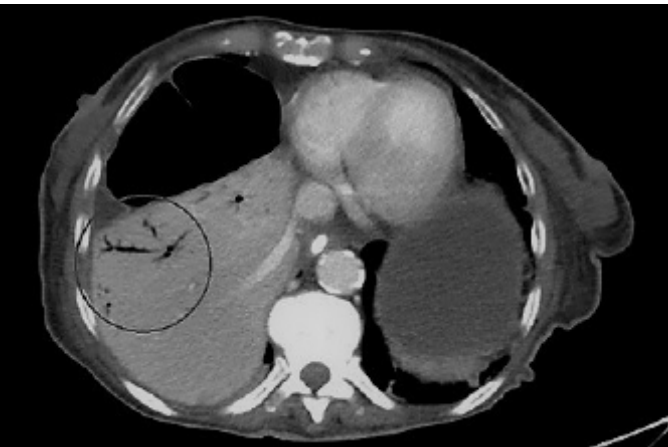


Figura 2
Corte axial de angio-TC de abdomen donde se aprecia aire en el espacio periportal (dentro de la circunferencia negra).

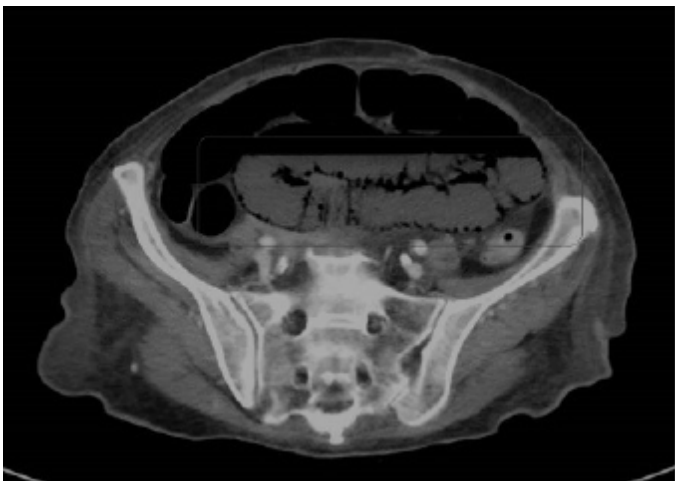


Figura 3
Corte axial de angio-TC de abdomen donde se aprecia gas en el interior de la pared intestinal (dentro del rectángulo negro) compatible con neumatosis intestinal.



Figura 4
Corte axial de angio-TC de abdomen donde se aprecia gas en el interior de la pared intestinal (señalado por líneas blancas) compatible con neumatosis intestinal.

(perforación, peritonitis), visualizar los signos de mal pronóstico como la neumatosis intestinal y portal (Figuras 1-4) e identificar la circulación colateral de cara a la realización de una posible revascularización. El tratamiento puede ser quirúrgico o mediante técnicas revascularizadoras endovasculares dependiendo del riesgo quirúrgico del paciente y de la presencia de signos de infarto intestinal en las pruebas de imagen⁴.

Conclusión

La isquemia mesentérica aguda es una entidad mortal en la mayoría de casos. Es fundamental un diagnóstico certero rápido para poder realizar un tratamiento quirúrgico o endovascular urgente.

Bibliografía

1. Ravipati M, Katragadda S, Go B, Zarling EJ. Acute mesenteric ischemia: A diagnostic challenge in clinical practice. *Practical Gastroenterology* 2011;38:35-43.
2. Acosta S, Ogren M, Sternby NH, et al. Clinical implications for the management of acute thromboembolic occlusion of the superior mesenteric artery: autopsy findings in 213 patients. *Ann Surg* 2005; 241:516.
3. Kougias P, Lau D, El Sayed HF, et al. Determinants of mortality and treatment outcome following surgical interventions for acute mesenteric ischemia. *J Vasc Surg* 2007; 46:467.
4. Björck M, Orr N, Endean ED. Debate: Whether an endovascular-first strategy is the optimal approach for treating acute mesenteric ischemia. *J Vasc Surg* 2015; 62:767.

DUODENITIS EOSINOFÍLICA Y HALLAZGOS POR IMAGEN: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE.

EOSINOPHILIC DUODENITIS AND IMAGING FINDINGS: A RARE DISEASE.

Martínez Martínez C¹, García Espinosa J², Moya Sánchez E¹

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

La enteritis eosinofílica es una enfermedad rara que puede ocasionar dolor abdominal. Está causada por la infiltración de las distintas capas intestinales por eosinófilos. Los hallazgos por imagen normalmente son inespecíficos por lo que la toma de biopsia del segmento intestinal afecto es necesaria para confirmar el diagnóstico.

Palabras clave: eosinófilos, gastroenteritis, duodenitis.

Abstract

Eosinophilic enteritis is a rare disease that can cause abdominal pain. It is due to infiltration of the different intestinal layers by eosinophils. The imaging findings are very nonspecific, so biopsy of the affected intestinal segment is necessary to confirm the diagnosis.

CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
elemoya89@gmail.com

Fecha de envío: 24/04/2020

Fecha de aceptación: 16/05/2020

Keywords: eosinophils, gastroenteritis, duodenitis.

Caso clínico

Paciente de 52 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por presentar dolor abdominal epigástrico durante 3 semanas junto con vómitos de contenido alimenticio.

A la exploración el abdomen se encuentra blando y depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal.

Analíticamente destaca leucocitosis (11.160/uL) con marcada eosinofilia (36%), sin otras alteraciones analíticas.

Se realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis (**Figura 1**) donde se evidencia un engrosamiento moderado y difuso de la pared duodenal que se extiende distalmente afectando a un segmento de yeyuno proximal. La grasa retroperitoneal y mesentérica adyacente muestra cambios inflamatorios con discreta infiltración por exudado inflamatorio.

Ante estos hallazgos radiológicos junto con los parámetros analíticos, se realiza el diagnóstico radiológico inicial de duodenitis eosinofílica. Para su confirmación, se realiza una endoscopia con toma

de biopsia. El análisis histológico de las muestras reveló la presencia de linfocitosis intraepitelial focal con eosinófilos en lámina propia. Este hallazgo junto con los datos analíticos y los signos descritos en la TC, concluye el diagnóstico de enteritis eosinofílica.

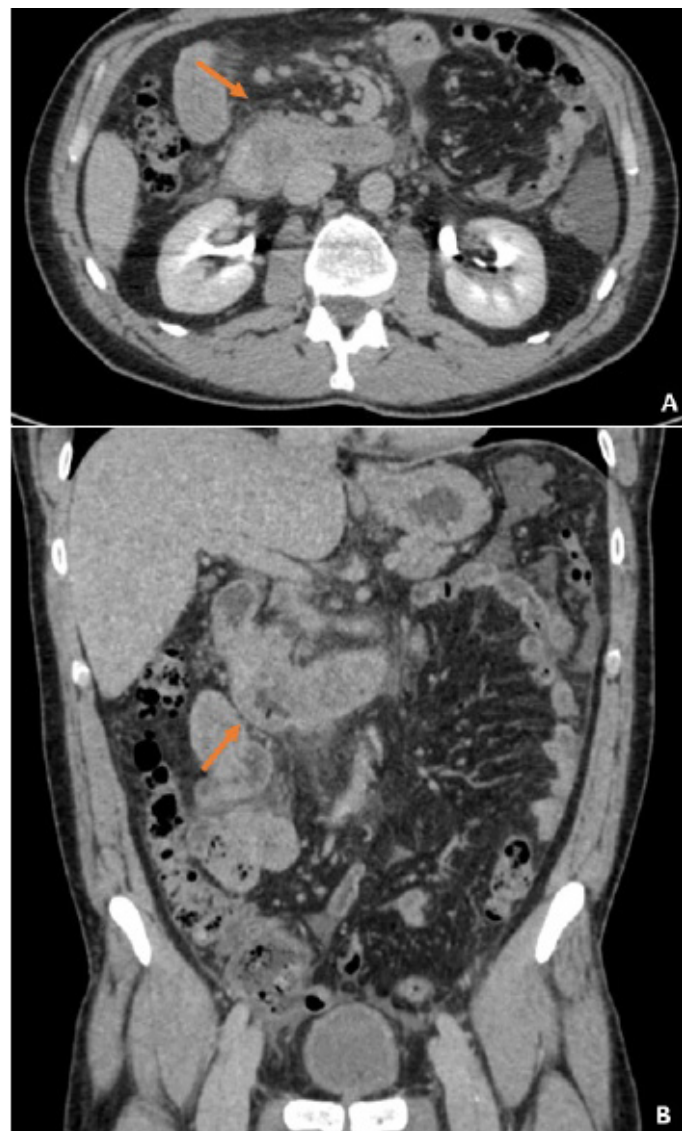


Figura 1

TC abdominopélvica con contraste i.v. en plano axial (A) y reconstrucción coronal (B). Engrosamiento parietal duodenal (flechas) con hiperdensidad y reticulación de la grasa adyacente en relación con cambios inflamatorios, hallazgos compatibles con duodenitis.

Discusión

La enteritis eosinofílica es una enfermedad rara que se caracteriza por infiltración difusa de las capas intestinales por eosinófilos. Tiene una leve predilección por el sexo masculino y puede afectar a cualquier grupo de edad, pero generalmente se presenta en pacientes entre la tercera y quinta década de la vida^{1,2}.

Puede cursar con disfagia, dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea en función del segmento intestinal afecto. En

la mayoría de los casos el cuadro es autolimitado y suele haber antecedentes alérgicos, fundamentalmente de tipo alimentario y eosinofilia en el 60% de los casos.

Se pueden afectar varios segmentos intestinales que incluyen el esófago (esofagitis eosinofílica), estómago (gastritis eosinofílica), intestino delgado (enteritis eosinofílica) e intestino grueso (colitis eosinofílica), aunque la localización más frecuente es en estómago y duodeno.

Los hallazgos radiológicos son inespecíficos. En ecografía se puede observar el engrosamiento parietal, así como el aspecto estratificado de la pared intestinal. Además, puede haber pequeña cantidad de líquido libre intraabdominal en relación con los cambios inflamatorios, que suele contener un recuento elevado de eosinófilos al igual que en la sangre periférica³.

En la fluoroscopia, los hallazgos van a depender de la localización de la enfermedad. En la esofagitis eosinofílica se puede objetivar un “esófago anillado” o estrechamiento de un segmento largo de esófago. No obstante, la afectación gastrointestinal es la más frecuente, casi siempre con participación del antro gástrico y del intestino delgado proximal: en los estudios baritados del tracto gastrointestinal se puede observar nodularidad o engrosamiento en el antro, así como engrosamiento de la mucosa con morfología en “dientes de sierra” en el intestino delgado⁴. Cuando el curso de la patología es crónica, se puede evidenciar estrechamiento del antro con apariencia de la mucosa en “empedrado” nodular.

En cuanto a la TC, aprecia un engrosamiento parietal con edema submucoso del segmento intestinal afecto, hallazgos presentes en numerosas patologías. No obstante, en el contexto clínico adecuado la TC puede ser particularmente útil para evaluar la extensión de la enfermedad. En ocasiones se puede demostrar la afectación de las distintas capas intestinales (mucosa, submucosa, muscular y serosa) tras la administración de contraste intravenoso en pacientes que han tomado previamente agua para distender las asas⁵.

Los hallazgos en las técnicas de imagen varían en función de la capa intestinal que predominantemente se encuentre afectada. De todas ellas, la afectación de la mucosa, es la más frecuente; sin embargo, la ascitis es más frecuente en la enfermedad subserosa⁶.

Con respecto a los hallazgos en resonancia magnética (RM), se han descrito en pocos estudios, aunque son superponibles a los referidos en el resto de técnicas. El realce parietal tras la administración de contraste intravenoso es sugerente de actividad inflamatoria⁷, no obstante, las imágenes son muy inespecíficas y se deben correlacionar con los antecedentes clínicos y analíticos del paciente. Por tanto, el diagnóstico definitivo es anatomopatológico mediante la demostración de la infiltración de las distintas capas intestinales por eosinófilos y linfocitos.

El tratamiento se suele realizar mediante la exclusión de ciertos tipos de alimentos en la dieta como la soja, trigo, huevo, leche, cacahuets y mariscos durante al menos 4-6 semanas^{8,9}. Si las medidas dietéticas no mejoran los síntomas del paciente, se pueden administrar corticoides orales¹⁰.

Bibliografía

1. Zhang M, Li Y. Eosinophilic gastroenteritis: A state-of-the art review. *J Gastroenterol Hepatol* 2007; 32:64-72
2. Foroughi S, Foster B, Kim N, Bernardino LB, Scott LM, Hamilton RG, et al. Anti-IgE treatment of eosinophil-associated gastrointestinal disorders. *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:594-601.
3. Uppal V, Kreiger P, Kutusch E. Eosinophilic gastroenteritis and colitis: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol* 2016; 50:175-188.
4. MacCarty RL, Talley NJ. Barium studies in diffuse eosinophilic gastroenteritis. *Gastrointest Radiol* 1990;15:183-187.
5. Van Hoe L, Vanghillewe K, Baert AL, Ponette E, Geboes K, Stevens E. CT findings in nonmucosal eosinophilic gastroenteritis. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18:818-820.
6. Zheng X, Cheng J, Pan K, Yang K, Wang H, Wu E. Eosinophilic enteritis: CT features. *Abdom Imaging* 2008;33:191-195.
7. Fenoglio LM, Benedetti V, Rossi C, Anania A, Wulhfard K, Trapani M, et al. Eosinophilic gastroenteritis with ascites: a case report and review of the literature. *Dig Dis Sci* 2003;48:1013-1020
8. Spergel JM, Shuker M. Nutritional management of eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2008;18:179-194.
9. Kagalwalla AF, Sentongo TA, Ritz S, Hess T, Nelson SP, Emerick KM, et al. Effect of six-food elimination diet on clinical and histologic outcomes in eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2006; 4:1097-1102.
10. Walker MM, Potter M, Talley NJ. Eosinophilic gastroenteritis and other eosinophilic gut diseases distal to the oesophagus. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2018;3:271-280.

IMAGEN DEL MES

ANGIODISPLASIA EN PAPILA DUODENAL

ANGIODYSPLASIA INVOLVING THE DUODENAL PAPILLA

Díaz Alcázar MM, Selfa Muñoz A, García Robles A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

El tracto digestivo es la localización anatómica donde es más frecuente encontrar vasos sanguíneos aberrantes. Las angiodisplasias son las anomalías vasculares más frecuentes en el tracto gastrointestinal.

Presentamos el caso de una mujer de 78 años en estudio por anemia a la que se realiza endoscopia digestiva alta y baja, sin hallazgos de interés. Se solicita cápsula endoscópica, objetivando en segunda porción duodenal una angiodisplasia sobre la papila duodenal sin sangrado activo.

Las angiodisplasias pueden aparecer en cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Sin embargo, no es frecuente

encontrarlas en la papila duodenal. Se han descrito algunos casos, fundamentalmente en contexto de telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber.

Palabras clave: angiodisplasia, papila duodenal, ampolla de Vater.

Abstract

Aberrant blood vessels are more commonly placed in the gastrointestinal tract. Angiodysplasias are the most common vascular anomalies in the gastrointestinal system.

We present the case of a 78-year-old woman in study for anemia who has undergone upper and lower gastrointestinal endoscopy without any important findings. A capsule endoscopy is performed, observing an angiodysplasia in the second part of the duodenum, involving the duodenal papilla, without active bleeding.

CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar
Hospital Universitario Clínico San Cecilio.
18016 Granada
mmardiazalcazar@gmail.com

Fecha de envío: 06/04/2020

Fecha de aceptación: 20/05/2020

Angiodysplasias may be found in any segment of the gastrointestinal tract. However, they rarely involve the duodenal papilla. Some cases have been reported, mainly in the context of hereditary hemorrhagic telangiectasia or Rendu-Osler-Weber syndrome.

Keywords: angiodysplasia, duodenal papilla, ampulla of Vater.

Caso clínico

El tracto digestivo constituye la localización más frecuente de vasos sanguíneos aberrantes¹. Pueden estar presentes desde el nacimiento, ser parte de síndromes hereditarios, o más frecuentemente, desarrollarse a lo largo de la vida¹. Las angiodisplasias son las anomalías vasculares más frecuentes en el tracto gastrointestinal¹.

Presentamos el caso de una mujer de 78 años en estudio por anemia a la que se realiza endoscopia digestiva alta y baja, sin hallazgos de interés. Se solicita cápsula endoscópica, objetivando en antro varias lesiones eritematosas, algunas de ellas con leve babeo hemático, que podrían corresponder a angiodisplasias o lesiones agudas de la mucosa gástrica (Figura 1). En segunda porción duodenal se observa una angiodisplasia sobre la papila duodenal sin sangrado activo (Figura 2). Resto de la mucosa de duodeno, yeyuno e íleon con pliegues y vellosidades intestinales de aspecto normal. Se repite endoscopia digestiva alta para reevaluación, sin encontrar hemorragia activa ni lesiones subyacentes. Se decide actitud expectante con respecto a angiodisplasia sobre papila duodenal, sin realizar más pruebas complementarias ni terapéutica, dada la buena respuesta a feroterapia oral y que no hay datos de sangrado activo.

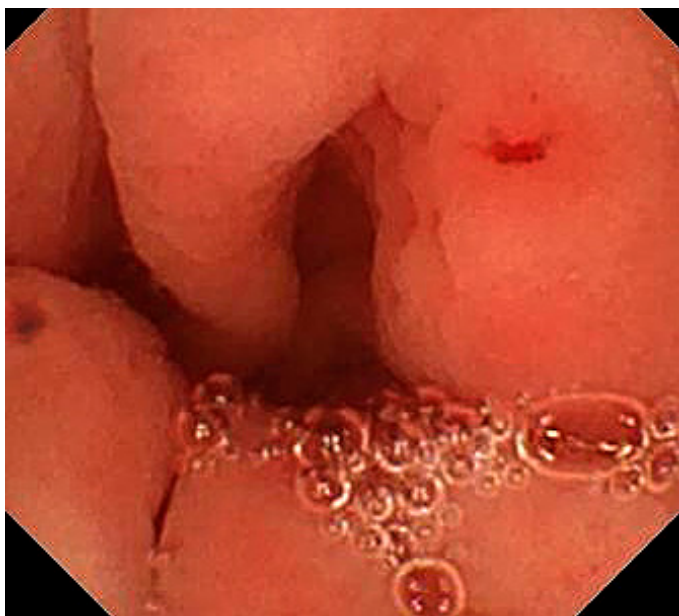


Figura 1

Imagen de cápsula endoscópica en antro gástrico en la que se objetivan lesiones que podrían corresponder a angiodisplasias o lesiones agudas de la mucosa gástrica.



Figura 2

Imagen de cápsula endoscópica en la que se observa malformación vascular en la zona de la papila duodenal.

Las angiodisplasias pueden aparecer en cualquier segmento del tracto gastrointestinal¹. Sin embargo, no es frecuente encontrarlas en la papila duodenal. Se han descrito algunos casos, fundamentalmente en contexto de telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber²⁻⁴. Dada la ubicación, el tratamiento de las lesiones es más complejo que la habitual coagulación con argón plasma por el riesgo de complicaciones asociadas. En uno de los casos², se trató con coagulación con argón tras esfinterotomía y colocación de prótesis plástica pancreática, posteriormente se colocó prótesis biliar y ambas se retiraron cuatro días después.

Bibliografía

1. Saltzman JR. Angiodysplasia of the gastrointestinal tract, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (Accessed on April 6, 2020).
2. Espinel J, Pinedo E, Rascarachi G. Telangiectasia affected Vater's papilla in Osler Rendu síndrome. *Rev Esp Enferm Dig* 2012;104(7):381.
3. Chu KM, Lai EC, Ng IO. Hereditary hemorrhagic telangiectasia involving the ampulla of Vater presented with recurrent gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol*. 1993;88(7):1116-1119.
4. Cowley KP, El Chafic A, Rice M. Detection of arteriovenous malformations on the underside of the duodenal papilla. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018;16(7):e80. doi: 10.1016/j.cgh.2017.09.004.

EVOLUCIÓN INUSUAL DE MARCADORES SEROLÓGICOS QUE DIFICULTA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS DE LA HEPATITIS A

UNUSUAL EVOLUTION OF SEROLOGICAL MARKERS MAKING DIFFICULT THE DIAGNOSIS OF ACUTE HEPATITIS A VIRUS INFECTION

Díaz Alcázar MM, Ruiz Escolano E, Martín-Lagos Maldonado A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Palabras clave: virus de la hepatitis A, infección aguda, serología.

Abstract

Keywords: Hepatitis A virus, acute infection, serology.

CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
mmardiazalcazar@gmail.com

Fecha de envío: 25/04/2020

Fecha de aceptación: 16/05/2020

Sr. Director:

El diagnóstico de infección aguda por virus de la hepatitis A (VHA) se basa en la detección de anticuerpos anti-VHA IgM, ya que la clínica es inespecífica y similar a otras formas de hepatitis^{1,2}. Estos anticuerpos se pueden detectar desde el inicio de los síntomas, teniendo el pico más elevado en la fase aguda de la enfermedad y permaneciendo positivos hasta tres a seis meses (Figura 1)².

Se presenta el caso de un varón de 37 años que, tras contacto homosexual de riesgo con pareja que padeció hepatitis aguda por VHA, acude a su Centro de Salud y se realiza estudio serológico: anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) negativos, antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (AgHBs) negativo, anticuerpo del virus de la hepatitis C (anti-VHC) negativo, anticuerpos del VHA (anti-VHA) IgM negativo e IgG positivo. El paciente niega antecedente de vacuna contra el VHA, por lo que los anticuerpos parecen en relación con contacto previo con el virus.

Una semana después, acude al Servicio de Urgencias por ictericia, dolor abdominal, fiebre de hasta 39° de una semana de evolución, coluria y síndrome constitucional. Analíticamente destaca bilirrubina total 7,92 mg/dl (bilirrubina directa 6,36 mg/dl), GPT 5005 U/l y GGT 371 U/l. El único factor de riesgo de hepatitis que refiere es el antecedente conocido de contacto sexual de riesgo. Se solicita analítica para estudio de hepatopatía, destacando en esta ocasión anti-VHA IgM e IgG positivo. No se dispone de carga viral del VHA.

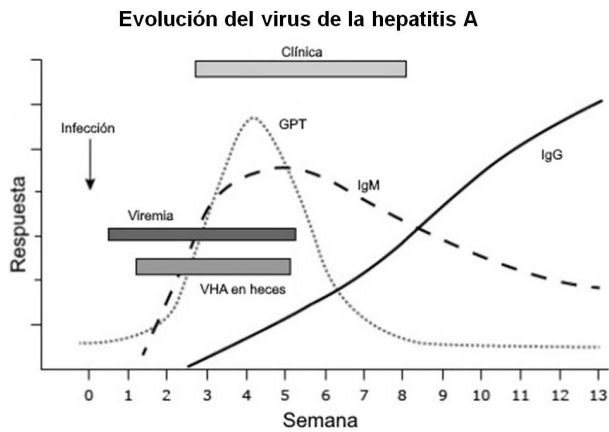


Figura 1

Evolución clínica y de marcadores de la infección por virus de la hepatitis A.

La sensibilidad y especificidad de anti-VHA IgM para el diagnóstico de infección por VHA es del 100% y 99% respectivamente². Sin embargo, los anti-VHA IgM pueden ser negativos en fases iniciales de la infección^{1,2}. En algunos estudios, entre un 6,7–10,8% de los pacientes con hepatitis aguda por VHA fueron inicialmente seronegativos, siendo diagnosticados tras repetir el test²⁻⁴. La detección de anti-VHA IgM en ausencia de sintomatología propia de la hepatitis puede reflejar infección previa por VHA con persistencia de IgM, un falso positivo o una infección asintomática, típica de niños menores de seis años⁵. Por su parte, los anticuerpos IgG aparecen después que los IgM, en la fase de convalecencia, y permanecen positivos durante décadas, indicando inmunidad contra la infección⁵. La detección de anti-VHA IgG en ausencia de IgM indica infección pasada o antecedente de vacunación contra el virus⁵.

En el caso presentado, primero se detectó anti-VHA IgG positivo, incluso antes de presentar signos de hepatitis aguda, por lo que en principio el paciente estaba protegido contra la infección a pesar del contacto de riesgo. Sin embargo, una semana después, ante la elevada sospecha se repitió la determinación, resultando positivo en esta ocasión IgM también. Los resultados presentados podrían explicarse por una evolución inusual de los marcadores serológicos de infección por el VHA o por un error de laboratorio. Ante la sospecha clínica de infección por VHA, independientemente de la existencia de estudios analíticos recientes seronegativos o sugerentes de inmunización, se debe repetir la determinación de anti-VHA, como en el paciente del caso.

Bibliografía

- Shin HP, Lee JI, Jung SW, Cha JM, Joo KR, Kang SY. Factors for predicting positive results for anti-HAV IgM retesting among initially seronegative patients. *Dig Dis Sci* 2010;55(12):3537-3540.
- Lee HK, Kim KA, Lee JS, Kim NH, Bae WK, Song TJ. Window period of anti-hepatitis A virus immunoglobulin M antibodies in diagnosing acute hepatitis A. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013;25(6):665-668.
- Lee EJ, Kwon SY, Seo TH, Yun HS, Cho HS, Kim BK, et al. Clinical features of acute hepatitis A in recent two years. *Korean J Gastroenterol* 2008;52:298-303.
- Hyun JJ, Seo YS, An H, Yim SY, Seo MH, Kim HS, et al. Optimal time for repeating the IgM anti-hepatitis A virus antibody test in acute hepatitis A patients with a negative initial test. *Korean J Hepatol* 2012;18(1):56-62.
- Lai M, Chopra S. Hepatitis A virus infection in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. [Internet] UpToDate. [Actualizado Nov 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.