

ORIGINALES

- 181 Estudio piloto de microeliminación en la hepatitis C: derivación directa entre los centros de drogodependencia y la unidad de hepatología en un hospital universitario.**

Pilot study of microelimination in hepatitis C: direct derivation between drug centers and the hepatology unit in a university hospital.

Pinazo Bandera J, García García AM, Cobos Rodríguez J, Bautista J, Benítez JJ, Ruiz JJ, Ortega Alonso A, Andrade Bellido RJ, García Cortés M

CASOS CLÍNICOS

- 186 Una presentación atípica de déficit de B12**

An atypical form of deficit presentation of B12

Morillo Blanco ML, Perez Moyano S, Arranz Solana S, Guilarte López-Mañas J, García Fernandez JR

- 188 Perforación de la vesícula biliar: una complicación rara de la colecistitis aguda.**

Perforation of the gallbladder: a rare complication of acute cholecystitis.

Pérez Naranjo P, Revelles Paniza M, Garrido Márquez I, Garrido Pareja F

- 191 Esplenectomía como tratamiento del sangrado de varices gástricas de origen no cirrótico tras fracaso terapéutico endoscópico**

Splenectomy as treatment of noncirrhotic gastric variceal bleeding after failure of endoscopic management

Delgado Maroto A, Diéguez Castillo C, Lendínez Romero I

IMAGEN DEL MES

- 193 Obstrucción intestinal secundaria a vólvulo de ciego**

Intestinal obstruction due to cecal volvulus

Gómez Sánchez J, Gallart Aragón T, García Rubio J, Nania A, Mirón Pozo B

- 196 Litiasis anclada en cuello vesicular**

Calculous obstructing the cystic duct

Díaz Alcázar MM, Zúñiga de Mora Figueroa B, Martín-Lagos Maldonado A

- 198 Enterobius vermicularis: hallazgo durante una colonoscopia de cribado.**

Enterobius vermicularis: finding during a screening colonoscopy.

Roa Colomo A, Martín-Lagos Maldonado A, García Robles A

- 200 Enfermedad celiaca diagnosticada por imagen en video capsuloendoscopia**

Celiac disease diagnosed by video capsule endoscopy

de Vicente Ortega A, Tercero Lozano M, Jamal Ismail S



DIRECTOR

F.J. Romero Vázquez

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

DIRECTOR ADJUNTO

Á. Pérez Aísa

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

SUBDIRECTORES

J.G. Martínez Cara

FEA. Complejo Hospitalario de Granada.

J.F. Suárez Crespo

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

COMITÉ DE DIRECCIÓN

G. Alcaín Martínez

FEA. Hospital Universitario Virgen de la Victoria.
Málaga.

M. Casado Martín

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Á. González Galilea

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

H. Pallarés Manrique

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

J.M. Pérez Pozo

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

J.J. Puente Gutiérrez

FEA. Hospital Alto Guadalquivir de Andújar. Jaén.

P. Rendón Unceta

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

D. Sánchez Capilla

FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada.**COMITÉ DE REDACCIÓN**

V.M. Aguilar Urbano

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

J. Ampuero Herrojo

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

E. Baeyens Cabrera

FEA. Hospital General Ciudad de Jaén. Jaén.

J.M. Benítez Cantero

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

E. Domínguez-Adame Lanuza

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

J.L. Domínguez Jiménez

FEA. Hospital Alto Guadalquivir de 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 5
SEPTIEMBRE- OCTUBRE 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

VICEPRESIDENTE

M. Rodríguez Téllez

**VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA
ORIENTAL**

F. Gallego Rojo

**VICEPRESIDENTE ANDALUCÍA
OCCIDENTAL**

J. Ampuero Herrojo

SECRETARIO

J.G. Martínez Cara

TESORERO

J.J. Puente Gutiérrez

DIRECTOR REVISTA RAPD ONLINE

F.J. Romero Vázquez

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

F.J. García Fernández

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

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 reducidos. 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.



ESTUDIO PILOTO DE MICROELIMINACIÓN EN LA HEPATITIS C: DERIVACIÓN DIRECTA ENTRE LOS CENTROS DE DROGODEPENDENCIA Y LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

PILOT STUDY OF MICROELIMINATION IN HEPATITIS C: DIRECT DERIVATION BETWEEN DRUG CENTERS AND THE HEPATOLOGY UNIT IN A UNIVERSITY HOSPITAL.

Pinazo Bandera J¹, García García AM¹, Cobos Rodríguez J¹, Bautista J², Benítez JJ², Ruiz JJ³, Ortega Alonso A¹, Andrade Bellido RJ¹, García Cortés M¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

²Centro de tratamiento de adicciones "Palma Palmilla". Málaga.

³Centro provincial de drogodependencia. Málaga.

Resumen

Introducción: Siguiendo las recomendaciones de la OMS para eliminar la hepatitis C (2030) se han elaborado múltiples estrategias de micro/macroeliminación. Dentro de las estrategias de microeliminación debe incluirse la búsqueda activa y la simplificación del manejo de la infección en poblaciones de riesgo como los usuarios adictos a drogas.

Material y métodos: Se han analizado de manera descriptiva variables demográficas, clínicas, analíticas, virológicas, de adherencia y de tratamiento de los pacientes derivados desde dos centros de drogodependencia de Málaga capital a la Unidad de Hepatología de

un Hospital Universitario en Málaga durante el año 2019 mediante un proceso de derivación simplificado.

Resultados: Se incluyeron un total de 24 pacientes de los cuales 17 (70,8%) acudieron a la primera consulta, resultando el 70,6% virémicos. Se pautaron 10 tratamientos con antivirales de acción directa. La adherencia al tratamiento fue del 80% y a consulta tras una primera visita en Hepatología fue del 91,6%.

Conclusiones: La estrategia implantada en este estudio piloto ha simplificado el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con adicciones y hepatitis C reduciendo el número de visitas de 9 a un máximo de 3 para la prescripción del tratamiento antiviral permitiendo el aumento de pacientes que acuden a la consulta especializada. A pesar de este avance, sigue habiendo un 29% de los pacientes enviados desde estos centros que no acuden a su primera visita. Por lo tanto, creemos de importancia seguir avanzando en la accesibilidad y la simplificación en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

CORRESPONDENCIA

José María Pinazo Bandera
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
albergarcias@gmail.com

Fecha de envío: 21/08/2020

Fecha de aceptación: 27/09/2020

Palabras clave: Virus de la hepatitis C, Microeliminación, Usuarios de Drogas por Vía Parenteral.

Abstract

Introduction: Following the recommendations of the WHO to eliminate hepatitis C (2030), multiple micro/macroelimination strategies have been developed. Active elimination and simplification of infection management in risk populations such as intravenous drug addicted users should be included in micro-elimination strategies.

Material and methods: Demographic, clinical, analytical, virological, adherence and treatment variables have been descriptively analyzed for patients referred from two drug addiction centers in Malaga city to the Hepatology Unit of a University Hospital in Malaga during 2019 through a simplified referral process.

Results: A total of 24 patients were included, of whom 17 (70.8%) attended the first consultation, resulting in 70,6% viremic. Direct-acting antivirals were prescribed in ten patients. Treatment adherence was 80% and consultation adherence after a first visit in Hepatology was 91.6%.

Conclusions: The implanted strategy in this pilot study has simplified the diagnosis and treatment of patients with addictions and Hepatitis C, reducing the number of visits from 9 to a maximum of 3 for the prescription of antiviral treatment, allowing the increase of patients who come to the specialized consultation. Despite this progress, there are still 29% of patients sent from these centers who miss their first visit. Therefore, we believe it is important to continue advancing accessibility and simplifying the diagnosis and treatment of these patients.

Keywords: Hepatitis C virus, microeliminación, drug users by parenteral route.

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica y de morbi-mortalidad relacionada con el hígado en todo el mundo con más de 70 millones de individuos infectados, siendo muchos de ellos ajenos a esta condición^{1,2}. El daño hepático puede variar desde mínimos cambios histológicos a fibrosis extensa y cirrosis con o sin carcinoma hepatocelular (CHC). Aproximadamente, entre el 55% y el 85% de las personas infectadas desarrollarán infección crónica por VHC y entre el 15% y el 30% de este grupo progresará a una cirrosis hepática con complicaciones asociadas en los 20–30 años siguientes³. Por tanto, el VHC supone un problema de salud pública de primera magnitud⁴.

Con la introducción en 2013 de los antivirales de acción directa (AADs) se han alcanzado tasas de respuesta viral sostenida (RVS), definidas como RNA-VHC indetectable 12 semanas tras finalizar el tratamiento, de más del 95%. En España, con una prevalencia de Hepatitis C en población general en torno al 1%⁵, se han tratado más de 150.000 pacientes desde el desarrollo del Plan Nacional para el

abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. La eficacia de estos nuevos fármacos impulsó a la Organización Mundial de la Salud a marcar el objetivo de la eliminación de la hepatitis C como una amenaza para la salud pública para el año 2030. Para ello se han elaborado múltiples estrategias de micro y macroeliminación⁶.

La microeliminación implica perseguir objetivos de eliminación en poblaciones de riesgo como los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) a través de iniciativas propuestas por las partes interesadas, adaptando las intervenciones a las necesidades de estas poblaciones^{7,8}.

Hasta ahora, en nuestro medio estos pacientes debían ser derivados a través de su médico del centro de adicciones al médico de atención primaria, de este al especialista de aparato digestivo y de aquí a la unidad de Hepatología, lo cual entre derivaciones y pruebas complementarias requería un mínimo de 8 visitas a distintos centros médicos antes de la indicación de tratamiento antiviral, con el consecuente riesgo de la pérdida de adherencia a la consulta.

El objetivo principal de este estudio piloto fue tratar de analizar los resultados de la simplificación del circuito de derivación de pacientes con hepatitis C desde los Centros de Adicciones a la consulta de Hepatología para la valoración diagnóstica y terapéutica. Los objetivos secundarios fueron estudiar las características de los pacientes con hepatitis C y adicciones derivados a consulta de Hepatología y analizar la eficacia/adherencia al tratamiento de la hepatitis con AAD.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2019 se implementó a nivel de los centros de drogodependencia (CPD) de Málaga capital una comunicación directa con la Unidad de Hepatología del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga para la citación rápida de los pacientes con serología positiva. En esta primera consulta se realizaba la valoración completa del paciente con una anamnesis detallada y la exploración física, se extraía una analítica completa incluyendo pruebas de función hepática, carga viral de VHC y serología VHB y VIH si no disponían de estas determinaciones previamente, se determinaba el grado de fibrosis hepática mediante elastografía transitoria y se realizaba una ecografía de abdomen. En aquellos pacientes con confirmación de infección activa y fibrosis no avanzada se pautaba directamente el tratamiento con AADs. En caso de no disponer de algún dato se citaba al paciente en una segunda consulta. A todos los pacientes con fibrosis significativa (F3 en elastografía) o cirrosis (F4 en elastografía o datos clínico/analíticos/ecográficos de la misma) se les ofrecía ser revisados semestralmente con ecografía abdominal para cribado de CHC, una vez tratada y resuelta la infección VHC. En el siguiente diagrama se puede observar el procedimiento seguido en esta derivación (Figura 1).

Se realizó un estudio descriptivo de todos los pacientes derivados desde los centros de tratamiento de adicciones “La Luz” (Málaga-Capital) y “Palma Palmilla” (Málaga) a la Unidad de Hepatología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga durante el año 2019.

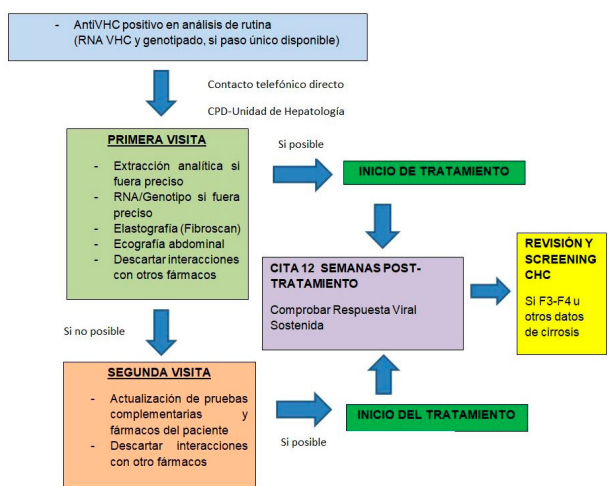


Figura 1

Circuito de derivación entre centros de adicción y unidad de Hepatología.

Se evaluaron variables demográficas (edad y sexo), clínicas (grado de fibrosis, Child-Pugh, presencia o no de CHC, tratamiento previo con Interferón (IFN)/Ribavirina, tratamiento concomitante y alcoholismo), analíticas (ALT, GGT, bilirrubina, albúmina, creatinina, filtrado glomerular, INR y plaquetas), virológicas (ARN-VHC, CV-VHC, genotipo, antígeno HBs, anticuerpo antiVIH), de adherencia (a consultas y a tratamiento) y terapéuticas.

Este estudio se ha realizado de acuerdo a la legislación vigente y siguiendo principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 24 pacientes de los cuales 17 acudieron a la primera consulta. Las diferentes variables de la muestra quedan reflejadas en las Tablas 1 y 2.

La edad media fue 50,6 años (41-62) siendo 15 de ellos varones (88,2%). Diez pacientes (58,8%) se encontraban en tratamiento sustitutivo con Metadona en el momento de la visita y 2 (11,8%) en tratamiento con fármacos antipsicóticos.

Nueve pacientes (52,9%) reconocían consumo activo de alcohol, definido como un consumo de más de dos Unidades de Bebidas Estándar (UBE) en los varones y una UBE en las mujeres.

Los valores medios de ALT fueron 80,87 UI/mL (25-239), GGT 83,37 UI/mL (20- 429), la bilirrubina total 0,71 mg/dL (0,30-1,25), albúmina 3,82 g/dL (3-4,50), creatinina 0,75 mg/dL (0,57-1,02). El filtrado glomerular fue normal en todos los pacientes. Los valores medios de INR fueron 0,95 (0,77-1,10) y la cifra de plaquetas media fue de 202 103 /mm³ (102-354).

Tabla 1. Variables demográficas, clínicas, analíticas y virológicas.

Variables	n (%), media (rango)
Pacientes derivados	24
Pacientes vistos en primera consulta	17 (70,8)
Sexo Masculino	15 (88,2)
Edad media	50,6 (41-62)
Elastografía (Kpa)	7,0 (1,2-14,5)
Fibrosis	
F0-F1	7 (43,7)
F2	5 (31,2)
F3-F4	4 (25)
Cirrosis	4 (23,5)
Child-Pugh	
A5	4 (100)*
Hepatocarcinoma	0†
Tratamiento anti-VHC previo (Interferón/Ribavirina)	2 (11,8)
Tratamiento con Metadona	10 (58,8)
Tratamiento con Antipsicóticos	2 (11,8)
Consumo activo de alcohol concomitante	9 (52,9)
ALT (UI/mL)	80,3 (25-239)
GGT (UI/mL)	83,3 (20-429)
Bilirrubina total (mg/dL)	0,7 (0,30-1,25)
Albúmina (g/dL)	3,8 (3-4,50)
Creatinina (mg/dL)	0,7 (0,57-1,02)
Filtrado glomerular (mL/min/1,73m ²)	94,2 (83-95)
INR	0,9 (0,77-1,10)
Plaquetas (103/mm ³)	202 (102-354)
RNA VHC	
Positivo	12 (70,6)
Negativo	5 (29,4)
Carga viral (UI/mL)	3631719,7 (546697-16914850)
Genotipo	
1A	2 (16,7)
1B	2 (16,7)
3	3 (25)
4	4 (33,3)
Indeterminado	1 (8,3)
HbSAg	0

[fn] *Kpa: kilopascales. ALT: alaninaaminotransferasa. GGT: gammaglutamiltranspeptidasa. INR: international normalized ratio. RNA: ácido ribonucleico. HbSAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B. HIV: virus de la inmunodeficiencia humana.

Porcentajes calculados según disponibilidad de datos

* La totalidad de los pacientes cirróticos se encontraban en ese estadio funcional.

† Un caso está en estudio para filiar LOE sobre hígado cirrótico.

De los 17 pacientes que acudieron a la primera consulta, 12 de ellos resultaron virémicos (70,6%) con una carga viral media de 3631719,7 UI/mL. Los genotipos detectados en estos fueron genotipo 1a en 2 pacientes (16,7%), genotipo 1b en 2 pacientes (16,7%), genotipo 3 en 3 pacientes (25%), genotipo 4 en 4 pacientes (33,3%) e indeterminado en un caso (8,3%). No hubo ningún caso de coinfección ni con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) ni con el virus de la hepatitis B en nuestra cohorte.

Dos de los pacientes (11,8%) habían tenido tratamiento previo con IFN/Ribavirina. El grado de fibrosis según la elastografía (con una media de 7kpa) fue F0-F1 en 7 casos (43,7%), F2 en 5 (31,2%) y F3-F4 en los 4 restantes (25%), no teniendo datos de uno de los pacientes. Los 4 pacientes con fibrosis avanzada (F3-F4) tenían un estadio funcional Child-Pugh A5. No se diagnosticó a ningún paciente de hepatocarcinoma en el estudio pretratamiento, estando uno de ellos en estudio de Lesión Ocupante de Espacio (LOE) sobre hígado cirrótico en el momento del estudio.

De los 24 pacientes enviados desde el Centro de Adicciones, 17 (70,8%) acudieron a la primera visita en Consultas Externas siendo 12 de ellos (70,6%) subsidiarios de tratamiento. Siete pacientes fueron tratados con glecaprevir/pibrentasvir y 3 con sofosbuvir/velpatasvir con una adherencia a los mismos del 80%. Siete de los

pacientes tratados alcanzaron RVS, uno está pendiente de confirmar la misma, otro paciente perdió el seguimiento y el último falleció por muerte violenta sin confirmarla. De los dos pacientes no tratados con viremia positiva, uno de ellos se encontraba pendiente de ecografía abdominal para despistaje de LOE por cirrosis en elastografía y el otro estaba estudiándose una LOE por sospecha de CHC, previo inicio de tratamiento. La adherencia posterior a las consultas de aquellos pacientes con indicación de tratamiento fue del 91,6%. El número medio de visitas a Consultas Externas hasta el tratamiento fue de 1,8 1-3. No se registraron efectos secundarios en ninguno de los pacientes tratados.

Discusión

Los UDVP suponen una población de alto riesgo para la infección por VHC y al mismo tiempo un vector muy importante de transmisión de la misma debido al uso compartido de material inyectable⁹. Por ello, este colectivo se ha consolidado como uno de los principales objetivos de microeliminación, junto con otras poblaciones de riesgo como los inmigrantes, reclusos en centros penitenciarios o los pacientes en hemodiálisis¹⁰⁻¹².

En nuestra cohorte de pacientes se mantuvo la distribución demográfica que se ha observado en otros estudios en cuanto al sexo y la edad con un predominio del sexo masculino (hasta un 88%) y una edad media de 50,6 años¹³. De los 16 pacientes con elastografía de transición, la mayoría tenía una fibrosis leve y tan solo 4 de ellos (23,5%) presentaban valores compatibles con fibrosis avanzada o cirrosis, compensada en todos los casos. Esto contrasta con los datos publicados en un estudio alemán en el que se analizaron las características de los pacientes virémicos tratados concomitantemente a la toma de metadona; donde 132 de 248 pacientes (53%) en los que se realizó elastografía obtuvieron valores compatibles con F3-F4¹⁴.

De los 12 pacientes candidatos a tratamiento, 10 de ellos eran naive y solo dos pacientes (11,8%) habían recibido previamente terapias con IFN. Un porcentaje importante de terapia libre de interferón en comparación con los estudios georgianos y alemanes, en los cuales el tratamiento con IFN combinados con sofosbuvir y ribavirina fueron la norma; probablemente al tratarse de estudios más antiguos (2015 y 2016, respectivamente) donde aún no se disponía plenamente de AADs^{13,14}.

En nuestra cohorte, los efectos secundarios no se potenciaron en pacientes con terapia concomitante con metadona. En el estudio de Christensen et al, donde la mayoría de las pautas terapéuticas incluían IFN, la tasa de efectos secundarios fue muy reseñable (3052 de 5508 pacientes) pero al comparar pacientes en tratamiento concomitante con y sin metadona, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas¹⁴.

En contraste a lo descrito en la literatura, es llamativo no haber detectado ninguna coinfección VHC-VHB en nuestra muestra, probablemente debido al pequeño tamaño muestral^{13,14}.

En los pacientes virémicos subsidiarios de tratamiento, la opción escogida fue glecaprevir/pibrentasvir en 7 casos (3 comprimidos diarios durante 8 semanas) y sofosbuvir/velpatasvir

Tabla 2. Variables de adherencia terapéutica y de seguimiento.

Variables	N (%)
Total	N=24
Adherencia a consulta	
Asistencia a primera cita	17 (70,8)
No acuden a primera cita	7 (29,2)
Tratamiento	
Subsidiarios de tratamiento	12 (70,6)
No precisan tratamiento	5 (29,4)
Antivirales de acción directa	
Glecaprevir/pibrentasvir	7 (58,3)
Sofosbuvir/velpatasvir	3 (25)
No tratados (con viremia VHC+)	2 (16,6)
Adherencia al tratamiento	
Si	8 (80)
No	2 (20)*
Respuesta viral sostenida	7 (70) †
Adherencia a consulta	
Asistencia a segunda consulta	11 (91,6) ‡

[fn] *Un paciente discontinuó el tratamiento al mes (desconocemos si se encuentra en RVS) y el otro paciente retiró el tratamiento de farmacia pero desconocemos su adherencia porque no volvió a consultas externas (fallecimiento).

†Un paciente ha retirado toda la medicación periódicamente pero aún no ha llegado a la cita de la semana 12 post-tratamiento, por lo que no podemos asegurar RVS

‡De un total de 12 pacientes que debían volver a una segunda visita, uno de ellos dejó el seguimiento.

en 3 casos (1 comprimido diario durante 12 semanas). Obtuvimos una adherencia del 80%, 8 pacientes adquirieron la medicación completa periódicamente de Farmacia (dispensación hospitalaria) y comprobamos la correcta adherencia al tratamiento en siete de ellos en la visita de la 12 semana post-tratamiento (un paciente no acudió por fallecimiento y no podemos garantizar una correcta adherencia ni RVS). Otro paciente retiró toda la medicación de Farmacia y se encontraba pendiente de la visita de 12 semanas post-tratamiento para comprobar RVS. El paciente restante sólo realizó un mes de tratamiento por decisión propia sin obtener respuesta al mismo, al cual se ha rescatado y se ha vuelto a prescribir de nuevo tratamiento antiviral con refuerzo de las medidas tanto hospitalarias como del centro de adicciones para asegurar la adherencia. La tasa de RVS de los pacientes en los que se inició tratamiento fue del 70%, quedando un paciente pendiente de comprobar la misma (aún no había alcanzado la semana 12 post-tratamiento).

Uno de los objetivos del este estudio piloto era ver como influía la simplificación en la derivación de estos pacientes con connotaciones sociales peculiares a consultas de Hepatología de forma directa. En nuestra experiencia hemos podido observar cómo un 70,8% de todos los pacientes derivados desde el CPD acudieron a la primera visita y de todos éstos la adherencia a consulta asciende en la segunda visita hasta aproximadamente un 92%. De aquí podemos destacar que una vez que se produce la entrevista clínica hepatólogo-UDVP y se explica la enfermedad, complicaciones y opciones terapéuticas, la adherencia asciende considerablemente. Por tanto, no debemos contentarnos con estos resultados, ya que se nos sigue escapando un porcentaje no despreciable de pacientes con infección VHC o con sospecha de la misma (hasta un 29,5%), que no acuden a esa primera visita.

En conclusión, esta estrategia de simplificación en la derivación CPD-Hepatología es una medida de microeliminación eficaz en la erradicación de la hepatitis C, disminuyendo de una media de 8-9 consultas a una media de 1,8 y obteniendo unas tasas de adherencia terapéuticas y de seguimiento adecuadas para el perfil de estos pacientes. Sin embargo, no debe olvidarse que todavía se sigue perdiendo un porcentaje no despreciable de pacientes en esa primera derivación, por lo que para optimizar aún más la estrategia se debería acudir a los centros de adicciones y facilitar el estudio pre-tratamiento en dicha localización, lo que posibilitaría captar a los pacientes en la primera entrevista hepatólogo-UDVP y garantizar un correcto tratamiento en esta población.

Bibliografía

1. Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 161–176.
2. European Union HCV Collaborators. Hepatitis C virus prevalence and level of intervention required to achieve the WHO targets for elimination in the European Union by 2030: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2017; 2: 325–336.

3. Thein HH, Yi Q, Dore GJ, Krahn MD. Estimation of stage-specific fibrosis progression rates in chronic hepatitis C virus infection: a meta-analysis and meta-regression. *Hepatology* 2008; 48: 418–431.
4. Razavi H, Waked I, Sarrazin C, Myers RP, Idilman R, Calinas F, et al. The present and future disease burden of hepatitis C virus (HCV) infection with today's treatment paradigm. *J Viral Hepat.* 2014; 21 Suppl 1:34–59.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el sistema nacional de salud. Madrid, 21 de mayo de 2015.
6. Crespo J, Albillos A, Buti M, et al. Elimination of hepatitis C. Positioning document of the Spanish Association for the Study of the Liver (AEEH). *Rev Esp Enferm Dig.* 2019; 111 (11): 862-873.
7. Microelimination could be a big deal for HCV and HIV services. *Lancet HIV.* 2018. 5 (11):e65.
8. Rush U, Robbins S, Razavi H, et al. Microelimination of chronic hepatitis C in Switzerland: modelling the Swiss Hepatitis Strategy. Goals in eastern, western and northern regions. 2019; 149: w14694.
9. Martinello M, Hajarizadeh B, Grebely J, et al. HCV Cure and Reinfection among people with HIV/HCV coinfection and people who inject drugs. 2017; 14 (3): 110-121.
10. Kronfli N, Dussault C, Klein MB, et al. The hepatitis C virus cascade of care in a Quebec provincial prison: a retrospective cohort study. *CMAJ Open.* 2019; 7 (4): E674-E679.
11. Moradi G, Gouya MM, Azimiman Zavareh F et al. Prevalence and risk factors for HBV and HCV in prisoners in Iran: a national bio-behavioural surveillance survey in 2015. *Trop Med Int Health.* 2018; 3(6):641-649.
12. Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Thursz MR, et al. The micro-elimination Approach to Eliminating Hepatitis C: Strategic and Operational Considerations. *Semin Liver Dis.* 2018; 38 (3): 181-192.
13. Butsashvili M. Hepatitis C Elimination Program in Georgia. Available at: https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/6bec0fda57a3fa45db503d570d21a18d_1515FriMaiaButsashvili.pdf. Accessed April 26, 2018).
14. Christensen S, Buggisch P, Mauss S, et al. Direct-acting antiviral treatment of chronic HCV-infected patients on opioid substitution therapy: still a concern in clinical practice? *Addiction* 2018; 113(05):868–882

UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE DÉFICIT DE B12

AN ATYPICAL FORM OF DEFICIT PRESENTATION OF B12

Morillo Blanco ML, Perez Moyano S, Arranz Solana S, Guilarte López-Mañas J, García Fernández JR

Hospital Comarcal de Baza, Granada.

Resumen

Paciente de 62 años sin patologías de interés que consulta por lesiones dermatológicas que persisten, habiendo sido valorado previamente por Dermatólogo. El estudio realizado para descartar patología orgánica objetiva como causa de dichas lesiones un de déficit de cianocobalamina o B12 siendo la afectación en la piel su primera manifestación. Se completa la evaluación del paciente con la búsqueda de la etiología del déficit llegando a la conclusión de una gastritis atrófica como causa e iniciándose tratamiento con suplementación vitamínica con resolución del cuadro.

Palabras clave: piel, cianocobalamina, gastritis atrófica.

Abstract

62 years old patient with other pathologies, which is attended in the Medicine Internal department because of skin lesions which weren't disappeared and which had been studied by a Dermatologist. The study performed to rule out objective organic pathology as the cause of these lesions was a vitamin B12 or cyanocobalamin deficiency and the effect on the skin was the first manifestation of the illness. After a complete evaluation with the search for the aetiology of the deficit, the conclusion was that atrophic gastritis was the origin of the deficit. Treatment by supplementing with B12 vitamin produced the resolution of the symptoms.

Keywords: skin, cyanocobalamin, atrophic gastritis.

CORRESPONDENCIA

M^a Lorena Morillo Blanco
Hospital Comarcal de Baza
18800 Granada
lorenamorilloblanco@gmail.com

Fecha de envío: 01/07/2020
Fecha de aceptación: 24/08/2020

Introducción

Se presenta un caso procedente de las consultas externas de Medicina Interna de un hospital comarcal, donde la patología que se revisa es bastante variada, abarcando distintas especialidades y en ocasiones implicando la colaboración con otras unidades, para la resolución del problema. Se trata de una forma poco usual de presentación de un déficit vitamínico.

Descripción

Paciente de 62 años que acude a consultas de Medicina Interna para valoración de lesiones dérmicas, habiendo sido revisado previamente en Dermatología y catalogado como eccema de éctasis, desde donde se envió a Cirugía Vascular que descartó patología por su parte. Se trata de un enfermo "sin antecedentes personales previos, salvo tabaquismo", que refería aparición de lesiones en plano de extensión de extremidades inferiores de unos 5 meses de evolución. No cuadro constitucional asociado, ni proceso febril acompañante o clínica respiratoria, digestiva ni urinaria o de cualquier otra índole referida. Tampoco había realizado viajes al extranjero ni recordaba salidas al campo con picaduras de insectos. Dicha afectación comentaba habían evolucionado en el tiempo desde edematización de las extremidades inferiores, hasta posterior oscurecimiento de la piel y por último descamación de la misma. A la exploración se manifiesta en ambas piernas áreas descamativas de coloración violácea en ambos maléolos no dolorosas ni supurativas. No se acompañan de artritis o de otras lesiones dérmicas en zonas distintas a las ya referidas. Resto de exploración sin alteraciones significativas. Se solicitan pruebas complementarias con perfil analítico que incluye analítica general, función renal y hepática, perfil lipídico, autoinmunidad, serología, fólculo y vitamina B12, proteinograma e inmunoglobulinas, radiografía de tórax y de manos. En dichas pruebas se objetiva negatividad para autoinmunidad, incluido factor reumatoide, péptido citrulinado, proteinograma sin alteraciones significativas e inmunoglobulinas. Estudio serológico: VIH, VHB y VHC, parvovirus, Chlamydia, Mycoplasma, Lúes todos resultados negativos, fólculo dentro de la normalidad y B12 descendida, perfil general con función renal, hepática y lipídica en parámetros normales, hemograma dentro de la normalidad. Radiografía de manos sin alteraciones y en tórax tractos fibrosos, por lo que se amplía estudio a TAC de tórax, sin hallazgos significativos. Tras dichos resultados el dato significativo es el déficit de vitamina B12. Se contacta con Hematología, aconsejando realizar endoscopia digestiva alta para confirmar posible gastritis atrófica. La gastroscopia es informada como hallazgos altamente sugestivos de gastritis atrófica. Además presenta positividad para anticuerpos anticélulas parietales; aunque la confirmación diagnóstica es mediante biopsia endoscópica. Tras conocer el resultado el paciente inicia tratamiento con suplementación de vitamina B12, tras lo cual muestra práctica desaparición de las lesiones dermatológicas. Actualmente el paciente es seguido por Hematología.

Discusión

El déficit de B12 es bastante común, sobre todo en personas ancianas con malnutrición secundaria a comorbilidad y también en personas vegetarianas. Las principales causas de déficit de vitamina B12 son por bajo aporte exógeno, maladigestión y malabsorción de la vitamina. La B12 desempeña un papel clave en la síntesis del ADN y maduración celular, así como en los lípidos neuronales. Se absorbe en el íleon distal, y se une al factor intrínseco, que se sintetiza en las células parietales del fundus gástrico. También se conocen fármacos que intervienen en la malabsorción de dicha vitamina, como omeprazol y metformina. El déficit se puede manifestar como anemia macrocítica y en casos avanzados como déficit neurológico, pero es bastante infrecuente la manifestación dermatológica, que es lo que hace más

llamativo este caso. Están descritas lesiones hiperpigmentadas en manos y pies, flexuras, mucosa oral y también glositis, pero no es común en las áreas donde las manifiesta el paciente. La solicitud del TAC de tórax se hace en relación a que la piel es un órgano donde se manifiestan multitud de lesiones paraneoplásicas y dado que el enfermo es fumador podría haber lesión pulmonar neoplásica. Una vez descartado este origen y apoyado en que el paciente sigue una dieta variada es cuando el Hematólogo hace hincapié en la solicitud de endoscopia, ya que, "según me explica", las manifestaciones no hematológicas pueden presentarse previas a la anemización. Respecto a la hiperpigmentación, se han descrito varias hipótesis, algunas relacionadas con niveles bajos de glutatión y con ello aumento de la melanogénesis. Otras relacionadas con la fenilalanina que también interviene en la síntesis de la melanina. Concluyendo este apartado la importancia está en descubrir la existencia del déficit de B12, ya que si no se establece una corrección del mismo puede tener otras consecuencias de mayor severidad como son la afectación hematológica y neurológica, con el consiguiente deterioro cognitivo secundario.

Bibliografía

1. Vera- Kellet C., Andino-Navarrete R., Navajas-Galimany, L. Déficit de vitamina B12 y sus diversas manifestaciones dermatológicas. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2015; 106(9):762-764.
2. Mariño-Suárez JE, Monedero-Remero J, Peláez- Laguno C. Deficiencia de vitamina B12 y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Atención Primaria* 2003;32(6):382-387.
3. Camarero-Shelly M. Niveles de vitamina B12 en la población consultante de un centro de salud urbano de Madrid. *Medicina de Familia. SEMERGEN* 2018; 44(3):161-167.
4. Riera- Matute G., Riera-Alonso E. La aftosis oral recurrente en Reumatología. *Reumatología Clin.* 2011, 7(5):323-328

PERFORACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR: UNA COMPLICACIÓN RARA DE LA COLECISTITIS AGUDA.

PERFORATION OF THE GALLBLADDER: A RARE COMPLICATION OF ACUTE CHOLECYSTITIS.

Pérez Naranjo P, Revelles Paniza M, Garrido Márquez I, Garrido Pareja F

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Caso clínico: mujer de 85 años acude a Urgencias con cuadro clínico de dolor abdominal con fiebre asociado a leucocitosis de casi 47.000 /mm³, a la que se realizó una Tomografía Computarizada con diagnóstico final de colecistitis aguda perforada complicada con abscesos perivesiculares e intrahepáticos.

Discusión: La perforación de la vesícula biliar es una complicación rara de la colecistitis aguda que se asocia a una mortalidad relativamente alta de hasta el 70%. Los síntomas y signos clínicos pueden ser indistinguibles de los de la colecistitis aguda no complicada, lo que lleva a un diagnóstico tardío, con muy mal pronóstico.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de la perforación de la vesícula biliar y la intervención quirúrgica inmediata son de crucial importancia debido a la alta mortalidad que conlleva.

Palabras clave: colecistitis aguda complicada, perforación vesícula biliar, abscesos hepáticos.

Abstract

Clinical case: 65-year-old male who goes to the emergency department due to clinical symptoms of abdominal pain with a fever associated with leukocytosis of almost 47,000 / mm³, who underwent a Computerized Tomography with final diagnosis of acute perforated cholecystitis complicated by perivesicular and intrahepatic abscesses.

Discussion: Perforation of the gallbladder is a rare complication of acute cholecystitis that is associated with a relatively high mortality of up to 70%. The clinical symptoms and signs may be indistinguishable from those of uncomplicated acute cholecystitis, leading to a late diagnosis, with a very poor prognosis.

Conclusions: The early diagnosis of gallbladder perforation and immediate surgical intervention are of crucial importance due to the high mortality that it entails.

Keywords: complicated acute cholecystitis, gallbladder perforation, liver abscesses.

Introducción

La perforación de la vesícula biliar es una complicación rara pero potencialmente mortal de la colecistitis aguda. Este cuadro raramente se diagnostica preoperatoriamente, pero un alto índice de sospecha y con el apoyo de los diferentes procedimientos diagnósticos de imagen, tales como la ecografía o la TC abdominal con contraste intravenoso, se puede llegar a un diagnóstico precoz adecuado, debido a que

CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18014 Granada
paula.perez.naranjo@gmail.com

Fecha de envío: 07/09/2020

Fecha de aceptación: 10/10/2020

un retraso en el mismo puede conllevar a un aumento significativo de la morbimortalidad. Sin embargo, el diagnóstico definitivo siempre será quirúrgico y confirmado durante la laparotomía.

Descripción

Se presenta el caso de una paciente mujer de 85 años de edad que consultó al servicio de urgencias por cuadro de dos días de evolución de dolor abdominal generalizado asociado a malestar general y fiebre termometrada de hasta 42 °C.

Entre sus antecedentes personales destaca una sepsis por *B. theta* en diciembre de 2019 por episodio de colecistitis aguda litiasica que fue tratada de manera conservadora con antibioterapia.

En el examen físico se evidenció un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho pero sin signos de irritación peritoneal.

Análíticamente destacó: creatinina 1,1 mg/dl, bilirrubina total 1.97 mg/dl, GOT 127 U/L, GPT 71 U/L, GGT 72 U/L, FA 199 U/L, LDH 370 U/L, proteína C reactiva 329.3 mg/dl, proteínas 5,6 g/dl y albúmina 2,8 g/dl, ferritina 1102,5, NT-proBNP 14320. El hemograma presenta importante leucocitosis (46.950/mm³) con neutrofilia (neutrófilos 93%). Coagulación dentro de los límites normales, excepto Dímero D de 3,25 mg/dl.

La radiografía de tórax y abdomen fueron normales.

Ante la clínica aguda y la discordancia entre la exploración física y la historia clínica se llevó a cabo de urgencias una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso donde se evidenció a nivel de hipocondrio derecho importantes cambios inflamatorios consistentes en distensión de la vesícula biliar con marcado engrosamiento parietal, rarefacción de la grasa perivesicular y discontinuidad de la pared a nivel del fundus donde se identifica pequeña colección en continuidad. Estos hallazgos se asocian con colecciones intrahepáticas de distribución perivesicular a nivel de los segmentos V, VIII y VII hepáticos. Ante estos hallazgos se llegó al diagnóstico de colecistitis aguda evolucionada complicada con perforación y formación de abscesos perivesiculares (Figura 1).

La paciente ingresó a cargo del Servicio de Cirugía General y ante la inestabilidad clínica de la paciente en un primer tiempo se solicitó de urgencias un drenaje percutáneo guiado por ecografía por parte de radiología vascular intervencionista, llevando a cabo una colecistostomía con colocación de catéter de drenaje de 12 Fr, donde se drenó en el acto unos 150 cc de contenido denso (Figura 2). Se cursó una muestra para cultivo, que resultó positivo para *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter braaki* y *Streptococcus grupo viridans*.

Al 12º día de su ingreso tras la adecuada evolución clínica se llevó a cabo de manera programada en un segundo tiempo, retirada del catéter de drenaje y colecistectomía por laparotomía junto con resección hepática en segmento V (lecho vesicular y absceso hepático).

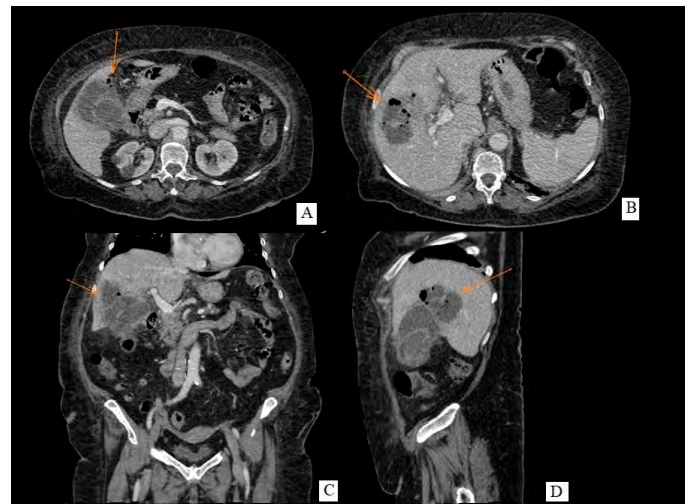


Figura 1

TC abdominopélvica con contraste intravenoso iodado en fase portal. Las imágenes de TC muestran la vesícula biliar desestructurada con engrosamiento parietal, rarefacción de grasa perivesicular y perforada a nivel del fundus con colección en continuidad, hallazgos compatibles con perforación vesicular tipo II. Se asocian varias lesiones hipodensas e hipocaptantes, con alguna burbuja de aire en su interior, en el parénquima hepático de localización perivesiculares en relación con abscesos intraparenquimatosos, localizados en vecindad con la parte superior de la vesícula.

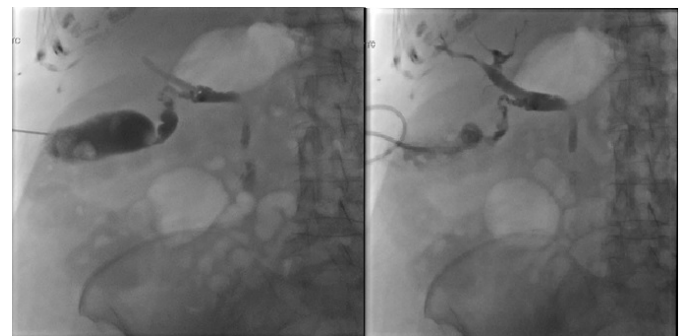


Figura 2

Colocación catéter de colecistostomía.

El TC abdominopélvico de control a los 9 días postoperatorios mostraba cambios postquirúrgicos con marcada reducción de tamaño del absceso hepático situado en el segmento VIII, el cual presenta menor componente líquido y mayor componente aéreo posiblemente por instrumentación (catéter de drenaje ya retirado tras la cirugía).

Tras la adecuada evolución clínica de la paciente y sin presencia de complicaciones postoperatorias fue dada de alta al 23º día tras su ingreso a cargo de Cirugía General.

Discusión

La perforación de la vesícula biliar es una complicación rara pero potencialmente mortal de la colecistitis aguda¹, que ocurre en aproximadamente el 3% de los casos de colecistitis aguda, y generalmente se asocia con la presencia de cálculos².

La tasa de mortalidad está en torno al 12-16%³ y la incidencia de la perforación de la vesícula biliar aumenta en el sexo masculino, la raza hispana y a partir de los 60 años de edad⁴.

En 1934 Niemeier^{1,2,3,5} clasificó la perforación de la vesícula biliar en tres categorías: tipo I o perforación aguda con peritonitis generalizada, tipo II o perforación subaguda con formación de abscesos y peritonitis generalizada y tipo III o perforación crónica con formación de fístula bilio-biliar o bilio-entérica.

La principal diferencia entre la perforación tipo I y la tipo II consiste en que en las tipo I se basan en un diagnóstico clínico apoyado en las técnicas por imagen y su tratamiento suele ser relativamente sencillo, en forma de colecistectomía o colecistostomía de urgencia. En el caso de las perforaciones tipo II son casos más complejos debido a la cronicidad del cuadro por lo que existe falta de consenso dentro de la literatura publicada sobre el tratamiento más adecuado a llevar a cabo. Además, este tipo de perforación vesicular ocurren en pacientes mayores con mayor número de comorbilidades, por ello es cuestionable una actitud más conservadora entre las diferentes opciones de tratamiento⁵.

En el caso de las perforaciones tipo II los avances en las diferentes técnicas de imagen han permitido un diagnóstico preoperatorio más eficiente, facilitando la planificación del tratamiento adecuado⁵.

La patogénesis es multifactorial siendo la causa más frecuente la obstrucción del cístico (con mayor frecuencia por una litiasis)^{2,6} que provoca un aumento de la presión intraluminal debido a la secreción luminal retenida. Este aumento de presión impide un adecuado drenaje venoso y linfático causando compromiso vascular de la pared vesicular produciendo edema, isquemia y finalmente gangrena de la misma, que conduce a la necrosis y por consiguiente a la perforación de la vesícula biliar. El fundus vesicular, como en nuestro caso, es el sitio más común de perforación al tratarse de la parte más distal con respecto al suministro de sangre¹.

Además, de la colelitiasis y la infección, son factores predisponentes de la perforación los tumores malignos, traumatismos, fármacos (corticoides) y enfermedades sistémicas tales como la diabetes mellitus y la cardiopatía aterosclerótica².

La diferenciación clínica entre la perforación de la vesícula biliar y la colecistitis no complicada a menudo puede ser difícil porque la fuga de bilis de una vesícula perforada podría estar contenida en la fosa peritoneal perivesicular y, por lo tanto, podría no producir síntomas de irritación peritoneal de inmediato².

En este contexto clínico la presencia de abscesos perivesiculares es infrecuente, siendo su prevalencia muy variable entre 2,1% y 19,5%. Se clasifican también en tres tipos: tipo I es el más común, localizado adyacente a la vesícula biliar, predominantemente al fundus; tipo II el absceso es intramural; y tipo III, en el que el absceso se encuentra intraperitoneal⁷.

Los hallazgos tanto por ecografía como por TC tras la perforación vesicular por cuadro de colecistitis evolucionada son vesícula distendida, engrosamiento parietal, líquido perivesicular, siendo en el TC mayor la precisión a la hora de detectar defectos de

la pared vesicular y complicaciones asociadas tales como colecciones líquidas perivesiculares o abscesos. La sensibilidad de la TC en el diagnóstico de la perforación vesicular es del 89% lo que hace que se recomiende su uso en el diagnóstico de esta patología⁸.

Con respecto al tratamiento la colecistectomía, el drenaje del absceso si está presente y el lavado abdominal suelen ser suficientes para tratar la perforación de la vesícula biliar¹. La colecistectomía puede ser difícil en las perforaciones de vesícula biliar tipo III, siendo necesario procedimientos quirúrgicos adicionales como la reparación de fístulas asociadas. Los abscesos perivesiculares tipos I y II pueden tratarse de forma conservadora con antibióticos asociados o no a drenaje percutáneo; en cambio el tipo III requiere cirugía urgente debido a la alta mortalidad asociada^{6,7}. En nuestro caso la paciente tenía una perforación vesicular tipo II asociada a un absceso tipo I pero hubo que recurrir a la colecistostomía urgente por el empeoramiento y el estado de sepsis.

En conclusión, el diagnóstico precoz del tipo de perforación de la vesícula biliar ayudará a identificar el tratamiento más eficaz a llevar a cabo en cada paciente de manera individualizada gracias al avance en los diferentes procedimientos diagnósticos de imagen.

Bibliografía

1. Derici H, Kara C, Bozdogan AD, Nazli O, Tansug T, Akca E. Diagnosis and treatment of gallbladder perforation. *World J Gastroenterol.* 2006;12(48):7832-7836. doi:10.3748/wjg.v12.i48.7832.
2. Khan SA, Gulfam, Anwer AW, Arshad Z, Hameed K, Shoaib M. Gallbladder perforation: a rare complication of acute cholecystitis. *J Pak Med Assoc.* 2010;60(3):228-229.
3. Agarwal, V., Kumar, D., Kumar, A. y Jain, A., 2015. Un caso raro de perforación de la vesícula biliar en la colecistitis acalculosa aguda. *Sri Lanka Journal of Surgery*, 33 (2), págs. 41–43. DOI: <http://doi.org/10.4038/sljs.v33i2.8154>.
4. Stefanidis D, Sirinek KR, Bingener J. Gallbladder perforation: risk factors and outcome. *J Surg Res* 2006; 131(2):204-8.
5. Ravindra S. Date, Sri G. Thrumurthy, Sigrid Whiteside, Mohammed A. Umer, Kishore G. Pursnani, Jeremy B. Ward, M. Muntzer Mughal. Gallbladder perforation: Case series and systematic review. *International Journal of Surgery.* 2012; 10 (2): 63-68.
6. Selfa Muñoz A, Del Pilar López Segura R, Ruiz Escolano E, Eisman Hidalgo M, Palacios Perez A, Salmeron Escobar F.J. Perforación vesicular y absceso hepático secundarios a colecistitis aguda gangrenosa. *RAPD.* 2011; 34 (6): 365-367.
7. Takada T, Yasuda H, Uchiyama K, et al. Pericholecystic abscess: classification of US findings to determine the proper therapy. *Radiology* 1989; 172:693-697.
8. Morris BS, Balpande PR, Morani AC, et al. The CT appearances of gallbladder perforation. *Br J Radiol* 2007; 80(959):898-901.

ESPLENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEL SANGRADO DE VARICES GÁSTRICAS DE ORIGEN NO CIRRÓTICO TRAS FRACASO TERAPÉUTICO ENDOSCÓPICO

SPLENECTOMY AS TREATMENT OF NONCIRRHOTIC GASTRIC VARICEAL BLEEDING AFTER FAILURE OF ENDOSCOPIC MANAGEMENT

Delgado Maroto A¹, Diéguez Castillo C¹, Lendínez Romero I²

¹UGC Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería.

²UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Torrecárdenas

Resumen

El sangrado de varices gástricas por hipertensión portal izquierda es una complicación infrecuente, grave y de difícil control. Exponemos el caso de un paciente con sangrado de varices gástricas secundarias a la trombosis de la vena esplénica por pancreatitis aguda grave tratado de forma exitosa mediante esplenectomía urgente.

Palabras clave: varices gástricas, hipertensión portal, trombosis de vena esplénica.

Abstract

Gastric variceal bleeding caused by left-sided portal hypertension is a infrequent, severe condition, which is very difficult to control. We report the successful management by urgent splenectomy of a case of gastric variceal bleeding secondary to splenic vein thrombosis pancreatitis-induced.

Keywords: gastric varices, portal hypertension, splenic vein thrombosis.

Introducción

La hipertensión portal de origen no cirrótico, también llamada hipertensión portal izquierda o segmentaria, se caracteriza por la presencia de varices gástricas aisladas y esplenomegalia junto con una función hepática normal¹. Las varices gástricas son más comunes en hipertensión portal de origen no cirrótico. Pueden deberse a diferentes causas siendo la principal la patología pancreática. Dentro de esta, la pancreatitis crónica es la causa más común, aunque también

CORRESPONDENCIA

Ana Delgado Maroto
Hospital Torrecárdenas
04009 Almería
anadmgr@gmail.com

Fecha de envío: 21/09/2020

Fecha de aceptación: 10/10/2020

se han descrito casos asociados a neoplasias pancreáticas, pancreatitis aguda y pseudoquistes pancreáticos.^{2,3} El contacto estrecho de la vena esplénica con el páncreas la hace susceptible a oclusión/trombosis en caso de inflamación, produciéndose una redirección del flujo sanguíneo a través de los vasos gástricos posteriores y vasos cortos a las venas coronarias que drenan en la vena porta y, a través de las venas gastroepiploicas, a la vena mesentérica superior. De esta forma, el retículo venoso submucoso del fundus gástrico representa un puente anatómico entre las venas gástricas cortas y posteriores con las venas coronarias que, como consecuencia del aumento de la presión, puede dilatarse formando varices.^{3,4}

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 63 años con antecedente de pancreatitis aguda grave complicada hace más de 10 años, que desarrolla hipertensión portal secundaria a trombosis de vena mesentérica y cavernomatosis portal (Figura 1). Presenta varices esofágicas y fúndicas, esplenomegalia y una función hepática normal, estando en tratamiento con profilaxis primaria del sangrado con propranolol. Acude a urgencias por cuadro de hematemesis con repercusión hemodinámica, con hipotensión arterial (90/50 mmHg) y taquicardia (105 lpm). En la analítica al ingreso destaca urea 74 mg/dL, creatinina 1 mg/dL, función hepática normal, anemia aguda con hemoglobina 8 g/dL, plaquetas 85.000/ μ L y coagulación normal. Realizamos endoscopia digestiva alta objetivándose varices esofágicas grandes sin estigmas de sangrado reciente y sangrado activo procedente de varices fúndicas sin conseguir un correcto manejo endoscópico. El paciente sufre un empeoramiento clínico, con sangrado activo e hipotensión persistente a pesar de fluidoterapia y transfusión de hemoderivados. Ante persistencia del sangrado se opta por esplenectomía urgente objetivándose esplenomegalia con múltiples adherencias en tejido circundante, vasos cortos ingurgitados y dilatados y abundante colateralidad periesplénica. Se procede a liberación de adherencias, esplenectomía y sección de vasos cortos sin incidencias. Posteriormente el paciente evoluciona de forma favorable, con cese del sangrado y sin complicaciones postoperatorias. Tres semanas después realizamos control endoscópico que muestra disminución del tamaño de varices fúndicas e incluimos al paciente en programa de ligadura endoscópica de varices esofágicas.

Discusión

El sangrado de varices gástricas es una complicación grave de difícil control. Supone menos del 1% de causas de sangrado alto, aunque con una mortalidad que puede alcanzar el 20% en 6 semanas. El riesgo de mortalidad por varices gástricas secundarias a hipertensión portal izquierda es mayor que al sangrado por varices de otras etiologías.³ El manejo endoscópico mediante escleroterapia ha demostrado una alta tasa de fallo para el control agudo del sangrado y de resangrado precoz. Por ello, la opción terapéutica más recomendada en caso de hipertensión portal izquierda sintomática es la esplenectomía y corrección de la causa primaria si es posible. El objetivo es reducir la presión del sistema mediante la interrupción del flujo de la arteria esplénica y consecuentemente del drenaje venoso y las varices fúndicas.^{4,5} En el caso de nuestro paciente, presenta un sangrado activo procedente de varices gástricas y, a su vez, presenta varices esofágicas grandes secundarias a cavernomatosis portal. Se

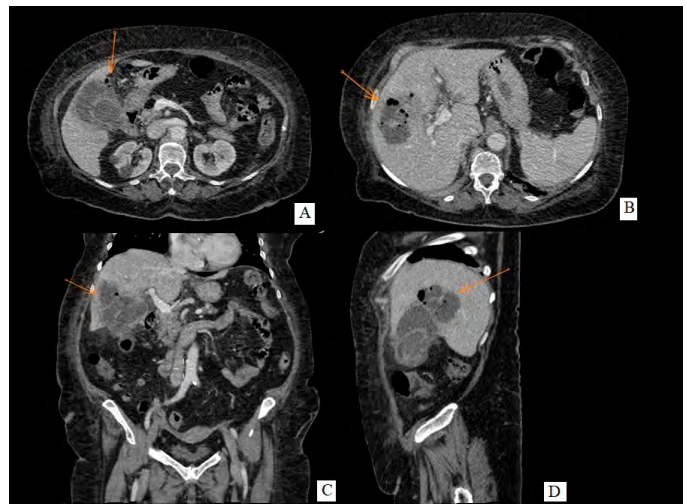


Figura 1

TC ABDOMINAL: varices fúndicas y circulación colateral peripancreática.

decide realización de esplenectomía para descomprimir el territorio venoso ya que la mayoría de las varices del paciente dependen del territorio periesplénico y estas son las causantes del sangrado agudo, posponiéndose el tratamiento de las varices esofágicas mediante ligadura endoscópica a un segundo tiempo. Otras opciones terapéuticas como la embolización de la arteria esplénica deberían reservarse en caso de sangrado activo en el que no pueda realizarse esplenectomía.² Actualmente no se aconseja realizar la esplenectomía como prevención primaria en pacientes con hipertensión portal izquierda no complicada.⁴

Bibliografía

1. Franco-Avilés, L; Hernández-Rocha, FI; Mercado, U; Malvido-Torres, CG. Hipertensión portal segmentaria por trombosis de la vena esplénica causada por pancreatitis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017;55(6):788-90
2. Kokabi N, Lee E, Echevarria C et al. Sinistral portal hypertension: presentation, radiological findings, and treatment options - a case report. *J Radiol Case Rep* 2010; 4(10):14-20
3. Tang SH, Zeng WZ, He QW, et al. Repeated pancreatitis-induced splenic vein thrombosis leads to intractable gastric variceal bleeding: a case report and review. *World J Clin Cases* 2015;3:920-5
4. Patrono D, Benvenga R, Moro F et al. Left-sided portal hypertension: Successful management by laparoscopic splenectomy following splenic artery embolization. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5(10): 652-5.
5. Menasherian-Yaccobe, L.; Jaqua, N.T.; Kenny, P. Successful treatment of bleeding gastric varices with splenectomy in a patient with splenic, portal, and mesenteric thromboses. *Case Rep. Surg* 2013, 2013, 273531

IMAGEN DEL MES

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A VÓLVULO DE CIEGO

INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO CECAL VOLVULUS

Gómez Sánchez J, Gallart Aragón T, García Rubio J, Nania A, Mirón Pozo B

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Los cuadros obstructivos constituyen una de las patologías más frecuentes en la práctica quirúrgica. Su etiología incluye desde los síndromes adherenciales si hay antecedentes quirúrgicos, hasta las bridas congénitas, defectos herniarios, lesiones neoplásicas y con menos frecuencia los vólvulos intestinales. El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico y sus localizaciones más frecuentes son el sigma, ciego y el colon transverso, relacionándose con diversos factores su etiopatogenia. A continuación se describe un caso de vólvulo de ciego para exponer su clínica, pruebas complementarias e imágenes características así como las controversias terapéuticas dada su escasa incidencia.

Palabras clave: Obstrucción intestinal, vólvulo, ciego.

Abstract

Obstructive disease is one of the most frequent pathologies in surgical practice. The etiology includes adherent syndromes if there is a surgical history, up to congenital flanges, hernial defects, neoplastic lesions and less frequently intestinal volvulus. Intestinal volvulus is produced by torsion of a mobile segment of the colon around its mesenteric axis and its most frequent locations are the sigma, cecum and the transverse colon, relating to various factors its etiopathogenesis. The following describes a case of cecum volvulus to expose the clinic, complementary tests and characteristic images, as well as therapeutic controversies due to its low incidence.

Keywords: intestinal obstruction, volvulus, cecum.

Introducción

Los vólvulos colónicos son la tercera causa de obstrucción intestinal a nivel mundial, cuyas localizaciones más frecuentes son en sigma y ciego¹, con sintomatologías similares, pero diferentes manejos terapéuticos¹. Su etiopatogenia parece multifactorial, considerando la predisposición anatómica, el estreñimiento crónico, enfermedades del sistema nervioso central, como son distrofias, enfermedad de Parkinson o Alzheimer, accidentes cerebrovasculares²... y finalmente el sexo y la edad, siendo más frecuente en mujeres con una edad comprendida entre los 50-60 años².

CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 25/07/2020

Fecha de aceptación: 20/08/2020

Caso clínico

Se presenta a una mujer de 56 años que consultaba por cuadro de dolor abdominal brusco asociado a vómitos, estreñimiento de tres días de evolución, sin pérdida de peso previa o síndrome constitucional. Refería pérdida de apetito, y náuseas con el intento de ingesta.

A la exploración destacaba un abdomen doloroso a la palpación, distendido y timpánico, con cierta irritación a la descompresión brusca.

Se realizó radiografía abdominal que mostraba una dilatación colónica (Figura 1) decidiéndose completar el estudio mediante una Tomografía de abdomen que informaba de un dolicosigma con disposición anómala que sugería un vólvulo de sigma al que se añadía un diámetro cecal de 10,4 centímetros.



Figura 1
Imágenes radiológicas complementarias en las que se observa en la radiografía simple una distensión colónica, y en el TAC un ciego dilatado.

Ante estos hallazgos se efectuó colonoscopia descompresiva, con dificultad para progresar por presencia de numerosas curvas y angulaciones, que no sugería volvulación de sigma dada la ausencia de dilatación significativa. Dado el empeoramiento progresivo, se decidió tratamiento quirúrgico.

Se efectuó una laparotomía exploradora, donde se evidenció un sigma de calibre normal, y un vólvulo cecal con eje de torsión en el colon transverso (Figura 2), presentando una importante laxitud en los mesos, así como un defecto en la peritonización del parietocolico derecho. Observando una buena vascularización colónica y ausencia de líquido intraabdominal, se decidió efectuar una cecopexia y fijación del colon a distintos puntos peritoneales mediante sutura entrecortada. Tras una semana de estancia, la paciente finalmente fue dada de alta con tránsito intestinal conservado y buena tolerancia oral. A los dos años de la cirugía, la paciente sigue sin presentar ningún nuevo episodio de volvulación intestinal.

Discusión

El vólvulo cecal supone el 1-1,5% de las obstrucciones intestinales, apareciendo característicamente en mujeres de entre 50 y 60 años. Mientras que el vólvulo de sigma presenta un tratamiento inicial endoscópico, en el vólvulo cecal su papel es mínimo requiriendo la intervención quirúrgica¹⁻³. La mayoría de los pacientes con un

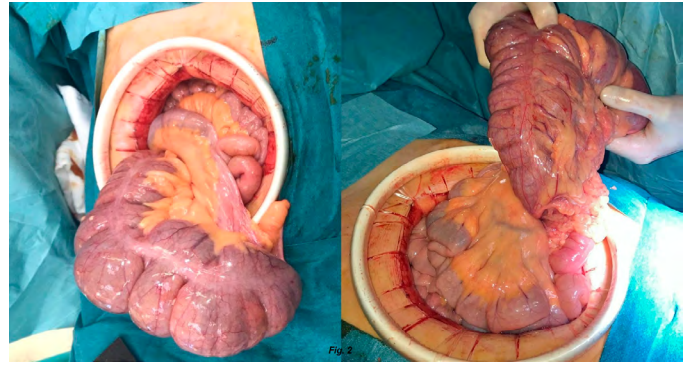


Figura 2
Hallazgo intraoperatorio del ciego volvulado, con una laxitud importante en sus mesos.

vólvulo de ciego presentan una rotación axial completa que produce torsión del mesenterio y de su vascularización, lo que afecta a la perfusión cecal⁴⁵.

Sus manifestaciones clínicas son el dolor abdominal exacerbado por el peristaltismo intestinal, náuseas, vómitos y estreñimiento. La exploración abdominal muestra un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda, con especial precaución cuando existe intensa irritación peritoneal o fiebre, ya que puede ser orientativo de una isquemia o perforación intestinal⁵.

Las pruebas complementarias más útiles para su diagnóstico son la radiografía abdominal simple y la tomografía abdominal^{2,5}, como se realizó en nuestro caso, que si bien en ocasiones puede presentar dificultad para discernir entre vólvulo de sigma o de ciego dada la dilatación intestinal.

Respecto a su tratamiento a diferencia del vólvulo de sigma, donde la colonoscopia presenta una eficacia comprobada, en el vólvulo cecal el papel endoscópico terapéutico es mínimo y con mayor riesgo de perforación. Es por ello que la mayoría de los pacientes requieren un tratamiento quirúrgico⁵ y en este escenario terapéutico se plantean diversas opciones.

Si existe un ciego de aspecto isquémico o perforado, la cirugía estándar es la hemicolectomía derecha, bien con anastomosis primaria, o según el estado del paciente, con una ileostomía y fístula mucosa colónica²⁻³.

El aspecto más controvertido de su tratamiento es la técnica a efectuar cuando el ciego y el colon no presentan signos de sufrimiento. Se puede plantear la mera desvolvulación del ciego, que asocia unas recidivas entre el 13-75%⁵. La cecostomía, que asocia complicaciones como la necrosis e isquemia cecal, prolapso mucoso, fuga de heces intraperitoneal... con una tasa de recidiva del 2-14% y una importante morbilidad⁵. La cecopexia, que consiste en anclar el ciego al peritoneo parietal así como la fijación del colon ascendente y del ángulo hepático a varios tramos de este peritoneo, lo que reduce el riesgo de recidiva al disminuir su movilidad. Este fue el procedimiento que se decidió realizar en nuestra paciente. Es un procedimiento seguro, con baja mortalidad, si bien es cierto que existe una tasa de

recidiva que oscila entre el 0 y el 28%⁵. Y por último la ileocequectomía o la hemicolectomía derecha, con mayor morbimortalidad al ser una técnica resectiva aunque si bien es cierto que es la técnica con menor riesgo de recidivas y de elección ante compromiso intestinal^{2,5}.

El vólvulo cecal supone una causa rara de obstrucción intestinal que suele requerir intervención quirúrgica. Asocia un fallo en la fusión del mesenterio ascendente y el peritoneo parietal posterior que deriva en una movilidad cecal aumentada⁵, de ahí que su tratamiento varíe. La cecopexia podría estar indicada en casos sin signos de isquemia o necrosis, con lo que se evitaría la apertura de colon no preparado y convertir una cirugía limpia en otra contaminada, comprobando como en nuestro caso que es una técnica eficaz y segura.

Bibliografía

1. Perrot L, Fohlen A, Alves A, Lubrano J. Management of the colonic volvulus in 2016. *J Visc Surg.* 2016 Jun; 153(3):183-92. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2016.03.006.
2. Ruiz-Tovar J, Calero P, Morales V, Martínez E. Vólvulo de ciego: presentación de 18 casos y revisión de la literatura. *Cir Esp.* 2009 Feb; 85(2):110-3. DOI: 10.1016/j.ciresp.2008.09.003
3. Gingold D, Murrell Z. Management of Colonic Volvulus. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012 Dec; 25(4): 236–244. DOI: 10.55/s-0032-1329535
4. Madiba T.E, Thompson S.R. The management of cecal volvulus. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45 : 64-67
5. Hodin R, Weiser M. Cecal Volvulus. <https://www.uptodate.com>. Accessed on August 2020.

IMAGEN DEL MES

LITIASIS ANCLADA EN CUELLO VESICULAR

CALCULOUS OBSTRUCTING THE CYSTIC DUCT

Díaz Alcázar MM, Zúñiga de Mora Figueroa B, Martín-Lagos Maldonado A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Se presenta una imagen de colangioresonancia de una mujer de 86 años en la que se objetiva litiasis anclada en conducto cístico.

Litiasis menores de 3 mm suelen atravesar sin problemas el conducto cístico. La obstrucción del conducto cístico por litiasis desencadena el 95% de las colecistitis agudas. El conducto cístico es mejor valorado mediante colangiografía directa o colangioresonancia magnética.

Palabras clave: colelitiasis, vesícula biliar, conducto cístico.

Abstract

We present an image of magnetic resonance cholangiopancreatography from an 86-year-old female in which we observe a calculus obstructing the cystic duct.

Calculous smaller than 3 mm usually pass through the cystic duct. The obstruction of the cystic duct by calculous causes 95% of acute cholecystitis. The cystic duct is optimally visualized with direct cholangiography or magnetic resonance cholangiopancreatography.

Keywords: cholelithiasis, gallbladder, cystic duct.

Introducción

El conducto cístico conecta la vesícula y la vía biliar extrahepática¹. Variantes anatómicas del conducto cístico son frecuentes, pero habitualmente no tienen significación clínica¹. La patología del conducto cístico incluye litiasis, síndrome de Mirizzi, fístulas con duodeno, neoplasias y colangitis esclerosante primaria, entre otras¹.

CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 30/07/2020

Fecha de aceptación: 20/08/2020

Mujer de 86 años con náuseas y vómitos ocasionales de dos días de evolución, sin dolor abdominal. Sensación febril no termometrada. Analíticamente destaca colestasis y elevación de transaminasas. En ecografía abdominal, vesícula hidrópica con barro biliar y litiasis. Colangiorresonancia magnética confirma los hallazgos y, además, objetiva litiasis anclada en cuello vesicular de unos 3,2 cm (Figura 1) y coledocolitiasis distal con dilatación de vía biliar extrahepática. Se realiza CPRE y posteriormente colecistectomía.

Las litiasis menores de 3 mm suelen atravesar sin problemas el conducto cístico¹. Sin embargo, el conducto cístico se puede obstruir por litiasis, lo que desencadena el 95% de las colecistitis agudas¹. Debido a la obstrucción por el cálculo se produce inflamación y distensión de la vesícula, y si la obstrucción persiste aparece isquemia y necrosis transmural¹.



Figura 1

Corte coronal de resonancia magnética abdominal en que se observa litiasis anclada en conducto cístico y dilatación de vía biliar extrahepática.

El diagnóstico preoperatorio de litiasis ubicadas en el conducto cístico puede ser complejo². La ecografía permite el diagnóstico de la colecistitis con alto grado de confianza, pero la sensibilidad para detectar la litiasis en el conducto cístico es baja^{1,2}. Ecográficamente una litiasis ubicada en el conducto cístico puede ser difícil de visualizar por la bilis de alrededor o al ser confundida con gas intestinal¹. La litiasis en el conducto cístico es mejor valorada mediante colangiografía directa durante CPRE o colangiorresonancia magnética, como en el caso presentado^{1,2}.

Bibliografía

1. Turner MA, Fulcher AS. The cystic duct: normal anatomy and disease processes. *Radiographics* 2001;21(1):3-22.
2. Mahmud S, Hamza Y, Nassar AHM. The significance of cystic duct stones encountered during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2001;15:460-2

IMAGEN DEL MES

ENTEROBIUS VERMICULARIS: HALLAZGO DURANTE UNA COLONOSCOPIA DE CRIBADO.

ENTEROBIUS VERMICULARIS: FINDING DURING A SCREENING COLONOSCOPY.

Roa Colomo A, Martín-Lagos Maldonado A, García Robles A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Varón de 65 años en el que durante la realización de una colonoscopia de cribado se encuentra a 40 cm de margen anal una larva de *Enterobius vermicularis*. El paciente se encontraba completamente asintomático y tanto él como su esposa realizaron tratamiento con albendazol. *Enterobius vermicularis* es un nematodo parásito del hombre conocido como oxiuro que causa la enfermedad intestinal conocida como enterobiasis. Debido a que la enterobiasis puede cursar como infección recurrente y existe una alta tasa de transmisión familiar, es preciso tratar a todos los pacientes y a sus convivientes de forma simultánea, tanto sintomáticos como asintomáticos. Es fundamental incidir en las medidas higiénicas para reducir la reinfección y propagación de la infección.

Palabras clave: enterobius vermicularis, oxiuro, enterobiasis.

Abstract

A 65-year-old male in whom a larva of *Enterobius vermicularis* was found 40 cm from the anal margin during a screening colonoscopy. The patient was completely asymptomatic and both he and his wife had undergone treatment with albendazole.

Enterobius vermicularis is a parasitic nematode of humans known as pinworm that causes the intestinal disease known as enterobiasis. Since enterobiasis can occur as a recurrent infection and there is a high rate of family transmission, it is necessary to treat all patients and their partners simultaneously, both symptomatic and asymptomatic. It is essential to influence hygienic measures to reduce reinfection and the spread of infection.

Keywords: enterobius vermicularis, pinworm, enterobiasis.

CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 18/08/2020

Fecha de aceptación: 27/09/2020

Introducción

Enterobius vermicularis es un nematodo parásito del hombre y conocido popularmente como oxiuro. Causa la enfermedad intestinal conocida como enterobiasis. Ocurre en climas templados y tropicales, siendo la infección helmíntica más frecuente en EEUU y Europa occidental¹. Afecta comúnmente a niños menores de 12 años.

Caso clínico

Varón de 65 años en el que durante la realización de una colonoscopia del Programa Andaluz de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal del S.S.P.A. se encuentra a 40cm del margen anal un elemento alargado, blanquecino y móvil que podría corresponder a un oxiuro (Figura 1). Se consigue extraer con una pinza y se envía para análisis microbiológico con resultado de larva de *Enterobius vermicularis*. Se realiza anamnesis detallada al paciente que se encuentra completamente asintomático, sin antecedentes de parasitosis, sin contacto con ambiente rural ni animales. Incidiendo en la higiene personal, refiere aseo diario deficiente. La exploración física es completamente normal. Se realizó tratamiento con albendazol 400 mg y otra dosis a las 2 semanas en el paciente y su esposa (único conviviente).

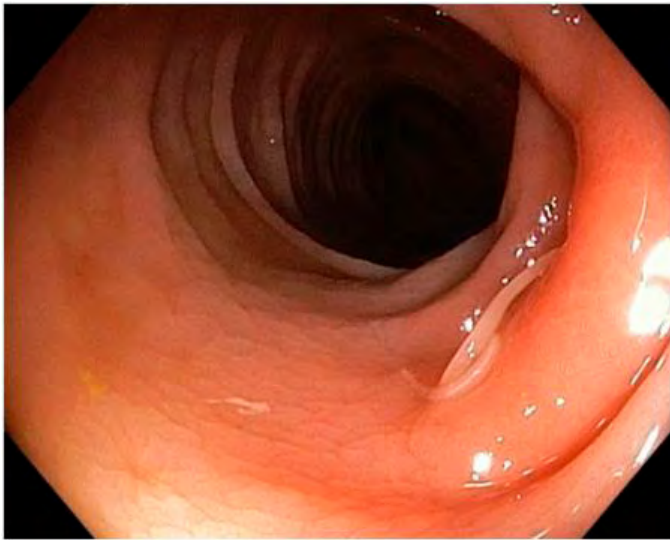


Figura 1
 Imagen endoscópica en la que se observa en el margen inferior derecho un elemento alargado, blanquecino y móvil en colon izquierdo. Tras extracción endoscópica con una pinza de biopsia y análisis microbiológico posterior resulta una larva de *Enterobius vermicularis*.

Discusión

La mayoría de las infecciones por *Enterobius vermicularis* son asintomáticas, sólo el 33% de los pacientes presentan prurito anal predominantemente nocturno². El diagnóstico se realiza al recuperar los huevos de la piel anal y perianal mediante el uso de una cinta adhesiva (cinta de Graham) a través de la cual se observan al microscopio. El análisis de heces tiene una utilidad limitada, ya que no se suelen aislar los huevos ni las larvas. No es infrecuente encontrar oxiuros en colonoscopias rutinarias, aunque no existen datos de incidencia publicados al respecto.

La enterobiasis puede cursar como infección recurrente y existe una alta tasa de transmisión familiar, por lo que es preciso tratar a todos los pacientes y a sus convivientes de forma simultánea, tanto sintomáticos como asintomáticos. El tratamiento se realiza con albendazol, mebendazol o pamoato de pirantel³. Es fundamental incidir en las medidas higiénicas (lavado de ropa, corte de uñas y

lavado frecuente de manos y baños) para reducir la reinfección y la propagación de la infección.

Bibliografía

1. Moore TA, McCarthy JS. Enterobiasis. In: Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice, 3rd ed, Guerrant R, Walker DH, Weller PF (Eds), Saunders Elsevier, Philadelphia 2011. p.788.
2. Iguchi S, Hirai Y, Ainoda Y, et al. Incidental diagnosis of oxyuriasis through a colonoscopy. IDCases, 2016;4:38-40.
3. St Georgiev V. Chemotherapy of enterobiasis (oxyuriasis). Expert Opin Pharmacother.2001;2(2):267-75.

ENFERMEDAD CELIACA DIAGNOSTICADA POR IMAGEN EN VIDEO CAPSULOENDOSCOPIA

CELIAC DISEASE DIAGNOSED BY VIDEO CAPSULE ENDOSCOPY

de Vicente Ortega A, Tercero Lozano M, Jamal Ismail S

UGC Aparato Digestivo, del Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

Resumen

La celiaquía es una enfermedad multiorgánica autoinmune crónica, que afecta al intestino delgado en individuos genéticamente predispuestos, cuya prevalencia se está viendo aumentada.

Exponemos un caso de celiaquía, en el que gracias a la obtención de una imagen típica por videocapsula endoscópica, se consigue una alta sospecha que permite completar el diagnóstico.

Como conclusión, queremos resaltar la importancia de la imagen típica de atrofia vellositaria para la cual la videocápsula endoscópica es muy útil, aunque deba confirmarse histopatológicamente.

Palabras clave: anemia, videocapsuloendoscopia, celiaquía.

Abstract

Celiac disease is a chronic autoimmune multiorganism disorder that affects the small intestine in people who are genetically predisposed. Its prevalence is increasing.

We described a celiac disease case, in which the typical image of duodenum mucosa obtained by video capsule endoscopy, allows us to complete the diagnosis.

As conclusion, we pretend to enhance the utility of the video capsule endoscopy in its diagnosis, which can show the typical image of villous atrophy, although it must be confirmed histopathologically.

Keywords: anemia, video capsule endoscopy, celiac disease.

CORRESPONDENCIA

Alicia de Vicente Ortega
Complejo Hospitalario de Jaén
23007 Jaén
aliciavicor@gmail.com

Fecha de envío: 26/07/2020

Fecha de aceptación: 27/09/2020

Introducción

La enfermedad celíaca se trata de una enteropatía crónica autoinmune, producida por una reacción inmunológica desencadenada por factores ambientales como el gluten, en individuos genéticamente predispuestos^{1,2}.

Es una patología frecuente a nivel mundial cuya prevalencia ha aumentado significativamente en los últimos años, alcanzando en países occidentales el 1% de la población general^{1,2}.

En los adultos la presentación puede ser asintomática, complicando el diagnóstico. Los síntomas clásicos son la diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso³.

El diagnóstico se puede realizar con criterios como la clínica típica, positividad de anticuerpos antiendomiso y antitransglutaminasa, positividad de genotipos HLA-DQ2 y DQ8, visualización de atrofia vellositaria; pero el diagnóstico definitivo se establece con alteraciones histopatológicas en biopsias³.

El tratamiento consiste en eliminar el gluten de la dieta^{1,2}, tras lo cual se normaliza la mucosa intestinal y desaparecen los síntomas.

Caso clínico

Mujer de 38 años, con antecedente personal de diabetes mellitus tipo I, que comienza a estudiarse desde su centro de salud por anemia microcítica ferropénica. Asocia pérdida de peso sin otra clínica acompañante. Fue estudiada desde distintos servicios, como ginecología y hematología, sin evidenciar causa.

La exploración física es anodina, salvo palidez cutánea. En la analítica destacaba: hemoglobina 8,1 g/dl, hematocrito 29,5%, VCM 74,5fL, hierro 8 µg/dL ferritina 3,1ng/mL y ácido fólico 1,5 ng/mL, anticuerpos IgA antiendomiso negativos y anticuerpos IgA antitransglutaminasa 13 U/mL.

Se le pautó tratamiento con hierro oral de forma empírica sin presentar mejoría.

Como pruebas complementarias se realizó ecografía, gastroscopia y colonoscopia; todas ellas normales sin visualizar alteraciones ni lesiones. En este primer estudio no se tomaron biopsias por problemas técnicos en relación con mala tolerancia de la paciente a exploraciones invasivas.

Posteriormente, se realiza videocapsuloendoscopia estableciendo lesiones intestinales, visualizadas en duodeno distal, en relación con malabsorción intestinal; celiacía como primer diagnóstico (Figuras 1 y 2).

Tras ello, se realiza nueva analítica a los 6 meses donde destaca el ascenso de anticuerpos IgA antitransglutaminasa 350 U/mL, y se evidencia que es portadora del heterodímero HLA-DQA105/DQB102 (DQ2.5). Con todo ello, se repite gastroscopia bajo sedación con toma de biopsias de varias zonas de mucosa duodenal. Los resultados anatomopatológicos confirman atrofia vellositaria Marsh III, estableciendo el diagnóstico sospechado de celiacía.

De este modo, la imagen típica de atrofia vellositaria por videocapsuloendoscopia nos ayuda a tener una alta sospecha y así consigue iniciar el diagnóstico. Por ende, se puede tratar adecuadamente.

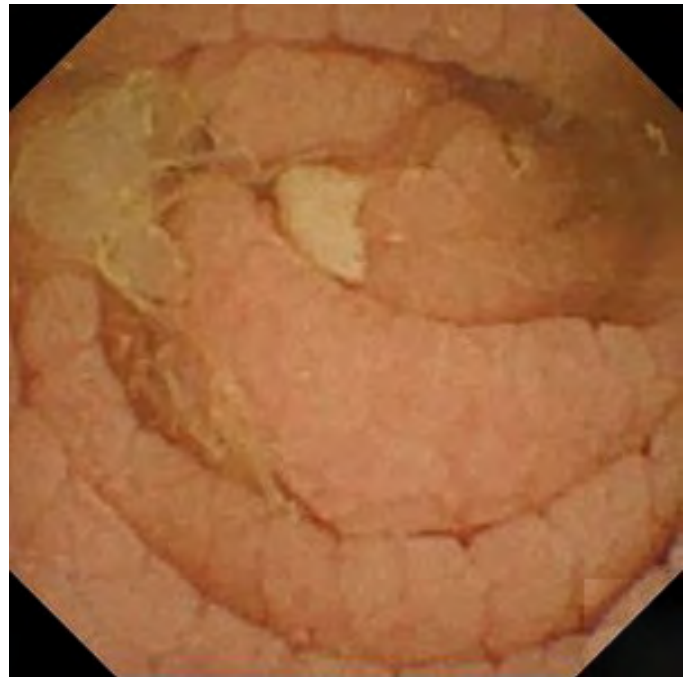


Figura 1

Mucosa de duodeno visualizada por videocapsuloendoscopia. Desde duodeno distal hasta yeyuno distal, mucosa con atrofia de vellosidades y pliegues festoneados, de aspecto mosaico nodular.

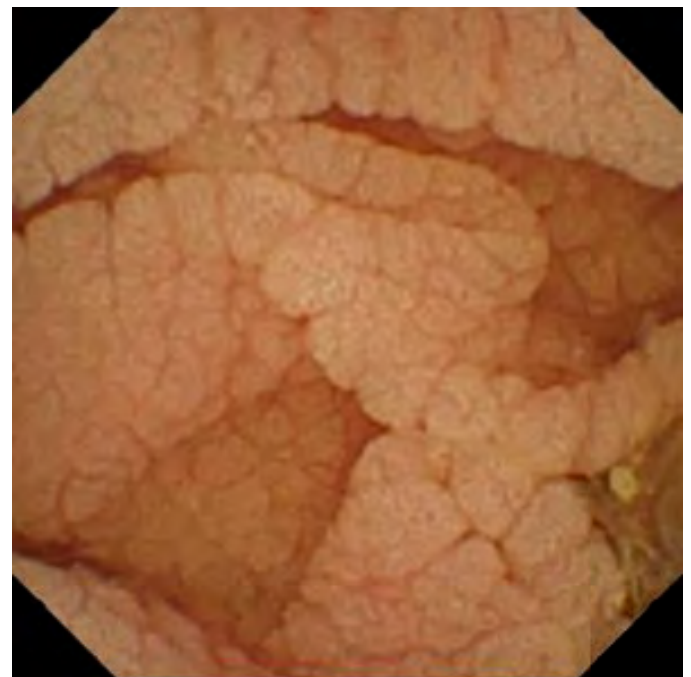


Figura 2

Mucosa de yeyuno visualizada por videocapsuloendoscopia. Desde duodeno distal hasta yeyuno distal, mucosa con atrofia de vellosidades y pliegues festoneados, de aspecto mosaico nodular.

Discusión

La celiaquía es una enfermedad multiorgánica autoinmune crónica que afecta al intestino delgado en individuos genéticamente predispuestos, determinada por alelos HLA-DQ2 y DQ8¹. Existen algunas enfermedades, como la diabetes mellitus tipo I, enfermedad tiroidea autoinmune, deficiencia selectiva de IgA, etc. que están asociadas con un mayor riesgo de padecerla^{1,3}. En el caso que presentamos, el único antecedente de la paciente se trata de diabetes tipo I.

Los hallazgos diagnósticos claves incluyen alteraciones histopatológicas características. Normalmente se evidencian mediante endoscopia con biopsias³.

Sin embargo, la videocapsuloendoscopia es un método útil para analizar el trayecto gastrointestinal^{4,5}, y detectar alteraciones patológicas como atrofia vellositaria en intestino delgado, una característica de la celiaquía tal y como vemos en nuestro caso.

Bibliografía

1. World Gastroenterology Organisation. WGO Global Guidelines: Celiac disease; 2016.
2. Domsa E. M, Berindan-Neagoe I, Para I, Munteanu L, Matei D, Andreica V. Celiac disease: a multi-faceted medical condition. *J Physiol Pharmacol.* 2020; 71(1): 3-14
3. Rej A, Aziz I, Sanders D.S. Coeliac disease and noncoeliac wheat or gluten sensitivity. *Journal of Internal Medicine.* 2020, doi: 10.1111/joim.13120
4. Ciaccio E. J, Bhagat G, Lewis S. K, Green P. H. Extraction and processing of videocapsule data to detect and measure the presence of villous atrophy in celiac disease patients. *Computers in Biology and Medicine;* 78. Elsevier Ltd 2016; 97–106.
5. Valverde López F, Jiménez Rosales R, Rodríguez Sicilia M. J, Martín Rodríguez M. M, Sánchez Capilla D, Cabello Tapia M. J, et al. Utilidad de la cápsula endoscópica en estudio del intestino delgado. *RAPD* 2017; 40 (5): 211-215.