

CASOS CLÍNICOS

9 Afectación hepática en contexto de síndrome ASIA

Hepatic involvement in patient with ASIA syndrome

Martos Ruiz V, Cascales Vallejo AI, García Cortacero E

12 Hemorragia digestiva aguda de difícil diagnóstico

Challenging acute gastrointestinal bleeding

Librero Jiménez M, Heredia Carrasco C

15 Ictericia como debut de linfoma Burkitt

Jaundice as Burkitt lymphoma debut

De Vicente Ortega A, Romero-Moreno S, Arroyo Argüelles JM, L. Frutos Muñoz L, Castillo Molina L

18 Absceso glúteo recidivante: una presentación atípica de la neoplasia de colon.

Recurrent gluteal abscess: an atypical presentation of colon neoplasm

Moya Ruiz A, Miras Lucas L, Serrano Carrillo de Albornoz JL, González Olid MD

IMAGEN DEL MES

22 Quiste hidatídico pancreático: una entidad rara e infradiagnosticada.

Pancreatic hydatid cyst: a rare and unradiagnosed entity.

Garrido Márquez I, Núñez Delgado Y, Olmedo Sánchez E

25 Colecistitis enfisematosa, correlación entre ecografía y tc y diagnóstico diferencial. una patología infrecuente.

Emphysematous cholecystitis, correlation between echography and ct and differential diagnosis. a rare pathology.

Garrido Márquez I, Moyano Portillo Á, Moya Sánchez E

CARTAS AL DIRECTOR

28 Absceso hepático piógeno. ¿Cuándo debemos descartar neoplasia digestiva oculta?

Pyogenic liver abscess. When should we rule out hidden digestive neoplasia?

Pardillos Tomé A, Guillén Gómez M, Comín Orce A, Marcilla Córdoba F

30 Necrosis esofágica aguda

Acute esophageal necrosis

Tejido Sandoval C, Baiocchi Ureta F, Zarraquiños Martínez S

33 Ascitis de etiología infrecuente: mesotelioma peritoneal

Ascites with infrequent origin: peritoneal mesothelioma

Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A

**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

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTOR

R. Andrade Bellido
FEA. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga.

SUBDIRECTOR

J. Ampuero Herrojo
FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

EDITORES ASOCIADOS

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

J.M Benítez Cantero
FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

E. Redondo Cerezo
FEA. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

COMITÉ DE DIRECCIÓN

En proceso

COMITÉ DE REDACCIÓN

En proceso

>> Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

PRESIDENTE

M. Rodríguez Téllez

VICEPRESIDENTA

M. Casado Martín

SECRETARIA

A. Bejarano García

TESORERO

J.J. Puente Gutiérrez

DIRECTOR REVISTA RAPD ONLINE

R. Andrade Bellido

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

A. Viejo Almanzor

PRESIDENTA COMITÉ CIENTÍFICO

Á. Pérez Aísa

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

>> Volcales de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

VOCAL DE FORMACIÓN

J.G. Martínez Cara

VOCAL DE DOCENCIA

F.J. García Fernández

VOCAL DEL GRUPO JOVEN

J.M. Benítez Cantero

VOCAL DE INVESTIGACIÓN

J. Ampuero Herrojo

VOCAL DE ACREDITACIÓN

M. Jiménez Pérez

VOCAL DE RELACIONES INSTITUCIONALES

F. Gallego Rojo

VOCAL DE COMUNICACIÓN

M. Esévez Escobar

VOCAL DE CALIDAD

M. García Cortés

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 Videos 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 videos 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 Videos.

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 la revistas se abreviarán de acuerdo con el estilo del Index Medicus/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals?itool=sidebar>).

- **Artículo ya publicado en revistas editadas en papel y en Internet:** Se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última 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, Matthaopoulou 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, Rajman 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 al ser reducidas. Las tablas deberán realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).

- **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/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>) y ha sido aprobado por el comité ético de la institución donde se ha realizado el estudio.

- **Investigación en animales:** los estudios con animales de experimentación, deben manifestar en un sitio destacado del original que estos reciben los cuidados acordes a los criterios señalados en la "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" redactada por la National Academy of Sciences y publicada por el National Institutes of Health (<http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats>).

- **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.



CASO CLÍNICO

AFECTACIÓN HEPÁTICA EN CONTEXTO DE SÍNDROME ASIA

HEPATIC INVOLVEMENT IN PATIENT WITH ASIA SYNDROME

Martos Ruiz V, Cascales Vallejo AI, García Cortacero E

Hospital Santa Ana. Motril, Granada.

Resumen

El nombre de síndrome autoinmune /inflamatorio inducido por adyuvantes (Síndrome ASIA o de Shoenfeld) se relaciona con la exposición típicamente de alguna de estas sustancias: vacunas (especialmente papiloma humano), silicona, escualeno, hidróxido de aluminio, parafina líquida, acrilamidas, ácido hialurónico o metacrilato. Puede dar manifestaciones inflamatorias tanto locales como sistémicas. Presentamos el caso de una paciente con prótesis de silicona en mamas y tatuaje de piel y labios, en estudio por hepatitis de perfil colestásico, en la que aparecen lesiones cutáneas que se biopsian (granulomas no necrotizantes), siendo esto clave para el diagnóstico de reacción sarcoidótica.

Palabras clave: ASIA, Shoenfeld, hepatitis colestásica.

Abstract

The name autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants (ASIA or Shoenfeld syndrome) is typically related to the exposure to one of these substances: vaccines (especially human papilloma), silicone, squalene, aluminum hydroxide, liquid paraffin, acrylamides, hyaluronic acid or methacrylate. It can present both local and systemic inflammatory manifestations. We present the case of a patient with silicone breast prosthesis and skin and lip tattoo, under study for hepatitis with a cholestatic profile, in which appear skin lesions that are biopsied (non-necrotizing granulomas), this being key to the diagnosis of sarcoidosis reaction.

Keywords: ASIA, Shoenfeld, cholestatic hepatitis.

CORRESPONDENCIA

Virgilio Martos Ruiz
Hospital Santa Ana
18600 Motril, Granada
vmartos@hotmail.com

Fecha de envío: 25/08/2020

Fecha de aceptación: 09/01/2021

Introducción

El nombre de síndrome autoinmune /inflamatorio inducido por adyuvantes (Síndrome ASIA o de Shoenfeld) fue acuñado por primera vez en 2011 con el propósito de englobar un creciente número de patologías caracterizadas por una disregulación del sistema inmune innato y adquirido tras la exposición a algún adyuvante. Dicho síndrome se relaciona con la exposición típicamente de alguna de

estas sustancias: vacunas (especialmente papiloma humano), silicona, escualeno, hidróxido de aluminio, parafina líquida, acrilamidas, ácido hialurónico o metacrilato^{1,5}. Puede dar manifestaciones inflamatorias tanto locales como sistémicas. Los nódulos inflamatorios localizados y paniculitis se observan hasta en el 88% de pacientes, y pueden evolucionar en una variedad de trastornos como cirrosis biliar primaria, Sd. Sjögren, sarcoidosis, enfermedad humana por adyuvantes, vasculitis, enfermedad inflamatoria intestinal, y polirradiculopatía inflamatoria².

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 46 años con antecedentes personales de consumo de 2-3 cigarrillos/día, e intervenida por colocación de 2 prótesis mamarias e infiltración con hialurónico y tinta roja en labios, también tatuada en la espalda.

Acude a servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de ictericia indolora de unas 4 semanas de evolución, con disconfort en hemiabdomen superior. En analítica se observa una hepatitis de predominio citolítico (Bilirrubina total 5,3 mg/dL, GOT 874 U/L, GPT 1088 U/L, FA 89 U/L, Actividad protrombina 71%, INR 1.33); por dicha coagulopatía se decide ingreso en unidad de Digestivo.

Durante su estancia en planta, aparecen nódulos subcutáneos supraciliares y en labios (Figuras 1 y 2), motivo por el que consultamos con Medicina Interna. Llamamos la atención varios detalles: 1) que unas semanas antes, se realiza tatuaje previo con tinta roja de contorno labial con aparición de progresivas lesiones nodulares violáceas pruriginosas en labio superior (al menos inicia 4 meses antes) y a nivel supraciliar (Figuras 1 y 2); 2) presenta pápulas de 1-2 mm en rodillas y 3) y tatuaje que tanto a visión directa como a la palpación está en relieve (Figura 3).



Figura 1
Nódulos supraciliares.

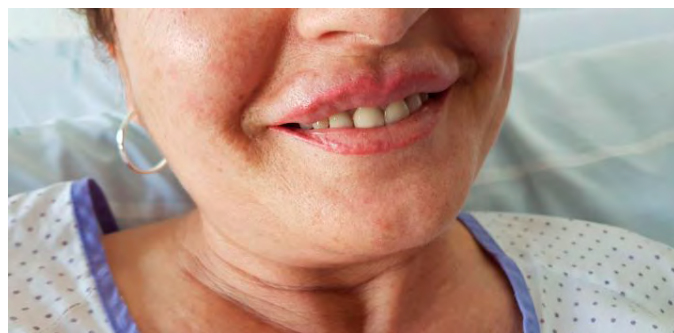


Figura 2
Nódulos labiales



Figura 3
Tatuaje en relieve por infiltración sarcoidótica.

- Serologías y autoanticuerpos: AntiLKM, antimúsculo liso, Anticitrulina, ANA, ac antimitocondriales, anti-cardiolipina, anti-b-2 glicoproteína, antimieloperoxidasa y anti-proteinasa 3 NEGATIVOS. Serologías virales (VHB, VHA, VIH, VHC, VEB, VVZ, CMV, VIH negativos). Ceruloplasmina normal. Enzima convertidora angiotensina (ECA) normal.

- TAC tórax, en el que se aprecian - Adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas y micronódulos cisurales bilaterales que podría estar en relación con afectación ganglionar y parenquimatosa por proceso granulomatoso tipo sarcoidosis.

- Ecografía mamaria: En la ecografía de mama izquierda objetivamos una irregularidad de los contornos de la prótesis mamaria con líneas hiperecogénicas en el interior de la prótesis. A nivel axilar objetivamos adenopatías hiperecogénicas de diverso tamaño, siendo la mayor de 30 x 14 mm de diámetro, con sombra posterior típica de siliconomas, imagen de probable rotura extracapsular de prótesis de mama izquierda.

- Biopsias lesiones cutáneas (nódulos faciales, pápulas en rodillas y tatuaje en zona sacra): TODAS presentan granulomas no necrotizantes. Negativo para hongos y TBC. En la biopsia hepática se observa intensa proliferación ductulillar con moderada inflamación inespecífica, con muy escasas células plasmáticas, no se observa parénquima hepático normal, no se identifican granulomas. Estos hallazgos pueden ser concordantes con una Colangitis biliar primaria estadio 1⁵. También podrían darse en el caso de una necrosis hepatocitaria de tiempo de evolución.

Se decide tratamiento con Prednisona 30 mg /día e Hidroxicloroquina 200 mg /12h, calcio y colecalciferol y exéresis de las prótesis mamarias. Durante unos meses la paciente bajó la dosis de corticoides a 7,5 mg de prednisona por decisión propia, con ascenso de enzimas hepáticas, por lo que hubo que subir de nuevo a 15 mg / día.

Discusión

En una revisión de una serie española de 46 pacientes, ³diagnosticados de síndrome Asia, se encontraron nódulos inflamatorios 40/45 (88%), así como patologías tales como cirrosis biliar primaria, Sd Sjögren, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal y polirradiculopatía. 5(11 %) se presentaron primariamente con una enfermedad autoinmune sistémica. Los biomateriales y prótesis pueden provocar enfermedades autoinmunes de aparición tardía, cumpliendo los criterios ASIA, o presentándose primariamente como reacciones locales/inflamatorias que pueden eventualmente evolucionar en trastornos autoinmunes sistémicos o granulomatosos que serían catalogados como ASIA².

Los principales biomateriales usados suelen ser rellenos faciales y para aumento de pecho. Interesantemente, el tiempo medio transcurrido antes de la manifestación clínica, puede ser hasta 70 meses (la paciente se había implantado las prótesis hace años). Los rellenos faciales semi-permanentes, con un efecto de entre 6-12 meses podrían ser responsables de manifestaciones mucho después. Este hecho puede ser debido a un segundo efecto desencadenante de otros adyuvantes, particularmente otros pigmentos faciales, infecciones clínicas o subclínicas, traumas locales o vacunas. En conclusión, en un huésped predispuesto, 2 o más diferentes estímulos -como vemos en el caso de esta paciente que es portadora de una prótesis de silicona rota, un tatuaje en la espalda, y una reciente pigmentación con tinta roja labial²- podrían manifestar reacciones autoinflamatorias sistémicas.

Bibliografía

1. Luis J. Jara, Grettel García-Collinot, Gabriela Medina et al. Severe manifestations of autoimmune syndrome induced by adjuvants (Shoenfeld's syndrome). *Immunol Res* 2017;65:8-16.
2. Balk EM, Earley A, Avendano EA, Raman G. Long-term health outcomes in women with silicone gel breast implants: a systematic review. *Ann Intern Med* 2016;164:164–75.
3. Jaume Alijotas-Reig, Enrique Esteve – Valverde, Natalia Gil-Aliberas, Víctor García- Gimenez. Autoimmune/inflammatory syndrome induced by adjuvants-ASIA- related to biomaterials: analysis of 45 cases and comprehensive review of the literature. *Immunologic Research*. 2018;66:120-140.
4. Ludwig J, Dickson ER, McDonald GS. Staging of chronic nonsuppurative destructive cholangitis (syndrome of primary biliary cirrhosis). *Virchows Arch A Pathol Anat Histol* 1978; 379:103.
5. Abdulla Watad, Vered Rosemberg, Shmuel Tosano, Jan Willem Cohen et al. Silicone breast implants and the risk of autoimmune/rheumatic disorders: a real- world analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2018; 1846-1854.

HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

CHALLENGING ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Librero Jiménez M, Heredia Carrasco C

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Se presenta el caso de un varón de 57 años con antecedentes de un episodio de pancreatitis aguda un año antes, que ingresa por un nuevo episodio de pancreatitis complicado con un sangrado digestivo inicialmente atribuido al diagnóstico concurrente de un adenocarcinoma sobre esófago de Barret, que actuó realmente como elemento distractor en el diagnóstico de la rotura del pseudoaneurisma visceral arterial, que constituía la verdadera causa de sangrado.

Palabras clave: pseudoaneurisma, pancreatitis, necrosis, hemorragia.

Abstract

We report the case of a 57-years-old male with a previous episode of acute pancreatitis one year before, admitted with a new episode of pancreatitis complicated by a gastrointestinal bleeding initially attributed to the diagnosis of an adenocarcinoma on a Barret esophagus, which act as a distraction from the real diagnosis of a ruptured visceral arterial pseudoaneurysm.

Keywords: pseudoaneurysm, pancreatitis, necrosis, bleeding.

Introducción

Los pseudoaneurismas viscerales arteriales son complicaciones poco frecuentes durante el transcurso de una pancreatitis aguda o crónica (1,3-10%)¹. Es necesario un alto grado de sospecha diagnóstica dado que, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la tasa de mortalidad sigue siendo elevada (34-52%)².

CORRESPONDENCIA

Marta Librero Jiménez
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 Granada
marlibjim@gmail.com

Fecha de envío: 29/11/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 57 años con antecedentes de un trastorno generalizado del desarrollo cognitivo y un episodio previo de pancreatitis aguda de origen mixto (biliar e hipertrigliceridemia) un año antes. Consulta por epigastralgia y coluria, sin vómitos o fiebre, así como deposiciones hematoquécicas en los días previos al ingreso.

En la analítica a su llegada a Urgencias destacaba una elevación de enzimas pancreáticas en rango de pancreatitis aguda, un patrón colestásico con cifras de bilirrubina total de 4 g/dl, así como una anemia crónica de perfil ferropénico en los meses previos que había experimentado un descenso agudo en las cifras de hemoglobina. Ante la anemización aguda y la persistencia de hematoquecia durante los primeros días de ingreso, con Colonoscopia realizada 8 meses antes y único hallazgo de adenoma tubular en ciego, se realiza Gastroscoopia que aprecia en la transición esofagogástrica una lengüeta de mucosa gástrica ectópica compatible con Esófago de Barret sobre la que asienta una lesión central sobreelevada y fibrinada, friable al roce y sospechosa de malignidad, que se biopsia.

Por otra parte, la ecografía abdominal realizada al ingreso informaba de la presencia de un dudoso material ecogénico decantado en la pared posterior de colédoco con lo que, junto a la colestasis analítica progresiva, finalmente se realiza TAC abdominal con contraste iv que describe la presencia de una Colección Aguda Necrótica de 9,5 x 3,2 cm que se extiende hacia el ligamento hepatoduodenal englobando arteria hepática común y su bifurcación, y condicionando estenosis filiforme de la porta.

Tras la estabilización clínica inicial del paciente, comienza con un nuevo episodio de epigastralgia junto a hematemesis e inestabilidad hemodinámica, que obliga a su traslado a UCI para realizar Gastroscoopia Urgente en la que se objetivan restos hemáticos digeridos tanto en estómago como en duodeno, que se lavan sin objetivar lesiones subyacentes, así como un dudoso vaso visible en la base de la lesión transicional previamente descrita cuya histología finalmente viene compatible con adenocarcinoma, colocándose clips hemostáticos con buen resultado inmediato.

Analíticamente destaca asimismo un incremento progresivo de los signos de colestasis, alcanzando cifras de hasta 13 g/dl de bilirrubina.

Al persistir con clínica y analítica compatible con sangrado activo finalmente se realiza angio-TAC abdominal, que describe la presencia de un pequeño pseudoaneurisma intrahepático dependiente de una rama posterior de la arteria hepática derecha, con hemobilia y contenido hemático en asas de intestino delgado y colon, embolizándose satisfactoriamente (Figuras 1 y 2).

Discusión

Un pseudoaneurisma arterial visceral es un vaso sanguíneo que presenta un punto de rotura en su pared y un hematoma alrededor



Figura 1

Angiografía pre-embolización del pseudoaneurisma.



Figura 2

Angiografía post-embolización del pseudoaneurisma.

que comunica con la luz del vaso. Sus localizaciones más frecuentes son la arteria esplénica, gastroduodenal, pancreatoduodenal y mesentérica superior³. Se producen por digestión enzimática e isquemia microcirculatoria en contigüidad con la inflamación y necrosis pancreática⁴, y pueden aparecer desde semanas hasta años después del episodio⁵.

El interés de este caso radica en lo infrecuente de las complicaciones vasculares arteriales y sobre todo en las que afectan a vasos de pequeño calibre¹, en la dificultad diagnóstica al solaparse en el tiempo dos patologías completamente independientes entre sí, así como en la distancia presente entre pseudoaneurisma y colección, dado que habitualmente aparecen en contigüidad por disección de la pared vascular⁴. Esto podría venir justificado por la formación de dicha colección en relación no al episodio actual de pancreatitis, sino al acontecido un año antes.

Bibliografía

1. Evans RP, Mourad MM, Pall G, et al. Pancreatitis: Preventing catastrophic haemorrhage. *World J Gastroenterol*. 2017 Aug 14; 23(30): 5460-8.
2. Sharma PK, Madan K, Garg PK, et al. Hemorrhage in acute pancreatitis: should gastrointestinal bleeding be considered an organ failure? *Pancreas*. 2008 Mar; 36(2):141-5.
3. Mallick B, Malik S, Gupta P, et al. Arterial pseudoaneurysms in acute and chronic pancreatitis: Clinical profile and outcome. *JGH Open*. 2018 Dec 26;3(2):126-32.
4. Maatman TK, Heimberger MA, Lewellen KA, et al. Visceral artery pseudoaneurysm in necrotizing pancreatitis: incidence and outcomes. *Can J Surg*. 2020 May 21;63(3): E272-7.
5. Balthazar EJ. Complications of acute pancreatitis: clinical and CT evaluation. *Radiol Clin North Am*. 2002 Dec; 40(6):1211-27.

ICTERICIA COMO DEBUT DE LINFOMA BURKITT

JAUNDICE AS BURKITT LYMPHOMA DEBUT

De Vicente Ortega A, Romero-Moreno S, Arroyo Argüelles JM, Frutos Muñoz L, Castillo Molina L

UGC Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Jaén.

Resumen

El linfoma de Burkitt es un linfoma no Hodgkin de células B, que representa el 4% de la patología tumoral. Existen tres formas clínicas, siendo la esporádica la más frecuente en nuestro medio, sobre todo en niños o adultos jóvenes.

Describimos un caso de linfoma Burkitt pancreático y ovárico, en el que la clínica de debut de ictericia asintomática es lo que determina el inicio del estudio.

Como resultados y conclusión, destacar que es una entidad poco frecuente siendo importante diferenciarla del adenocarcinoma pancreático por su diferente tratamiento y evolución.

Palabras clave: Linfoma Burkitt, pancreático, ovárico.

Abstract

Burkitt lymphoma is a type of B-cell non-Hodgkin lymphoma that represents 4% of tumoral pathology. There are three main types of Burkitt lymphoma but the most frequent in our area is the sporadic one, mainly in childhood and young adults.

We describe a case of pancreatic and ovarian Burkitt lymphoma in which the clinical debut of asymptomatic jaundice determines the start of the study.

As result and conclusion, it highlights that it is a non-frequent entity and the importance of differentiating it one from pancreatic adenocarcinoma due to different treatment and clinical development.

Keywords: Burkitt lymphoma, pancreatic, ovarian.

CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 01/12/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

Introducción

El linfoma de Burkitt es un linfoma no Hodgkin de células B muy agresivo, representando el 4% de la patología tumoral¹. Se reconocen tres formas clínicas diferentes: endémica, esporádica y asociada a inmunodeficiencia; según la epidemiología, presentación

clínica y características genéticas^{2,3}. La forma esporádica ocurre en cualquier localización mundial, con una incidencia del 1-2% en adultos y del 40% en niños en Europa occidental².

El linfoma es una enfermedad del tejido linfático y, por lo tanto, puede surgir en cualquier lugar en el cuerpo donde se encuentra el tejido linfático, siendo las ubicaciones más frecuentes para el linfoma Burkitt: placas de Peyer del intestino delgado y anillo de Waldeyer en la nasofaringe³.

Para establecer el diagnóstico es necesario el estudio anatomopatológico del tejido afectado, normalmente una masa abdominal o alguna localización extraganglionar³.

El tratamiento es similar para las tres formas diferenciadas, siendo la quimioterapia el tratamiento de primera línea¹.

A continuación, se presenta un caso de linfoma Burkitt que debuta con clínica de ictericia asintomática lo que simula un cáncer pancreático, siendo una localización extranodal rara.

Objetivo: describir un caso de linfoma Burkitt que se diagnostica debido a la presentación clínica similar a un cuadro tumoral de origen hepatobiliopancreático, ya que es una patología poco frecuente. Cabe destacar la importancia de diferenciar un adenocarcinoma pancreático de un linfoma Burkitt con afectación pancreática, ya que el tratamiento y evolución difiere.

Caso clínico

Mujer de 35 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias por ictericia, heces acólicas y orina colúrica de cuatro días de evolución. Como antecedente familiar, destaca cáncer de páncreas en abuela materna.

Es bebedora ocasional y fumadora. Presenta exploración física anodina salvo tinte icterico y molestias a la palpación en hipogastrio y epigastrio.

Como pruebas complementarias, se realiza una analítica donde destaca: bilirrubina 9.6 mg/dL, GGT 1727 U/L, GOT 271 U/L, GPT 584 U/L, amilasa 949 U/L, lipasa 1849 U/L y PCR 38,5 mg/dL. Se solicita ecografía abdominal y TC abdominopélvico como pruebas de imagen que evidencian: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, probablemente secundaria a lesión ocupante de espacio en enrucijada bilio-entero-pancreática y porción proximal de páncreas, con mala delimitación con duodeno. También, tumoración pélvica con aparente relación con pedículo vascular ovárico derecho sin visualizar manejo, compatible con tumoración sólido-quística ovárica derecha (Figuras 1 y 2).

También, se realiza gastroscopia donde se visualiza una úlcera gástrica y otra suprapapilar, sugerente de infiltración. Se toman biopsias que presentan como resultado anatomopatológico: mucosa gástrica con infiltración por neoplasia maligna indiferenciada de alto grado, con índice proliferativo ki67 > 95%.

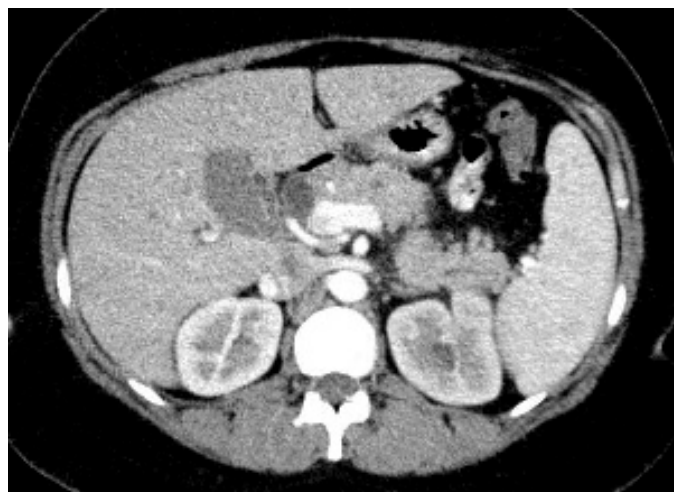


Figura 1

Dilatación de la vía biliar por lesión ocupante de espacio en enrucijada bilio-entero-pancreática.



Figura 2

Tumoración ovárica derecha.

Dada la dilatación de la vía biliar y las elevadas cifras de bilirrubina, se decide tratamiento de drenaje de vía biliar con colocación de prótesis mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, mientras se completa estudio.

Se intervino a nivel ginecológico para biopsia de anejos uterinos con similar resultado al obtenido en las biopsias de la gastroscopia, siendo compatible con síndrome linfoproliferativo.

Es entonces cuando se deriva al servicio de Hematología, donde completan el estudio con aspirado de médula ósea compatible con infiltración medular por linfoma de Burkitt, siendo diagnosticada de linfoma de Burkitt con afectación pancreática y ovárica. Una vez establecido el diagnóstico, se inicia tratamiento con quimioterapia.

Discusión

Dentro de las diferentes formas clínicas del linfoma Burkitt, la más común en Europa es la esporádica, siendo más frecuente en niños y adultos jóvenes²⁻⁴. En esta forma esporádica, el abdomen es la localización más comúnmente afectada, sobre todo ciego, riñones, omento, ovarios, etc. estando estos últimos, además del páncreas, involucrados en nuestro caso².

La presentación clínica suele ser una masa de rápido crecimiento abdominal, aunque en nuestro caso lo principal que desencadenó el estudio fue la clínica de ictericia asintomática debido a la infiltración pancreática^{3,5}. Esta localización, como un sitio extraganglionar del linfoma no Hodgkin, es de aparición muy rara siendo menos del 1% de los casos^{1,5}. Es importante la diferenciación del adenocarcinoma de páncreas con otros tipos de neoplasias en esta glándula, incluidos el linfoma de Burkitt, cuyo tratamiento y pronóstico difieren⁵.

El tratamiento que se realiza en nuestro caso es drenaje de la vía biliar mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y posterior quimioterapia⁵.

Bibliografía

1. Konjeti VR, Heffernan GM, Paluri S, Ganjoo P. Primary Pancreatic Burkitt's Lymphoma: A case report and review of literature. *Case Rep Gastrointest Med.* 2018 Jan 18;2018:5952315.
2. Ferry JA. Burkitt's Lymphoma: Clinicopathologic Features and Differential Diagnosis. *The Oncologist.* 2006;11(4):375–383.
3. Aftandilian CC, Friedmann AM. Burkitt lymphoma with pancreatic involvement. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2010;32(8):e338–40.
4. Dunleavy K. Approach to the diagnosis and treatment of adult burkitt's lymphoma. *J Oncol Pract.* 2018;14(11):665–71.
5. Wang YJ, Jeng CM, Wang YC, Chang PP, Wang TH. Primary pancreatic Burkitt's lymphoma mimicking carcinoma with obstructive jaundice and very high CA19-9. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006;18(5):537–540.

ABSCESO GLÚTEO RECIDIVANTE: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA NEOPLASIA DE COLON.

RECURRENT GLUTEAL ABSCESS: AN ATYPICAL
PRESENTATION OF COLON NEOPLASM.

Moya Ruiz A, Miras Lucas L, Serrano Carrillo de Albornoz JL, González Olid MD

Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 74 años que consulta a Urgencias por absceso glúteo derecho recidivante y que tras hacerle body-TAC, por el hallazgo incidental preoperatorio de nódulos pulmonares bilaterales, se diagnóstica de neoplasia de ciego perforada de manera contenida en forma de colección retroperitoneal que fistuliza a tejido cutáneo.

Discusión: El cáncer de colo-rectal es el de mayor incidencia en España. Los signos y síntomas de presentación más comunes incluyen rectorragia, dolor abdominal, anemia inexplicable y / o un cambio en el hábito intestinal. Una parte importante de los pacientes puede presentar características clínicas sugestivas de enfermedad metastásica debido a diseminación linfática y hematógena y en raras

ocasiones se puede manifestar como absceso en regiones adyacentes por perforación del propio tumor.

Conclusiones: El carcinoma de colon perforado siempre debe considerarse como un diagnóstico diferencial para los abscesos de los miembros inferiores recidivantes y con mal control con manejo habitual.

Palabras clave: absceso glúteo, cáncer de colon, metástasis pulmonares.

Abstract

Clinical case: A 74-year-old female came to the emergency department due to a recurrent right gluteal abscess. Due to the incidental preoperative finding of bilateral pulmonary nodules, a body CT scan was performed. She was diagnosed with a perforated but contained cecum neoplasm, which forms the described collection.

Discussion: Colorectal cancer is the cancer with the highest incidence in Spain. The most common signs and symptoms include rectal bleeding, abdominal pain, unexplained anemia, and a change

CORRESPONDENCIA

Alejandro Moya Ruiz
Hospital de Poniente
04700 El Ejido, Almería
alejandromoyaruiz@hotmail.com

Fecha de envío: 16/12/2020

Fecha de aceptación: 21/02/2021

in bowel habits. A significant part of the patients may present clinical features that are suggestive of metastatic disease due to lymphatic and hematogenous spread. On rare occasions, it can appear in adjacent regions as an abscess due to the perforation of the tumor itself.

Conclusions: Perforated colon carcinoma should be always considered a differential diagnosis for abscesses of the lower limbs originated through the psoas muscle.

Keywords: gluteal abscess, colon neoplasm, lung metastases.

Introducción

La causa más común de absceso glúteo es la administración parenteral de fármacos con agujas contaminadas. Otras causas frecuentes suelen incluir la presencia de un hematoma infectado, seroma, sepsis postraumática o diseminación de sepsis intrapélvica a la región glútea. En raras ocasiones, puede deberse a un cáncer de colon perforado¹.

La perforación del cáncer colorrectal es rara (2,6% a 9%) y se asocia con una morbilidad significativamente altas. La formación de abscesos ocurre en 0.3% a 4% de los carcinomas de colon y es la segunda complicación más común de las lesiones perforadas. La mayoría de los abscesos secundarios a la perforación del carcinoma de colon se delimitan a nivel de la cavidad intraabdominal. En raras ocasiones, pueden presentarse como un absceso en glúteo, pared abdominal, región retroperitoneal, inguinal o muslo².

A continuación exponemos un caso de carcinoma de ciego avanzado sin síntomas intestinales que se presenta como absceso glúteo derecho recidivante.

Caso clínico

Se trata de una paciente mujer de 74 años, con intolerancia a Targin y antecedentes personales de LES cutáneo-articular en remisión, síndrome músculo-tensional, osteoartritis, fibrilación auricular controlada con bisoprolol, bocio multinodular (Nódulo sólido-quístico TIRADS³, estable ecográficamente), que desde mayo presenta absceso glúteo derecho recidivante.

Consulta en urgencias por tercera vez en el plazo de 7 meses. Presenta dolor inguinal derecho y posteriormente en zona alta del muslo para en los días posteriores aparecer una placa de celulitis en zona craneal glútea derecha de rápida abscesificación (en 3-4 días).

En este periodo de tiempo, y tras múltiples visitas a Urgencias siendo valorado por Cirugía y Traumatología en consultas externas; se trata con antibioterapia, en primer lugar de forma empírica, y posteriormente de forma dirigida tras el aislamiento de *Klebsiella Pneumoniae* y *S. Contellatus*, procediendo al drenaje del absceso hasta en dos ocasiones. Se realizan dos pruebas de imagen

(Ecografía de partes blandas y RMN) donde no se evidencian abscesos, signos artritis séptica ni osteomielitis. A pesar del manejo adecuado el absceso recidiva y se vuelve a modificar antibioterapia según antibiograma.

Tras mala evolución a pesar de antibioterapia dirigida destaca nuevo episodio de dolor en zona inguinal derecha a lo que asocia zona eritematosa e indurada en zona glútea derecha compatible con nueva abscesificación precisando nuevamente drenaje.

En el examen físico se evidenció una zona eritematosa, con aumento de temperatura e indurada de unos 7-8 cm en zona glútea derecha. A la exploración presentaba un abdomen blando y depresible con molestias a la palpación en fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal. Resto de la exploración física sin hallazgos de interés.

Análiticamente destacó: función renal e iones normales. Bilirrubina total 0,27 mg/dl. GOT 19 U/L, GPT 22 U/L, GGT 149 U/L, Fosfatasa alcalina 251, PCR 15,79 mg/dl. El hemograma destaca: leucocitosis (11.800/mm³) con neutrofilia (81,5% PMN), Hb 11 g/dl, con plaquetas y coagulación normales.

Tras el drenaje del absceso se decide ingreso en el servicio de Cirugía. Solicitando preoperatorio con ECG y radiografía de tórax, presentando en esta última nódulos pulmonares bilaterales que sugieren metástasis pulmonares (Figura 1).



Figura 1

Nódulos pulmonares de distribución difusa pulmón derecho y en lóbulo inferior izquierdo. No se aprecian otras alteraciones de la densidad parenquimatosa pulmonar bilateral. Obliteración de seno costofrénico izquierdo sugestiva de pequeña cantidad de derrame. Silueta cardiomedial e hilos sin alteraciones.

Durante el ingreso se solicita Body-TAC (Figuras 2 y 3) como estudio de nódulos pulmonares bilaterales y en el que se aprecia: Metástasis hepáticas múltiples. Metástasis pulmonares bilaterales. Imagen de colección entre músculo psoas ilíaco derecho y ciego que parece presentar comunicación con la luz de ciego. Valorar la posible neoplasia de ciego, que se perfora de manera contenida y forma la colección descrita.

Tras los hallazgos en las pruebas de imagen se propone tratamiento quirúrgico llevándose a cabo hemicolectomía derecha

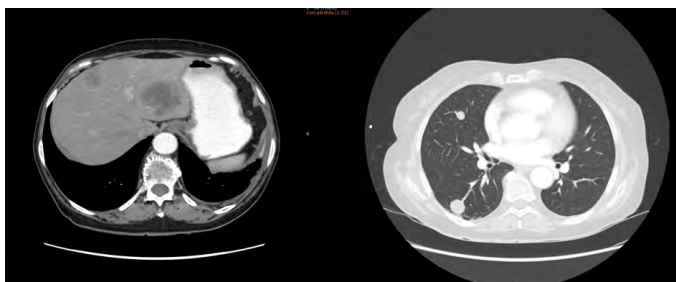


Figura 2

Body- TAC: Nódulos pulmonares bilaterales, el de mayor tamaño de 17 mm en LID. No se adenopatías hiliares ni mediastínicas. Hígado con múltiples nódulos sólidos hipodensos mal delimitados, de mayor tamaño de 49 mm entre segmentos II-III.

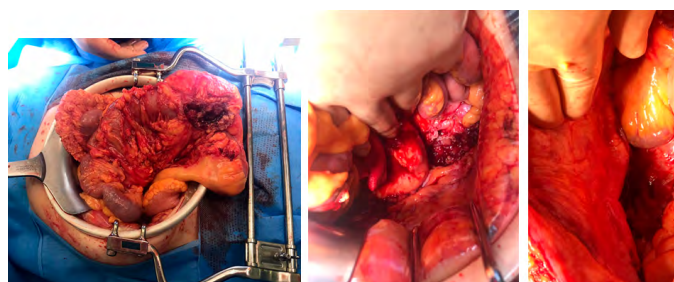


Figura 4

Pieza quirúrgica. Fondo de fosa ilíaca derecha tras retirada del tumor.

Discusión

El cáncer colorrectal predomina en personas mayores siendo la edad media de presentación de 70-71 años. Afecta a hombres y mujeres casi por igual. A nivel mundial, en el año 2018 el cáncer colorrectal representa el tercero en incidencia en ambos sexos después de cáncer de pulmón y mama, sin embargo según el informe 'Las cifras del cáncer en España 2020' realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de colon es el de mayor incidencia en España y se espera el diagnóstico de 44.231 nuevos casos en 2020³.

Los síntomas van a depender, en gran medida, de la localización del tumor. En el caso de afectación de colon izquierdo se manifiesta como dolor abdominal, cambios en el ritmo intestinal, hematoquecia y obstrucción intestinal. En lesiones tumorales que afectan a colon derecho se presentan como masa abdominal (25%) y signos de anemia crónica. En tumores rectales la presentación más frecuente es rectorragia (50%), aunque también se puede presentar como disminución del calibre de las heces, cambios en el ritmo intestinal, tenesmo rectal y defecación imperiosa.

Otras manifestaciones típicas son fiebre, pérdida de peso y astenia. Las manifestaciones clínicas según la localización metastásica del tumor: carcinomatosis peritoneal (estreñimiento, dolor abdominal, obstrucción); hígado (ictericia, hepatomegalia dolorosa, coagulopatía); pulmón (disnea, tos seca, hemoptisis), etc. Los síndromes paraneoplásicos son infrecuentes y pueden presentarse en forma de miositis o dermatomiositis, acantosis nigricans o hipertrichosis lanuginosa⁴.

Tras una revisión sistemática de la literatura, Medina A. et al (2019) concluyen que la perforación es infrecuente, presentando distintos escenarios en el momento del diagnóstico: a) tumor perforado libremente hacia la cavidad abdominal causando peritonitis; b) formación de un absceso intrabdominal/parietal, o c) formación de un trayecto fistuloso, con mayor frecuencia colovesical, coloentérico o colovaginal. Fisiopatológicamente existen dos mecanismos de perforación, uno por perforación tumoral primaria y otro secundario a hiperpresión retrógrada. El colon izquierdo es el sitio más frecuente de perforación de las neoplasias colorrectales, seguido del colon derecho. En el caso de las perforaciones contenidas por la pared abdominal con consecuente formación de un absceso parietal, el sitio de mayor frecuencia es el colon derecho⁵. La formación tanto

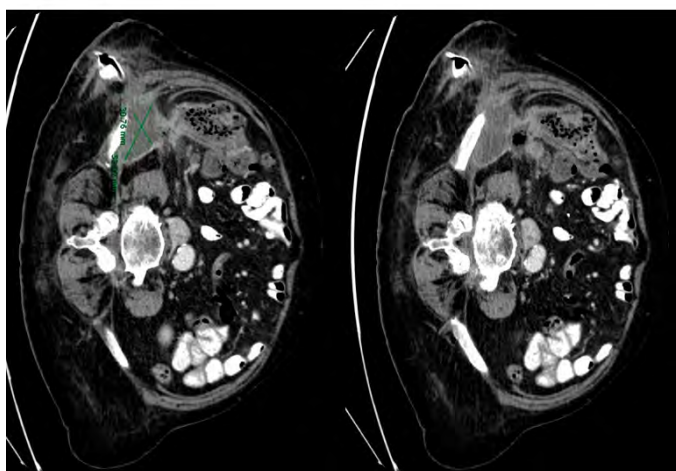
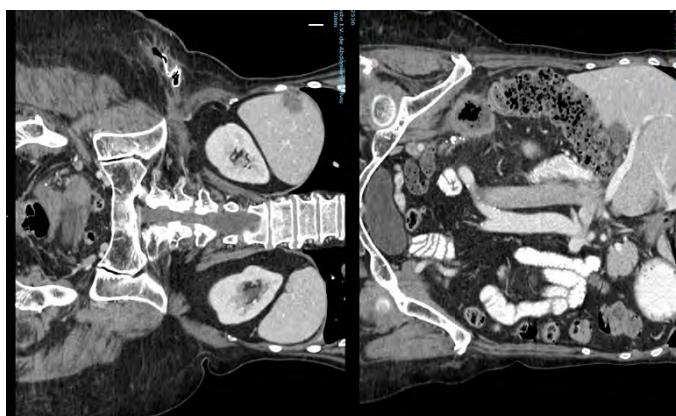


Figura 3

Body- TAC: Imagen de colección de contornos anfractuosa realce periférico y contenido hidroaéreo que afecta al músculo iliopsoas, y presenta mínima relación con el ciego, presentando diámetros axiales de 54 mm x 48 mm, parece presentar comunicación con la luz del ciego.

y exéresis para biopsia de metástasis hepática en segmento II (Figura 4). Finalmente, se confirmó mediante Anatomía Patológica que se trataba de un adenocarcinoma de ciego ulcerado escasamente diferenciado y que la metástasis hepática era compatible con origen tumoral primario colónico. El estadiaje postquirúrgico TNM (8ª ed): pT4a pN2a pM1a.

de abscesos glúteos como retroperitoneales secundarios a cáncer de colon suele ser una causa infrecuente. En un estudio llevado a cabo por Altemeier et al (1961) esta forma de manifestación clínica se presentó en 6 de 189 casos estudiados⁶.

Aunque infrecuente, esta forma de presentación con formación de absceso secundario a perforación de tumor en colon derecho, aparece en casos revisados en la literatura como: Mohandas et al (2010) describieron el caso de una paciente de 81 años con absceso glúteo derecho de 3 semanas de evolución sin asociar clínica a nivel intestinal y que finalmente se trataba de un carcinoma cecal, Karthikeyan et al (2014) presentaban el caso de una paciente de 50 años que acudía por absceso en región glútea derecha de una semana de evolución. En este caso la paciente estaba recibiendo inyecciones intramusculares por lo que tenían este factor de confusión. Finalmente tras estudio con pruebas de imagen e histológicas se confirmó cáncer cecal perforado y que fistuliza a región glútea derecha.

En conclusión, el carcinoma cecal es uno de los cánceres más comunes con diferentes formas de presentación clínica según su localización. Aunque la perforación intestinal es una complicación bien reconocida del carcinoma cecal, los síntomas y los hallazgos físicos pueden ser engañosos, principalmente en personas de edad avanzada o cuando la historia clínica del paciente incluye factores de confusión, como la tuberculosis. El carcinoma cecal perforado puede simular muchas otras enfermedades y siempre debe tenerse en cuenta durante el diagnóstico diferencial de abscesos retroperitoneales y absceso glúteo de difícil control⁷.

Bibliografía

1. Karthikeyan VS, Sistla SC, Ram D, Ali SM, Velayutham SSR, Vijayaraghavan N. Carcinoma cecum presenting as right gluteal abscess through inferior lumbar triangle pathway-report of a rare case. *Int Surg* 2014; 99:371–373. <https://doi.org/10.9738/INTSURG-D-13-00116.1>.
2. Mohandas SK, Mazarello F, Bisset R. Right gluteal abscess: An unusual presentation of perforated caecal adenocarcinoma. *J Gastrointest Cancer* 2010; 41:285–587 <https://doi.org/10.1007/s12029-010-9155-y>.
3. Sociedad Española de Oncología Médica SEOM. (2020). Cifras del cáncer en España | SEOM - Día Mundial del Cáncer 2020. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf.
4. Molina-Villaverde R, Jiménez-Gordo AM, López-Gómez M, Álvarez-Mon Soto M. Cáncer colorrectal. *Medicine (Spain)* 2017, 12:1911–1918. <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.04.012>.
5. Medina-Velasco AM, Gemio del Rey I, de la Plaza Llamas R, Arteaga-Peralta VA, Ramia JM. Absceso inguinal como presentación de la neoplasia de colon derecho. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Esp Enferm Dig* 2020; 112:139-143 <https://doi.org/10.17235/reed.2020.5887/2018>.
6. Altemeier WA, Alexander JW. Retroperitoneal abscess. *Arch Surg* 1961; 83:512-524.
7. Fotiadis C, Macheras A, Charalampopoulos A, Karatzas G. Perforated cecal carcinoma presenting as a retroperitoneal abscess. *Ann Gastroenterol* 2004; 17:410-412.

QUISTE HIDATÍDICO PANCREÁTICO: UNA ENTIDAD RARA E INFRADIAGNOSTICADA.

PANCREATIC HYDATHID CYST:
A RARE AND UNRADIAGNOSED ENTITY.

Garrido Márquez I, Núñez Delgado Y, Olmedo Sánchez E

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

La hidatidosis es una zoonosis endémica de países Mediterráneos con el perro como huésped primario, pero que puede afectar al ser humano en última instancia. Mediante diseminación hematológica, el parásito infecta los órganos del sistema digestivo con formación de quistes, siendo la afectación hepática la más frecuente. El compromiso pancreático es muy infrecuente, y cuando existe, es complicada su sospecha debido a su sintomatología larvada así como el diagnóstico mediante pruebas de imagen, dado que los hallazgos son muy similares a los de otras entidades como los pseudoquistes pancreáticos y el tumor mucinoso quístico. Es por ello, que en zonas autóctonas hay que incluirlo en el informe como diagnóstico diferencial.

Palabras clave: quiste hidatídico, páncreas, Echinococcus, tumor mucinoso quístico, tomografía computarizada.

Abstract

Hydatidosis is an endemic zoonosis in Mediterranean countries with the dog as the primary host, but which can ultimately affect humans. Through hematogenous spread, the parasite infects the organs of the digestive system with the formation of cysts, with liver involvement being the most frequent. Pancreatic involvement is very rare, and when it exists, its suspicion is complicated due to its larval symptoms as well as diagnosis by imaging tests, since the findings are very similar to those of other entities such as pancreatic pseudocysts and cystic mucinous tumors. For this reason, in indigenous areas it must be included in the report as a differential diagnosis.

Keywords: hydatid cyst, pancreas, Echinococcus, mucinous cystic tumor, computed tomography.

Introducción

Presentamos a una mujer de 58 años con antecedentes familiares de tumores digestivos que acude por síndrome constitucional, dolor abdominal y vómitos en las últimas dos semanas. En ecografía realizada en consulta se visualiza una lesión quística que parece ubicarse en la cola del páncreas. Se solicita TC

CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
igamar26@gmail.com

Fecha de envío: 01/11/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

abdominopélvica con contraste intravenoso para completar estudio, con hallazgos de una lesión focal de aspecto quístico, redondeada, con pared gruesa y lisa, que realza tras la administración de contraste. Dicha lesión no parecía estar en comunicación con el conducto pancreático principal, el cual no estaba dilatado. Se caracterizó como posible tumor mucinoso quístico.

La paciente fue intervenida realizándose pancreatometomía de cuerpo y cola junto con nefrectomía izquierda, esplenectomía y resección de pastilla gástrica. El análisis anatomopatológico de la pieza tumoral reveló la existencia de un quiste hidatídico con pared fibrosa y moderada reacción inflamatoria crónica acompañante.

Discusión

La hidatidosis o equinocosis es una zoonosis endémica causada por el parásito *Echinococcus granulosus*, de las más diseminadas en el mundo, sobre todo en países Mediterráneos, Asia, América del Sur y Oceanía¹. El huésped primario es el perro, mientras que las ovejas y cabras son intermediarios, y el humano se puede infectar al consumir vegetales contaminados por heces animales que contengan la larva. Provoca formación de quistes en cualquier órgano del cuerpo, siendo los lugares más afectados el hígado (50-77%), pulmón (15-47%), bazo (0,5-8%) y el riñón (2-4%)². La afectación pancreática es extremadamente rara (0,1-2%)³ y si existe, se debe a la diseminación hematogena del parásito. El compromiso pancreático en la hidatidosis puede ser primario (involucra solamente al páncreas) o secundario (con compromiso de múltiples órganos)¹.

Debido a que los quistes pancreáticos crecen lentamente (0,3-2 cm por año)¹, un considerable número de pacientes se mantienen asintomáticos durante años. En los pacientes sintomáticos, la presentación clínica y las complicaciones dependerán de la localización del quiste en el páncreas, el tamaño y la relación con los órganos vecinos. La mayoría de los casos presentan dolor epigástrico, la masa palpable y pérdida de peso. Los quistes localizados en la cabeza pueden causar ictericia obstructiva o pancreatitis aguda ya sea por compresión extrínseca o fistulización, y aquellos localizados en el cuerpo y cola se mantienen asintomáticos hasta que crecen lo suficiente para comprimir órganos vecinos.

El diagnóstico preoperatorio es complicado e infradiagnosticado, ya que mediante pruebas de imagen el aspecto será muy similar al tumor mucinoso quístico pancreático, que es más prevalente (2,6%)³. Por tanto, el análisis anatomopatológico será definitivo en estas situaciones.

En ecografía, podremos apreciar las estructuras del quiste interno, incluidas las membranas, los tabiques, la arena hidatídica y los quistes hijos. Veremos una lesión anecoica bien definida con una pared gruesa hiperecoica de doble revestimiento y material ecogénico. En la TC abdominopélvica con contraste esto se traduce en lesiones multivesiculares con quistes hijos, material denso en su interior, el signo del "lirio de agua" ("water lily sign") y una pared hiperdensa gruesa y con calcificaciones³.

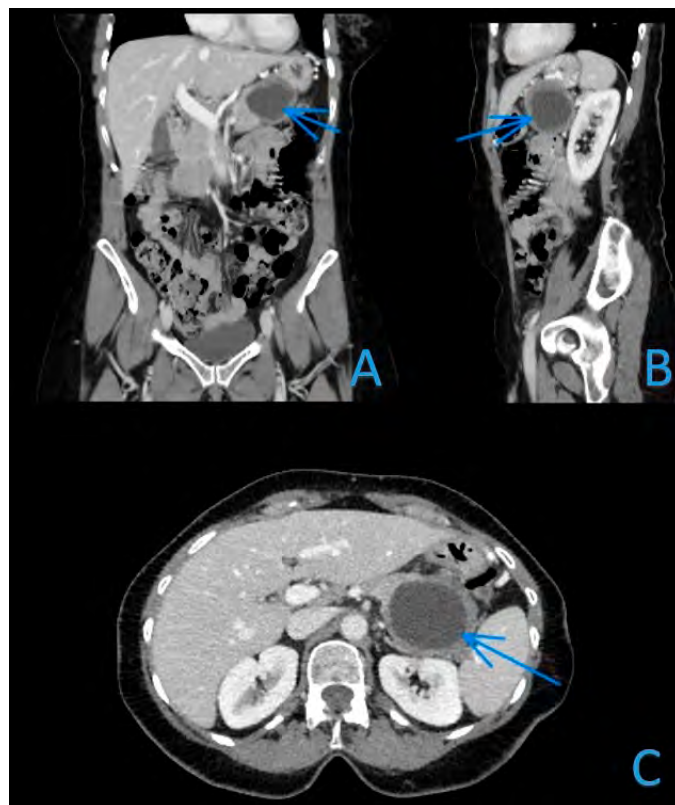


Figura 1

Imágenes de TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal, cortes coronal (A), sagital (B) y axial (C). En región de cola pancreática se observa una lesión focal de aspecto quístico y morfología redondeada (flechas), con unas dimensiones aproximadas de 47.5x56x52 mm (APxTxCC), que presenta una pared gruesa y lisa, hipercaptante. No parece estar en comunicación con el conducto pancreático principal, el cual no se encuentra dilatado.

Las opciones de tratamiento incluyen cirugía abierta o laparoscópica, abordaje mínimamente invasivo (PAIR: puncture – aspiration – injection – reaspiration, o drenaje percutáneo) y manejo médico, siendo el gold estándar la cirugía abierta¹. La terapia antihelmíntica profiláctica (albendazol, mebendazol o praziquantel) se debe administrar 2–4 semanas previas a la cirugía, para disminuir la presión intraquística y reducir la anafilaxia y el riesgo de recurrencia. El objetivo terapéutico principal será mantener las funciones endocrina y exocrina.

Esta cirugía no está exenta de riesgos, siendo los más frecuentes a corto plazo las fístulas pancreática y biliar, bilioma y el absceso abdominal. La complicación tardía más frecuente es la recurrencia, la cual se ha demostrado en un 10% de los pacientes operados¹.

Conclusión

Los quistes hidatídicos pancreáticos son lesiones con diagnóstico diferencial complicado con otras entidades como los pseudoquistes o los tumores mucinosos quísticos. Debido a que son una zoonosis, es necesario conocerlos e incluirlos en el informe como posibilidad diagnóstica sobre todo en aquellas zonas endémicas de hidatidosis.

Bibliografía

1. Revoredo Rego F, De Vinatea De Cárdenas J, Reaño Paredes G, Villanueva Alegre L, Kometter Barrios F, Tang Sing J, et al. Quiste hidatídico de páncreas: abordaje laparoscópico. *Rev Gastroenterol Peru*. 2016;36(3):264-8.
2. Ahmed Z, Chhabra S, Massey A, Vij V, Yadav R, Bugalia R et al. Primary hydatid cyst of pancreas: Case report and review of literature. *International Journal of Surgery Case Reports* 27 . 2016;27:74–77.
3. Mitrovic M, Tadic B, Kovac J, Grubor N, Milosavljevic V, Jankovic A, et al. Pancreatic Hydatid Cyst Misdiagnosed as Mucinous Cystadenoma: CT and MRI Findings. *Medicina* 2020; 56: 124.

COLECISTITIS ENFISEMATOSA, CORRELACIÓN ENTRE ECOGRAFÍA Y TC, Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE.

EMPHYSEMATOUS CHOLECYSTITIS, CORRELATION BETWEEN ECOGRAPHY AND CT AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS. A RARE PATHOLOGY.

Garrido Márquez I, Moyano Portillo Á, Moya Sánchez E

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

La colecistitis enfisematosa es una presentación infrecuente de la colecistitis aguda, consistente en una inflamación de la vesícula biliar con presencia de gas en su pared, en su luz, o en ambas. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, si bien existen algunas patologías que pueden dar hallazgos similares y crear confusión, como es el caso de las fistulas bilioentéricas, que consisten en una comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal que ocurre de forma espontánea. Las imágenes mediante tomografía computarizada suelen ser patognomónicas, siendo el tratamiento quirúrgico definitivo.

Palabras clave: colecistitis enfisematosa, fístula colecistoduodenal, ecografía, tomografía computarizada.

Abstract

Emphysematous cholecystitis is an infrequent presentation of acute cholecystitis, consisting of an inflammation of the gallbladder with the presence of gas in its wall, in its lumen, or in both. Its diagnosis is made by imaging tests, although there are some pathologies that can give similar findings and create confusion, as is the case of bilioenteric fistulas, which consist of an abnormal communication between the biliary system and the gastrointestinal tract that occurs in a spontaneous. Computed tomography images are usually pathognomonic, being the definitive surgical treatment.

Keywords: emphysematous cholecystitis, cholecystoduodenal fistula, ultrasound, computed tomography.

Introducción

Presentamos un caso de un varón de 90 años con antecedentes personales de dislipemia que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso de tres días de evolución y estreñimiento. A la exploración física sólo destacaba dolor difuso a la palpación abdominal profunda. Analíticamente se observó una leucocitosis de $19150 \times 10^3/\mu\text{L}$ con PCR de 105 mg/dl. Ante esta analítica, se solicitó ecografía abdominal que se complementó con TC abdominopélvica

CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
igamar26@gmail.com

Fecha de envío: 17/12/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

con contraste intravenoso yodado en fase portal. En el estudio ecográfico únicamente se visualizaba una vesícula con ecos brillantes en su pared con aumento de señal Doppler color, lo que sugería la presencia de gas intravesicular (Figura 1). La TC demostró la sospecha, apreciando una vesícula biliar de tamaño algo aumentado, con abundante contenido de barro biliar así como gran cantidad de gas tanto en la pared como en la luz, con una litiasis enclavada en su cuello y moderados cambios inflamatorios perivesiculares (Figura 2).

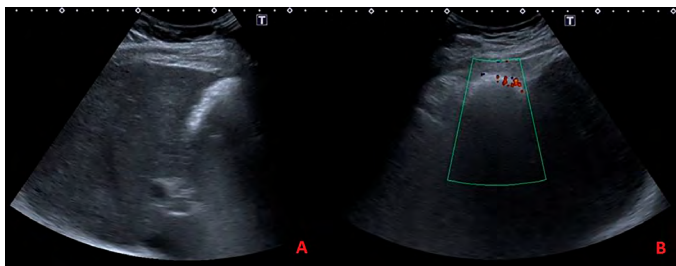


Figura 1

Imagen de ecografía abdominal en modo B (A) y Doppler color (B). Se aprecian ecos muy brillantes procedentes de la pared del cuerpo vesicular, con sombra acústica sucia y con aumento de señal Doppler color que indica aumento de vascularización, sugerente de cambios inflamatorios.

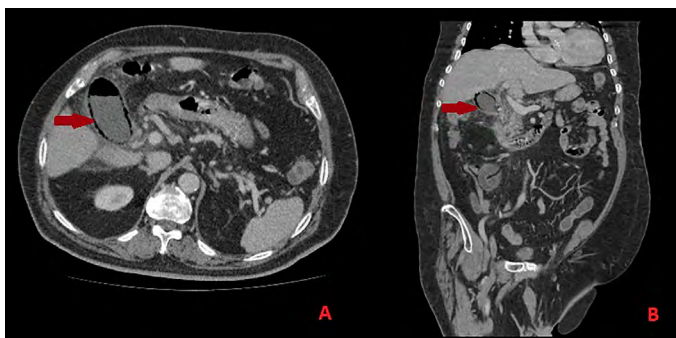


Figura 2

Imagen de TC abdominopélvica con contraste i.v. en fase portal, corte axial (A) y coronal (B). Visualizamos una vesícula biliar de tamaño aumentado, con presencia de burbujas de gas en su pared y en su interior (flechas), que asocia aumento de densidad de la grasa perivesicular en relación con cambios inflamatorios vesiculares.

El paciente comenzó con tratamiento antibiótico consistente en Piperacilina-Tazobactam 4 g/8 h; y fue operado de urgencia realizándose colecistectomía laparoscópica aproximadamente a las 12 horas del diagnóstico. La Anatomía Patológica confirmó los hallazgos descritos en las pruebas de imagen, que ya habían evolucionado a colecistitis gangrenosa: se obtuvo una pieza de colecistectomía de unos 8,2 x 4,3 cm, la cual se presentaba abierta con perforación, con serosa engrosada y adherencias fibrinosas.

En la actualidad, el paciente refiere encontrarse asintomático y con adecuada tolerancia a sólidos y líquidos.



Figura 3

Imagen de TC abdominopélvica con contraste i.v. en fase portal, donde se observa una litiasis enclavada en el cuello vesicular (flecha).

Discusión

La colecistitis enfisematosa es una forma inusual de colecistitis aguda que suele aparecer en ancianos varones diabéticos. Esto se debe a que su origen está en una colecistitis aguda que evoluciona a isquemia y gangrena con formación de gas causado por diferentes microorganismos, entre los que se encuentran *E. coli*, *C. perfringens*, *Klebsiella* y *Streptococcus*¹.

La clínica y analítica es similar a la colecistitis aguda, con dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, Murphy positivo, leucocitosis y aumento de los parámetros de inflamación.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen, comenzando habitualmente por ecografía abdominal pero desembocando en la mayoría de las ocasiones en TC abdominal, debido a la dificultad de visualización de la vesícula dado que el gas da una imagen ecográfica de ecos brillantes que imposibilitan la visión de las estructuras adyacentes. En la ecografía, si el gas es intraluminal podremos observar un prominente foco hiperecogénico en posición antideclive con artefacto "en cola de cometa"; por el contrario, sin el gas es intramural, suele mostrar una configuración semicircular con sombra acústica posterior, pudiendo simular una calcificación de la pared o una vesícula llena de litiasis². La TC se suele realizar con contraste intravenoso yodado en fase portal, con hallazgo típico de gas en la luz vesicular, pared o en ambas³. A menudo no se asocia a coledolitiasis, si bien la perforación de la vesícula es cinco veces más frecuente en la colecistitis enfisematosa que en la colecistitis secundaria a coledolitiasis⁴.

Sin embargo, existen otras patologías con la que es importante realizar un diagnóstico diferencial, entre las que se encuentra la fístula colecistoduodenal, una entidad muy poco frecuente (0,15-8%)⁵. Ésta consiste en una comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal, que suele ocurrir de forma espontánea debido al impacto de una litiasis en la bolsa de Hartmann que condiciona una erosión sobre la pared vesicular y

órganos contiguos, con necrosis y formación del trayecto fistuloso⁵. En estos casos, en la TC veremos neumobilia y una vesícula atrófica adherida a órganos vecinos, pero podremos demostrar la existencia del trayecto fistuloso.

Mientras que su morbilidad es baja (1-3%), presenta una alta mortalidad (25%)¹, puesto que existe un riesgo de perforación 5 veces mayor que la colecistitis aguda simple³, por lo que es necesario realizar un tratamiento precoz, que habitualmente será quirúrgico. Éste consiste en colecistectomía, normalmente laparoscópica, y si existe una fístula, a esto se añadirá una disección de las adherencias y resección del trayecto fistuloso⁵.

Conclusión

La colecistitis enfisematosa es una forma de presentación infrecuente de la colecistitis aguda que puede confundirse o asociarse con una fístula bilioentérica, ambas entidades con una alta mortalidad, por lo que requieren un diagnóstico rápido por imagen para establecer un tratamiento quirúrgico precoz.

Bibliografía

1. Chen M-Y, Lu C, Wang Y-F, Cai X-J. Emphysematous cholecystitis in a Young male without predisposing factors. A case report. *Medicine* 2016; 95:44.
2. Martín Martínez L, Duran Palacios IC, Garcés Redolat E, Eguizabal Subero C, Moratinos Yagüez C, Groba Colecistitis aguda: las múltiples caras de una gran conocida. Póster S-0954, Congreso SERAM 2014. DOI: 10.1594/seram2014/S-0954.
3. Yen W-L, Hsu C-F, Tsai M-J. Emphysematous cholecystitis. *Tzu Chi Medical Journal* 2016; 28:37-38.
4. Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. Vesícula biliar. In: Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. *Ecografía*. Madrid: Marbán libros, 2007: 39-40.
5. Aguilar-Espinosa F, Maza-Sánchez R, Vargas-Solís F, Guerrero-Martínez GA, Medina-Reyes JL, Flores-Quiroz PI. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico. *Revista de Gastroenterología de México* 2017; 82(4): 287-295.

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO. ¿CUÁNDO DEBEMOS DESCARTAR NEOPLASIA DIGESTIVA OCULTA?

PYOGENIC LIVER ABSCESS. WHEN SHOULD WE RULE
OUT HIDDEN DIGESTIVE NEOPLASIA?

Pardillos Tomé A¹, Guillén Gómez M², Comín Orce A², Marcilla Córdoba F³

¹Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza.

²Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

³Hospital de Alcañiz. Teruel.

Palabras clave: absceso hepático piógeno, cáncer colorrectal; Streptococcus constellatus.

Keywords: pyogenic liver abscess; colorectal cancer, Streptococcus constellatus.

Sr. Editor:

El absceso hepático piógeno (AHP) es una patología infrecuente, con una incidencia entre 1,0 a 2,3 por 100.000 habitantes en el medio occidental¹ y 17,6 en población asiática². Se han establecido factores de riesgo como la diabetes, las enfermedades biliopancreáticas y la presencia de neoplasia gastrointestinal.

Presentamos el caso de un varón de 33 años, fumador de 20 cigarrillos al día. Consulta por dolor en hipocondrio derecho y fiebre de 39°C de 7 días de evolución. No refiere cambios en el ritmo deposicional ni productos patológicos en las heces. No ha viajado a otros países. Ha presentado infecciones dentarias de repetición en los últimos meses, requiriendo antibiótico y extracción dentaria hace 1 mes. A su llegada, presenta TA 100/60 mmHg, 95 lpm, saturación de oxígeno de 99% y 39°C de temperatura. La exploración física es

CORRESPONDENCIA

Ana Pardillos Tomé
Hospital Ernest Lluch
50299 Calatayud, Zaragoza
apardtome@hotmail.com

Fecha de envío: 14/09/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

normal. No se auscultan soplos. En la cavidad oral se observan signos de mala higiene bucal y ausencia de varias piezas dentarias, sin signos actuales de infección. Analíticamente, destaca leucocitosis 12.200 con neutrofilia (78%), elevación de ferritina (1185 ng/mL) y PCR (10 mg/dl). El resto de parámetros analíticos es normal, incluyendo perfil hepático. Se realiza ecografía y TAC abdominal, mostrando lesión hipocaptante de 85 mm con gas en su interior, localizada en segmento III de lóbulo hepático izquierdo, compatible con absceso hepático (Figura 1). Se realiza drenaje guiado por TAC, obteniendo abundante contenido purulento, y comienza tratamiento empírico con ceftriaxona y metronidazol intravenosos. En el cultivo del aspirado crece *Streptococcus constellatus*, sensible a cefalosporinas. Los hemocultivos son estériles y la serología de *Entamoeba histolytica* es negativa. Recibe antibioterapia parenteral durante 2 semanas, completando hasta 6 con amoxicilina-clavulánico oral. Continuó seguimiento ambulatorio con resolución clínica y radiológica completa.

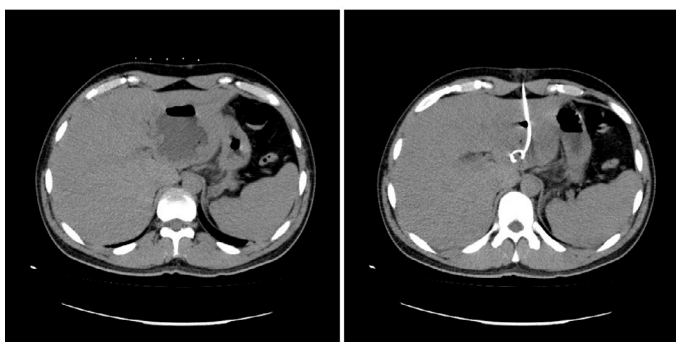


Figura 1

A. Absceso en lóbulo hepático izquierdo con nivel hidroaéreo en su interior. B. Imagen tras colocación de drenaje percutáneo.

Entre los mecanismos de producción del AHP, el más frecuente es la infección ascendente desde el árbol biliar. También puede deberse a propagación desde el sistema venoso portal (pileflebitis) a partir de un foco infeccioso abdominal (como apendicitis, diverticulitis o peritonitis), bacteriemia desde otro foco a distancia, extensión por contigüidad de un foco infeccioso abdominal o infección de una lesión metastásica hepática. El espectro microbiológico es variable dependiendo de la población a estudio y la etiología, siendo *Escherichia coli* el más frecuente en nuestro medio. El origen del AHP es incierto hasta en el 22% de los casos.

En nuestro caso, el microorganismo responsable fue *Streptococcus constellatus*, que junto a *Streptococcus anginosus* e *intermedium* conforman el grupo "milleri". *S. constellatus* forma parte de la flora habitual de cavidad orofaríngea, tracto gastrointestinal y vagina. De forma infrecuente se comporta como patógeno, destacando su tendencia a formar abscesos, especialmente en pacientes inmunodeprimidos o diabéticos. Han sido publicados casos de AHP, abscesos cerebrales o endocarditis por *S. constellatus* secundarios a manipulación o foco infeccioso dentario³.

El AHP se ha asociado a mayor riesgo de cáncer gastrointestinal, siendo 4 veces más frecuente en estos pacientes. Se ha descrito mayor incidencia de cáncer colorrectal (CRC), seguido de cáncer hepatobiliar, pancreático y de intestino delgado⁴. También se han reportado casos de AHP secundario a adenomas colónicos avanzados. Esto puede deberse a diseminación bacteriana a través de la disrupción de la mucosa colónica en estas lesiones. El riesgo de CCR es mayor durante los primeros 3 meses tras el diagnóstico del AHP, manteniéndose elevado hasta 5 años después. En el 15% de los casos, el AHP puede ser la primera manifestación de una neoplasia digestiva oculta⁵. Hay autores que recomiendan una evaluación gastrointestinal completa en casos de AHP criptogénico. Muchos de estos estudios son de origen asiático, donde *Klebsiella pneumoniae* es el microorganismo más frecuentemente aislado.

¿Sería recomendable investigar la presencia de cáncer colorrectal u otros tipos de cáncer digestivo en los pacientes con AHP? Bajo nuestra opinión los pacientes con AHP deben ser evaluados minuciosamente, debiendo valorarse la investigación de neoplasia silente especialmente en los casos de AHP de origen no aclarado o sin un origen infeccioso evidente, pacientes inmunocomprometidos, diabéticos o en casos de fracaso terapéutico o recurrencia, con el fin de alcanzar un diagnóstico precoz de enfermedad neoplásica. En nuestro caso optamos por realizar seguimiento clínico estrecho, ya que atribuimos el origen del AHP a la bacteriemia producida desde el foco infeccioso dentario.

Bibliografía

1. Kaplan GG, Gregson DB, Laupland KB. Population-based study of the epidemiology of and the risk factors for pyogenic liver abscess. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2(11):1032-1038. doi:10.1016/s1542-3565(04)00459-8.
2. Tsai FC, Huang YT, Chang LY, Wang JT. Pyogenic liver abscess as endemic disease, Taiwan. *Emerg Infect Dis*. 2008;14(10):1592-1600. doi:10.3201/eid1410.071254.
3. Yilmaz H, Yilmaz EM, Karadag A, Esen S, Sunbul M, Leblebicioglu H. Liver abscess associated with an oral flora bacterium *Streptococcus anginosus*. *J Microbiol Infect Dis*. 2012; 2(1):33-35. doi: 10.5799/ahinjs.02.2012.01.0039.
4. Lai HC, Lin CC, Cheng KS, et al. Increased incidence of gastrointestinal cancers among patients with pyogenic liver abscess: a population-based cohort study.

NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA

ACUTE ESOPHAGEAL NECROSIS

Tejido Sandoval C, Baiocchi Ureta F, Zarraquiños Martínez S

Complejo Hospitalario Universitario Ourense. Ourense.

Resumen

La necrosis esofágica aguda es una patología infrecuente y frecuentemente infradiagnosticada. Es importante su sospecha para realizar un diagnóstico y tratamiento precoces. La manifestación más frecuente es la hemorragia digestiva alta.

Presentamos el caso de un paciente con necrosis esofágica aguda a consecuencia del desarrollo de una cetoacidosis diabética.

Palabras clave: necrosis esofágica aguda, esófago negro, síndrome de Gurrivits, cetoacidosis diabética.

Abstract

Acute esophageal necrosis is an unusual disease and underdiagnosed. It is important to suspect it to make an early diagnosis and treatment. It's usually presents as upper gastrointestinal bleeding.

We present the case of a patient with acute esophageal necrosis due to diabetic ketoacidosis.

Keywords: acute esophageal necrosis, black esophagus, Gurrivits syndrome, diabetic ketoacidosis.

Introducción

El síndrome de Gurrivits o esófago negro, es una patología infrecuente (incidencia del 0,01% al 0,2% en series de casos endoscópicos), de etiología multifactorial. La primera descripción endoscópica data de 1990, realizada por Goldenberg con un reporte de 2 casos¹. Se produce por hipoperfusión mantenida de la mucosa esofágica, que condiciona necrosis aguda de la misma con la consiguiente pérdida de la barrera mucosa esofágica. Como factores

CORRESPONDENCIA

Coral Tejido Sandoval
Complejo Hospitalario Universitario
32005 Ourense
coral.tejido.sandoval@sergas.es

Fecha de envío: 09/10/2020

Fecha de aceptación: 17/02/2021

de riesgo precipitantes se encuentran la Diabetes Mellitus (DM), enolismo, enfermedades cardiovasculares e infecciones^{2,3}. Presenta una mayor incidencia en varones (proporción 4:1), en la sexta década de la vida⁴.

Caso clínico

Paciente varón de 61 años, con antecedente de DM mal controlada de larga evolución, hipertensión arterial y enolismo severo. Es llevado al servicio de urgencias hospitalarias al ser encontrado con bajo nivel de conciencia. A su llegada se encuentra estable hemodinámicamente, con una tensión arterial de 120/60 mmHg y desorientado. En los análisis se objetiva una glucemia de 872 mg/dL, pH 7,16, HCO₃⁻ 3,9 mmol/L, Lactato 1,9 mmol/L, creatinina 2,0 mg/dL, Na⁺ corregido 121 mmol/L, leucocitos 10060 x10⁹/L y cetonuria, indicativo de cetoacidosis diabética.

Se inicia tratamiento con sueroterapia intensiva, bicarbonato y perfusión de insulina intravenosa, con mejoría clínica y analítica (glucemia 230 mg/dL, pH 7,40, HCO₃⁻ 18,6 mmol/L, creatinina 1,2 mg/dL, Na⁺ 127 mmol/L). Valorado por la unidad de cuidados intensivos, se decide ingreso a cargo de Endocrinología.

A las 24 horas, el paciente presenta melenas con anemia, manteniéndose estable hemodinámicamente, por lo que se inicia perfusión de inhibidor de la bomba de protones (IBP). Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) urgente en la que se observa desde 25 cm de arcada dentaria una afectación difusa de la mucosa, con coloración negruzca que no se desprende al lavado (Figuras 1A y 1B), con un cambio brusco en la transición esofagogástrica (Figura 1C). En cámara gástrica no se objetivan lesiones de la mucosa, mientras que en duodeno se observan lesiones ulceradas menores al milímetro Forrest III (Figuras 1D y 1E).

A los 2 días, el paciente presenta febrícula y dolor epigástrico, por lo que se realiza una tomografía computerizada, que descarta la presencia de complicaciones secundarias. Se inicia de manera empírica tratamiento con fluconazol y piperacilina-tazobactam. A los 7 días se repite la EDA, evidenciándose una mucosa esofágica de aspecto denudado, con áreas de fibrina, hallazgos sugestivos de una esofagitis en resolución (Figura 2A). A nivel de la primera rodilla duodenal, se observa la persistencia de la úlceras Forrest III en resolución (Figura 2B). Se inicia dieta oral, y se completa tratamiento antibiótico y antifúngico durante 10 días tras lo que es dado de alta a los 15 días de ingreso hospitalario.

Discusión

La necrosis esofágica aguda es una entidad rara, que puede desencadenar importantes complicaciones por lo que su sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo y el inicio temprano de medidas terapéuticas es fundamental. En nuestro caso, es probable que el desencadenante fuera el consumo enólico que junto a la diabetes desencadenó la cetoacidosis.

El diagnóstico se realiza mediante EDA, evidenciando a nivel del esófago distal (área menos vascularizada) una mucosa de color negruzco, de manera circunferencial y con una extensión proximal. Aparece una interrupción brusca a nivel de la unión esofagogástrica, asociando en un 50% de los casos afectación duodenal, debido a

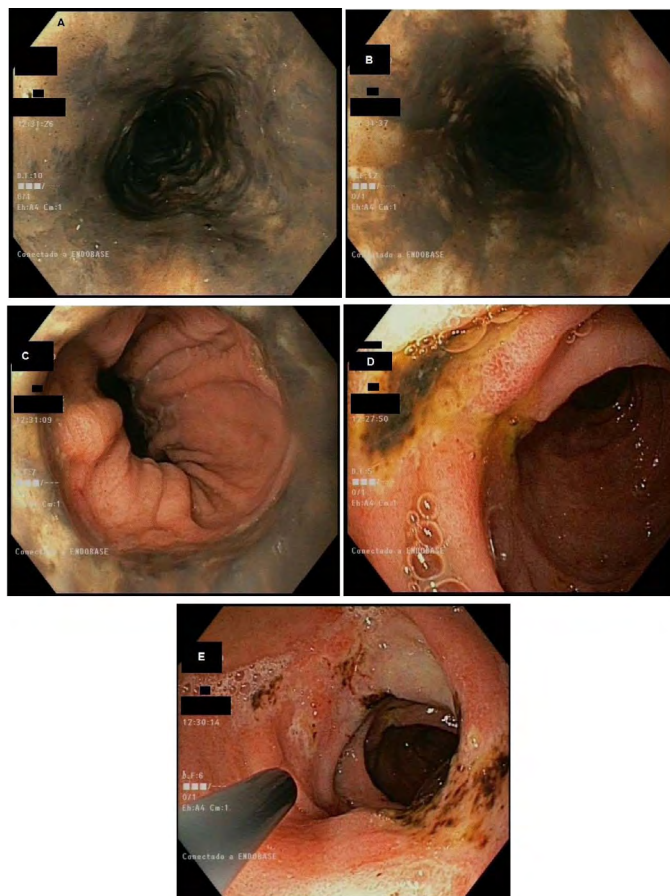


Figura 1

A y B: Mucosa esofágica de coloración negruzca, con ulceraciones longitudinales. C: Stop brusco a nivel de la unión esofagogástrica. D y E: Úlceras de aspecto necrótico a nivel de la segunda porción duodenal.

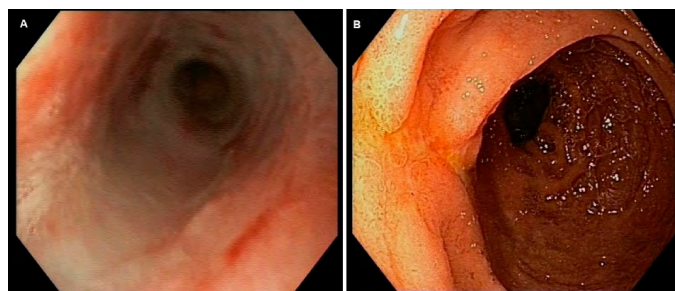


Figura 2

A: Mucosa esofágica con áreas de fibrina en el control endoscópico. B: Mucosa duodenal (primera rodilla), con úlceras en resolución.

la irrigación procedente de ramas del tronco celíaco. Las lesiones halladas son características por lo que no es necesaria la toma de biopsias, que evidencian tejido necrótico y la ausencia de epitelio viable^{1,3}.

Hasta un 90% de los casos, se manifiesta en forma de hemorragia digestiva alta, aunque puede aparecer disfagia, dolor abdominal o torácico, vómitos o tener una evolución paucisintomática.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta las causas infecciosas, ingesta de cáusticos, melanoma o acantosis nigricans⁴.

Es importante su diagnóstico y la determinación de la causa precipitante para el manejo, principalmente conservador. Se basa en fluidoterapia, IBP, sucralfato, nutrición parenteral y tratamiento de la enfermedad de base. La utilización de antibioterapia empírica se recomienda ante la evidencia de infección o sospecha de perforación⁵. En nuestro caso presentó muy buena respuesta al tratamiento conservador, con resolución de la cetoacidosis como causa precipitante.

Puede alcanzar una mortalidad de hasta el 32%^{2,3} secundaria la mayoría de las veces a comorbilidades y a la aparición de complicaciones, principalmente la perforación (incidencia del 7%). La complicación más frecuente es la estenosis esofágica, con una incidencia del 25%^{2,5}, prefiriendo en estos casos un manejo endoscópico con dilataciones.

Bibliografía

1. Goldenberg SP, Wain SL, Marignani P. Acute necrotizing esophagitis. *Gastroenterology*. 1990;98:493-6.
2. Lamers CR, Mares WGN, Bac DJ. Black esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol*. 2010;16:3219-25
3. Gurvits GE, Shapsis A, Lau N, Gualtieri N, Robilotti JG. Acute esophageal necrosis: A rare syndrome. *J Gastroenterol*. 2007;42:29-38.
4. Gurvits GE. Black esophagus: Acute esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol*. 2010;16:3219-25.
5. Gurvits GE, Cherian K, Shami MN, Korabathina R, El-Nader EM, Rayapudi K, et al. Black esophagus: New insights and multicenter international experience in 2014. *Dig Dis Sci*. 2015;60:444-53.

ASCITIS DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE: MESOTELIOMA PERITONEAL

ASCITES WITH INFREQUENT ORIGIN:
PERITONEAL MESOTHELIOMA.

Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Palabras clave: ascitis, peritoneo, mesotelioma peritoneal.

Keywords: ascites, peritoneum, peritoneal mesothelioma.

Sr. Director:

El diagnóstico etiológico de la ascitis es un reto. La causa más frecuente es la hipertensión portal, pero también puede ser debida a tumores, como el mesotelioma peritoneal, que tiene un curso inespecífico, lo que dificulta el diagnóstico.

Se presenta el caso de una mujer de 62 años sin antecedentes que consulta por dolor en hemiabdomen inferior, fundamentalmente fosa ilíaca derecha, con fiebre de hasta 39º, vómitos alimenticios y deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Analíticamente destaca PCR 295,72 mg/l y leucocitosis (19300/ μ L con 83,8% de polimorfonucleares). Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal que informa de leve ascitis. Análítica de líquido ascítico: albúmina 1,6 g/dl, proteínas totales 4,2 g/dl, LDH 323 U/l, glucosa 108 mg/dl, 920 leucocitos/ μ L (Polimorfonucleares 15%). Sin datos de hepatopatía. Estudio ginecológico y colonoscopias sin hallazgos. PET-TC sin captaciones patológicas. Ante la sospecha de origen tumoral, se realiza laparotomía exploradora, encontrando abundante líquido libre de aspecto seroso claro y engrosamiento del epiplón sin evidenciar tumoración ni implantes. Se realiza omentectomía y toma de biopsias, que objetivan hiperplasia mesotelial reactiva y peritonitis crónica linfoplasmocitaria e histiocitaria. Se descarta inicialmente origen neoplásico, cirrótico, infeccioso, autoinmune, angioedema y fiebre recurrente. Persiste la sospecha de origen neoplásico o enfermedad inflamatoria crónica como tuberculosis o brucelosis, por lo que un segundo patólogo revisa las biopsias previas con hallazgo de mesotelioma papilar bien diferenciado.

CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 08/11/2020

Fecha de aceptación: 31/12/2020

El mesotelioma peritoneal es un tumor infrecuente y agresivo¹⁻³. En Europa se estima una incidencia de 1,2–1,3 casos/millón personas/año³. En un 50% hay antecedente de exposición a asbesto y es más frecuente en pleura que en peritoneo^{2,3}. El mesotelioma peritoneal papilar bien diferenciado es un subtipo aun más raro de mesotelioma. Suele aparecer en mujeres de 30-40 años, sin exposición a asbesto, con un curso indolente y mejor pronóstico⁴.

Produce síntomas inespecíficos, lo que retrasa el diagnóstico^{2,3}. Habitualmente se manifiesta como dolor y distensión abdominal y ascitis¹⁻³. En ocasiones incluso se requiere una laparoscopia diagnóstica para toma de muestras¹. La ausencia de mitosis atípicas o invasión de órganos y la dificultad para diferenciarlo de hiperplasia reactiva entorpece aún más el diagnóstico¹.

El pronóstico de la enfermedad es malo². El tratamiento no está bien protocolizado, e incluye cirugía citorreductora, quimioterapia intraperitoneal / intravenosa, radioterapia e inmunoterapia^{1,2}.

Es importante considerar el mesotelioma peritoneal en el diagnóstico diferencial de la ascitis, pero en el caso presentado, incluso a pesar de laparotomía exploradora el diagnóstico fue complejo y se retrasó. Por ello, en casos complicados, como el presentado, la revisión de muestras histológicas por un segundo patólogo experto puede ser fundamental para obtener el diagnóstico definitivo con menos demora.

Bibliografía

1. Munkholm-Larsen S, Cao CQ, Yan TD. Malignant peritoneal mesothelioma. *World J Gastrointest Surg* 2009; 1(1): 38-48.
2. Ibrahim AM, Al-Akchar M, Obaidi Z, Al-Johany H. malignant peritoneal mesothelioma: a rare cause of ascites. *J Investig Med High Impact Case Rep* 2018;6:2324709618807506.
3. Marques de Sousa S, Pereira F, Duarte M, Marques M, Vázquez D, Marques C. Malignant peritoneal mesothelioma as a rare cause of dyspeptic complaints and ascites: a diagnostic challenge. *GE Port J Gastroenterol* 2020;27:197–202.
4. Alexander HR. Malignant peritoneal mesothelioma: Epidemiology, risk factors, clinical presentation, diagnosis, and staging. [Internet] UpToDate. [Actualizado Oct 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.