

## CASOS CLÍNICOS – VIDEOFORUM

- 134 Sondas de nutrición con apoyo endoscópico**  
*Endoscopically supported nutrition tubes*  
Hervás Molina AJ, Serrano Ruiz FJ
- 136 Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) mediante sistema de introducción directa y pexias gástricas (técnica Russell)**  
*Introducer PEG gastropexy (Russell technique)*  
García Fernández FJ, Rincón Gatica A

## CASOS CLÍNICOS

- 142 Malrotación intestinal en el adulto: diagnóstico incidental.**  
*Intestinal malrotation in adults: incidental diagnosis.*  
Roldán Aviña JP, Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Herrera Gutiérrez L, Muñoz Pozo F
- 145 Disfagia compresiva secundaria a tumor gist paraesofágico: un caso inusual**  
*Compressive dysphagia secondary to paraesophageal gist tumor: an unusual case*  
Calvo Bernal MM, Lázaro Sáez M, Moreno Moraleda I
- 148 Uropatía obstructiva secundaria a apendicitis perforada.**  
*Obstructive uropathy secondary to perforated appendicitis.*  
Moyano Portillo Á, Garrido Márquez I, Fernández Navarro L

## IMÁGENES DEL MES

- 151 Nódulo de la hermana María José<sup>®</sup>: primer signo de tumor pancreático metastásico.**  
*Sister Mary Joseph's nodule<sup>®</sup>: first sign of metastatic pancreatic tumor.*  
Merino Gallego E, Requena de Torre J
- 153 Sospecha de celiaquía no confirmada con biopsias duodenales, ¿ahora qué?**  
*Suspicion of celiac disease not confirmed with duodenal biopsies, now what?*  
Díaz Alcázar MM
- 155 Paciente con anemia y síndrome de Rendu-osler-weber**  
*Patient with anaemia and Rendu-osler-weber syndrome*  
Roa Colomo A, Caballero Mateos AM, García Márquez J
- 158 Proctitis ulcerada como manifestación inicial de linfogranuloma venéreo**  
*Ulcerated proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum*  
Berdugo Hurtado F, Ruiz Rodríguez AJ, Roa Colomo 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](mailto:sulime@sulime.net)  
Web: [www.sulime.net](http://www.sulime.net)

**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.*

M.D. Giraldez  
*FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**COMITÉ DE REDACCIÓN**

F. Argüelles Arias  
*FEA. Hospital Virgen Macarena. Sevilla*

J. A. Carnerero Rodríguez  
*Hospital de Alta Resolución E. la Janda. Cádiz*

M. Estévez Escobar  
*FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

F. J. García Fernández  
*FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

B. J. Gómez Rodríguez  
*FEA. Hospital Virgen Macarena. Sevilla*

C. Heredia Carrasco  
*FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

Á. Hernández Martínez  
*FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

C. Lara Romero  
*FEA. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz*

J. M. Martín Guerrero  
*FEA Hospital Virgen de Valme. Sevilla*

J. G. Martínez Cara  
*FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada*

R.V. Olmedo Martín  
*Hospital Regional Carlos Haya. Málaga*

J. J. Puente Gutiérrez  
*FEA Hospital Alto Guadalquivir, Andújar. Jaén*

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

C. Rodríguez Ramos  
*FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz*

J.M. Rosales Zabal  
*FEA Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga*

Y. Sánchez Torrijos  
*FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla*

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

A. Viejo Almanzor  
*FEA. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

**>> 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

**>> Coordinadores de grupos de trabajo****ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

J.M. Vázquez Morón

**HEPATOLOGÍA**

J. M. Rosales Zabal

**CÁNCER COLORRECTAL**

Á. Pizarro Moreno

**TRASTORNOS FUNCIONALES**

B.J. Gómez Rodríguez

**ENDOSCOPIA**

P. Rosón Rodríguez

E. Redondo Cerezo

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](mailto:sulime@sulime.net) o [RAPDonline@sapd.es](mailto:RAPDonline@sapd.es), para la solución de cualquier problema en el envío de los manuscritos.

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

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

#### A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

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

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

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

#### - Datos generales:

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

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

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

- a) Introducción y Objetivos
- b) Material y Métodos
- c) Resultados
- d) Conclusiones

2º Listado de abreviaturas utilizadas en el texto.

3º Texto: incluirá los siguientes apartados:

- a) Introducción
- b) Material y Métodos
- c) Resultados
- d) Discusión.
- e) Conclusiones; cada uno de ellos adecuadamente encabezado

4º Bibliografía: según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

5º Agradecimientos.

6º Pies de figuras.

7º Tablas y Figuras de texto.

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

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

**- Datos generales:**

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

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

2º Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.

3º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

4º Agradecimientos.

5º Pies de figuras.

6º Tablas y Figuras de texto.

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

vídeos. No es aconsejable un número superior a 10 autores por capítulo.

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

**- Datos generales:**

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

2º Apellidos y Nombre de todos los autores.

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

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

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

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

2º Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.

3º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

4º Agradecimientos.

5º Pies de figuras.

6º Tablas y Figuras de texto.

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

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

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

**- Datos generales:**

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

2º Apellidos y Nombre de todos los autores.

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

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

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

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

2º Introducción. Para presentar el problema clínico comunicado.

3º Descripción del caso clínico.

4º Discusión. Para destacar las peculiaridades del caso y las consecuencias del mismo.

5º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

6º Agradecimientos.

7º Pies de figuras.

8º Tablas y Figuras de texto.

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

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

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

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

**- Datos generales:**

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

- 1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Introducción. Para presentar el problema clínico comunicado.
- 3º Descripción del caso clínico.
- 4º Discusión. Para destacar las peculiaridades del caso y las consecuencias del mismo.
- 5º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 6º Agradecimientos.
- 7º Pies de figuras.
- 8º Tablas y Figuras de texto.
- 9º Vídeos.

Enlace vídeos tutoriales: <https://www.sapd.es/videoteca/varios/tutoriales/>

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

- **Formato A.** Imágenes con valor formativo: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, que contribuyan a la formación de postgrado y que por tanto merezcan mostrarse por su peculiaridad, o por representar un ejemplo característico.

- **Formato B.** Imágenes claves para un diagnóstico: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, junto a una historia clínica resumida, que planteen la posible resolución diagnóstica final. Esta se presentará en un apartado diferente en el mismo número de la revista.

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

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

**- Datos generales:**

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Tipo de formato de Imagen del mes elegido.

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

- 1º Resumen estructurado en español y en inglés y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Descripción de la imagen.
- 3º Comentarios a la imagen.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 5º Pies de figuras.

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

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

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

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

**- Datos generales:**

- 1º Nombre del área bibliográfica revisada y periodo analizado.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

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

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

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

2º Descripción del material bibliográfico analizado.

3º Comentarios críticos sobre los resultados contenidos en los trabajos seleccionados.

4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo). Si se han elegido dos o más originales para el análisis, es aconsejable dividir la sección, en apartados a criterio de los autores.

5º Pies de figuras.

6º Tablas y Figuras de texto.

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

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

**- Datos generales:**

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

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

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

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

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

**- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

1º Texto del manuscrito.

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

**B) Normas comunes y otros documentos de apoyo**

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

**Unidades, nombres genéricos y abreviaturas:**

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

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

- **Nombres genéricos.** Deben utilizarse los nombres genéricos de los medicamentos, los instrumentos y herramientas clínicas y los programas informáticos. Cuando una marca comercial sea sujeto de investigación, se incluirá el nombre comercial y el nombre del fabricante, la ciudad y el país, entre paréntesis, la primera vez que se mencione el nombre genérico en la sección de Métodos.

- **Abreviaturas.** Las abreviaturas deben evitarse, pero si tiene que ser empleadas, para no repetir nombres técnicos largos, debe aparecer la palabra completa la primera vez en el texto, seguida de la abreviatura entre paréntesis, que ya será empleada en el manuscrito.

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

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

- **Artículo de una revista médica:** los nombres de las revistas se abreviarán de acuerdo con el estilo del Index Medicus/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals?itool=sidebar>).

- **Artículo ya publicado en revistas editadas en papel y en Internet:** Se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

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

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

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

*Stamatakis M, Sargedí 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, Rajiman I. Management of pancreaticobiliary disease using a new intra-ductal endoscope: The Texas experience. World J Gastroenterol 2009; 15:1353-1358. Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/1353.asp>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1353>*

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

de publicación y el DOI.

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

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

Klin M, Kaplowitz N. Differential susceptibility of hepatocytosteo 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 página del trabajo.

Siewert JR. Introduction. In: Giulì 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](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 influenciar indebidamente su actividad.

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

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

**Estadísticas:** no es el objetivo de la RAPD Online, una exhaustiva descripción de los métodos estadísticos empleados en la realización de un estudio de investigación, pero sí precisar algunos requisitos que deben aparecer en los manuscritos como normas de

buena práctica. Si los autores lo desean pueden consultar un documento básico sobre esta materia en: Bailar JC III, Mosteller F. Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations ([http://www.sapd.es/public/guidelines\\_statistical\\_articles\\_medical\\_journals.pdf](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/polices-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 – VIDEOFORUM

# SONDAS DE NUTRICIÓN CON APOYO ENDOSCÓPICO

## NUTRITION TUBES WITH ENDOSCOPIC SUPPORT

Hervás Molina AJ, Serrano Ruiz FJ

UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

La necesidad de colocación de sondas de nutrición es cada vez más frecuente. El acceso nutricional, cuando el paciente tiene alguna patología que le impide o dificulta la ingesta, podemos realizarlo con diferentes tipos de sondas, nasogástricas, naso-enterales, de una o dos luces, mediante gastrostomía por el sistema push o pull, gastrostomía con extensión yeyunal. Para su colocación podemos utilizar diferentes tipos de endoscopios, convencionales o ultrafinos para uso transnasal, con o sin apoyo radiológico.

La nutrición por sonda está indicada en aquellos pacientes que tienen una incapacidad para la deglución, ya sea de causa neurológica o por alteración anatómica tras una cirugía ORL o maxilofacial; presencia de estenosis del tramo alto del tubo digestivo, orgánica o funcional; fístulas posquirúrgicas o por enfermedad inflamatoria intestinal; en pancreatitis graves; trastornos de la evacuación gástrica; necesidad de suplementar a la nutrición oral como en estados de desnutrición grave de causa

psiquiátrica, oncológica o malabsortiva; o estados hipercatabólicos. Las contraindicaciones son la necesidad de una cirugía urgente o la presencia de una hemorragia digestiva alta aguda.

La elección del tipo de sonda la haremos según la localización de estenosis que queramos superar o el punto al que queramos llevar la alimentación según el estado de la función gástrica y el riesgo de broncoaspiración. Disponemos de sondas de diferentes longitudes, calibres, así como sondas de luz simple o luz doble. Las sondas de doble luz son de utilidad cuando existe una alteración de la evacuación gástrica y la alimentación debe ser realizada a nivel distal y además es necesaria una aspiración del contenido gástrico. No todas las sondas están preparadas para su utilización con guía, por lo que deberemos comprobar este aspecto, aunque en muchas será suficiente con cortar el extremo distal para que la guía pueda pasar. También deberemos asegurar que dispone de orificios laterales y si no los tuviera, realizar unos ojales laterales con la tijera.

Antes de comenzar el procedimiento deberemos hacer una planificación según las necesidades del paciente, elegir y tener a disposición todo el material necesario (Tabla 1). Es importante confirmar que la guía que hemos elegido desliza adecuadamente por el interior de la sonda. Como ayuda utilizaremos agua, lubricante hidrosoluble o aceite de oliva. Algunas guías con cubierta teflonada no deslizan correctamente por lo que deberemos probar diferentes modelos hasta encontrar la más adecuada.

### CORRESPONDENCIA

Antonio José Hervás Molina  
Hospital Universitario Reina Sofía  
14004 Córdoba  
[ahervasm@live.com](mailto:ahervasm@live.com)

Fecha de envío: 26/06/2021

Fecha de aceptación: 10/08/2021

La disponibilidad de un endoscopio ultrafino nos facilitará la inserción de la sonda ya que al utilizar un acceso transnasal no será necesaria la reconversión de la guía de oral a nasal. En el caso de no disponer de este modelo de endoscopio, la reconversión de la guía de oral a nasal la haremos con la ayuda de una sonda de aspiración que introduciremos por nariz y la pasaremos a boca con la ayuda de nuestros dedos. En estos casos, la guía no deberá ser demasiado rígida para que pueda ser manipulada sin producir daño al paciente.

**Tabla 1. Material que puede ser necesario.**

<p><b>Sonda de nutrición enteral</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegir diámetro y longitud</li> <li>• Luz central distal o con opción de cortar el extremo distal</li> <li>• Naso-gástrica o naso-enteral               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitual 12 F y 110 cm</li> <li>- Otras opciones: 10 F y 140 cm</li> </ul> </li> <li>• Doble luz               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vía nasal 16 F o 18 F luz gástrica / 9 F luz enteral</li> <li>- Vía gastrostomía: sonda balón de 18 F o 20 F con extensión yeyunal</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Guía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probar diversos modelos para asegurar que desliza adecuadamente</li> <li>• Probar flexibilidad si necesidad de reconversión boca-nariz</li> <li>• Valorar guías de balones de dilatación TTS, que no han sido utilizadas, para uso con endoscopio ultrafino</li> </ul>
<p><b>Sistema de introducción por válvula del canal de trabajo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cono de inserción de las guías de CPRE</li> </ul>
<p><b>Lubricante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lubricar endoscopio</li> <li>• Lubricar guía</li> </ul>
<p><b>Jeringa con agua</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lubricación de la sonda</li> <li>• Comprobación permeabilidad de la sonda</li> </ul>
<p><b>Endoscopio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastroscopio ultrafino               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4-5 mm. (diámetro inserción)</li> <li>- Vía transnasal y vía gastrostomía</li> </ul> </li> <li>• Gastroscopio diagnóstico               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 9-10 mm. (diámetro inserción)</li> <li>- Vía oral</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Fluoroscopia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesaria para               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estenosis neoplásicas o complejas, que precisen dilatación</li> <li>- Naso-enterales</li> <li>- Gastro-enterales</li> <li>- Doble luz</li> <li>- No disponibilidad de endoscopio ultrafino: Vía oral</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Clips</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de arrastrar la sonda en paralelo con el endoscopio</li> <li>• Sonda sin luz central distal</li> </ul>
<p><b>Sistema de reconversión boca-nariz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no disponibilidad endoscopio ultrafino</li> <li>• Sonda de aspiración recortada</li> </ul>
<p><b>Sistema de fijación nasal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esparadrapo</li> <li>• Sistema de retención nasal Corgrip® (opcional)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de extracción</li> <li>- Recolocación tras extracción accidental</li> </ul> </li> </ul>

En algunas ocasiones tendremos que avanzar la sonda en paralelo con el endoscopio. Algunas sondas están diseñadas con un saliente o con un hilo en forma de anillo, que puede ser atrapado con una pinza. Si no lo tuviera podremos realizarlo con un hilo de sutura anudado a través de pequeños orificios en el extremo distal de la sonda y con forma de anillo. La experiencia indica que es más cómodo atrapar este extremo con un clip, ya que en ocasiones la pinza no consigue soltarse de la sonda y sin embargo el clip podemos liberarlo con facilidad, quedando suelto de su introductor.

El control radiológico no siempre es necesario, sobre todo en sondas cuyo extremo va a quedar en estómago o no es necesaria una posición duodenal distal. Sin embargo, cuando se indica una sonda en estenosis antrales, pilóricas o duodenales, cuando el extremo distal debe quedar en duodeno distal o yeyuno proximal o en las sondas de doble luz, el control radiológico durante su colocación es de gran ayuda ya que nos permite confirmar la adecuada progresión de la sonda y realizar las correcciones que sean necesarias, evitando recolocaciones.

La fijación de la sonda a la nariz se suele hacer con un esparadrapo que podemos cortar o bien es suministrado con la sonda. Este sistema es frágil, por lo que la sonda puede salirse de forma inadvertida o con un pequeño tirón. En los pacientes en los que deseemos una forma de fijación más segura podemos utilizar un sistema denominado Corgrip®, que consiste en pasar un hilo por detrás del tabique nasal, quedando sus extremos saliendo por ambas fosas nasales y que mediante un clip de cierre quedarán fijados a la sonda.



## Bibliografía

1. Cerezo Ruiz A, Naranjo Rodríguez A, Hervás Molina AJ, et al. Utilidad de la endoscopia ultrafina transnasal en la aplicación de sondas de nutrición enteral. *Gastroenterol Hepatol* 2008;31:631-4.
2. Shastri YM, Shirodkar M, Mallath MK. Endoscopic feeding tube placement in patients with cancer: a prospective clinical audit of 2055 procedures in 1866 patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008 27:649-58.
3. Zhang L, Huang YH, Yao W, et al. Transnasal esophagogastroduodenoscopy for placement of nasoenteric feeding tubes in patients with severe upper gastrointestinal diseases. *J Dig Dis.* 2012;13:310-5.

## CASO CLÍNICO – VIDEOFORUM

# GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG) MEDIANTE SISTEMA DE INTRODUCCIÓN DIRECTA Y PEXIAS GÁSTRICAS (TÉCNICA RUSSELL)

## INTRODUCER PEG GASTROPEXY (RUSSELL TECHNIQUE)

García Fernández FJ, Rincón Gatica A

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

La Gastrostomía Endoscópica Percutánea, comúnmente denominada PEG (acrónimo del inglés), consiste en colocar una sonda a través de una comunicación entre la cámara gástrica y la pared abdominal, realizada bajo control endoscópico. La indicación clásica de la PEG es el proporcionar adecuado soporte nutricional ante situaciones clínicas que impiden una correcta alimentación oral. Debe tenerse en consideración cuando se precisa una alimentación por sonda nasogástrica mayor de 3 semanas. El trastorno en la

alimentación vía oral suele ser como consecuencia de trastornos neurológicos degenerativos o vasculares (ELA, AVC, ...), otras indicaciones frecuentes incluyen neoplasias orofaríngeas, neoplasias esofágicas, traumas faciales, enfermedades crónicas que impidan una adecuada ingesta oral. Otras indicaciones menos frecuentes son la descompresión paliativa gástrica en obstrucción intestinal distal maligna o para la infusión de medicamentos directamente al intestino delgado (Duodopa).

### CORRESPONDENCIA

Francisco José García Fernández  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41013 Sevilla  
[figarciaf.hvrocio@gmail.com](mailto:figarciaf.hvrocio@gmail.com)

Fecha de envío: 26/06/2021

Fecha de aceptación: 10/08/2021

Antes de proceder a la realización de una PEG hay que tener muy clara la indicación del procedimiento. Puede haber situaciones, como cuando la imposibilidad para la alimentación es como consecuencia de una demencia evolucionada o por una enfermedad crónica en fase terminal, que puede suponer un conflicto ético, legal y social. Esta controversia está en continuo debate y hay que consensuar con la familia y los clínicos al cargo del paciente las expectativas vitales y el propósito concreto de la realización de la PEG.

Tabla 1. Contraindicaciones para colocación de una PEG.

Contraindicaciones absolutas
Imposibilidad para pasar el endoscopio a cámara gástrica
Coagulopatía incorregible
Peritonitis
Ascitis masiva intratable (loculada)
Obstrucción intestinal (salvo para fines descompresivos)
Contraindicaciones relativas
Ascitis masiva (debe ser evacuada o tratada con diuréticos previamente)
Varices gástricas grandes
Cirugía abdominal extensa
Gastrectomía subtotal
Obesidad mórbida
Neoplasia gástrica

La gastrostomía también se ha realizado con éxito mediante control radiológico o bien quirúrgicamente. No obstante, desde que fuera descrita por primera vez en 1980 por Gauderer y Ponsky en la Universidad de Cleveland (USA)<sup>1</sup>, el procedimiento vía endoscópica se ha posicionado como una técnica de práctica común en todas unidades de endoscopia, desplazando a la gastrostomía quirúrgica tanto por su menor coste como por ser menos invasiva.

Existen tres técnicas para realizar la PEG, como resultado de modificaciones del procedimiento original:

- Técnica "Pull" (técnica Ponsky-Gauderer).
- Técnica "Push" (técnica Saks-Vine).
- Técnica de introducción directa mediante pexias gástricas (técnica Russell).

Es muy importante una adecuada preparación del paciente para reducir la incidencia de complicaciones relacionadas con la técnica. El paciente debe estar en ayunas un mínimo de 6 horas, aunque en algunas situaciones puede ser preciso aumentar esta ayuna para evitar riesgos relacionados con la sedación. Se debe disponer de un estudio de coagulación reciente, debemos valorar la presencia de cicatrices postquirúrgicas en el área de colocación de la PEG por el riesgo de adherencia de algún asa intestinal al peritoneo parietal y se debe administrar una dosis de antibioterapia profiláctica con antibiótico de amplio espectro (cefazolina 1 g i.v. o equivalente) unos 30 minutos previos al procedimiento.

El procedimiento precisa de dos operadores, uno controlando el endoscopio y otro realizando las manipulaciones cutáneas. Habitualmente se posiciona al paciente en decúbito supino, y se debe realizar siempre una exploración endoscópica completa

para descartar la presencia de alguna condición que condicione la colocación de la PEG (ulceras activas, neoplasias, estenosis ...) y se deben aspirar todas las secreciones y contenido gástrico.

Los primeros pasos son comunes en las tres técnicas, pero difieren en el método de realizar la comunicación y colocación de la sonda. Estos pasos comunes son los siguientes:

- Una vez realizada la endoscopia diagnóstica completa, se realiza una distensión completa de la cámara gástrica para aproximarla a la pared abdominal y desplazar cualquier asa interpuesta entre el estómago y la pared abdominal (principalmente en colon transversal).

- Se orienta la luz del endoscopio hacia la cara anterior gástrica y localizamos su posición por transluminación a nivel de la pared abdominal, para ello debemos reducir la intensidad de la luz de la sala e incluso a veces aumentar la intensidad lumínica del endoscopio manualmente.

- Posteriormente localizamos el lugar más idóneo para la colocación de la PEG mediante digitopresión a nivel de la pared abdominal y comprobando endoscópicamente el lugar donde la impronta en la cámara gástrica es máxima. Idealmente se debe ubicar en región subcostal izquierda a unos 2-4 cm de la línea media, pero no en ésta. Debemos evitar también áreas con cicatrices o heridas cutáneas.

- A continuación, procederíamos con los pasos específicos para cada tipo de técnica de PEG.

La técnica más implantada es la clásica PEG-Pull y es dominada prácticamente por todos los especialistas en aparato digestivo. Pero esta técnica tiene importantes limitaciones e inconvenientes:

- El principal hándicap de la PEG-Pull es infección del ostoma por el arrastre de la flora oral al pasar el botón de fijación interno de la PEG. La tasa de infección se ha reducido notablemente tras la profilaxis antibiótica protocolizada previo al procedimiento, no obstante, la incidencia de esta complicación sigue siendo alta, alcanzando el 8% en el metaanálisis más reciente<sup>2</sup>.

- Otra complicación descrita es la siembra de células tumorales en la pared abdominal peritoneo como consecuencia del paso de la sonda por la cavidad oral ante la presencia de tumores orofaríngeos<sup>3</sup>.

- También la presencia de neoplasias orofaríngeas y estenosis esofágicas puede imposibilitar realizar esta técnica por no permitir el paso del endoscopio oral. Aunque en estadios iniciales de la enfermedad a veces es posible que pase aun el endoscopio, la progresión de la enfermedad puede impedir realizar el cambio de la sonda, ya que habitualmente precisa de una nueva endoscopia oral.

- Como se ha indicado anteriormente, habitualmente se precisa repetir la endoscopia para realizar el primer recambio, lo que supone el riesgo de un segundo procedimiento intervencionista en un paciente habitualmente frágil. Además de suponer un importante aumento de costes, tanto por el procedimiento endoscópico en si, como por la necesidad de transporte en ambulancia que precisan este tipo de pacientes.

La técnica de PEG con introducción directa mediante pexias aporta importantes ventajas y es una alternativa para los casos en los que no es posible o conveniente la realización de la clásica PEG-Pull, por lo que creemos que en todas las unidades de endoscopia se debe fomentar la formación en esta técnica de modo que se pueda ofertar la mejor opción terapéutica disponible para cada caso.

### 1- PEG con dilatador y sistema de pexias en T<sup>5</sup> (MIC-KEY® G SAF-T-PEXY)

En el Kit comercial de las pexias en T está incluido el siguiente material (NO INCLUYE LA SONDA DE GASTROSTOMIA DE 18 FR):

- 1 Set de 4 pexias.
- 1 Bisturí.
- 1 Trocar para introducir el hilo guía.
- 1 Hilo guía con extremo pig-tail.
- 1 Mosquito.
- 1 Introdutor-dilatador telescópico.
- 2 jeringas de 12 cc, una la llenaremos con agua destilada para el globo de la PEG y otra con anestésico local para la incisión. Colocar separadas o rotularlas para no confundirlas.
- 1 Medidor de longitud de la ostomia en el caso de querer colocar directamente un botón de gastrostomía (recomendado en niños).



**Figura 1**

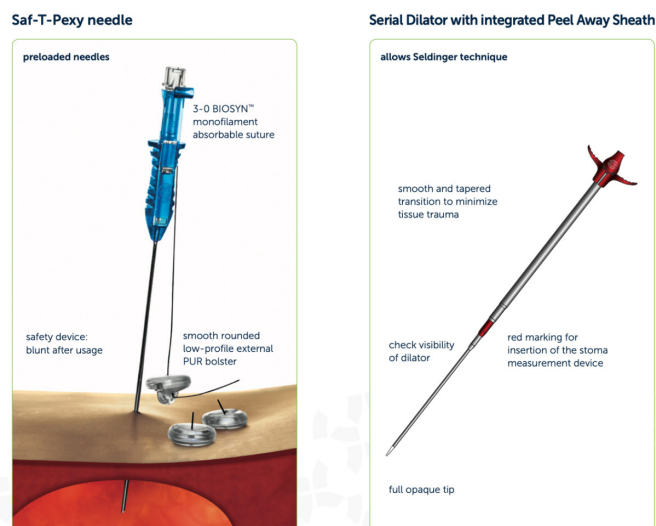
PEG con dilatador y sistema de pexias en T<sup>5</sup> (MIC-KEY® G SAF-T-PEXY).

- Una vez que hemos comprobado que hay transluminación y localizar el mejor sitio para colocar la PEG y que tenemos espacio suficiente para aplicar las pexias, se depila y esteriliza la zona con antiséptico (Polividona Iodada o solución de Clorhexidina). Nos debemos colocar gorro, mascarilla y guantes y bata estéril. Preparamos la mesa de trabajo con un paño estéril en el lateral derecho del paciente y en una posición cómoda para poder acceder al material mientras realizamos la técnica. Aconsejamos disponer el material de manera ordenada y en la secuencia que vamos a ir precisando durante la realización de la técnica.

- Debemos además disponer de un paquete de gasas, aguja intramuscular, vaselina líquida y una PEG de recambio de 18F.

Recomendamos movilizar el disco fijador de la PEG, cerrar los tapones y hacer vacío en el balón para que entre fácilmente en el introductor.

- Realizar habón subcutáneo con anestesia en la ubicación donde vamos a colocar la PEG, que será el centro del triángulo formado por las pexias, y profundizar con la aguja en la dirección que va a seguir la PEG realizando vacío para detectar si hay alguna asa intestinal (colon) interpuesta delante de la cámara gástrica. Una vez vemos que asoma la aguja en el interior de la cámara gástrica y hace vacío, y sabemos que es segura la colocación de la PEG, anestesiarnos el trayecto. En este momento si la dirección o ubicación no es correcta (por ejemplo, si queda muy próximo a las pexias) podemos corregirla y elegir otra mejor.



**Figura 2**

Saf-T-Pexy needle y Serial Dilator with Peel Away Sheath.

- Colocar 3 pexias a modo de triángulo, tal como se describe en el video, separadas unos 2 cm entre sí, dejando suficiente espacio en el medio para poder insertar la PEG.

- Posteriormente realiza un corte profundo con el bisturí, de 1 cm de longitud aproximadamente, lo suficiente para que no haya dificultad para pasar los calibres mayores del dilatador. Aconsejamos también realizar una disección roma con el mosquito del tejido subcutáneo para facilitar la dilatación.

- A continuación, introducimos el trocar en la misma dirección que habíamos tomado para la inyección de anestésico, y una vez esté en la cámara gástrica, pasamos el hilo guía por el extremo pig-tail y retiramos el trocar cuando hayamos introducido suficiente cantidad de guía en la cámara gástrica como para que este seguro el trayecto.

- Procedemos a introducir el dilatador telescópico con calibres progresivos tal como se observa en el video. Recomendamos desplazar los distintos segmentos para que luego sea más fácil desplazarlos e introducirlos realizando movimientos rotatorios para que se introduzcan con menos resistencia.

- Cuando hayamos pasado el último calibre, retiramos el interior del dilatador dejando la última camisa vacía, que va a ser

el introductor. Lubricamos la punta de la sonda PEG (de 18 FR) con vaselina líquida y la pasamos por el introductor. Posteriormente abrimos el introductor por la mitad y traccionamos hacia arriba con los dedos índice y corazón de cada mano, presionando al mismo tiempo con los pulgares en el tope con forma de disco de la sonda PEG hasta que se retire completamente el introductor.

- Finalmente llenamos el balón con 10 cc de agua destilada estéril, tiramos de la sonda hasta que tope el balón y bajamos el tope de la PEG hasta que contacte con la piel. No debe quedar muy apretado, pero tampoco permitir holgura excesiva, se recomienda que se pueda separar unos 3-4 mm de la piel con una tracción suave.

- Luego se cubre con gasas cortadas hasta la mitad, siempre por encima del tope, no colocarlas entre el tope y la piel.

- Recomendamos aplicar un chorro de antiséptico tras cada manipulación importante del ostoma para evitar infección posterior.

## 2 - PEG con introductor directo y pexias anudadas <sup>4</sup>(FREKA® PEXACT II-15 FR ENFIT)



Figura 3

Sat-T-Pexy needle y Serial Dilator with Peel Away Sheath.

En el Kit comercial está incluido el siguiente material (INCLUYE LA SONDA DE GASTROSTOMIA):

- 1 Sonda Freka® Pexact II. 15 FR ENFit.
- 1 Bisturí.
- 1 Trocar con compuerta tipo “peelaway”.
- 1 Dispositivo de gastropexia.
- 2 Materiales de sutura.
- 1 Jeringa de 5 cc.
- Almohadillas de gasa para proteger la piel de la sutura.

Este sistema de PEG difiere respecto al otro sistema de pexias en que el introductor tiene directamente el tamaño de la sonda de PEG, sin precisar la dilatación progresiva, y las pexias se realizan con un sistema que pasa un hilo de sutura entre el estómago y la piel.

Los pasos son similares hasta haber anestesiado la piel y asegurarnos de que no hay ningún asa interpuesta entre la pared abdominal y el estómago y que es seguro colocar la PEG. A continuación, procedemos a colocar las 2 pexias, que deben estar separadas unos 2,5-3 cm entre si y en el espacio entre ambas se colocará la PEG.

- Las pexias se colocan con un sistema de sutura compuesto por un dispositivo con dos agujas (ver en el video la animación y el método de colocación), en una se monta un hilo de sutura del 2.0 y en la otra aguja hay montado un lazo que sale de la misma al accionar un pulsador de color azul. Se introduce el dispositivo en perpendicular con la piel y una vez que ambas agujas son visualizadas en el interior de la cámara gástrica, se acciona el pulsador que saca el lazo de una de las agujas, este lazo se dirige automáticamente hacia la otra aguja, quedando abierto justo en frente de ella. A continuación, se extrae el hilo de sutura por la aguja accionando una rondana de color amarillo y este hilo pasa por el interior del lazo abierto anteriormente. Una vez que comprobemos que ha pasado suficiente hilo por el interior del lazo, retraemos el lazo accionando un botón rojo, de modo que el hilo queda enganchado a la otra aguja. Se extrae el dispositivo con ambas agujas, accionando al mismo tiempo la rondana amarilla para ir liberando hilo, de modo que tenemos la sutura hecha con un cabo del hilo en cada uno de los orificios donde hemos clavado las agujas. A continuación, se anudan de la manera clásica, y se puede colocar una almohadilla de gasa entre la sutura y la piel para evitar decúbito.

- Este mismo proceso se realiza de nuevo para la otra pexia, a unos 2,5-3 cm, utilizando un segundo hilo de sutura que aporta el kit. Reiterar que las suturas deben quedar sin holgura.

- En el medio de las pexias, se realiza un corte con el bisturí, no es necesario profundizar, solo es preciso romper la piel.

- A continuación, se procede a realizar la gastrostomía con el trocar con la funda que es el introductor tipo “peelaway”. Cuando vemos asomar la punta del trocar por la cámara gástrica y el extremo blanco del introductor, retraemos el trocar para evitar dañar la mucosa gástrica, y avanzamos el introductor.

- Finalmente, retiramos el trocar completamente e introducimos la sonda PEG (que en este dispositivo es de 15 FR) y se “pela” el introductor quedando la sonda colocada en el interior de la ostomía. Se hincha el balón, que en este caso se rellena con 5 cc con agua destilada estéril, y se coloca el fijador externo, que como se ha indicado en el anterior dispositivo no debe quedar muy apretado, pero tampoco permitir holgura excesiva, se recomienda que se pueda separar unos 3-4 mm de la piel con una tracción suave.

Ambos sistemas son igualmente efectivos<sup>4,5</sup>, técnicamente no excesivamente complejos y aportan las mismas ventajas, sin que haya estudios comparativos entre ambos.

Estos sistemas tienen evidentes ventajas, tal como se ha detallado anteriormente, aunque uno de los principales

inconvenientes de estos dispositivos de PEG-pexia es su mayor coste respecto a la PEG-pull.

Antes de proceder a colocar una PEG hay que valorar detenidamente si la indicación es correcta y las características individualizadas de cada paciente para decidir qué tipo de sistema es más beneficioso.

#### **Cuidados de la sonda de gastrostomía:**

La sonda de gastrostomía es un tubo que conecta la cámara gástrica directamente a la piel, para poder administrar alimentación y medicación al paciente, cuando éste tenga imposibilidad para la deglución, bien por problemas neurológicos.

La sonda de gastrostomía y la piel donde asienta deben de tener unos cuidados adecuados, tanto en los primeros días tras su implantación como durante todo el tiempo que se tenga la gastrostomía para prolongar su vida útil, evitar obstrucciones, infecciones y daños en la piel.

A continuación, se exponen los principales cuidados que se debe de tener, recomendamos incorporar estas indicaciones en el informe de endoscopia tras la colocación de la PEG, para que los cuidadores sepan como actuar.

#### **Cuidados iniciales de las gastrostomías colocadas por el sistema de pexias – kit introductor**

- Limpiar cada 24 horas, la zona alrededor del estoma y la gastropexia con agua tibia y jabón suave, con un movimiento circular la sonda y los cabezales de las pexias o los puntos de las pexias.

- Aplicar povidona yodada o clorhexidina y secar bien durante los 5 – 7 días posteriores a la formación del estoma.

- En el caso de las Pexias en T, el organismo absorberá los hilos de sutura y los cabezales de las pexias caerán, partir de las 2 - 3 semanas. Es muy importante no girar los botones de las pexias, ya que éstos fijan el estómago a la pared abdominal.

- En el caso de las pexias anudadas, el hilo no es reabsorbible y deberá cortarse pasadas 3 semanas.

- A partir de las 12 horas de la intervención, se puede iniciar la alimentación.

- Girar de forma diaria la sonda 360 grados para evitar la fijación a la piel.

- A partir de las 48 horas de la colocación de la sonda, el paciente ya puede ducharse. A pesar de que, a partir de ese momento, ya se pueda duchar, se deberá seguir procediendo a la limpieza de la sonda y estoma como anteriormente se indicaba.

#### **Cuidados generales del paciente portador de una sonda de gastrostomía**

- Al finalizar la infusión de la alimentación (ya sea por bolus o por gravedad), pasar 50 cc de agua para limpiar el

catéter. En el caso que el paciente presente una restricción de líquidos, sería suficiente limpiar el catéter pasando 20 cc de agua.

- También es conveniente instilar 30-50 ml 2-3 veces entre las tomas para limpiar la sonda de secreciones y así evitar que se compacten y obstruya la sonda.

- Comprobar cada 10 - 14 días el estado del balón, comprobando que está lleno y no ha perdido líquido. El balón debe contener entre 7 y 10 cc de agua destilada, según la casa comercial. No utilizar en ningún caso solución salina fisiológica para llenar el balón.

- En caso de que haya una obstrucción en la sonda de gastrostomía, trate de desatascarlo tan pronto pueda. Enjuague el tubo de PEG con una jeringa llena con 60 mililitros (ml) de agua tibia. Nunca use un alambre para desatascar la sonda, ya que puede dañar la sonda o provocar daños en la mucosa gástrica.

- Girar de forma diaria la sonda 360 grados para evitar la fijación a la piel. De igual modo revise que la protección de plástico que hace contacto con la piel quede ajustada, pero no apretada, permitiendo separarlo fácilmente 3-4 mm con una ligera tracción.

- No colocar gasas entre la protección de plástico y la piel, ya que las secreciones retenidas en la gasa se pueden sobreinfectar y además macerar la piel. Puede proteger ella sonda con un par de gasas cortadas hasta la mitad colocadas por encima del disco.

- Limpiar cada 24 horas la zona alrededor del estoma con agua tibia y jabón suave, con un movimiento circular la sonda. Posteriormente secar y mantener seca la piel alrededor de la sonda, esto ayudará a prevenir una infección o irritación de la piel.

- En caso de extracción involuntaria de la sonda debe de introducirse una sonda de recambio en el plazo más breve posible, dado que el ostoma se cierra en cuestión de horas. En caso de no disponer de ella o estar alejado del hospital puede acudir a su centro de salud y utilizar una sonda vesical de Foley del 16 - 18 (según sea la sonda que porte inicialmente) para mantener permeable el ostoma y al día siguiente ser sustituido por la sonda de recambio estándar.



**Bibliografía**

1. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ Jr. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg.* 1980;15:872-5.
2. Jafri NS, Mahid SS, Minor KS, Idstein SR, Hornung CA, Galandiuk S. Meta-analysis: antibiotic prophylaxis to prevent peristomal infection following percutaneous endoscopic gastrostomy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;25:647-56.
3. Cruz I, Mamel JJ, Brady PG, Cass-Garcia M. Incidence of abdominal wall metastasis complicating PEG tube placement in untreated head and neck cancer. *Gastrointest Endosc.* 2005;62:708-11; quiz 752, 753.
4. Shastri YM, Hoepffner N, Tessmer A, Ackermann H, Schroeder O, Stein J. New introducer PEG gastropexy does not require prophylactic antibiotics: multicenter prospective randomized double-blind placebo-controlled study. *Gastrointest Endosc.* 2008;67:620-8.
5. Martins FP, Sousa MCB de, Ferrari AP. New "introducer" PEG-gastropexy with T fasteners: a pilot study. *Arq Gastroenterol. IBEPEGE, CBCD e SBMD, FBG, SBH, SOBED;* 2011 Oct;48(4):231-5.
6. Ucker AT, Gourin CG, Ghegan MD, Porubsky ES, Martindale RG, Terris DJ. 'Push' versus 'pull' percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement in patients with advanced head and neck cancer. *Laryngoscope.* 2003;113:1898-902.
7. Maetani I, Tada T, Ukita T, Inoue H, Sakai Y, Yoshikawa M. PEG with introducer or pull method: a prospective randomized comparison. *Gastrointest Endosc.* 2003;57:837-41.
8. Hiki N, Maetani I, Suzuki Y, Washizawa N, Fukuda T, Yamaguchi T. Reduced risk of peristomal infection of direct percutaneous endoscopic gastrostomy in cancer patients: comparison with the pull percutaneous endoscopic gastrostomy procedure. *J Am Coll Surg.* 2008;207:737-44.
9. Horiuchi A, Nakayama Y, Tanaka N, Fujii H, Kajiyama M. Prospective randomized trial comparing the direct method using a 24 Fr bumper-button-type device with the pull method for percutaneous endoscopy gastrostomy.

## CASO CLÍNICO

# MALROTACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO: DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

## INTESTINAL MALROTATION IN ADULTS: INCIDENTAL DIAGNOSIS.

Roldán Aviña JP, Serrano Borrero I, Merlo Molina S, Herrera Gutiérrez L, Muñoz Pozo F

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

### Resumen

La malrotación intestinal en el adulto suele diagnosticarse tardíamente y de forma fortuita durante pruebas o cirugía indicadas por otras causas. En ausencia de un vólvulo intestinal agudo, su curso varía desde asintomático a cuadros más o menos complejos de dolor crónico.

Presentamos el caso de un paciente al que tras realizar cirugía urgente de una hernia inguinal izquierda incarcerada, se le diagnosticó una malrotación intestinal durante su ingreso postoperatorio.

**Palabras clave:** malrotación intestinal adulto, dolor abdominal crónico, malformación congénita.

### Abstract

Intestinal malrotation in adults is usually diagnosed late during tests or surgery indicated for other causes. In the absence of an acute intestinal volvulus, its course varies from asymptomatic to more or less complex episodes of chronic pain.

We present the case of a patient who, after undergoing urgent surgery for an incarcerated left inguinal hernia, with intestinal malrotation diagnosed during his postoperative admission.

**Keywords:** adult intestinal malrotation, chronic abdominal pain, congenital malformation.

### Introducción

La malrotación intestinal es una anomalía de la rotación intestinal que ocurre durante el desarrollo fetal, siendo rara su presentación en la vida adulta<sup>1</sup>. Pueden distinguirse dos formas de presentación<sup>2</sup>: 1) Aguda, en forma de abdomen agudo por vólvulo intestinal y 2) Crónica, con dolor abdominal crónico asociado a otros síntomas digestivos variables (vómitos, estreñimiento, dispepsia...). La clave para un diagnóstico precoz está en mantener un alto nivel de sospecha en casos de dolor abdominal de causa criptogénica.

#### CORRESPONDENCIA

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

Fecha de envío: 28/02/2021

Fecha de aceptación: 01/08/2021

## Caso Clínico

Paciente de 55 años, con antecedentes de dispepsia mixta y estreñimiento de años de evolución estudiado en la consulta de Digestivo (endoscopia oral, pancolonoscopia y ecografía de abdomen normales), que acudió a Urgencias por dolor intenso a nivel de una tumoración inguinal izquierda no reductible. A la exploración se confirmó una hernia inguinal izquierda encarcerada, sin poder conseguir su reducción mediante maniobras manuales por lo que se indicó tratamiento quirúrgico urgente. Durante la intervención se procedió a la apertura del saco herniario confirmando que contenía asas de intestino delgado viables, aunque con éxtasis vascular y que se recuperaron tras reducir las al interior de la cavidad abdominal. Se completó la intervención mediante la colocación de un tapón y una malla de polipropileno para reparar la hernia.

En el postoperatorio inmediato siguió refiriendo dolor en cuadrante inferior izquierdo del abdomen, acompañado de sensación de plenitud, con una exploración prácticamente normal salvo por el dolor a la palpación profunda en fosa ílica izquierda. Al comentar el paciente con Radiología se encontró un TAC de abdomen (Figuras 1 y 2) realizado 4 años antes en otro centro hospitalario (el paciente no tenía ningún informe al respecto) que visualizaba una marcada elevación del hemidiafragma izquierdo con desplazamiento craneal de las vísceras abdominales, con anomalía en la disposición anatómica del intestino delgado y del colon que se sitúa en su totalidad en hemiabdomen izquierdo de manera que el colon ascendente se sitúa medial al sigma situándose el ciego en mesogastrio y el apéndice cecal en hemiabdomen izquierdo. El eje vascular mesentérico mostraba una trayectoria anómala con arteria y vena mesentéricas superiores lateralizadas hacia la izquierda con alteración de sus trayectos. Dado que no existían signos clínicos ni analíticos de alarma, se instauró tratamiento conservador con analgesia IV y un enema de limpieza que fue muy efectivo, siendo dado de alta al tercer día de su ingreso.

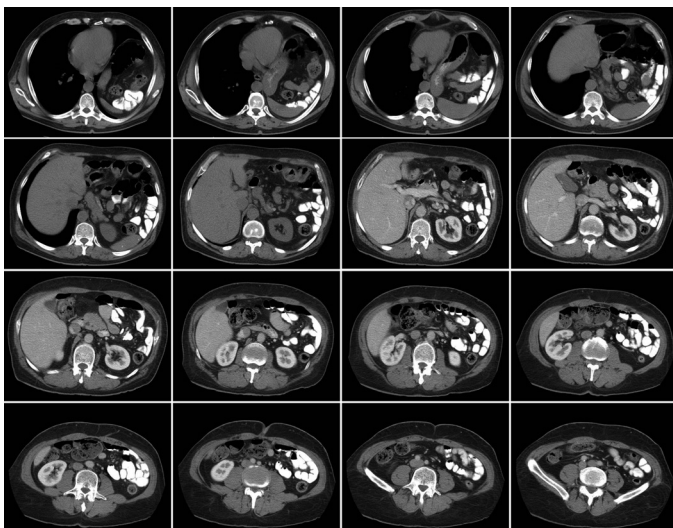


Figura 1  
TAC de abdomen (cortes axiales).

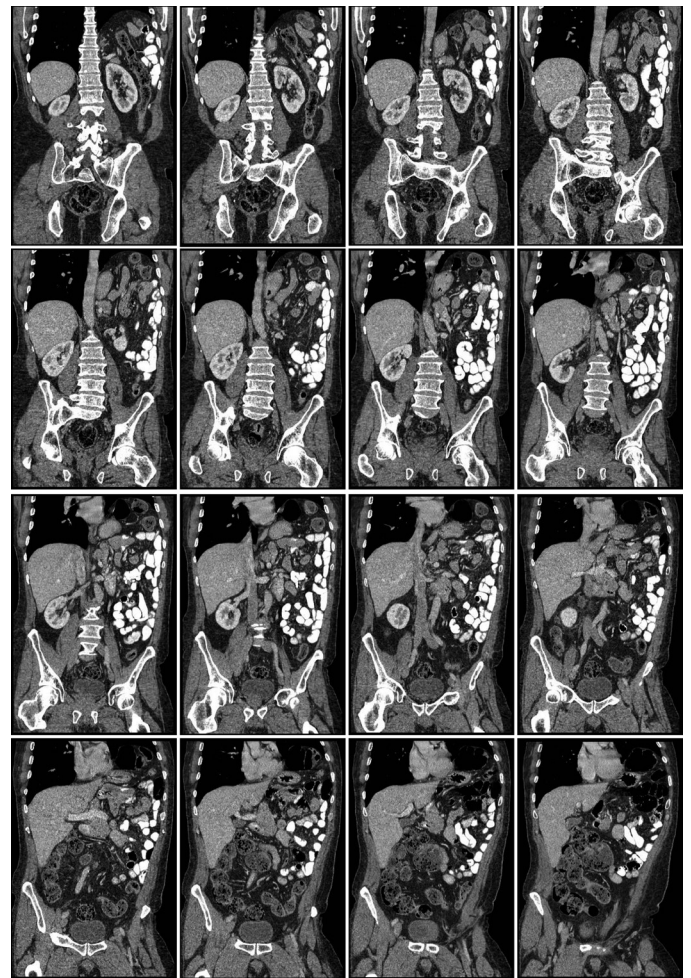


Figura 2

TAC de abdomen (cortes coronales): elevación hemidiafragma izquierdo y malrotación intestinal.

En el seguimiento en consultas y ante el diagnóstico de malrotación intestinal del adulto, se le planteó la posibilidad de derivación al hospital de referencia para valoración de tratamiento quirúrgico electivo ya que parecía la causa de la mayoría de sus síntomas. El paciente prefirió seguir con revisiones en la consulta tras haber regularizado su hábito intestinal con productos naturales, ejercicio físico y adaptando nuevos hábitos defecatorios.

## Discusión

La malrotación intestinal es una entidad clínica que abarca el fallo parcial o completo de la rotación de 270° en sentido horario del intestino alrededor del eje de los vasos mesentéricos superiores durante el desarrollo embrionario<sup>1,3,4</sup> a consecuencia de un fallo en el normal desarrollo de la rotación y posterior fijación del mesenterio<sup>2</sup>.

Desde el punto de vista epidemiológico el 80% se diagnostican en primer mes de vida<sup>2,5</sup> y el 90% antes del primer año<sup>2,5</sup>. Su incidencia es de 1/500 recién nacidos vivos (0,2% de la población)<sup>1,3-7</sup> coincidiendo con 1% identificado en autopsias<sup>2</sup>. No hay diferencias entre sexos y la edad media de presentación de los síntomas va de los 25 a los 45 años<sup>4</sup>.

No existe un cuadro clínico específico con un rango muy variable en los síntomas que pueden ir desde un vólvulo intestinal con isquemia aguda a formas asociadas a dolor abdominal crónico<sup>1,2</sup>. Si no existe una catástrofe abdominal la mayoría de las veces cursa de forma asintomática diagnosticándose incidentalmente en el curso de otros estudios o de intervenciones quirúrgicas o en autopsias<sup>1,2</sup>. El cuadro agudo se produce por la existencia de un vólvulo en el intestino medio que determina isquemia y gangrena de las asas, con dolor muy intenso asociado a vómitos importantes<sup>3</sup>. El cuadro crónico suele cursar con dolor abdominal, vómitos biliosos ocasionales y estreñimiento. Característicamente el dolor aparece a nivel epigástrico o en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, pudiendo ser intermitente o fijo y de intensidad leve o moderada; suele aparecer postprandialmente con una duración de entre 30-60 minutos<sup>1</sup>. Aunque con menor frecuencia también pueden existir diarrea, dispepsia, pérdida de peso, intolerancia alimentaria, sensación de saciedad, déficits nutritivos e incluso trastornos del crecimiento<sup>1,2,4,5</sup>.

Habitualmente el diagnóstico de malrotación intestinal en los adultos se retrasa por la amplia constelación de síntomas que se pueden observar en otras muchas patologías<sup>1</sup> debiendo formar parte del diagnóstico diferencial de adultos que presenten dolor abdominal no explicado por otras causas<sup>5</sup>. La radiología convencional no presenta sensibilidad ni especificidad para el diagnóstico, aunque la presencia de pliegues yeyunales derechos o la ausencia de heces en colon a nivel de cuadrante inferior derecho pueden ser sugestivos<sup>7</sup>. En el tránsito intestinal con contraste la unión duodeno-yeyunal no sobrepasa la línea media y descansa por debajo del nivel del bulbo duodenal<sup>7</sup>. El TAC es la prueba de imagen que presenta mejores resultados en el adulto<sup>4,5</sup> ya que no sólo muestra la malposición intestinal sino que informa de hallazgos extraintestinales que ayudan al diagnóstico<sup>1,7</sup> como: apariencia arremolinada de la vascularización que entra en una zona intestinal volvulada (signo del remolino), asas de intestino delgado en el cuadrante superior derecho del abdomen, falta de visualización del ciego en la fosa iliaca derecha, dilatación de asas duodenales y flexura duodeno-yeyunal hacia la derecha (signo del sacacorchos)<sup>2,4</sup>, asociado a la alteración de la relación anatómica entre la arteria y la vena mesentéricas superiores que muestra una relación vertical o incluso una inversión izquierda<sup>1,7</sup>.

La mayoría de los autores defienden la corrección quirúrgica mediante la operación de Ladd incluso en pacientes con síntomas menores o asintomáticos independientemente de la edad y forma de presentación<sup>1-5</sup>. Sin embargo, a la hora de realizar la indicación para la cirugía deberemos de tener en cuenta la baja frecuencia de aparición de vólvulo intestinal en los adultos, que además disminuye conforme aumenta la edad de los pacientes, que podría no justificar la cirugía de forma profiláctica<sup>6</sup>. En lo que si existe unanimidad es que la técnica a emplear es la operación de Ladd (laparotómica o laparoscópica según experiencia del equipo)<sup>2,4,5</sup> que se resumen en: 1) Reducción antihoraria del vólvulo si está presente; 2) División de cualquier banda colo-duodenal o intermesentérica existente. 3) Ensanchamiento de la raíz del mesenterio para prevenir el vólvulo (Kocherización); y 4) Apendicectomía profiláctica.

Podemos concluir que la malrotación intestinal en el adulto presenta síntomas inespecíficos por lo que se asocia a un retraso diagnóstico<sup>2</sup>. Deberá ser considerado en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal, vómitos e intolerancia alimentaria cuando no se encuentren otras causas<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. Papaziogas B, Patsas A, Paraskevas G, Tsiaousis P, Koutelidakakis I, Christoforakis C et al. Adult intestinal malrotation: a case report. *Internet J Surg* 2008; 19(2). <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/10043>
2. Durkin ET, Lund DP, Shaaban AF, Schurr MJ, Weber SM. Age-related differences in diagnosis and morbidity of intestinal malrotation. *J Am Coll Surg* 2008; 206: 658-663. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.11.020.
3. Bhatia S, Jain S, Singh C, Bains L, Kaushik R, Gowda NS. Malrotation of the gut in adults: an often forgotten entity. *Cureus* 2018; 10: e2313. DOI: 10.7759/cureus.2313.
4. Neville JJ, Gallagher J, Mitra A, Sheth H. Adult presentation of congenital midgut malrotation: a systematic review. *World J Surg* 2020; 44: 1771-1778. DOI: 10.1007/s00268-020-05403-7.
5. Palmer OP, Rhee HH, Park WG, Visser B. Adult intestinal malrotation: when things turn the wrong way. *Dig Dis Sci* 2012; 57: 284-287. DOI: 10.1007/s10620-011-1818-4.
6. Malek MM, Burd R. The optimal management of malrotation diagnosed after infancy: a decision analysis. *Am J Surg* 2006; 191: 45-51. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2005.10.002.
7. Pickhardt PJ, Bhala S. Intestinal malrotation in adolescent and adults: spectrum of clinical and imaging features. *AJR* 2002; 179: 1429-1435. DOI: 10.2214/ajr.179.6.1791429.

# DISFAGIA COMPRESIVA SECUNDARIA A TUMOR GIST PARAESOFÁGICO: UN CASO INUSUAL

COMPRESSIVE DYSPHAGIA SECONDARY TO PARAESOPHAGEAL GIST TUMOR: AN UNUSUAL CASE.

Calvo Bernal MM, Lázaro Sáez M, Moreno Moraleda I

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

## Resumen

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias muy poco frecuentes del tubo digestivo. El estómago y el intestino delgado son los lugares de presentación más comunes representando aproximadamente el 85% de los casos siendo la ubicación esofágica excepcional. Presentamos el caso de un varón de 76 años que presenta disfagia a sólidos, asociado a vómitos alimenticios postprandiales y pérdida ponderal de 3 meses de evolución que es diagnosticado de un tumor GIST esofágico.

**Palabras clave:** disfagia, tumor esofágico, tumor del estroma gastrointestinal.

## Abstract

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are very infrequent neoplasms of the digestive tract. The stomach and the small bowel are the most frequent locations, constituting 85% of the cases. Esophageal location is exceptional. We present the case of a 76 years old male who has dysphagia to solids associated to postprandial alimentary vomits and weight loss for three months who is diagnosed of an esophageal GIST.

**Keywords:** dysphagia, esophageal tumor, gastrointestinal stromal tumor.

## Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan menos del 2% de las neoplasias del tubo digestivo, siendo sin embargo, las neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal más frecuentes<sup>1</sup>. Pueden localizarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal. Los órganos más comprometidos son estómago (50-60%) seguido del intestino delgado (20-30%), siendo el GIST esofágico muy poco común, con menos de 1% de incidencia.

### CORRESPONDENCIA

María del Mar Calvo Bernal  
Complejo Hospitalario Torrecárdenas  
04009 Almería  
[marcalvobernal@gmail.com](mailto:marcalvobernal@gmail.com)

Fecha de envío: 08/04/2021

Fecha de aceptación: 01/08/2021

Su incidencia es de 4-10 casos/millón de habitantes/año, siendo más frecuentes entre la cuarta y la sexta década de la vida, con un leve predominio en el sexo masculino. Presentan unos rasgos inmunohistoquímicos característicos que le han permitido constituir una entidad propia y diferenciarlos de otras neoplasias del tubo digestivo.

### Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 76 años con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa y claudicación intermitente secundaria a oclusión vascular, que es derivado a Consultas Externas de Aparato Digestivo por presentar disfagia a sólidos de 3 meses de evolución, asociado a vómitos alimenticios postprandiales y pérdida ponderal de 5 kilos en último mes sin otra sintomatología asociada.

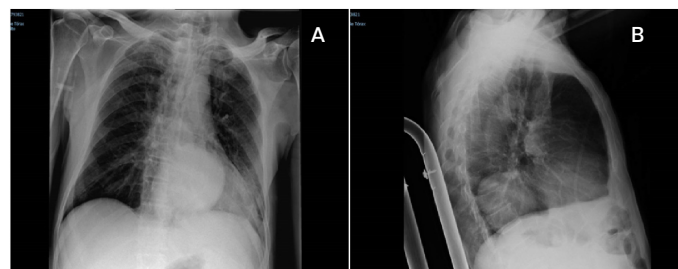
A la exploración, presenta abdomen blando y depresible, distendido y no doloroso a la palpación. En la analítica, destaca anemia normocítica (hemoglobina 10,4 gr/dl).

Se realiza una endoscopia digestiva alta en la que se objetiva esofagitis péptica grado II/IV sin otros hallazgos destacables así como una radiografía de tórax y tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal (Figuras 1 y 2), en el que se aprecia a nivel torácico una masa paraesofágica izquierda de 6x4,6cm con contenido heterogéneo, bien delimitada, y un tránsito esófago-gastro-duodenal (Figura 3), en el que se observa esófago de morfología, calibre y peristaltismo normales, con patrón mucoso normal sin observar estenosis esofágica



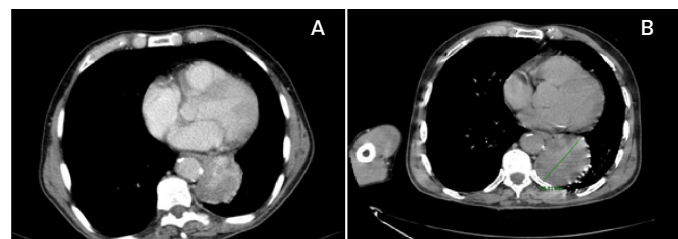
**Figura 3**

Tránsito esófago-gastro-duodenal. Se observa esófago de morfología, calibre y peristaltismo normales, con patrón mucoso normal, sin apreciar estenosis.



**Figura 1**

Radiografía de tórax. A. Posteroanterior. Se aprecia masa paraesofágica izquierda superpuesta a silueta cardíaca, de bordes redondeados, bien definidos. B. Lateral. Se observa dicha masa en proyección lateral, retrocardiaca, que ocupa más de un tercio de hemitórax izquierdo.



**Figura 2**

TC toracoabdominal. A. Al diagnóstico. Corte sagital en el que se aprecia a nivel torácico una masa paraesofágica izquierda de 6x4,6cm, de contenido heterogéneo aunque bien delimitada. B. Al año de evolución. Se observa crecimiento de masa tumoral con respecto a estudio previo, asociado a compresión de lóbulo pulmonar inferior izquierdo y derrame pleural ipsilateral.

secundaria a la masa previamente identificada en TC.

Tras estos hallazgos, se realiza una ecoendoscopia que objetiva una lesión subepitelial del esófago distal heterogénea, de tipo mesenquimal con origen en la muscular propia. La citología mediante punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecoendoscopia muestra un patrón fusocelular, sin áreas de necrosis, altamente positivo en la inmunohistoquímica para el marcador c-KIT, compatible con tumor del estroma gastrointestinal esofágico.

Finalmente se presenta el caso en sesión conjunta con Cirugía General y ante la mejoría clínica, teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente y la agresividad de la cirugía, se consensúa actitud conservadora en ese momento, consiguiéndose un adecuado control de la sintomatología con tratamiento médico y remitiéndose a consulta de Oncología médica.

Se continúa seguimiento en consulta, presentando en última visita empeoramiento de la clínica, con aumento de episodios eméticos diarios, por lo que se realiza nuevo TC en el que se aprecia crecimiento de la masa tumoral, asociado a compresión del lóbulo pulmonar inferior izquierdo y derrame pleural. El paciente es remitido de nuevo a Consulta de Cirugía General, en espera de nueva valoración de intervención quirúrgica por su parte.

### Discusión

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son muy poco frecuentes. Tienen una mayor prevalencia en pacientes con neurofibromatosis tipo I. La inmunohistoquímica de los tumores del estroma gastrointestinal es fundamental para su diagnóstico. La

mayoría presentan una mutación con ganancia de función en el gen c-KIT con actividad tirosina-quinasa definiendo una proliferación celular no regulada, aunque la negatividad de este marcador en presencia de un patrón histológico sugerente no descarta el diagnóstico.

Los GIST esofágicos son más comunes en el tercio medio a distal del esófago. Suelen ser pequeños y asintomáticos, pero en ocasiones pueden alcanzar un gran tamaño y presentarse con disfagia, odinofagia, hemorragia digestiva alta por ulceración mucosa, o intraperitoneal por rotura tumoral, dolor abdominal, anemia, pérdida de peso o náuseas.

Alrededor de un 50% de los tumores del estroma gastrointestinal están localizados en el momento de su diagnóstico. Su diseminación metastásica más frecuente es por vía hematogena hacia el hígado, siendo excepcional la diseminación linfática.

El diagnóstico diferencial se debe realizar fundamentalmente con el leiomioma, leiomiosarcoma, schwannoma, neurofibroma y tumores neuroendocrinos como el carcinoide. La ecoendoscopia es una prueba crucial para el diagnóstico de tumores subepiteliales, proporcionando información sobre la capa de la pared en la que se origina, la naturaleza de la lesión y su tamaño y permite realizar una aspiración con aguja fina que proporcione un diagnóstico concluyente.

El tratamiento depende de la ubicación y el tamaño del tumor, la extensión de la diseminación y la presentación clínica. Los GIST mayores de 2 cm, aquellos que presenten manifestaciones clínicas asociadas o un patrón sugerente de malignidad en la ecoendoscopia (borde irregular, espacios quísticos, ulceración, focos ecogénicos y heterogeneidad) deben ser resecados<sup>2</sup>. Para el resto de casos, se debe llevar a cabo un seguimiento endoscópico periódico.

La cirugía consiste en la resección completa con márgenes negativos, sin linfadenectomía asociada, salvo si existe evidencia de afectación ganglionar grosera. El tratamiento de los tumores GIST en la unión gastroesofágica (GE) es problemático ya que puede necesitar esofagectomía con gastrectomía proximal. A nivel esofágico, no existe una capa serosa que los cubra, de modo que el riesgo de rotura es extremadamente alto y la resección esofágica es una técnica que comporta alta morbimortalidad, pudiendo ocasionar deformidad o estenosis en la entrada gástrica, lo que conlleva mayores complicaciones y merma en la calidad de vida<sup>3</sup>.

Las técnicas híbridas que combinan enfoques laparoscópicos y endoscópicos pueden mejorar los resultados del paciente y proporcionar mejores resultados<sup>4</sup>. Cuando la resección es completa, las tasas de supervivencia están en torno al 40–55% a los cinco años. El pronóstico depende del tamaño y la tasa mitótica, la localización y la integridad de la resección<sup>5</sup>.

Se debe considerar la terapia sistémica con imatinib, un inhibidor de tirosina quinasa de molécula pequeña<sup>6</sup>. Éste puede administrarse de forma neoadyuvante en tumores límite previa resección quirúrgica, de forma adyuvante en aquellos que no lograron resección completa y presenten alto riesgo de recidiva o en aquellos no candidatos a cirugía o con enfermedad avanzada. En este caso, debe administrarse de por vida.

Como conclusión, en esta patología es fundamental un diagnóstico y resección quirúrgica precoz, lo que conllevaría un mejor pronóstico. El enfoque terapéutico debe ser personalizado para cada paciente, teniendo en cuenta la comorbilidad así como el tamaño y localización tumoral y decidir de forma multidisciplinar la terapéutica que suponga un menor impacto en la calidad de vida de los pacientes.

## Bibliografía

1. Theiss L, Contreras CM. Gastrointestinal Stromal Tumors of the Stomach and Esophagus. *Surg Clin North Am.* 2019 Jun;99(3):543-553. doi: 10.1016/j.suc.2019.02.012. PMID: 31047041.
2. Akahoshi K., Oya M., Koga T., Shiratsuchi Y. Manejo clínico actual del tumor del estroma gastrointestinal, *World J. Gastroenterol.*, 24 ( 26 ), 2018
3. Xu, X., Chen, K., Zhou, W. et al. Laparoscopic Transgastric Resection of Gastric Submucosal Tumors Located Near the Esophagogastric Junction. *J Gastrointest Surg* 17, 1570–1575 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11605-013-2241-2>
4. Aguayo WG, Rojas CL, Molina GA, Cárdenas BA, Parreño EF, Melendez SD, Alvarez MP, Basantes VM, Aguayo JJ, Gualotuña FV. A hybrid approach for GISTs near the esophagogastric junction, a case report. *Ann Med Surg (Lond).* 2021 Jan 20;62:288-292. doi: 10.1016/j.amsu.2021.01.022. PMID: 33537145; PMCID: PMC7841213.
5. Lim KT. Surgical treatment of gastrointestinal stromal tumors of the stomach: current status and future perspective. *Transl Gastroenterol Hepatol.* 2017 Dec 7;2:104. doi: 10.21037/tgh.2017.12.01. PMID: 29354761; PMCID: PMC5762995.
6. Sharma NR, Gopakumar H., Harrison S., Ehmke N., Zelt C. Tumores del estroma gastrointestinal gástrico (GIST): una serie de casos y el estado actual del arte en el diagnóstico y tratamiento de esta rara enfermedad. *Gastrointest. Canc.*, 50 ( 3 ) (2017), págs. 548 - 555, 10.1007 / s12029-017-0034-7.

## CASO CLÍNICO

# UROPATÍA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A APENDICITIS PERFORADA

## OBSTRUCTIVE UROPATHY SECONDARY TO PERFORATED APPENDICITIS

Moyano Portillo Á, Garrido Márquez I, Fernández Navarro L

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

Existen publicaciones en la literatura en las que la presentación clínica “clásica” de apendicitis se ha visto acompañada de una dilatación de la vía urinaria. La razón a esta situación es la inflamación periapendicular que se produce en algunas apendicitis que por vecindad puede englobar la vía urinaria y producir su obstrucción. El uréter más comúnmente implicado es el derecho por su localización anatómica, aunque existen algunos casos descritos de hidronefrosis bilateral secundaria.

El tratamiento es quirúrgico mediante exéresis del apéndice, necesitando en contadas ocasiones de una derivación urinaria tipo nefrostomía o catéter doble J que alivie la presión en la vía urinaria.

Los médicos debemos de ser conscientes de la hidronefrosis como una complicación atípica de la apendicitis aguda, especialmente cuando se presenten los signos clásicos de apendicitis junto a dolor en fosa renal y dilatación de la vía urinaria en los estudios de imagen.

**Palabras clave:** apendicitis aguda, uropatía obstructiva, hidronefrosis, ecografía, tomografía computarizada.

### Abstract

There are publications in the literature in which the “classic” clinical presentation of appendicitis has been accompanied by a dilation of the urinary tract. The reason for this situation is the periappendicular inflammation that occurs in some appendicitis that by neighborhood can encompass the urinary tract and cause its obstruction. The ureter most likely involved is the right one due to its anatomical location, although there are some reported cases of secondary bilateral hydronephrosis.

Treatment is surgical by means of exeresis of the appendix, rarely requiring a urinary derivation type nephrostomy or double J catheter to relieve pressure in the urinary tract.

#### CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez  
Hospital Universitario Clínico  
18016 Granada  
[igamar26@gmail.com](mailto:igamar26@gmail.com)

Fecha de envío: 22/04/2021

Fecha de aceptación: 19/08/2021



Mención especial habría que hacer a la hidronefrosis del embarazo, que ocurre entre un 70-90% de las pacientes en el tercer trimestre y más frecuente en el lado derecho. Se debe a una combinación de mecanismos de obstrucción de un útero agrandado y relajación del músculo liso del sistema colector urinario debido a la influencia de la progesterona. De hecho, hay estudios en los que casi el 50% de los pacientes de la cohorte con hidronefrosis derecha y apendicitis aguda fueron mujeres embarazadas<sup>2</sup>.

La clínica de presentación es muy variable y no siempre aparecen los clásicos signos de Blumberg positivo, diarrea o dolor localizado en fosa ilíaca derecha. En ocasiones, el único síntoma es una retención urinaria, que puede provocar un retraso en el diagnóstico, siendo un dato poco común en niños y especialmente en los jóvenes<sup>5</sup>. Otros posibles síntomas son cólico renal o ureteral, sensibilidad costovertebral, frecuencia, disuria y anuria<sup>2</sup>. Las manifestaciones de la apendicitis aguda en el tracto urinario inferior pueden sugerir falsamente cistitis, una masa vesical o prostatitis. Los hombres pueden tener dolor en el escroto, mientras que las mujeres que tienen apendicitis aguda asociada a sensibilidad al movimiento cervical y dolor o masas anexiales, podría sugerir torsión ovárica<sup>2</sup>.

El análisis de orina anormal puede aparecer hasta en un 48% de los pacientes con hematuria, piuria y albuminuria<sup>2</sup>.

El diagnóstico mediante pruebas de imagen suele comenzar con una ecografía abdominal, que presenta una sensibilidad del 86,7% y una especificidad del 90%<sup>6</sup>. Si mediante ecografía no se consiguen visualizar los hallazgos típicos de esta patología y la sospecha es muy alta, se realizará una TC abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal, que es más precisa en el diagnóstico tanto de la apendicitis como de la hidronefrosis secundaria.

El tratamiento es quirúrgico mediante apendicectomía o exéresis del apéndice mediante laparoscopia, necesitando en contadas ocasiones de una derivación urinaria tipo nefrostomía o catéter doble J que alivie la presión en la vía urinaria, sobre todo en pacientes que por su estado o grado de evolución de la apendicitis requieran de un abordaje diferente.

Como conclusión, los médicos debemos conocer que la hidronefrosis se puede presentar como complicación de una apendicitis aguda atípica, especialmente si la presentación de la uropatía obstructiva también es "no clásica" debido a que no se encuentre una litiasis que condicione la obstrucción. Es por esto, que en estos casos de sospecha, la TC abdominopélvica con contraste será la prueba de imagen más indicada para su diagnóstico definitivo<sup>4,6</sup>.

## Bibliografía

1. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* 2020;15:27.
2. Goldberg H, Bachar GN, Majadla R, Yossepowitch O, Baniel J, Ram E. How Prevalent is Hydronephrosis Secondary to Acute Appendicitis: A Cross-Sectional Study. *Isr Med Assoc J*. 2018;20(3):141-144.
3. Khallouk A, Ahallal Y, Ahsaini M, Elfassi MJ, Farih MH. Appendiceal abscess revealed by right renal colic and hydronephrosis. *Reviews in Urology*. 2011;13(1):53-5.
4. Rodríguez E, Pombo F, Martín R. Left obstructive uropathy as a form of presentation of acute appendicitis in a patient with intestinal malrotation. *J Ultrasound Med*. 1994;13(4):313-4.
5. Preece J, Beverley D. Acute urinary retention: an unusual presentation of acute appendicitis in a 3 year old boy. *Archives of Disease in Childhood*. 2001;84(3):269.
6. Gachabayov M. Obstructive Uropathy Secondary to Missed Acute Appendicitis. *Case Rep Surg*. 2016; 2016:4641974.

## IMAGEN DEL MES

# “NÓDULO DE LA HERMANA MARIA JOSÉ”: PRIMER SIGNO DE TUMOR PANCREÁTICO METASTÁSICO.

## “SISTER MARY JOSEPH’S NODULE”: FIRST SIGN OF METASTATIC PANCREATIC TUMOR.

Merino Gallego E, Requena de Torre J

Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.

### Resumen

Presentamos el caso de una paciente de 54 años que consultó por dolor y distensión abdominal inespecíficos, siendo finalmente diagnosticada de neoplasia pancreática en estadio avanzado. A la exploración física, destacaba un nódulo umbilical de 3 meses de evolución.

El nódulo umbilical “de la hermana María José” es un nódulo metastásico asociado a tumores digestivos y ginecológicos avanzados. En ocasiones, será el único signo de estas enfermedades y es preciso un alto índice de sospecha para un diagnóstico precoz con objetivo de mejorar el pronóstico de estos pacientes.

**Palabras clave:** nódulo umbilical, nódulo de la hermana María José, tumores pancreáticos.

#### CORRESPONDENCIA

Esther Merino Gallego  
Hospital de Poniente  
04700 El Ejido. Almería.  
[esthimg@gmail.com](mailto:esthimg@gmail.com)

Fecha de envío: 04/02/2021

Fecha de aceptación: 10/08/2021

### Abstract

We present the case of a 54-year-old patient who consulted for nonspecific abdominal pain and distention, and was finally diagnosed with advanced-stage pancreatic neoplasia. Physical examination revealed an umbilical nodule with a 3-months evolution.

The umbilical sister Mary Joseph's nodule is a metastatic nodule associated with advanced digestive and gynecological tumors. On occasions, it will be the only sign of these diseases and a high index of suspicion is required for an early diagnosis in order to improve the prognosis of these patients.

**Keywords:** umbilical nodule, Sister Mary Joseph's nodule, pancreatic tumors.

### Caso Clínico

Mujer de 54 años que consulta en Urgencias por dolor intenso en hipogastrio, diagnosticándose de diverticulitis aguda mediante ecografía abdominal e ingresando en área de Cirugía. Se realiza TAC abdominopélvico con contraste iv, que objetiva una lesión hipodensa en cuerpo pancreático sugestiva de neoplasia que infiltra el eje espleno-portal e implantes peritoneales compatibles con carcinomatosis peritoneal (Figura 1). Se realiza ecoendoscopia con

PAAF que confirma el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático. Interrogando a la paciente, no presentaba ningún síntoma previo salvo hinchazón abdominal y nódulo umbilical de 3 meses de evolución (Figura 2). La paciente fue remitida a Oncología médica e inició tratamiento quimioterápico.

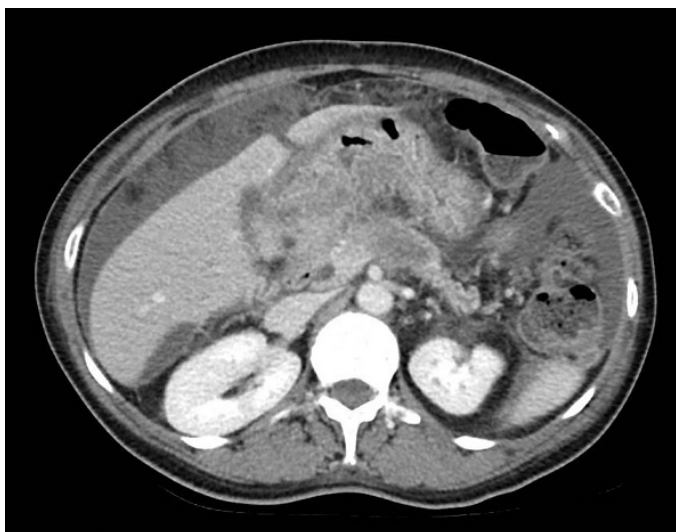


Figura 1

Neoplasia de cuerpo pancreático con ascitis y carcinomatosis peritoneal.



Figura 2

Nódulo umbilical "de la hermana María José".

(conocida como hermana María José en la orden de St. Francis). Es un signo muy infrecuente y, en su mayoría, procede de tumores primarios de estómago, ovario, colon y páncreas, usualmente en estadio avanzado<sup>1</sup>.

Los nódulos umbilicales metastásicos son la gran mayoría adenocarcinomas y proceden principalmente de tumores gastrointestinales en más del 50% de los casos, ginecológicos casi en un tercio de los pacientes y de origen desconocido hasta en el 15% de los casos<sup>2</sup>.

Los tumores de páncreas son la cuarta o quinta causa más frecuente de este nódulo, observándose en el 7-9% de los pacientes con esta enfermedad, teniendo en cuenta que se asocia en su gran mayoría a tumores de cuerpo y cola pancreáticos (como en el caso que presentamos) y no de cabeza. Su aparición en tumores de páncreas se asocia a un pronóstico muy pobre con una supervivencia de 6-11 meses<sup>3</sup>.

Este signo, aunque infrecuente, presenta utilidad diagnóstica. Sin embargo, no suele permitir un diagnóstico precoz, ya que se asocia a tumores avanzados con un pronóstico pobre<sup>4</sup>. Por ello, se requiere un alto índice de sospecha clínica y una valoración exhaustiva de todas las lesiones umbilicales, incluyendo la biopsia del mismo en caso necesario.

A pesar de ello, la detección de este nódulo ha permitido en algunos pacientes un incremento de la supervivencia con tratamiento adecuado<sup>5</sup>, habiéndose observado una mayor supervivencia en los pacientes con tratamiento combinado (quirúrgico y quimioterápico) que con tratamiento quirúrgico o quimioterápico aislados<sup>6</sup>.

Por ello, recomendamos realizar una prueba de imagen abdominal (preferentemente TAC abdominopélvico) ante dicho hallazgo, ya que, a pesar de su baja incidencia, se asocia a tumores gastrointestinales y ginecológicos en estadio usualmente avanzado con objetivo de mejorar el pronóstico y ofrecer un tratamiento óptimo.

## Bibliografía

1. Bai XL, Zhang Q, Masood W, et al. Sister Mary Joseph's nodule as a first sign of pancreatic cancer. *World J Gastroenterol* 2012; 18(45): 6686-6689.
2. J, Pinedo E, Ojeda V, et al. Sister Mary Joseph's nodule. *Rev Esp Enferm Dig* Vol. 108, N.º 2, pp. 97, 2016.
3. Mashimo Y, Horimatsu T, Miyamoto S. Umbilical Metastasis (Sister Mary Joseph's Nodule) From Esophageal Squamous Cell Carcinoma. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011,9. doi:10.1016.
4. López-Corral F. Nódulo de la hermana María José y cáncer de páncreas. *Semergen*. 2011;37(8):433-435.
5. Campos Rivas R, Acha Arrieta V, Guarch R, et al. ¿Nódulo de la hermana María José?. *An Med Interna* 2005;22:555-6.
6. Gabriele R, Conte M, Egidi F, et al. Umbilical metastases: current viewpoint. *J Surg Oncol* 2005; 3: 13.

## Discusión

Los tumores umbilicales son extremadamente raros y un tercio de ellos son de origen metastásico. El nódulo "de la hermana María José" es una lesión umbilical metastásica secundaria a tumores abdominopélvicos. Fue descrito por la enfermera Julia Dempsey

# SOSPECHA DE CELIAQUÍA NO CONFIRMADA CON BIOPSIAS DUODENALES: ¿AHORA QUÉ?

## SUSPICION OF CELIAC DISEASE NOT CONFIRMED WITH DUODENAL BIOPSIES: AND NOW WHAT?

Díaz Alcázar MM

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

Varón de 52 años en estudio por diarrea y anemia ferropénica. En endoscopia digestiva alta se observa mucosa pálida en segunda porción duodenal sin otros hallazgos de interés. Biopsias duodenales de bulbo y segunda porción muestran vellosidades sin atrofia con criptas hiperplásicas y linfocitosis intraepitelial, clasificación Marsh 2. Serología de celiacía negativa y HLA-DQ2 positivo. Sugiere enfermedad celíaca. Se decide completar el estudio con cápsula endoscópica para confirmar el diagnóstico de sospecha.

No se recomienda la videocápsula de forma rutinaria para el diagnóstico de celiacía, pero puede ser utilizada en pacientes que rechacen endoscopia digestiva alta, con duda diagnóstica con el algoritmo habitual, como en el caso presentado, o en celiacía refractaria a dieta estricta sin gluten. Los hallazgos más comunes

compatibles con celiacía son la reducción o ausencia de pliegues de Kerckring, fisuras de los pliegues y un patrón en mosaico con nodularidad.

**Palabras clave:** celiacía, atrofia vellositaria, cápsula endoscópica.

### Abstract

A 52-year-old male under study for diarrhea and iron deficiency anemia. Upper endoscopy show pale mucosa in the second duodenal portion without other findings. Duodenal biopsies from bulb and second portion objectify villi without atrophy with hyperplastic crypts and intraepithelial lymphocytosis, Marsh classification 2. Celiac serology is negative and HLA-DQ2 is positive. These findings suggest celiac disease. We decide to complete the study with capsule endoscopy to confirm the suspected diagnosis.

Capsule endoscopy is not routinely recommended for the diagnosis of celiac disease, but it can be used in patients who reject upper endoscopy, those in which the diagnosis has not been confirmed with the usual algorithm, as in this case, or in refractory celiac disease even with strict gluten-free diet. The most common

### CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[mmardiazalcazar@gmail.com](mailto:mmardiazalcazar@gmail.com)

Fecha de envío: 08/06/2021

Fecha de aceptación: 01/08/2021

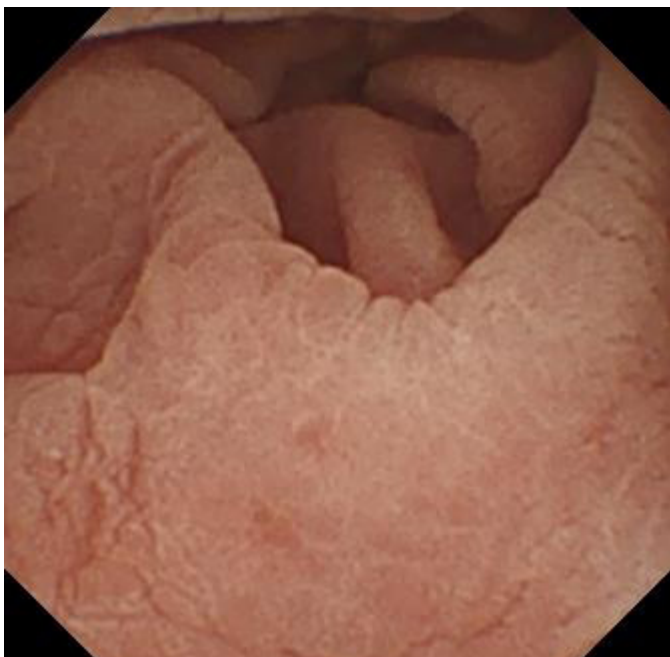
findings compatible with celiac disease are the reduction or absence of Kerckring folds, scalloping and a mosaic pattern with nodularity.

**Keywords:** celiac disease, villous atrophy, capsule endoscopy.

## Cuerpo

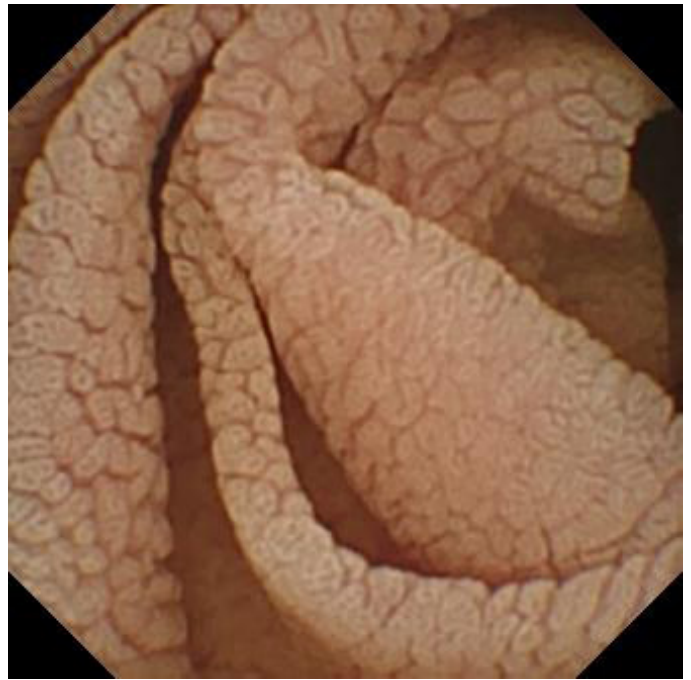
Varón de 52 años con diarrea sin productos patológicos y anemia ferropénica (hemoglobina 4,5 g/dL; VCM 55,3 fL; hierro 16 µg/dL y ferritina <6 ng/mL). Ileocolonoscopia normal. En endoscopia digestiva alta se observa únicamente mucosa pálida en segunda porción duodenal. Biopsias de bulbo y segunda porción duodenal muestran vellosidades sin atrofia con criptas hiperplásicas y linfocitosis intraepitelial, clasificación Marsh 2. Serología de celiaquía negativa (IgA en rango con IgA antitransglutaminasa negativa) y HLA-DQ2 positivo compatible con celiaquía. Sugiere enteropatía sensible al gluten, y dado el antecedente de anemia en rango transfusional se decide completar el estudio con cápsula endoscópica, observando, desde duodeno, mucosa de aspecto inflamatorio, sin vellosidades y áreas erosionadas (Figura 1). En yeyuno se mantiene aspecto atrófico, con mucosa cuarteada (Figura 2). Se comienzan a observar vellosidades en yeyuno distal.

La cápsula endoscópica permite visualizar complemente el intestino delgado<sup>1</sup>. En la enfermedad celíaca puede ser una herramienta diagnóstica útil tanto en pacientes con sospecha de la enfermedad como con enfermedad establecida<sup>2</sup>. No se recomienda la videocápsula de forma rutinaria para el diagnóstico de celiaquía, pero podría ser utilizada en pacientes que rechacen endoscopia digestiva alta, con duda diagnóstica con el algoritmo habitual, como en el caso presentado, o en celiaquía refractaria a dieta estricta sin gluten para descartar complicaciones<sup>1,3</sup>.



**Figura 1**

Fotograma de cápsula endoscópica en que se observa mucosa de duodeno eritematosa, sin vellosidades y erosionada en algunas áreas.



**Figura 2**

Fotograma de cápsula endoscópica en que se objetiva mucosa de yeyuno cuarteada, de aspecto atrófico.

Las principales ventajas de la cápsula son su seguridad, eficacia y que se trata de una técnica poco invasiva<sup>2</sup>. Se estima que para el diagnóstico de enfermedad celíaca la cápsula tiene una sensibilidad del 70-100% y una especificidad del 64-100%<sup>2-4</sup>. La concordancia con el estudio histológico es de casi el 80%<sup>2</sup>. Los hallazgos más compatibles con enfermedad celíaca son la reducción o ausencia de pliegues de Kerckring (65%), fisuras de los pliegues (55%) y un patrón en mosaico con nodularidad (32%)<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Luján-Sanchis M, Pérez-Cuadrado-Robles E, García-Lledó J, Juanmartiñena Fernández JF, Elli L, Jiménez-García VA, et al. Role of capsule endoscopy in suspected celiac disease: a European multi-centre study. *World J Gastroenterol.* 2017;23(4):703-711.
2. Perez-Cuadrado-Robles E, Lujan-Sanchis M, Elli L, Juanmartinena-Fernandez JF, Garcia-Lledo J, Ruano-Diaz L, et al. Role of capsule endoscopy in alarm features and nonresponsive celiac disease: a European multicenter study. *Dig Endosc.* 2018;30:461-466.
3. Pennazio M, Spada C, Eliakim R, Keuchel M, May A, Mulder CJ, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(4):352-376.
4. Rokkas T, Niv Y. The role of video capsule endoscopy in the diagnosis of celiac disease: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2012;24(3):303-308.

# PACIENTE CON ANEMIA Y SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER

## PATIENT WITH ANAEMIA AND RENDU-OSLER-WEBER SYNDROME

Roa Colomo A, Caballero Mateos AM, García Márquez J

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

Varón de 66 años con Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria tipo I que consulta por astenia intensa detectándose en analítica Hb 4 mg/dl; VCM 100,5%. El paciente no refiere síntomas de sangrado. En gastroscopia se visualizan múltiples malformaciones vasculares de tamaño variable y sin sangrado activo en esófago, estómago, siendo más numerosas en duodeno. En colonoscopia se distinguen varias angiodisplasias sin estigmas de sangrado reciente en ciego. El paciente recibe tratamiento de forma periódica con hierro intravenoso y transfusiones de concentrados de hemáties. La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad hereditaria rara, de transmisión autosómica dominante, caracterizada por la aparición de malformaciones arterio-venosas o telangiectasias en cualquier localización del organismo. El síntoma más frecuente es la epistaxis asociada a anemia, seguida del sangrado gastrointestinal en el 13-30% de los pacientes. El tratamiento es de soporte, siendo importante tratar la anemia con hierro y transfusiones sanguíneas. Durante la endoscopia, cabe destacar la importancia de identificar el punto de sangrado activo y realizar sobre el mismo tratamiento de coagulación con plasma argón.

#### CORRESPONDENCIA

Amparo Roa Colomo  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[amparo.roa.colomo@gmail.com](mailto:amparo.roa.colomo@gmail.com)

Fecha de envío: 20/06/2021

Fecha de aceptación: 10/08/2021

**Palabras clave:** anemia, angiodisplasias gastrointestinales, Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria.

### Abstract

66-year-old man with Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia type I who consulted for severe asthenia, detecting Hb 4 mg/dl; VCM 100.5% in blood tests. The patient does not report symptoms of bleeding. Gastroscopy shows multiple vascular malformations of variable size and without active bleeding in the esophagus, stomach, being more numerous in the duodenum. In colonoscopy, several angiodysplasias without stigmata of recent bleeding in the cecum are distinguished. The patient is regularly treated with intravenous iron and packed red blood cell transfusions. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia or Rendu-Osler-Weber syndrome is a rare hereditary disease, of autosomal dominant transmission, characterized by the appearance of arterio-venous malformations or telangiectasias in any location of the body. The most frequent symptom is epistaxis associated with anemia, followed by gastrointestinal bleeding in 13-30% of patients. Treatment is supportive, being important to treat anemia with iron and blood transfusions. During endoscopy, it is important to highlight the importance of identifying the active bleeding point and to perform argon plasma coagulation treatment on the same.

**Keywords:** anemia, gastrointestinal angiodysplasias, Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia.

## Introducción

La Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria o síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad hereditaria rara, de transmisión autosómica dominante, caracterizada por la aparición de malformaciones arterio-venosas o telangiectasias en cualquier localización del organismo. Se considera diagnóstico si se cumplen 3 ó 4 criterios de Curaçao: 1) Epistaxis recurrentes. 2) Telangiectasias en labios, cavidad oral, dedos y nariz. 3) Malformaciones arterio-venosas pulmonares, hepáticas, cerebrales, espinales o gastrointestinales. 4) Varios familiares de primer grado afectados.

## Caso Clínico

Varón de 66 años diagnosticado de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria tipo I: portador heterocigoto del cambio c.991G>A(p.G331S) en el gen ENG y con criterios de Curaçao: malformación arterio-venosa pulmonar, telangiectasias cutáneomucosas, epistaxis de repetición y antecedentes familiares. Consulta por astenia intensa detectándose en analítica Hb 4 mg/dl; VCM 100.5 %. El paciente no refiere epistaxis recientes, heces melénicas ni otros síntomas de sangrado digestivo. Ante la ausencia de sangrado visible y la acusada anemia, se decide realizar estudio endoscópico. En gastroscopia se visualizan incontables malformaciones vasculares de tamaño variable y sin sangrado activo en esófago, estómago, siendo más numerosas en duodeno y no susceptibles de terapia con gas argón debido a su número (Figuras 1-3). En colonoscopia se distinguen varias angiodisplasias sin estigmas de sangrado reciente en ciego. El paciente recibe tratamiento de forma periódica con hierro intravenoso y transfusiones de concentrados de hematíes manteniéndose la hemoglobina estable.

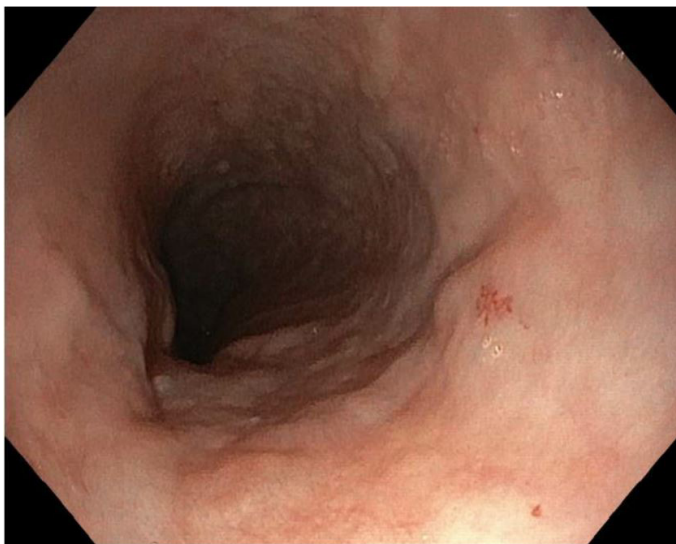


Figura 1

Imagen endoscópica en la que se visualiza una malformación vascular milimétrica sin estigmas de sangrado reciente en esófago medio.

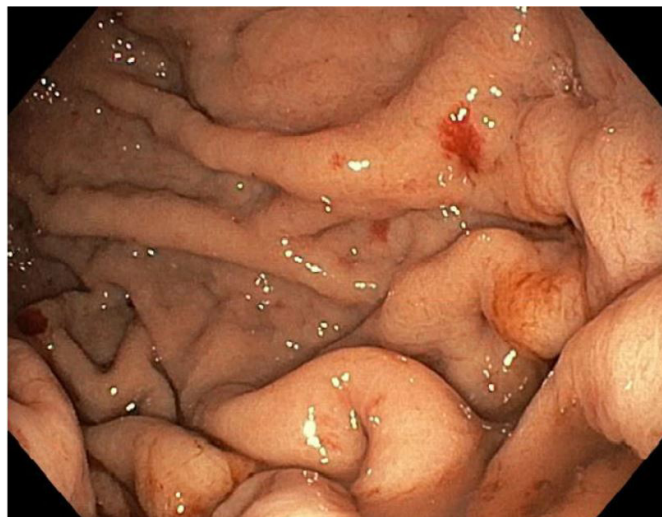


Figura 2

Imagen endoscópica de cuerpo gástrico en la que se distinguen varias malformaciones vasculares de distintos tamaños en los pliegues.

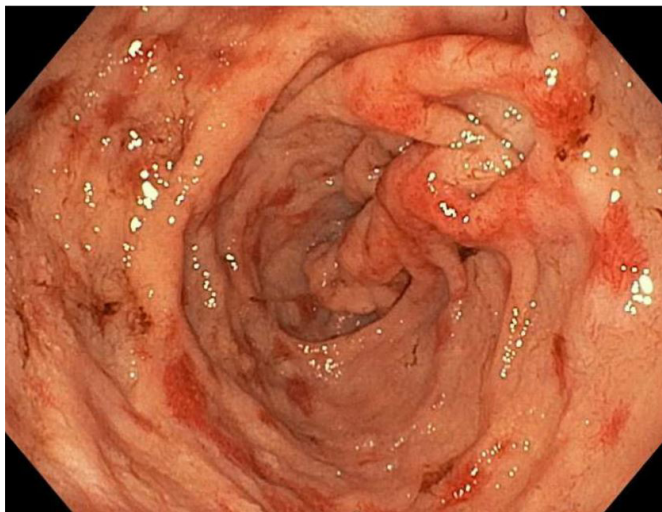


Figura 3

Imagen endoscópica de la segunda porción duodenal en la que se identifican incontables malformaciones vasculares tapizando la mucosa.

## Discusión

En la Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria tipo I el síntoma más frecuente es la epistaxis asociada a anemia, seguida del sangrado gastrointestinal en el 13-30% de los pacientes<sup>1</sup>. Las guías clínicas actuales sugieren realizar endoscopia en pacientes con anemia moderada no relacionada con episodios de epistaxis.

El tratamiento es de soporte, siendo importante tratar la anemia con hierro y transfusiones sanguíneas<sup>2,3</sup>. Se han estudiado múltiples fármacos: ácido tranexámico, tamoxifeno, bevacizumab y talidomida, sin haber observado beneficio en la reducción del sangrado gastrointestinal y con limitaciones por aparición de efectos adversos<sup>2,3</sup>. Durante la endoscopia, cabe destacar la importancia de identificar el punto de sangrado activo y realizar sobre el mismo tratamiento de coagulación con plasma argón<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Tortora A; Riccioni ME; Gaetani E; et al. Rendu-Osler-Weber disease: a gastroenterologist's perspective. *Orphanet J Rare Dis.* 2019 Jun 7;14(1):130. doi: 10.1186/s13023-019-1107-4. PMID: 31174568; PMCID: PMC6555961.
2. Mikołajczyk-Solińska M; Leończyk K; Brzezina A; et al. Life-threatening Anaemia in Patient with Hereditary Haemorrhagic Telangiectasia (Rendu-Osler-Weber Syndrome). *Open Med (Wars).* 2020 Mar 6;15:134-138. doi: 10.1515/med-2020-0020. PMID: 32190736; PMCID: PMC7065421.
3. Jan W; Tameez Ud Din A; Chaudhary FMD; et al. Hereditary Hemorrhagic Telangiectasia: A Rare Cause of Anemia. *Cureus.* 2019 Aug 8;11(8):e5349. doi: 10.7759/cureus.5349. PMID: 31602353; PMCID: PMC6779147.

# PROCTITIS ULCERADA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LINFOGRANULOMA VENÉREO

## ULCERATED PROCTITIS AS THE CLINICAL PRESENTATION OF LYMPHOGRANULOMA VENEREUM

Berdugo Hurtado F, Ruiz Rodríguez AJ, Roa Colomo A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

### Resumen

Presentamos el caso de un varón de 57 años con clínica de proctalgia de un mes de evolución junto con despeños diarreicos, fiebre vespertina y tenesmo rectal. Ante sospecha clínica de posible colitis ulcerosa y que no podíamos descartar otras entidades diagnósticas; realizamos una colonoscopia con toma de muestras para microbiología y anatomía patológica, con hallazgo de proctitis crónica activa en relación con posible linfogranuloma venéreo. Sospecha que se confirmó con el estudio microbiológico de las muestras y el estudio serológico en sangre. Una vez iniciada la pauta antibiótica con doxaciolina, el paciente presentó una marcada mejoría clínica que se comprobó posteriormente en la colonoscopia de control con hallazgos de mucosa prácticamente sana.

**Palabras clave:** proctitis, linfogranuloma venéreo, enfermedad inflamatoria intestinal.

### CORRESPONDENCIA

Fernando Berdugo Hurtado  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[fernando\\_bh94@hotmail.com](mailto:fernando_bh94@hotmail.com)

Fecha de envío: 29/03/2021

Fecha de aceptación: 12/08/2021

### Abstract

We report the case of a 57-year-old man with a one-month history of anal pain associated with diarrheal stools with blood, evening fever and tenesmus. Given the clinical suspicion of possible ulcerative colitis and that we could not rule out other diagnostic entities; we performed a colonoscopy with sampling for microbiology and pathological anatomy, with the finding of active chronic proctitis in relation to possible venereal lymphogranuloma. Suspicion that was confirmed with the microbiological study of the samples and the serological study in blood. Once the antibiotic regimen with doxycycline was started, the patient presented a marked clinical improvement that was later verified in the control colonoscopy with findings of practically healthy mucosa.

**Keywords:** proctitis, venereal lymphogranuloma, inflammatory bowel disease.

### Introducción

La proctitis se relaciona frecuentemente con enfermedad inflamatoria intestinal, aunque no podemos olvidar otras causas como radioterapia, isquemia o infecciosa. Dentro de las infecciones, encontramos microorganismos con tendencia a la afectación global del colon, como *Campylobacter*, *Escherichia coli* o *Clostridium difficile*; frente a otros con afectación localizada en recto e implicados en enfermedades de transmisión sexual, como *Neisseria*

gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis o virus herpes simple. La infección rectal por C. Trachomatis suele darse en hombres que presentan sexo con hombres, secundario al sexo anal receptivo; presentando estos una clínica y afectación endoscópica que nos puede confundir con la enfermedad inflamatoria intestinal<sup>1,2</sup>.

### Caso Clínico

Varón de 57 años con antecedente de sífilis en fase latente tardía tratada que es derivado a nuestro servicio por proctalgia, despeños diarreicos con sangre, febrícula vespertina y tenesmo rectal. Ante sospecha inicial de posible enfermedad inflamatoria intestinal se solicitó estudio analítico completo y colonoscopia; objetivando mucosa de recto eritematosa con varias lesiones tanto milimétricas y superficiales con leve ulceración como otras de mayor tamaño, con ulceración profunda y cubiertas por fibrina (Figura 1). Dados los hallazgos, se toman biopsias de recto con diagnóstico histológico de proctitis crónica activa focal en probable relación con linfogranuloma venéreo. Sospecha que se confirma mediante técnica PCR sobre las muestras; con positividad para ADN de Chlamydia Trachomatis y serología con IgM e IgG para dicho microorganismo.

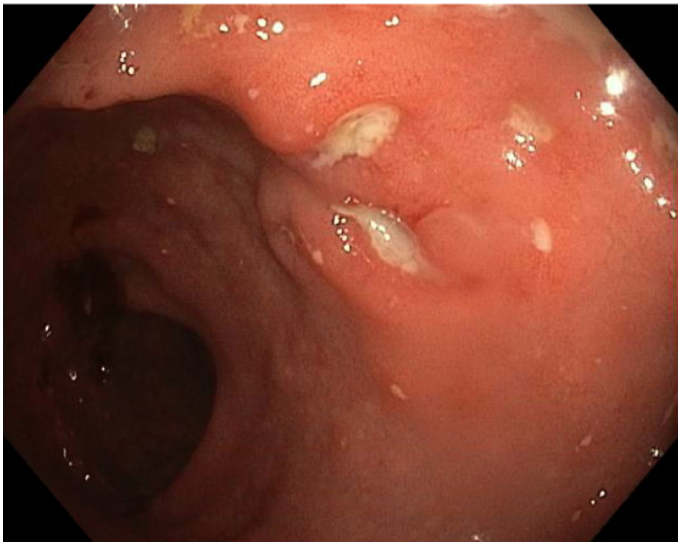


Figura 1

Mucosa de recto eritematosa con úlceras excavadas cubiertas por fibrina.

Ante dicho diagnóstico se inició tratamiento con doxiciclina 100mg/12 h durante 21 días. Al mes de completar la pauta antibiótica se realiza sigmoidoscopia de control, objetivando en todo el recorrido mucosa sana con mínimas y tenues cicatrices compatibles con afectación previa de la mucosa; sin datos de actividad, confirmada por histología (Figura 2).

### Discusión

Los hallazgos endoscópicos de la proctitis por C. trachomatis pueden ir desde una mucosa indurada, eritematosa y friable hasta úlceras profundas, granulomas, fístulas o estenosis; todos estos hallazgos indistinguibles de la enfermedad inflamatoria intestinal<sup>3</sup>. Es por ello que debemos apoyar nuestro diagnóstico en un estudio histológico, serológico y sobre todo la identificación mediante PCR

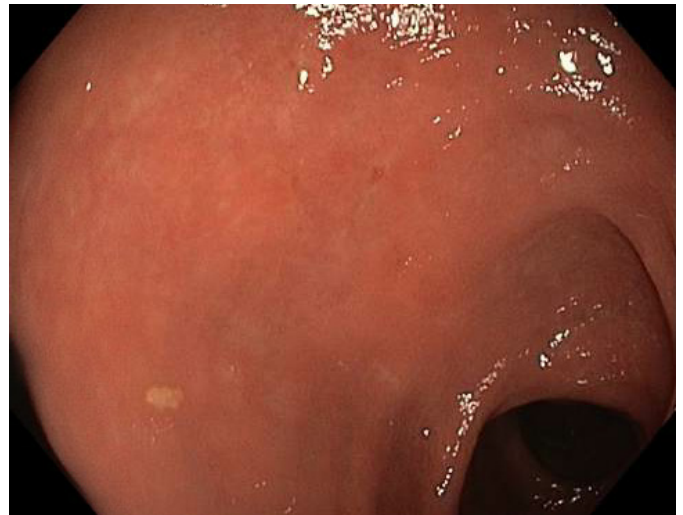


Figura 2

Mucosa de recto tras tratamiento antibiótico. Aspecto macroscópico y vascularización normal con tenues cicatrices de afectación previa.

o directa de C. Trachomatis en dicho tejido afecto. El tratamiento de elección es doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral durante 21 días, contando como alternativas con azitromicina 1 g dosis única semanal durante 3 semanas o eritromicina 500 mg cada 6 horas durante 3 semanas. Casi la práctica totalidad de pacientes que son diagnosticados a tiempo y realizan una correcta pauta antibiótica; presentan en controles endoscópicos posteriores una recuperación completa de la mucosa afectada previamente<sup>4,5</sup>.

En conclusión, la proctitis por C. Trachomatis puede causar confusión a nivel clínico y endoscópicamente con la enfermedad inflamatoria. Es por ello que ante pacientes con clínica y hallazgos endoscópicos de proctitis no debemos pasar por alto este agente; ya que un correcto diagnóstico y manejo terapéutico puede llevarnos a una resolución sin complicaciones asociadas del cuadro; dada la alta tasa de respuesta al tratamiento antibiótico.

### Bibliografía

- Mosquera-Klinger G, Berrio S, Carvajal JJ, Juliao-Baños F, Ruiz M. Proctitis ulcerada asociada a linfogranuloma venéreo. Rev Gastroenterol Mex. [Internet]. 2020; [citado el 29 de Mar. 2020]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-proctitis-ulcerada-asociada-linfogranuloma-venereo-articulo-S0375090620300975>
- Hoentjen F, Rubin DT. Infectious proctitis. When to suspect it is not inflammatory bowel disease. Dig Dis Sci. 2012;57:269-73.
- López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L, Moreno Sánchez D, Lumbreras-Cabrera M, Barros-Aguado C, et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a re-emerging disease in developed countries. Rev Esp Enferm Dig. 2014;106:59-62.
- Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma venereum 2015: Clinical presentation, diagnosis and treatment. Clin Infect Dis. 2015;61(S8):865-73.
- Payeras-Capo MA, Ginard-Vicens D, Sendra-Rumbeu P, Bosque-Lopez MJ. Linfigranuloma venéreo rectal. Diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal. Enferm inflam intest dia. 2017; 16(2): 80-3.