

rapd ONLINE

REVISTA ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

ORIGINAL

189

Análisis de la implementación del tratamiento endoscópico de la acalasia mediante la técnica POEM

Analysis of the implementation of endoscopic treatment for achalasia using the POEM technique

Caetano Barrera IA, Martín Guerrero JM, Guil Soto A, Suárez Toribio A, Vallejo Vigo RM, García Fernández FJ

204

Gastropatía isquémica crónica como causa inusual de dolor abdominal

Chronic ischemic gastropathy as an unusual cause of abdominal pain

Fernández Carrasco M, Plaza Fernández A, Navarro Moreno E, Anguita Montes F, Gálvez Miras A

CASOS CLÍNICOS

195

Linfoma de célula T asociado a enteropatía: de indolente a agresivo.

Enteropathy-associated T-cell lymphoma: from indolent to aggressive.

Moreno Barrueco M, Bailón Gaona MC, Gijón Vilanova R, Berdugo Hurtado F, García Robles A

198

Descompensación edemoascítica: ¿es siempre cirrosis hepática?

Edemoascitis decompensation. Is it always liver cirrhosis?

Fernandez Carrasco M, López González J, Campos Serrano N

CARTA AL DIRECTOR

207

Infarto esplénico sin trombosis secundario a pancreatitis aguda grave

Splenic infarction without thrombosis secondary to severe acute pancreatitis

Aguirre-Sánchez Cambronero JA, Rodríguez Fernández S, Pérez Villafañez A, Arias Ortega M, Legaz Huidobro ML, González Carro P

IN MEMORIAM

210

Dr. Francisco Gallego Rojo

Dr. Francisco Gallego Rojo
Gallardo Sánchez F.

IMÁGENES DEL MES

201

De la ingesta de sosa cáustica a la yeyunostomía de alimentación

From caustic soda ingestion to feeding jejunostomy

Campos Gonzaga L, Aguilar Martínez JC, Moreno García A



ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTORA

Á. Pérez Aísa

FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga.

SUBDIRECTORA

Á. Pizarro Moreno

FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

EDITORES ASOCIADOS

M. Estévez Escobar

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

J. J. Puente Gutiérrez

FEA Hospital Alto Guadalquivir, Andújar. Jaén.

J.M. Rosales Zabal

FEA Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

A. Caballero Mateos

Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

A. Viejo Almanzor

FEA. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

>> Comité de redacción

F. Argüelles Arias

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

J.M. Benítez Cantero

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

F.J. Casado Caballero

FEA. Hospital San Cecilio. Granada.

F. J. García Fernández

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

M.C. García Gavián

FEA. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

J.M. García Ortiz

FEA. Hospital Infanta Elena. Huelva.

M. Garzón Benavides

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

E. Gómez Delgado

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Á. Hernández Martínez

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

J. Jurado García

FEA. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

C. Lara Romero

FEA. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

J. López González

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

J. M. Martín Guerrero

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

A.M. Moreno García

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera Cádiz.

M. Ojeda Hinojosa

Complejo Hospitalario de Jaen. Jaen.

R.V. Olmedo Martín

Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

S. Reina Serrano

FEA. Hospital Poniente. Almería.

M. Rivas Rivas

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

C. Rodríguez Ramos

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

G. Romero Herrera

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Y. Sánchez Torrijos

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

A. Sánchez Yagüe

FEA. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

A. Sella Muñoz

FEA. Hospital San Cecilio Clínica. Granada.

B. Serrano Falcón

FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

J. F. Suárez Crespo

FEA. Hospital Torrecárdena. Almería.

M. Tejada Cabrera

FEA. HLA Hospital La Salud. Cádiz.

>> Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

PRESIDENTA

M. Casado Martín

DIRECTORA REVISTA RAPD ONLINE

A. Pérez Aísa

VICEPRESIDENTE

J. Ampuero Herrojo

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

A. Viejo Almanzor

SECRETARIA

A. Bejarano García

PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO

M. Rodríguez Téllez

TESORERA

M. García Cortes

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

>> Coordinadores de grupos de trabajo

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R.V. Olmedo Martín

HEPATOLOGÍA

J. M. Rosales Zabal

CÁNCER COLORRECTAL

Á. Pizarro Moreno

TRASTORNOS FUNCIONALES

I. Grilo Bensuan

ENDOSCOPIA

P. Rosón Rodríguez

Edición

Sulime Diseño de Soluciones, S.L.U.

Edificio Centris. Glorieta Fernando Quiñones s/n

Planta BSS- Módulo 7A - 41940 Tomares (Sevilla)

Tlf. 954 15 75 56

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

Depósito Legal: M-26347-1978
Registro de com. de soporte válido: 07/2
ISSN: 1988-317X

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
- Casos Clínicos
- Casos clínicos con vídeo o Videoforum
- Imágenes del mes
- Novedades y Puesta al día en Gastroenterología y Hepatología
- 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

C) Descarga de documentación

- Normas para autores de la RAPD Online
- Carta de presentación
- Modelo de transferencia de Derechos de Autor
- Modelo de declaración de conflicto de intereses
- Modelo de permisos para uso de Fotografías

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

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

2. Contenidos de la RAPD: los números regulares de la RAPD Online incluyen secciones definidas como:

- Originales sobre investigación clínica o básica.
- Revisiones temáticas sobre aspectos concretos de la Gastroenterología.
- Casos clínicos.
- Casos clínicos con videos o Videoforum.
- Imágenes del mes.
- Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología
- Cartas al Director.

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

3. Envío de manuscritos: la vía preferencial para el envío de manuscritos es la página web de la SAPD (<https://www.sapd.es>), ingresando en la

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

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

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

A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

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

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

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

- Datos generales:

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

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

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

- a) Introducción y Objetivos
- b) Material y Métodos

- c) Resultados
- d) Conclusiones

2° Listado de abreviaturas utilizadas en el texto.

3° Texto: incluirá los siguientes apartados:

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

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

5° Agradecimientos.

6° Pies de figuras.

7° 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 videos. No es aconsejable un número superior a 4 autores por capítulo.

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

- Datos generales:

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

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1° 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.
- 2° Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.
- 3° Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 4° Agradecimientos.
- 5° Pies de figuras.
- 6° 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 videos. 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:

- 1° Título completo del trabajo en español y en inglés).

2° Apellidos y Nombre de todos los autores.

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

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

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

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1° 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.

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

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

4° Agradecimientos.

5° Pies de figuras.

6° 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 videos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de videos, 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:

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

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

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

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

La extensión de los textos en la sección de Videoforum no debe ser superior a 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No

obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 5 autores, excepto en casos concretos y razonados.

Los vídeos deberán aportarse en formato AVI, MPEG, MP4 O MOV, y a una resolución recomendada de alta calidad (720p o 1080p). No deben contener datos personales de los pacientes. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su edición, que no debe 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 correspondencia, 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.

Stamatatos M, Sargedi C, Stefanaki C, Safi oleas C, Matthaopoulou I, Safi oleas M. Anthelmintic treatment: An adjuvant therapeutic strategy against Echinococcus granulosus. Parasitol Int (2009), doi:10.1016/j.parint.2009.01.002

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

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

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

Fishman DS, Tarnasky PR, Patel SN, 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 hepatocystesto TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. *Hepatology* 1998; 28(Suppl):310A.

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

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

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

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

- **Información procedente de un documento elaborado en una reunión:** este tipo de referencia debe ser evitado, siempre que sea posible. Pero en caso de tener que ser citado, se reseñará el título del tema tratado, el nombre de la reunión y la ciudad donde se celebró. La entidad que organizaba la reunión, y el año. La dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al documento.
U.S. positions on selected issues at the third negotiating session of the Framework Convention on Tobacco Control. Washington, D.C.: Committee on Government Reform, 2002. (Accessed March 4, 2002, at:http://www.house.gov/reform/min/inves_tobacco/index_accord.htm.)

Figuras, tablas y videos: 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 videos, 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

El Autor declara que es el titular de los derechos de autor del Artículo y que este es original y no ha sido publicado previamente en ningún otro lugar. Al aceptar este acuerdo, El Autor otorga a La Revista una licencia no exclusiva para la publicación y distribución del Artículo en cualquier formato, ya sea impreso o digital, así como para su difusión en bases de datos y repositorios digitales.

Usos Permitidos

El Autor conserva el derecho a utilizar su propio Artículo para fines personales, académicos y de investigación, incluyendo su archivo en repositorios institucionales o en sitios web personales, siempre que se mencione la primera publicación en La Revista y se respete la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0.

Licencia de publicación

La revista Andaluz de Patología Digestiva es una revista de acceso abierto, lo que significa que todo su contenido está disponible gratuitamente y sin coste alguno para el usuario o su institución. Los trabajos recogidos en esta revista están sujetos a una Licencia Creative Commons con Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 internacional BY NC ND.

Términos

Atribución: Los usuarios deben dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Pueden hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que los usuarios o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial: Los usuarios no pueden hacer uso del material con propósitos comerciales.

Sin Obras Derivadas: Si los usuarios remezclan, transforman o crean a partir del material, no podrán distribuir el material modificado

No hay restricciones adicionales: No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

This work is licensed under

CC BY-NC-ND 4.0

Fotografías de pacientes o relacionadas con la salud

Si el Artículo incluye fotografías que contienen información relacionada con la salud de personas (como imágenes de pacientes, muestras clínicas u otros datos sensibles), El Autor declara y garantiza que:

- Ha obtenido el consentimiento expreso, libre e informado de las personas involucradas o, en su caso, de sus representantes legales, para la captura y uso de dichas imágenes en el Artículo.
- Tiene los derechos necesarios para incluir dichas fotografías en el Artículo, respetando la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0.
- Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y protección de la privacidad de las personas involucradas.

Conflicto de intereses

Conforme a lo estipulado en el apartado de conflicto de interés de las normas de publicación de La Revista y de acuerdo con las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, es necesario comunicar por escrito la existencia de alguna relación entre los autores del artículo y cualquier entidad pública o privada de la cual se pudiera derivar algún posible conflicto de interés.

El Autor declara que ha informado a La Revista de cualquier conflicto de interés que pudiera influir en la interpretación o presentación del Artículo. De existir, los conflictos de interés se indicarán claramente en el propio Artículo.

Revisión y Rectificación

La Revista se reserva el derecho de revisar, rectificar o retirar el Artículo si se detectan errores sustanciales, infracciones éticas o violaciones de los términos de este acuerdo. El Autor será notificado y tendrá la oportunidad de responder antes de que se tomen medidas correctivas.

Normas Éticas

El Autor asegura que el Artículo cumple con las normas éticas y de integridad científica aplicables. En particular, El Autor garantiza que:

- El trabajo se ha realizado con la aprobación del Comité ético correspondiente y con el respeto a las normas dictadas por los comités de Derechos Humanos de investigación con seres humanos y con animales de laboratorio.
- Se han obtenido los permisos necesarios, especialmente el consentimiento de los pacientes en salvaguarda de su intimidad, y se han cumplimentado los formularios de consentimiento necesarios.
- Se han obtenido los permisos necesarios para la reproducción de materiales sujetos a derechos de autor de terceros, si corresponde.
- El contenido del Artículo es original, sin plagio, y no ha sido falsificado ni manipulado.
- Las imágenes y datos relacionados con la salud de personas han sido obtenidos y utilizados conforme a lo establecido en la cláusula 5 de este acuerdo.

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 (Declaración de Helsinki 1975) 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 (<https://www.nap.edu/read/5140/chapter/1>).

- **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.

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 (https://www.sapd.es/pdf/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.

Cargos de autor

La revista no tiene cargos de ningún tipo.

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ACALASIA MEDIANTE LA TÉCNICA POEM

Analysis of the implementation of endoscopic treatment for achalasia using the POEM technique

Caetano Barrera IA, Martín Guerrero JM, Guil Soto A, Suárez Toribio A, Vallejo Vigo RM, García Fernández FJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Resumen

Descripción de los primeros casos de miotomía endoscópica peroral (POEM) realizados en el Hospital Virgen del Rocío. El objetivo del estudio es valorar resultados, evaluar complicaciones y demostrar la eficacia del tratamiento.

Análisis prospectivo de la eficacia del tratamiento y la aparición de complicaciones a los 3-6 meses del procedimiento. Se tuvieron en cuenta cambios en parámetros antropométricos y en relación con los síntomas y calidad de vida, se utilizaron distintas escalas subjetivas, tales como Eckardt, EAT-10 o MDADI.

Se recogieron 26 casos desde marzo-22 a octubre-23. Todos realizados por dos endoscopistas expertos. Se incluyeron

3 acalasia tipo I, 21 tipo II y 2 tipo III. Un caso con tratamiento previo con toxina, uno con toxina y dilatación y otro con dilatación, resto de pacientes naive. Edad media 50 de años.

Media de 86 minutos por intervención, sin incidencias reseñables, neumocentesis en cuatro pacientes. Sin complicaciones mayores durante el ingreso, hospitalización de dos días, todos tolerando dieta triturada al alta. En todos los casos hubo una mejoría de los síntomas y calidad de vida, ganancia ponderal media de 9,2 kilogramos.

Manometría a los seis meses con hipotonía/normotonía del EEI en todos los casos explorados. Endoscopia en 11

Ignacio Arturo Caetano Barrera
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
ignacaebar@gmail.com

Caetano Barrera IA, Martín Guerrero JM, Guil Soto A, Suárez Toribio A, Vallejo Vigo RM, García Fernández FJ. Análisis de la implementación del tratamiento endoscópico de la acalasia mediante la técnica POEM. RAPD 2024;47(5):189-194. DOI: 10.37352/2024475.1

pacientes, esofagitis grado A en 4 de ellos, pirosis controlada con IBP en el 100% de pacientes.

El POEM se muestra como un tratamiento seguro y eficaz, que mejora la calidad de vida de los pacientes, quedando la mayoría asintomáticos y un pequeño porcentaje con síntomas de reflujo gastroesofágico.

Palabras clave: acalasia, POEM, endoscopia.

Abstract

Description of the first cases of Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) performed at Virgen del Rocío Hospital. The objective of the study is to assess outcomes, evaluate complications, and demonstrate treatment efficacy.

We prospectively analyzed treatment efficacy and complication occurrence at 3-6 months post-procedure. Changes in anthropometric parameters and symptom-related quality of life were considered, utilizing various subjective scales such as Eckardt, EAT-10, or MDADI.

The initial 26 cases from March '22 to October '23 were collected, including 3 type I achalasia, 21 type II, and 2 type III. One case had prior treatment with toxin, one with toxin and dilation, and another with dilation, the rest were treatment-naive. Mean age was 50 years.

Average intervention time was 86 minutes per procedure, with no notable incidents; Four pneumocenteses were performed. No major complications during hospital stay, with a two-day hospitalization period, all tolerating blended diet upon discharge. Improvement in symptoms and quality of life was observed in all cases, with an associated mean weight gain of 9.2 kilograms.

Six-month manometry showed hypotonia/normotonia of the lower esophageal sphincter in all cases examined. Endoscopy in 11 patients revealed grade A esophagitis in 4 of them, controlled heartburn with proton pump inhibitors (PPIs) in 100% of patients.

POEM as a safe and effective treatment in expert hands. Manageable number of complications and procedure duration. Gastroesophageal reflux as the most common symptom, without serious consequences and controlled under PPI therapy.

Keywords: achalasia, POEM, endoscopy.

Introducción

El tratamiento de la acalasia se ha visto revolucionado en los últimos años por la implementación de técnicas endoscópicas avanzadas del tercer espacio, más allá de la inyección de toxina botulínica, de las dilataciones y de la miotomía laparoscópica de Heller asociada a funduplicatura como alternativa quirúrgica¹⁻³.

Desde la realización de las primeras miotomías endoscópicas perorales (POEM) a principios de este siglo, muchos son los centros en los que se han dedicado esfuerzos en la formación e implementación de esta técnica como alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de la acalasia.

La evidencia arrojada por distintos trabajos publicados apunta a unos resultados similares a la alternativa quirúrgica, con menor número de complicaciones graves, aunque con una mayor tasa de RGE que en los casos sometidos a la miotomía quirúrgica^{1,2,4,5}.

El objetivo principal de este estudio fue recopilar información sobre los primeros casos de POEM realizados en el Hospital Universitario Virgen del Rocío; identificar el perfil de los pacientes, recoger parámetros intrínsecos a la técnica, vigilar la aparición de efectos adversos y complicaciones, así como demostrar eficacia en base a encuestas basadas en valoración de síntomas y mejoría de la calidad de vida.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo prospectivo de los primeros 26 casos sometidos a POEM en nuestro centro, entre los meses de marzo de 2022 y octubre de 2023. Todos los pacientes incluidos habían recibido un diagnóstico de acalasia basado en hallazgos endoscópicos, estudio baritado esófagogastroduodenal y en manometría esofágica de alta resolución (MAR).

Todos los casos se realizaron en una sala quirofanizada con apoyo anestésico, intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. Recibieron fluconazol oral la semana previa. Se llevaron a cabo con el disector Hybrid knife T (ERBE) y sistema de inyección ERBE-jet, con presiones de 40 bares (15-20 bares en cardias) y fuente electroquirúrgica VIO3. Se realizó miotomía posterior en los 26 pacientes⁶.

Se estableció por protocolo la introducción de dieta líquida a las 24 horas del procedimiento y dieta triturada a las 48 horas. Durante el ingreso se inició antibioterapia empírica con Amoxicilina/Clavulánico, que se mantuvo durante 5 días o Ciprofloxacino, en aquellos pacientes con alergias medicamentosas confirmadas.

Se recogieron los parámetros de valoración antropométrica, previo a la intervención y a los 3-6 meses. También se realizó la evaluación de los síntomas relacionados con la acalasia y la repercusión que éstos tuvieron sobre la calidad de vida. Para ello, utilizamos las escalas específicas Eckardt (Tabla 1) y EAT-10⁷ (Tabla 2), pero dado que estas escalas no recogen variables que valoren específicamente la esfera psicosocial de los pacientes decidimos añadir la escala MDADI⁸ (Tabla 3), específica para la valoración de disfagia en pacientes con tumores de cabeza y cuello, y extrapolar la valoración a los pacientes con acalasia. Esta valoración también se realizó previo al procedimiento y a los 3-6 meses tras la intervención.

Se analizaron también otros parámetros como la dispersión geográfica de los pacientes, tipo de acalasia, duración del procedimiento, endoscopista, tiempo hospitalización, la aparición de complicaciones inmediatas y diferidas, así como la necesidad de neumocentesis.

Resultados

En total se incluyeron 26 pacientes de distintas áreas asistenciales de la geografía andaluza occidental (50% del área del Hospital Universitario Virgen del Rocío, el resto derivados de otros centros). Con una edad media de 50 años, con un rango entre los 17 y los 74 años, con una relación mujer/hombre de uno. Se determinaron parámetros antropométricos antes del procedimiento, con un peso medio de 71,12 kilogramos (rango: 50-120 Kg), con un IMC medio de 26.

El tipo de acalasia más prevalente en nuestra serie fue el tipo II, representado un 81% de los pacientes (21 casos), el 11% fueron del tipo I (3 casos) y 8% del tipo III (2 casos). El 88.5% no habían recibido ningún tratamiento endoscópico o quirúrgico previamente, mientras que un 11,5% recibieron tratamiento endoscópico previo, dilataciones endoscópicas (1), inyecciones de toxina botulínica (1) o ambas opciones (1).

Las miotomías endoscópicas se ejecutaron por dos endoscopistas con amplia experiencia en disección endoscópica submucosa (DES). Los primeros ocho casos se llevaron a cabo bajo supervisión de un tutor experto, con asesoramiento durante el procedimiento, pero sin intervención por parte del mismo. Posteriormente, el resto de POEM se realizaron de manera autónoma y alternante por cada endoscopista. La duración media del POEM fue de 86 minutos con un rango de 50 y 145 minutos (Figuras 1 y 2), sin incidencias reseñables y con necesidad de realización de neumocentesis, durante o al finalizar la intervención, en 4 pacientes.

El tiempo de hospitalización medio fue de 2 días, introduciéndose dieta líquida tras las primeras 24 horas y dieta triturada a las 48 horas. Se aplicaron, vía telefónica y/o presencial, escalas de evaluación de síntomas y calidad de vida a los seis meses de POEM.

En todos los casos hubo una gran mejoría de los síntomas a los tres meses, presentado una puntuación media en las escalas EAT-10 y Eckardt <3 puntos tras el procedimiento. En cuanto a la escala MDADI, que incluye ítems que hacen referencia a la calidad de vida de los pacientes, se produjo una llamativa mejoría, estableciéndose la media en 95,69 puntos (Tabla 4). Se acompañó de una ganancia ponderal de 9,2 kilogramos de peso objetivada a los seis meses (Figura 3).

Como efecto indeseable más frecuente, en consonancia con lo descrito en la literatura científica, destaca el reflujo

(0-12)		Escala Eckardt		
	Pérdida de peso (Kg)	Disfagia	Regurgitación	Dolor torácico
0	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia
1	<5	Ocasional	Ocasional	Ocasional
2	5 a 10	Diariamente	Diariamente	Diariamente
3	>10	En cada comida	En cada comida	En cada comida

Tabla 1. Valoración de los síntomas de la acalasia mediante la escala Eckardt (0-12 puntos).

Preguntas establecidas en EAT-10	0-40
0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio.	
Mi problema para tragar me causa pérdida de peso.	
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad de comer fuera de casa.	
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra.	
Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra.	
Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra.	
Tragar es doloroso.	
El placer de tragar se ve afectado por mi problema al tragar.	
Cuando trago, la comida se pega en mi tarjeta.	
Toso cuando como.	
Tragar es estresante.	

Tabla 2. Cuestionario EAT-10 para valoración de la disfagia (0-40 puntos).

M.D. Anderson Dysphagia Inventory (MADI)	0-100
Muy desacuerdo= 1 De acuerdo= 2 Sin opinión= 3 En desacuerdo= 4 Muy endesacuerdo = 5	
Mis dificultades al tragar limitan mis actividades diarias.	
Me avergüenzan mis hábitos comiendo.	
La gente suele tener dificultades cuando cocina para mí.	
Me cuesta más tragar al final del día.	
Me reprimo/siento acomplejado cuando como.	
Me cuesta mucho tragar.	
Mi dificultad al tragar me hace perder ingresos (ganancias).	
Tardo más tiempo en comer debido a mis problemas al tragar.	
La gente me pregunta ¿Por qué no puedes comer eso?	
Otras personas se sienten molestas por mis problemas al comer.	
Toso cuando intento beber líquidos.	
Mi problema a la hora de tragar limita mi vida social y personal.	
Tengo problemas en salir a comer con mis amigos, vecinos y familiares.	
Limito la cantidad de comida que consumo por mi dificultad a la hora de tragar.	
Tengo baja autoestima debido a mis problemas de deglución.	
Siento como si estuviese tragando una cantidad muy grande de comida.	
Me siento excluida/o por mis hábitos al comer.	

Tabla 3. Cuestionario MD Anderson Dysphagia Inventory (100-0 puntos). Valoración de la disfagia y de la repercusión de ésta en la calidad de vida de los pacientes.

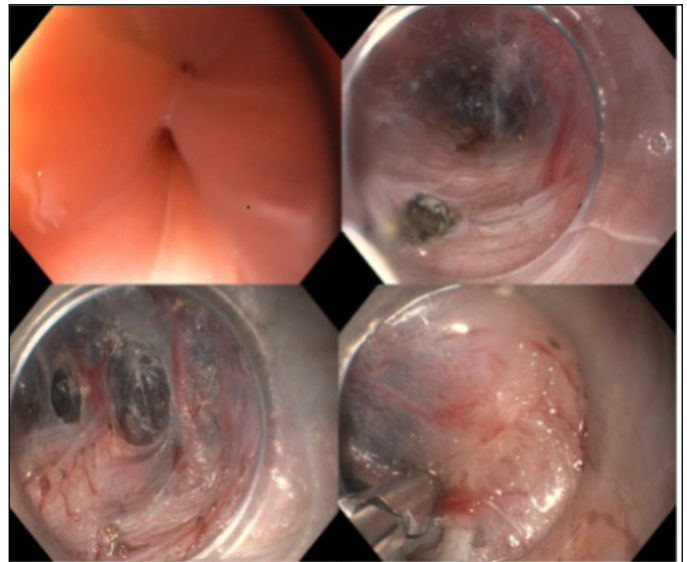


Figura 1. Descripción gráfica de la técnica endoscópica. Se puede observar la realización de la mucosotomía y la tunelización endoscópica, realizando tratamiento hemostático sobre los vasos localizados en la submucosa.

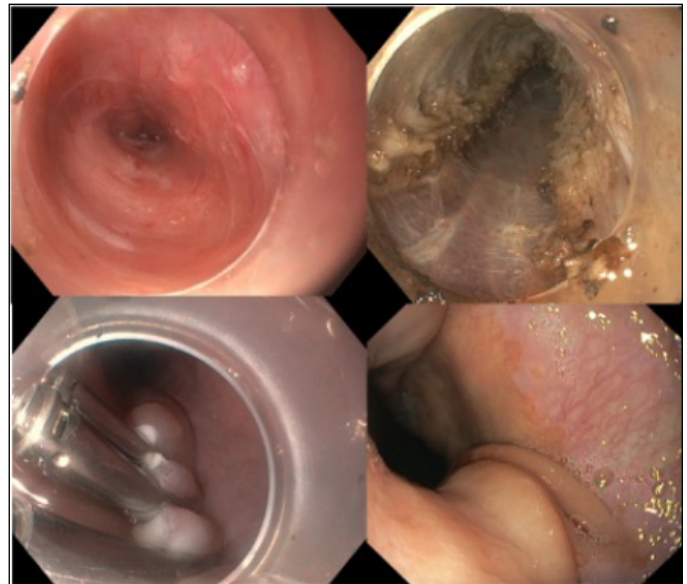


Figura 2. Se muestra el resultado tras la tunelización y el cierre de la mucosotomía. En el cuadrante inferior derecho se aprecia el resultado endoscópico meses después de completar el POEM.

gastroesofágico (RGE), estuvo presente en un 50% (13 casos) de los pacientes encuestados. Todos con síntomas controlados con IBP y con expresión de esofagitis leve (grado A de Los Ángeles) en 4 casos de un total de 11 exploraciones. Se realizaron 6 manometrías de control con hallazgo de hipotonía/ normotonía en el 100% de los casos (Figura 3).

No se apreciaron diferencias significativas en el tipo de pacientes tratados, tiempo de exploración, incidencia de complicaciones, mejoría sintomática ni presencia de RGE entre los dos endoscopistas.

Procedencia	Área HVR	13 (50%)	
	Otras áreas	13 (50%)	
Edad Media	50 años (17 - 74)		
H:M	1 (13:13)		
Tipo	I	11%	
	II	81%	
	III	8%	
Naive	23	88,5%	
Tiempo de POEM	86 min (50 - 145)		
Hospitalización	2 días (2-4)		
Peso kg	71, 12 (50-120)		
IMC	26		
Ganancia peso kg	9,2		
Eckardt (0-12)	pre-POEM	pos-POEM	
	7,96	0,67	
	EAT-10 (0-40)	27,87	2,27
	MDADI (100-20)	44,71	95,69

Tabla 4. Síntesis de los resultados más relevantes recogidos en el estudio.

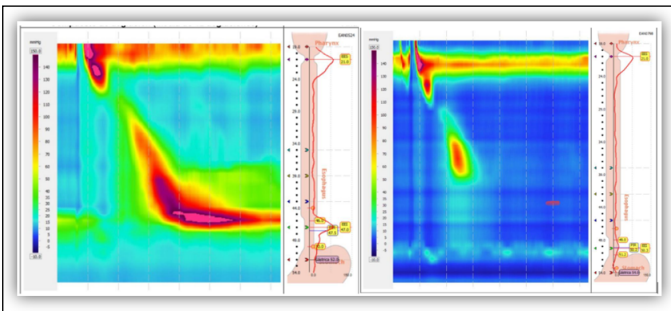


Figura 3. Se aprecian los cambios manométricos acontecidos sobre el EEI tras la realización del POEM.

Discusión

El tratamiento endoscópico de la acalasia mediante la realización de la miotomía endoscópica peroral (POEM), es seguro y eficaz, consiguiendo una importante mejoría de los síntomas y la calidad de vida^{1,2,5}. Es factible la incorporación de esta técnica a través de un programa específico de formación de endoscopistas expertos, con muy buenos resultados.

Tanto el tiempo medio de intervención como de estancia hospitalaria fue sensiblemente menor en la técnica endoscópica en comparación a la quirúrgica (86 minutos en nuestro estudio frente a los 97,6 minutos descritos en algunas revisiones)¹. La recuperación fue precoz, al alta todos los pacientes toleraban dieta triturada. También cabe destacar la ausencia de complicaciones relevantes en toda la serie,

incluyendo los primeros casos, tanto durante la intervención como en la evolución posterior, lo que refuerza la seguridad de este procedimiento.

Mediante las escalas descritas anteriormente (Eckardt, EAT-10 y MDADI) se objetivó una gran mejora tanto en los síntomas como en la calidad de vida de los pacientes tras la intervención endoscópica. La mayoría de los pacientes estaban asintomáticos en la revisión clínica. En los sintomáticos el principal síntoma fue el RGE leve que se controló con tratamiento con IBP a dosis simple, como se ha descrito en las series publicadas^{4,5,6}. También, en la endoscopia de seguimiento las lesiones pépticas fueron leves (grado A) y no siempre correlacionadas con la clínica de RGE.

Ante la evidencia clínica publicada y la experiencia en nuestro centro, creemos que el desarrollo de esta técnica supone un cambio de paradigma en el algoritmo terapéutico de la acalasia, estando el POEM en un nivel de no inferioridad respecto al tratamiento quirúrgico clásico, por lo que ante un paciente con diagnóstico de acalasia se deberían ofrecer ambas opciones de tratamiento^{1,2,5}. Las otras opciones de tratamiento endoscópico clásico (toxina botulínica y dilatación neumática) deberían quedar relegadas para casos especiales, principalmente para pacientes rechazados para POEM por elevado riesgo anestésico.

Una de las limitaciones de este trabajo se encuentra en que es una serie corta de pacientes tratados y de un solo centro. También hemos tenido dificultades para poder realizar los controles manométricos y endoscópicos en los tiempos establecidos por el protocolo inicial (3-6 meses), por la alta demanda a la que están sometidas estas exploraciones. También puede suponer una limitación la falta de estandarización de la escala MDADI para valorar específicamente la disfagia en los pacientes con acalasia, aunque creemos que puede ser extrapolable.

En la actualidad hemos aumentado el número de casos de nuestra serie, alcanzando una muestra de 38, que evaluaremos para comprobar la consistencia de los resultados. También se ha propuesto en el grupo de trabajo de endoscopia digestiva de la SAPD realizar un registro andaluz de los POEM con la finalidad de realizar un estudio multicéntrico.

Conclusiones

La miotomía endoscópica peroral se puede incorporar con seguridad al arsenal terapéutico de endoscopia con una tutorización adecuada, en manos de endoscopistas expertos.

Es una técnica segura, con escasas complicaciones, consigue una gran mejoría duradera de los síntomas y de la calidad de vida, con tiempo de intervención razonable inferior a 90 minutos) y una hospitalización media menor de 3 días.

El efecto adverso más común es el reflujo gastroesofágico, solo algunos con esofagitis leve y control sintomático con dosis bajas de IBP.

Bibliografía

1. Werner YB, Hakanson B, Martinek J, Repici A, von Rahden BHA, Bredenoord AJ, et al. Endoscopic or Surgical Myotomy in Patients with Idiopathic Achalasia. *N Engl J Med*. 2019;381(23):2219–29. DOI: 10.1056/NEJMoa1905380.

2. Dirks RC, Kohn GP, Slater B, Whiteside J, Rodriguez NA, Docimo S, et al. Is peroral endoscopic myotomy (POEM) more effective than pneumatic dilation and Heller myotomy? A systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2021;35(5):1949–62. DOI: 10.1007/s00464-021-08353-w.

3. Ujiki MB, VanDruff VN. Peroral Endoscopic Myotomy for Achalasia. *World J Surg*. 2022;46(7):1542–6. DOI: 10.1007/s00268-022-06477-1.

4. Nagi TK, Suarez ZK, Haider MA, Holder SS, Vallejo C, Chaudhari SS. Per-Oral Endoscopic Myotomy-Induced Gastroesophageal Reflux Disease and Review of the Efficacy of Proton Pump Inhibitors as a Management Strategy: Review of the Literature. *Cureus*. 2023;15(12):12–6. DOI: 10.7759/cureus.50324.

5. Chan SM, Wu JCY, Teoh AYB, Yip HC, Ng EKW, Lau JYW, et al. Comparison of early outcomes and quality of life after laparoscopic Heller's cardiomyotomy to peroral endoscopic myotomy for treatment of achalasia. *Dig Endosc*. 2016;28(1):27–32. DOI: 10.1111/den.12507.

6. Sanaka MR, Thota PN, Parikh MP, Hayat U, Gupta NM, Gabbard S, et al. Peroral endoscopic myotomy leads to higher rates of abnormal esophageal acid exposure than laparoscopic Heller myotomy in achalasia. *Surg Endosc*. 2019;33(7):2284–92. DOI: 10.1007/s00464-018-6522-4.

7. Montes-Jovellar L, Carrillo A, Muriel A, Barbera R, Sanchez F, Cobeta I. Translation and validation of the MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI) for Spanish-speaking patients. *Head Neck*. 2019;41(1):122–9. DOI: 10.1002/hed.25478.

8. Schindler A, de Fátima Lago Alvite M, Robles-Rodriguez WG, Barcons N, Clavé P. History and Science behind the Eating Assessment Tool-10 (Eat-10): Lessons Learned. *J Nutr Heal Aging*. 2023;27(8):597–606. DOI: 10.1007/s12603-023-1950-9.

LINFOMA DE CÉLULA T ASOCIADO A ENTEROPATÍA: DE INDOLENTE A AGRESIVO.

*Enteropathy-associated T-cell lymphoma:
from indolent to aggressive.*

Moreno Barrueco M, Bailón Gaona MC, Gijón Vilanova R, Berdugo Hurtado F, García Robles A

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

El linfoma de célula T asociado a enteropatía (EATL) es una neoplasia infrecuente que supone <5% los linfomas periféricos de células T. El EATL deriva de la transformación maligna de los linfocitos intraepiteliales intestinales y se trata de la complicación neoplásica más común de la enfermedad celíaca. Es infrecuente en pacientes diagnosticados a una edad temprana aunque en una celiaquía de larga data puede suponer el debut de la misma. Su diagnóstico comprende técnicas de imagen, biopsias e inmunohistoquímica, siendo la principal herramienta, una alta sospecha diagnóstica. Su pronóstico es malo y no existe actualmente consenso sobre cuál es la mejor actitud terapéutica.

Palabras clave: linfoma T, enfermedad celíaca, indolente.

Abstract

Enteropathy-associated T-cell lymphoma (EATL) is a rare neoplasm that accounts for <5% of peripheral T-cell

lymphomas. EATL is derived from malignant transformation of intestinal intraepithelial lymphocytes and is the most common neoplastic complication of celiac disease. It is rare in patients diagnosed at a young age, although in long-standing coeliac disease it may be the debut of the disease. Its diagnosis involves imaging techniques, biopsies and immunohistochemistry, the main tool needed being a high diagnostic suspicion. The prognosis is poor and there is currently no consensus on the best therapeutic approach.

Keywords: T-lymphoma, celiac disease, indolent.

Introducción

El tracto gastrointestinal es un lugar común para el asiento de los linfomas extraganglionares. Los linfomas gastrointestinales primarios son predominantemente tipo B, y las neoplasias de célula tipo T son raras y representan del 13 al 15% de los linfomas gastrointestinales. El linfoma de célula

CASO CLÍNICO

T asociado a enteropatía (EATL) es una neoplasia infrecuente, supone <5% de los linfomas periféricos de células T y constituye una complicación frecuente de la enfermedad celíaca¹⁻³.

Caso clínico

Varón de 59 años con antecedentes de hallazgo incidental en 2016 de adenopatías mesentéricas mediante TC abdominal en contexto de estudio de epigastralgia y cuadro constitucional, posteriormente estudiadas por hematología mediante PET-TC (Figura 1), que describe la presencia de adenopatías retroperitoneales y mesentéricas no captantes, sin poder descartar la posibilidad de afectación neoplásica linfoide madura indolente; por lo que se realiza biopsia escisional de una de las adenopatías en la que los anatomopatólogos describen una hiperplasia linfoide leve, sin signos de malignidad. Posteriormente, es diagnosticado de enfermedad celíaca en abril de 2022 por estudio de hipertransaminasemia con anticuerpos transglutaminasa positivo y HLA DQ2 +. Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) y biopsias duodenales a fin de confirmación diagnóstica, describiendo un aplanamiento vellositario parcial (lesiones tipo 3a de Marsh) y linfocitosis intraepitelial (más de 6 linfocitos CD3 + por cada 20); con buena respuesta a la dieta sin gluten. En mayo de 2022 ingresa en neurología por debut de Miastenia Gravis seronegativa con inicio de tratamiento en diciembre de 2022 con Azatioprina 1mg/kg por persistencia de diplopía.

Ingresa en nuestro servicio en junio de 2023 por fiebre vespertina, diarrea acuosa y pérdida de más de 15 kg en los últimos 3 meses. Tras comprobar buena adherencia a dieta sin gluten, se realiza nueva EDA con toma de biopsias que describen una atrofia vellositaria intensa linfocitosis intraepitelial CD3+ que en numerosos puntos es superior a 100 linfocitos por 100 enterocitos y en promedio supera largamente los 50 linfocitos por 100 enterocitos, así como la presencia de una intensa plasmocitosis superficial junto a hipertrofia de criptas. Inmunofenotípicamente, pérdida de CD8- y reordenamiento clonal para el gen TCR gamma, en probable relación a una enfermedad celíaca refractaria tipo II.

Se completa en estudio con la realización de cápsula endoscópica con hallazgo de múltiples zonas a nivel de yeyuno, ulceradas y con engrosamiento circundante (Figura 2). Dada la tórpida evolución clínica, con persistencia de diarrea, fiebre y datos francos de desnutrición, así como los hallazgos previamente descritos en pruebas de imagen, se plantea la repetición de un PET-TC para reevaluación de adenopatías previamente estudiadas, con hallazgo en este último, de

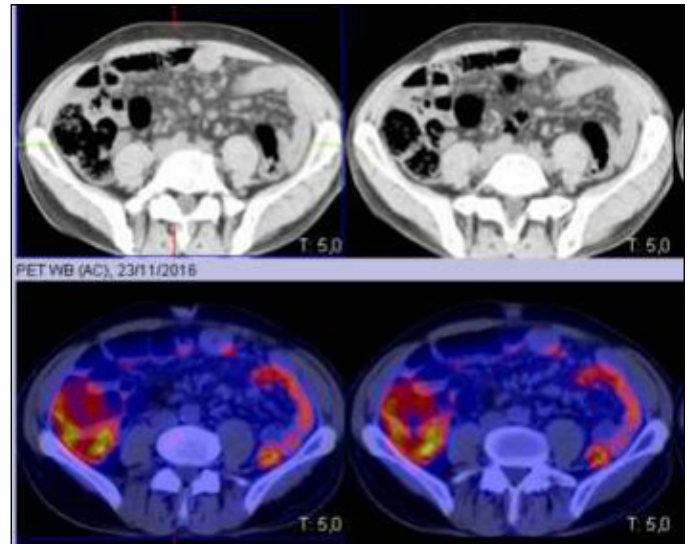


Figura 1. PET-TC realizado en 2016 donde se describe la presencia de adenopatías retroperitoneales y mesentéricas no captantes, sin poder descartar la posibilidad de afectación neoplásica linfoide madura indolente.

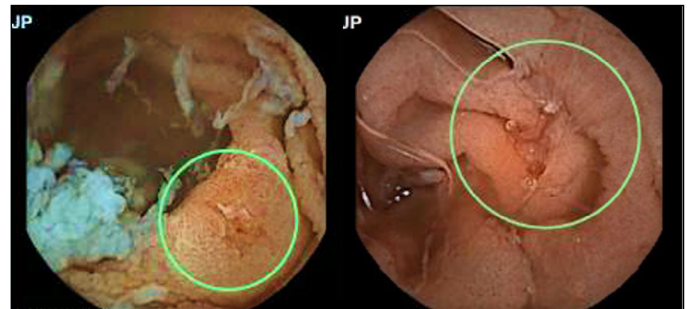


Figura 2. Imágenes de capsula endoscópica con hallazgo de múltiples zonas a nivel de yeyuno, ulceradas y con engrosamiento circundante.

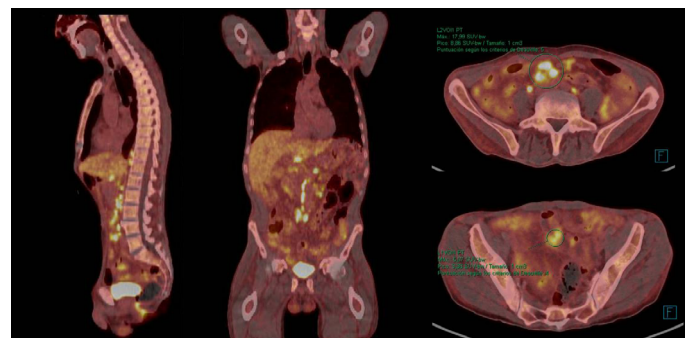


Figura 3. PET-TC para reevaluación de adenopatías previamente estudiadas con hallazgo de adenopatías hipermetabólicas supra e infra diafragmáticas sugestivas de proceso neoplásico.

adenopatías hipermetabólicas supra e infra diafragmáticas sugestivas de proceso neoplásico (Figura 3).

El paciente sufre un deterioro clínico y analítico brusco en las siguientes 48 horas con datos de fallo hepático y posible hemofagocitosis asociada por lo que se plantea de forma conjunta al servicio de hematología la posibilidad de infiltración medular del proceso neoplásico por lo que se

realiza una biopsia de médula ósea con resultado de infiltración por proceso linfoproliferativo T de células grandes CD30+, junto con macrófagos con signos de hemofagocitosis. Se inicia de forma urgente tratamiento empírico con quimioterapia (mini-CHOP) sin éxito, falleciendo el paciente los días siguientes por un fallo hepático agudo.

Discusión

El linfoma de célula T asociado a enteropatía (EATL) se origina de la transformación maligna de los linfocitos intraepiteliales intestinales y es la complicación neoplásica más común de la enfermedad celíaca¹. Predomina ligeramente en varones (54%), principalmente mayores de 50 años. Es poco común en pacientes diagnosticados tempranamente o con enfermedad celíaca de larga data, pudiendo incluso presentarse como la forma inicial de la enfermedad². Otros factores asociados a su aparición son la infección viral y la presencia del haplotipo HLA-DQ2³. Aunque hay casos esporádicos, la enfermedad celíaca refractaria (ECR) tipo II se asocia fuertemente como un proceso preneoplásico².

El 90% de los casos de EATL se localizan en el intestino delgado, principalmente en el yeyuno, donde suelen encontrarse múltiples úlceras⁴. Pueden diseminarse más allá del tracto gastrointestinal, siendo las localizaciones más relevantes los ganglios linfáticos abdominales (35%), la médula ósea (3-18%), los ganglios linfáticos pulmonares y mediastínicos (5-16%)³.

Clínicamente, puede presentar síntomas similares a la ECR, como diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso e hipoalbuminemia. Por ello, las imágenes con tomografía computarizada (TC), PET-TC y cápsula endoscópica son útiles para identificar la progresión de la ECR a EATL⁴. También puede manifestarse con vómitos debido a obstrucción intestinal, hemorragia intestinal y perforación intestinal en hasta el 50% de los pacientes. El síndrome hemofagocítico se reporta en el 16 al 40% de los casos¹.

La información sobre los mecanismos patogénicos es limitada debido a su rareza, aunque se ha sugerido que un microambiente inflamatorio, especialmente mediado por la vía JAK-STAT, podría tener un alto impacto en su linfomagénesis⁵.

El diagnóstico precoz requiere un alto grado de sospecha y un examen minucioso de las biopsias intestinales. Morfológicamente, se caracteriza por una citología pleomórfica, por lo que la inmunohistoquímica es crucial para el diagnóstico. Las células neoplásicas suelen ser CD3 + CD7 +, células CD103 +, TCRβ +/-, CD4-, CD8- y CD5-, con expresión

principal de CD30 y negatividad para CD56¹. Se ha demostrado una susceptibilidad genética en pacientes que presentan homocigosidad HLA-DQ2.5, observándose en hasta el 53,3% de los pacientes con EATL².

El pronóstico es sombrío, con tasas de supervivencia de alrededor de 1 y 5 años. No existe un tratamiento estandarizado para este linfoma agresivo. La cirugía y la quimioterapia (régimen CHOP) se consideran opciones de tratamiento, pero la EATL tiende a ser refractaria a estas terapias, con una supervivencia media general de 6 meses a pesar de su aplicación⁶.

Bibliografía

1. Ferreri AJ, Zinzani PL, Govi S, Pileri SA. Enteropathy-associated T-cell lymphoma. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011 Jul;79(1):84-90. doi: 10.1016/j.critrevonc.2010.06.006. Epub 2010 Jul 23. PMID: 20655757.
2. Ritter J, Zimmermann K, Jöhrens K, Mende S, Seegebarth A, Siegmund B, Hennig S, Todorova K, Rosenwald A, Daum S, Hummel M, Schumann M. T-cell repertoires in refractory coeliac disease. *Gut*. 2018 Apr;67(4):644-653. doi: 10.1136/gutjnl-2016-311816. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28188172; PMCID: PMC5868243.
3. Delabie J, Holte H, Vose JM, Ullrich F, Jaffe ES, Savage KJ, Connors JM, Rimsza L, Harris NL, Müller-Hermelink K, Rüdiger T, Coiffier B, Gascoyne RD, Berger F, Tobinai K, Au WY, Liang R, Montserrat E, Hochberg EP, Pileri S, Federico M, Nathwani B, Armitage JO, Weisenburger DD. Enteropathy-associated T-cell lymphoma: clinical and histological findings from the international peripheral T-cell lymphoma project. *Blood*. 2011 Jul 7;118(1):148-55. doi: 10.1182/blood-2011-02-335216. Epub 2011 May 12. PMID: 21566094.
4. Di Sabatino A, Biagi F, Gobbi PG, Corazza GR. How I treat enteropathy-associated T-cell lymphoma. *Blood*. 2012 Mar 15;119(11):2458-68. doi: 10.1182/blood-2011-10-385559. Epub 2012 Jan 23. PMID: 22271451.
5. Abdullah SAA, Goa P, Vandenberghe E, Flavin R. Update on the Pathogenesis of Enteropathy-Associated T-Cell Lymphoma. *Diagnostics (Basel)*. 2023 Aug 9;13(16):2629. doi: 10.3390/diagnostics13162629. PMID: 37627888; PMCID: PMC10453492.
6. Hujoel IA, Hujoel MLA. The Rising Incidence and Poor Outcomes of Enteropathy-Associated T-Cell Lymphoma. *Am J Gastroenterol*. 2024 Feb 16. doi: 10.14309/ajg.0000000000002666. Epub ahead of print. PMID: 38235779.

DESCOMPENSACIÓN EDEMOASCÍTICA: ¿ES SIEMPRE CIRROSIS HEPÁTICA?

Edemoascitis decompensation. Is it always liver cirrhosis?

Fernandez Carrasco M, López González J, Campos Serrano N

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS. ALMERÍA.

Resumen

La hipertensión portal (HP) es un síndrome clínico caracterizado por un incremento en el gradiente de presión venoso hepático portal (GPVH), definido como el gradiente entre la vena porta y la vena cava inferior. Cuando existe HP clínicamente significativa se suele asociar a eventos clínicos como el desarrollo de varices esofagogástricas (VEG), descompensación edemoascítica, encefalopatía... siendo éstos más frecuentes en el caso de HP por cirrosis hepática.

En todas las etiologías de la HP existe un aumento de las resistencias al flujo sanguíneo portal, seguido de un incremento de dicho flujo. Dependiendo de la localización del incremento de la resistencia se clasificará en HP prehepática, intrahepática o posthepática¹. La hipertensión portal posthepática se produce cuando existe un deterioro en el flujo venoso de salida hepático, aumentándose las resistencias a este nivel.

Presentamos el caso de un paciente donde una llamativa dilatación portal llevó al diagnóstico de HP posthepática.

Palabras clave: hipertensión portal posthepática, ascitis, oclusión membranosa de vena cava inferior.

Abstract

Portal hypertension (PH) is a clinical syndrome characterized by an increase in the portal hepatic venous pressure gradient (HVPG), defined as the gradient between the portal vein and the inferior vena cava. When there is clinically significant PH, it is usually associated with clinical events such as the development of esophagogastric varices (EGV), oedemoascitic decompensation, encephalopathy... these being more frequent in the case of PH due to liver cirrhosis.

Marta Fernández Carrasco
Hospital Universitario Torrecardenas. Almería.
mfcarrasco16@gmail.com

Fernandez Carrasco M, López González J, Campos Serrano N.
Descompensación edemoascítica: ¿es siempre cirrosis hepática?
RAPD 2024;47(5):198-200. DOI: 10.37352/2024475.3

CASO CLÍNICO

In all etiologies of PH there is an increase in resistance to portal blood flow, followed by an increase in said flow. Depending on the location of the increased resistance, it will be classified as prehepatic, intrahepatic or posthepatic PH¹. Posthepatic portal hypertension occurs when there is a deterioration in hepatic venous outflow, increasing resistance at this level.

We present the case of a patient where a striking portal dilation led to the diagnosis of posthepatic PH.

Keywords: posthepatic portal hypertension, ascites, membranous occlusion of the inferior vena cava.

Caso clínico

Varón de 72 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos, que ingresa por diarrea de dos meses de evolución, asociada a síndrome constitucional, ascitis y edemas de nueva aparición.

Análiticamente destaca ligera leucocitosis con neutrofilia, leve deterioro de la función renal con creatinina 1.34mg/dl e hipoalbuminemia, con plaquetas, perfil hepatobiliar y coagulación normales.

Se realizan durante el ingreso ecografía abdominal, tomografía computerizada (TC) y angioTC (Figuras 1 y 2) donde se aprecian hallazgos sugerentes de hepatopatía crónica y destaca muy llamativa dilatación de la porta principal y ambas ramas intrahepáticas, con disminución de calibre a nivel de la vena cava inferior, en el segmento de entrada al hígado que aparece prácticamente filiforme, así como calibre reducido del segmento proximal de las venas suprahepáticas, siendo estas permeables, sin esplenomegalia asociada. Se realiza endoscopia digestiva alta que descarta la presencia de varices y ecocardiografía, sin alteraciones.

Durante el ingreso el paciente evoluciona de forma favorable, manteniendo buen ritmo de diuresis, disminución de edemas y de perímetro abdominal con tratamiento deplectivo, llegando al diagnóstico de HP posthepática secundario a obliteración membranosa de la vena cava inferior.

Discusión

La hipertensión portal posthepática se produce cuando existe un deterioro en el flujo venoso de salida hepático, aumentándose las resistencias a este nivel¹. La causa más frecuente de HP posthepática es el síndrome de Budd-Chiari (SBC), la insuficiencia cardíaca derecha o la obstrucción de



Figura 1. Imagen de TC abdominal en fase venosa donde se visualiza gran dilatación de ambas ramas portales intrahepáticas.

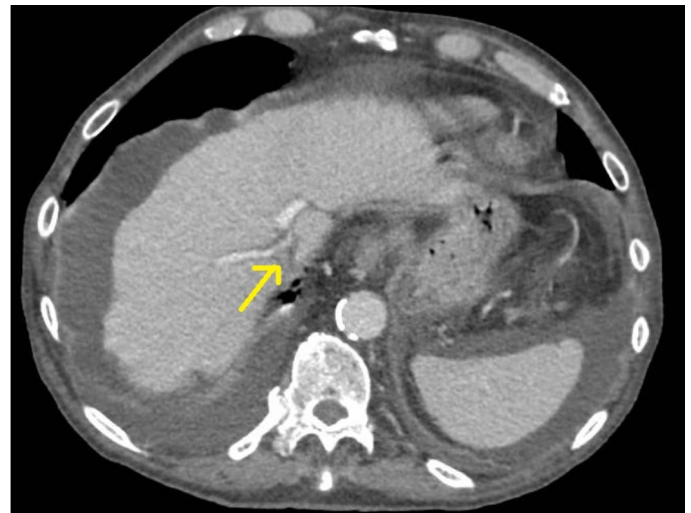


Figura 2. Imagen de AngioTC en fase venosa donde se visualiza disminución de calibre de la vena cava inferior en el segmento de entrada al hígado, apareciendo prácticamente filiforme, con calibre reducido del segmento proximal de las suprahepáticas.

la vena cava inferior por tumores, trombosis o aumento de caudado².

El SBC es una entidad clínica que engloba un conjunto de síndromes que pueden provocar obstrucción del drenaje venoso hepático a cualquier nivel, desde las pequeñas venas hepáticas hasta la unión de la VCI con la aurícula derecha².

Es una entidad poco frecuente. Las principales causas son neoplásicas, hematológicas, inflamatorias, infecciosas y farmacológicas. Sin embargo, tras descartar estas etiologías se debe pensar en otras menos frecuentes como la oclusión membranosa de la VCI (OMVCI), conocida también como hepatocavopatía obliterativa, o síndrome de la vena cava hepática³.

En cuanto a la fisiopatología se ha propuesto un origen congénito debido a un fallo en la embriogénesis de la vena cava inferior (VCI), aunque, en distintos estudios se establece el probable origen adquirido o la posible transformación membranosa que provoca una estenosis a nivel de la vena cava inferior⁴.

Cínicamente se manifiesta con signos de HP. A nivel analítico no existe gran alteración de la función hepática. También se ha asociado al desarrollo de hepatocarcinoma, a priori menos agresivo que el debido a otras etiologías. Las pruebas de imagen nos darán el diagnóstico, siendo el signo del "flujo inverso de la VCI" y el signo del "sangrado en jet" en TC y RM específicos del SBC subtipo obliteración membranosa⁵.

El diagnóstico se basa en características clínicas mencionadas anteriormente y la visualización en pruebas de imagen, pudiendo distinguir una oclusión completa de la parcial. La tomografía computarizada o la cavografía mediante la administración de contraste, pueden resaltar el nivel de la obstrucción a partir del cual se produce una fuga retrógrada o signo del flujo inverso de la VCI³.

El tratamiento de elección de la OMVCI es la recanalización de la zona obstruida de forma endovascular, mediante la angioplastia percutánea con balón, siendo eficaz hasta en un 91% de los casos. Existen otras técnicas quirúrgicas menos empleadas como la membranotomía, membranectomía o realización de shunts^{1,3}. Las complicaciones asociadas a la HP se tratan de forma similar al resto de etiologías.

Actualmente, la OMVCI se engloba entre las posibles causas del síndrome de Budd- Chiari, aunque algunos autores sugieren que se podría considerar un síndrome distinto³. La importancia radica en la posibilidad de un tratamiento curativo, el cual evitaría la elevada morbimortalidad secundaria a las descompensaciones por HP, así como el riesgo de desarrollar hepatocarcinoma.

Bibliografía

1. Athanasiou A, Michalinos A, Alexandrou A, et al. *Inferior mesenteric arteriovenous fistula: case report and world-literature review. World J Gastroenterol.* 2014; 20:8298–303.
2. Kimura Y, Hara T, Nagao R, et al. *Natural history of inferior mesenteric arteriovenous malformation that led to ischemic colitis: A case report. World J Clin Cases* 2021; 9(2): 396-402.
3. Capron JP, Gineston JL, Remond A, et al. *Inferior mesenteric arteriovenous fistula associated with portal hypertension and acute ischemic colitis. Successful occlusion by intraarterial embolization with steel coils. Gastroenterology* 1984; 86:351-5.
4. Das Gupta J, Rana MA, Delu A, et al. *Spontaneous inferior mesenteric arteriovenous fistula as a cause of severe portal hypertension and cardiomyopathy. J Vasc Surg Cases Innov Tech.* 2019; 5:1.
5. Kim R, Do YS, Park KB. *How to treat peripheral arteriovenous malformations. Korean J Radiol.* 2021; 22:568–76. Ritter J, Zimmermann K, Jöhrens K, Mende S, Seegebarth A, Siegmund B, Hennig S, Todorova K, Rosenwald A, Daum S, Hummel M, Schumann M. *T-cell repertoires in refractory coeliac disease. Gut.* 2018 Apr;67(4):644-653. doi: 10.1136/gutjnl-2016-311816. Epub 2017 Feb 10. PMID: 28188172; PMCID: PMC5868243.

DE LA INGESTA DE SOSA CAÚSTICA A LA YEYUNOSTOMÍA DE ALIMENTACIÓN

From caustic soda ingestion to feeding jejunostomy

Campos Gonzaga L, Aguilar Martínez JC, Moreno García A

HOSPITAL DE JEREZ DE LA FRONTERA. CÁDIZ.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer joven que tras ingesta de sosa cáustica con fines autolíticos presenta estenosis difusa en tercios medio e inferior del esófago y extensa y marcada estenosis de cuerpo, antro gástrico y bulbo duodenal que requirió de yeyunostomía de alimentación por intolerancia total a sólidos y líquidos.

Dado los hallazgos endoscópicos y radiológicos tan característicos, así como su difícil manejo posterior, es un caso que supone un reto clínico.

Palabras clave: ingesta cáusticos, estenosis, yeyunostomía.

Abstract

We present the case of a young woman who after ingestion of caustic soda for autolytic purposes presented diffuse stenosis in the middle and lower thirds of the esophagus

and extensive and marked stenosis of the body, gastric antrum and duodenal bulb that required a feeding jejunostomy due to total intolerance to solids and liquids.

Given the characteristic endoscopic and radiological findings, as well as its difficult subsequent management, it is a challenging clinical case.

Keywords: caustic ingestion, stricture, jejunostomy.

Introducción

La ingesta de cáusticos conlleva en muchos casos una gran morbilidad y mortalidad, pudiendo ir desde casos leves sin lesiones hasta casos graves con necrosis total del tracto digestivo superior. La intensidad y localización de las lesiones dependen de varios factores, destacando el tipo de cáustico (los álcalis tienen mayor poder de penetración).

Lidia Campos Gonzaga
Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.
lidiacamposgonzaga@hotmail.com

Campos Gonzaga L, Aguilar Martínez JC, Moreno García A.
De la ingesta de sosa cáustica a la yeyunostomía de alimentación.
RAPD 2024;47(4):201-203. DOI: 10.37352/2024475.5

Caso clínico

Mujer de 32 años con antecedentes personales a destacar de síndrome ansioso-depresivo en seguimiento desde 2019 por la unidad de Salud Mental con varios intentos autolíticos. En julio de 2023 realizó intento autolítico por ingesta de cáusticos mostrando en endoscopia digestiva alta (EDA), realizada a las 24h, esofagitis caustica Zargar IIIb (Figura 1), gastritis caustica Zargar IIIb, duodenitis caustica Zargar IIIb (Figura 2) y lesiones por cáusticos en boca de Killian. Requirió de ingreso en UCI durante 7 días y posteriormente en planta con nutrición parenteral durante 3 semanas. Previo al alta se inició tolerancia a líquidos y triturados con buena respuesta. En los meses siguientes la paciente acudió a urgencias en varias ocasiones, presentando en septiembre de 2023 intolerancia a sólidos y líquidos acusada que provocaba vómitos e imposibilidad para la toma de tratamiento oral.

En estudio baritado realizado durante el seguimiento se apreciaba estenosis difusa en tercios medio e inferior del esófago y extensa y marcada estenosis de cuerpo, antro gástrico y bulbo duodenal (Figura 3). Por ello se realizó IC a Cirugía, proponiéndose yeyunostomía de alimentación, previa realización de EDA que presentaba estenosis esofágica infranqueable a 30 cms de la arcada dentaria.



Figura 1. Desde el esófago cervical hasta esófago medio la mucosa presenta edema, con ulceraciones superficiales fibrinadas con exudado difuso que ocupan toda la circunferencia esofágica. Las lesiones se hacen de mayor intensidad en esófago distal, adquiriendo el esófago aspecto negrozco-isquémico, con ulceraciones profundas de fondo sucio que ocupan toda la circunferencia esofágica.

Discusión

El manejo de los pacientes con lesiones por ingesta de cáusticos es complejo, suponiendo un verdadero reto

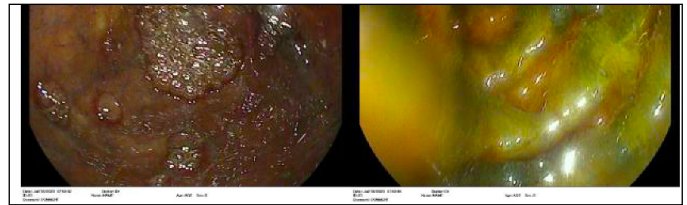


Figura 2. Cavidad gástrica con mucosa de coloración negra con exudado mucoso difuso, presentando a nivel antral mayor expresividad de las lesiones con úlceras profundas de fondo sucio. La mucosa de bulbo duodenal y segunda porción presenta ulceraciones difusas de gran tamaño, confluentes en algunos puntos.

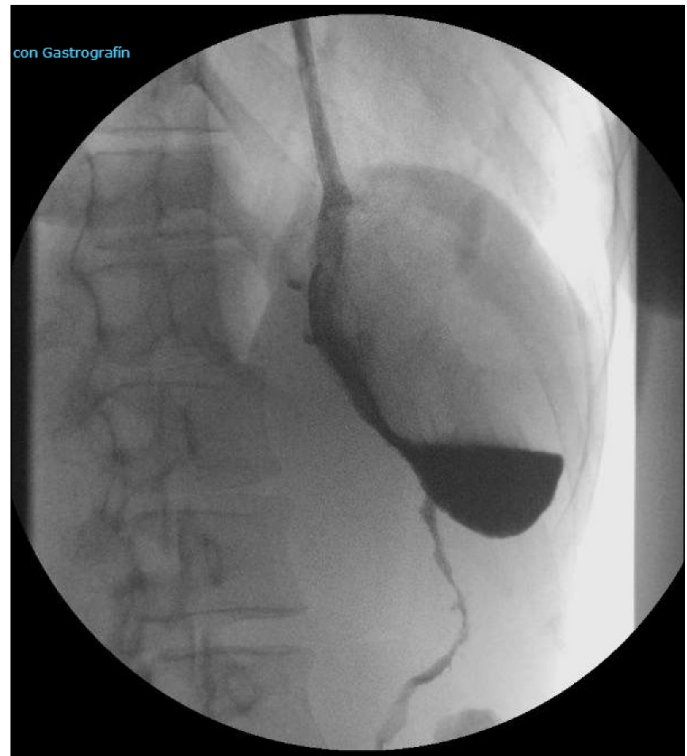


Figura 3. Estenosis esofágica con marcada disminución del diámetro, con diámetro luminal, de 4 mm. Se aprecia una extensa y marcada estenosis de cuerpo, antro gástrico y bulbo duodenal, con paso filiforme del contraste, con marcada irregularidad del contorno, compatible con marcado engrosamiento de pliegues y ulceraciones. Escaso paso de contraste a marco duodenal.

terapéutico, no sólo en la fase aguda sino principalmente en la fase tardía. Las estenosis suelen aparecer a partir de la segunda-tercera semana, pudiendo manifestarse clínicamente a los meses o años, y además el riesgo de desarrollo de carcinoma escamoso está aumentado.

La dilatación endoscópica o colocación de prótesis puede plantearse en estenosis localizadas y cortas, pero en casos como el de nuestra paciente se requiere coordinación entre los equipos quirúrgicos y médicos para obtener los mejores resultados^{1,2}.

Bibliografía

1. Simonovska N, Stefanovska VV, Babulovska A, Pereska Z, Jurukov I, Berat-Huseini A, Kostadinovski K, Naumovski K. Ingestion of corrosive substances and the endoscopic role in assessing the severity of caustic injury. *Prz Gastroenterol.* 2023;18(2):183-189. doi: 10.5114/pg.2023.129415. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37538286; PMCID: PMC10395062.

2. Chirica M, Bonavina L, Kelly MD, Sarfati E, Cattan P. Caustic ingestion. *Lancet.* 2017 May 20;389(10083):2041-2052. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30313-0. Epub 2016 Oct 26. PMID: 28045663.

GASTROPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA COMO CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL

Chronic ischemic gastropathy as an unusual cause of abdominal pain

Fernández Carrasco M, Plaza Fernández A, Navarro Moreno E, Anguita Montes F, Gálvez Miras A

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS.ALMERÍA.

Resumen

La gastropatía isquémica es un cuadro poco frecuente cuyo espectro clínico es muy variable. Su forma de presentación varía desde dolor abdominal crónico, hasta casos fatales de isquemia gástrica fulminante si se instaura de forma brusca¹. Existen diversas etiologías de dolor abdominal, sin embargo, el diagnóstico precoz de esta patología permitirá un abordaje terapéutico dirigido, pudiendo mejorar el pronóstico y evitar consecuencias fatales.

Palabras clave: gastropatía isquémica, factores riesgo cardiovascular, revascularización.

Abstract

Ischaemic gastropathy is a rare condition with a highly variable clinical spectrum. Its presentation varies from chronic abdominal pain to fatal cases of fulminant gastric ischaemia if it develops abruptly¹. There are several aetiologies of abdominal pain, however, early diagnosis of this pathology will allow a

targeted therapeutic approach, which may improve prognosis and avoid fatal consequences.

Keywords: ischemic gastropathy, cardiovascular risk factors, revascularization.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 57 años, fumador, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica revascularizada, que ingresa por cuadro de dolor abdominal en mesogastrio que se intensifica tras la ingesta, de dos meses de evolución asociando anemia y pérdida de peso.

Se realiza endoscopia digestiva alta con hallazgos de úlceras lineales fibrinadas en antro apreciando tras la insuflación cambio en la coloración de la mucosa de cuerpo

Marta Fernández Carrasco
Hospital Universitario Torrecárdenas.
mfcarrasco16@gmail.com

Fernández Carrasco M, Plaza Fernández A, Navarro Moreno E, Anguita Montes F, Gálvez Miras A
Gastropatía isquémica crónica como causa inusual de dolor abdominal.
RAPD 2024;47(4):204-206. DOI: 10.37352/2024474.5

IMAGEN DEL MES

gástrico mostrando áreas blanquecinas sugerentes de zonas de hipoperfusión (Figura 1). Se completa estudio con angiografía por tomografía computarizada evidenciando ateromatosos calcificada que condiciona estenosis severa en orígenes del tronco celiaco y arteria mesentérica superior (Figuras 2 y 3).

El paciente es intervenido realizando recanalización de tronco celiaco e implante de stent en arteria mesentérica superior con resolución de la clínica que precipitó el ingreso.

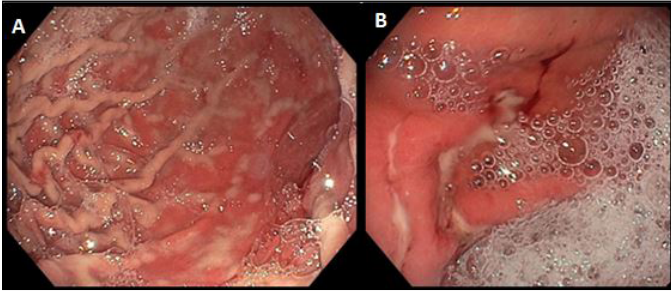


Figura 1. Imágenes en endoscopia digestiva alta de: cámara gástrica en insuflación máxima con mucosa de pliegues gástricos pálida (A) y úlceras lineales fibrinadas (B).



Figura 2. Angiotomografía computarizada en la que se muestra placa calcificada aórtica en la salida del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior.

Discusión

Debido a la rica circulación colateral proveniente de las ramas del tronco celiaco y la arteria mesentérica superior, la patología isquémica gástrica es poco frecuente. La etiología es en casi todos los casos ateroembólica², lo que ha provocado



Figura 3. Reconstrucción tridimensional de alteraciones vasculares descritas en angiotomografía.

un aumento de su incidencia en las últimas décadas, debido al envejecimiento de la población y al auge de las enfermedades cardiovasculares.

Las manifestaciones clínicas pueden ocurrir de forma larvada en casos crónicos, en los que el dolor posprandial es el síntoma predominante, pudiéndose acompañar de anemia por sangrado digestivo y pérdida de peso por temor a la ingesta. Sin embargo, en los casos agudos de oclusión brusca de una de las ramas principales se condiciona una isquemia gástrica fulminante con pronóstico fatal a corto plazo y una alta mortalidad⁴.

El definitivo diagnóstico se lleva a cabo por técnicas de imagen específicas que visualicen el árbol vascular: angiotomografía computarizada, angiorresonancia o angiografía³. Las lesiones endoscópicas son muy inespecíficas, pudiendo ir desde áreas pálidas con lesiones petequiales, que dan a la mucosa un aspecto en piel de Leopardo, hasta áreas de necrosis extensa⁵.

El tratamiento, siempre que sea posible, es la revascularización precoz, preferiblemente por vía percutánea endovascular mediante angioplastia con colocación de stent para prevenir la reestenosis del mismo segmento³.

Se trata por tanto de un caso, en el que se pone de manifiesto la importancia del diagnóstico diferencial del dolor abdominal, resultando fundamental la sospecha clínica de esta entidad en pacientes con clínica sugestiva y factores de riesgo cardiovasculares establecidos, ya que se ha demostrado que una revascularización precoz, mejora significativamente las tasas de supervivencia⁶.

Bibliografía

1. Ribas BM, Rebolho EC, Ferronato GF, Bragato PH, Akahane HGK, Ramos EJB, et al. Severe ischemic gastritis caused by chronic mesenteric ischemia. *J Vasc Bras*. 2023; 22.

2. Acar T, Department of General Surgery, Izmir Katip Celebi University Atatürk Training and Research Hospital, Izmir, Turkey, Cakir V, Acar N, Atahan K, Hacıyanli M, et al. Chronic visceral ischemia: An unusual cause of abdominal pain. *Turk J Surg*. 2018;34(2):158–61.

3. Huber TS, Björck M, Chandra A, et al. Chronic mesenteric ischemia: clinical practice guidelines from the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg*. 2021;73(1S):87S-115S.

4. S. Kaptik, Y. Jamal, B. Kay Jackson, C. Tombazzi. Ischemic Gastropathy: an unusual case of abdominal pain and gastric ulcers. *Am J Med Sci*, 339 (2010), pp. 95-97.

5. T.C. Lee, J.T. Lin, C.W. Liang, H.P. Wang. Ischemic gastropathy: Leopard skin in the stomach. *Endoscopy*, 37 (2005), pp. 927.

6. Sullivan TM, Oderich GS, Malgor RD, Ricotta JJ II. Revascularización abierta y endovascular para la isquemia mesentérica crónica: revisión tabulada de los estudios publicados. *An Cir Vasc*. 2009;23(5):770–82.

INFARTO ESPLÉNICO SIN TROMBOSIS SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA GRAVE

Splenic infarction without thrombosis secondary to severe acute pancreatitis

Aguirre-Sánchez Cambronero JA, Rodríguez Fernández S, Pérez Villafáñez A, Arias Ortega M, Legaz Huidobro ML, González Carro P

HOSPITAL GENERAL MANCHA CENTRO. CIUDAD REAL.

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda es una enfermedad frecuente que habitualmente suele ser leve, aunque en algunos casos pueden presentar complicaciones, entre las que se encuentran las vasculares como es el caso del infarto esplénico.

Caso clínico: Mujer de 71 años que ingresó por pancreatitis aguda presentando una evolución tórpida durante todo el primer ingreso con colecistitis aguda asociada y colección necrótica encapsulada que precisó drenaje endoscópico mediante prótesis de aposición luminal y necrosectomía endoscópica. Un mes y medio después, la paciente reingresa por dolor abdominal, objetivando en TC abdominal vena esplénica muy adelgazada y arteria permeable sin identificar trombosis (con 700000 plaquetas/mm³), infarto esplénico asociado así como empeoramiento del componente inflamatorio de la pancreatitis. Ante estos hallazgos, se decidió iniciar anticoagulación con enoxaparina a dosis profilácticas

por estenosis vascular esplénica, consiguiendo la resolución de la trombocitosis (410000 plaquetas/mm³), desaparición de la zona necrótica esplénica y mejoría del componente inflamatorio pancreático comprobado mediante TC.

Conclusión: Cuando el infarto esplénico se asocia a una pancreatitis grave con trombosis esplénica está indicada la anticoagulación. Sin embargo, cuando no presenta trombosis esplénica y el infarto esplénico tiene lugar en el contexto de una estenosis vascular crítica con elevada trombocitosis, la indicación de anticoagulación es controvertida sin existir consenso en la literatura. Tampoco está definida en la actualidad el principio activo a utilizar ni su dosis, y pone de manifiesto la necesidad de realizar ensayos clínicos para poder establecer guías clínicas o de consenso.

Palabras clave: infarto esplénico; pancreatitis aguda grave.

.....
José Antonio Aguirre Sánchez-Cambronero
Hospital General Mancha Centro. Ciudad Real.
jaguirresanchez@gmail.com
.....

Aguirre-Sánchez Cambronero JA, Rodríguez Fernández S, Pérez Villafáñez A, Arias Ortega M, Legaz Huidobro ML, González Carro P. Infarto esplénico sin trombosis secundario a pancreatitis aguda grave. RAPD 2024;47(5):xx-xx. DOI: 10.37352/2024475.6

Abstract

Introduction: Acute pancreatitis is a common disease that is usually mild, although in some cases it may present complications, among which are vascular ones such as splenic infarction.

Clinical case: A 71 years old woman was admitted for acute pancreatitis, who presented a torpid evolution throughout the first admission with associated acute cholecystitis and an encapsulated necrotic collection that required endoscopic drainage using a luminal apposition prosthesis and endoscopic necrosectomy. A month and a half later, the patient was readmitted for abdominal pain, with abdominal CT scan showing a very thinned splenic vein and patent artery without identifying thrombosis (with 700,000 platelets/mm³), associated splenic infarction as well as worsening of the inflammation of pancreatitis. Given these findings, we were decided to start anticoagulation with enoxaparin at prophylactic doses for splenic vascular stenosis, achieving resolution of the thrombocytosis (410,000 platelets/mm³), disappearance of the splenic necrotic area and improvement of the pancreatic inflammatory component confirmed by CT scan.

Conclusion: When splenic infarction is associated with severe pancreatitis with splenic thrombosis, anticoagulation is indicated. However, when there is no splenic thrombosis and the splenic infarction occurs in the context of critical vascular stenosis with high thrombocytosis, the indication for anticoagulation is controversial, with no consensus in the literature. Furthermore, at present it is not establish the active ingredient to be used or its dose, and highlights the need to carry out clinical trials in order to establish clinical or consensus guidelines.

Keywords: splenic infarction; severe acute pancreatitis.

Introducción

La pancreatitis aguda es una enfermedad de alta incidencia con tendencia creciente en nuestro medio siendo una causa frecuente de hospitalizaciones¹. Las complicaciones vasculares son una complicación infrecuente de las pancreatitis graves¹, dentro de las cuales se incluye el infarto esplénico describiéndose cada vez con más frecuencia asociado a los procesos inflamatorios del páncreas, justificado por la íntima relación entre éste y el hilio esplénico².

Caso clínico

Mujer de 71 años que ingresó por pancreatitis aguda presentando una evolución tórpida durante todo el primer ingreso. A las dos semanas presentó empeoramiento clínico y analítico debido a colecistitis aguda objetivada en pruebas de imagen tratada con antibioterapia empírica. Un mes después del ingreso presentó de nuevo empeoramiento clínico y analítico realizándose ecoendoscopia visualizando una pequeña colección de 4cm en cuerpo pancreático con eje esplénico permeable y otra colección sugestiva de colección necrótica encapsulada infectada de 6x6x8cm adyacente al cuerpo gástrico que comprime, realizándose drenaje transmural mediante prótesis metálica de aposición luminal Hot-Axios drenando abundante pus. En días sucesivos se realizó necrosectomía endoscópica a través de la prótesis que finalmente se retiró colocando una prótesis plástica tipo pig-tail de 7Fr x 10cm comprobando mejoría radiológica previo al alta. Además se instauró tratamiento enzimático sustitutivo con Kreon 50000 tras cada comida principal.

Un mes y medio después, la paciente acudió a urgencias refiriendo dolor abdominal intenso en hipocondrio-flanco izquierdo sin fiebre. En la analítica destacó una elevación de reactantes de fase aguda, trombocitosis, coagulopatía leve y perfil pancreático normal. Se solicitó TC abdominal objetivando empeoramiento radiológico con mayor componente inflamatorio y líquido peripancreático, vena esplénica muy adelgazada con arteria esplénica permeable y signos compatibles con infarto esplénico sin identificar trombosis (Figura 1) con trombocitosis asociada (700000 plaquetas/mm³). Se decidió anticoagular a la paciente con enoxaparina a dosis profilácticas por la estenosis vascular esplénica. Tras el alta y revisión en consulta se comprobó resolución de la trombocitosis (410000 plaquetas/mm³) y estenosis por disminución del componente inflamatorio pancreático, homogenización del bazo y desaparición de zona necrótica esplénica (Figura 2) sin nuevas colecciones con disminución de cambios inflamatorios en TC de control; por ello se retiró la anticoagulación.

Discusión

El infarto esplénico es una complicación que se describe cada vez con más frecuencia asociado a los procesos inflamatorios del páncreas, cuya incidencia va en aumento. El síntoma más frecuente es el dolor en hipocondrio izquierdo, que puede acompañarse de fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos, dolor pleurítico y dolor en hombro izquierdo (signo de Kher)² como se describe en nuestra paciente.

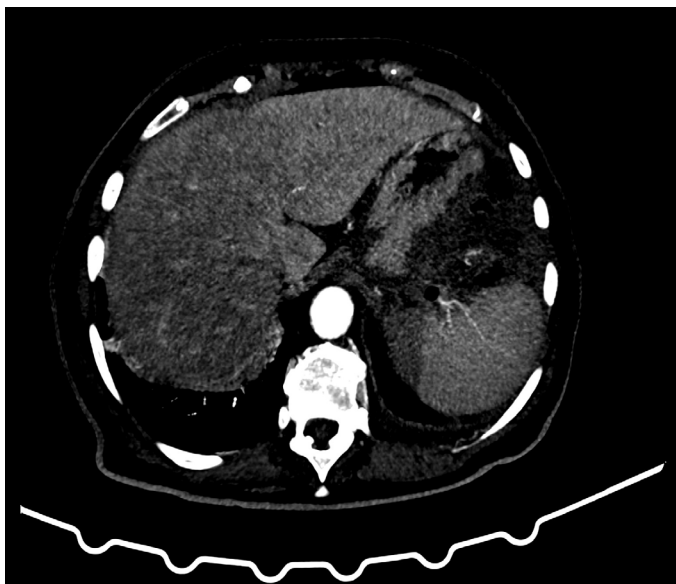


Figura 1. En fase arterial se visualiza arteria esplénica adelgazada a nivel del hilio esplénico con área hipodensa esplénica compatible con infarto esplénico.

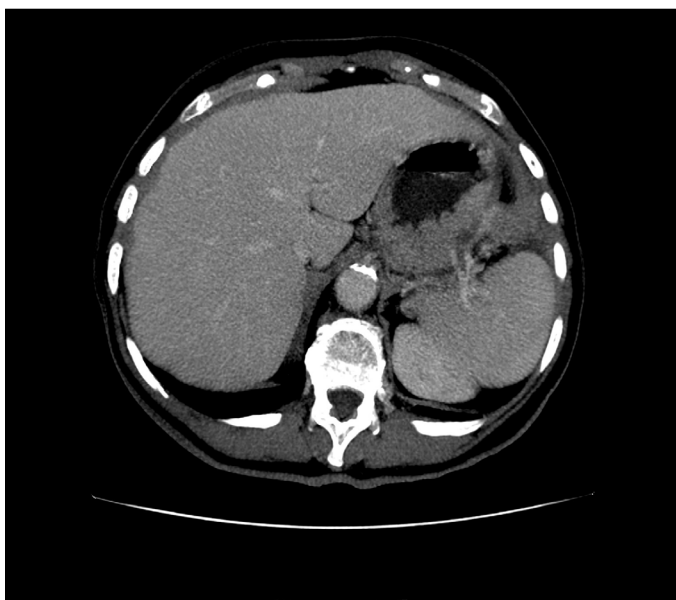


Figura 2. En fase portal se identifica aumento de calibre de la arteria esplénica y repermeabilización de la vena esplénica a nivel del hilio con homogenización del bazo y desaparición del infarto esplénico.

En un infarto esplénico asociado a trombosis arterial y/o venosa, el tratamiento de elección es la anticoagulación sin especificar el fármaco utilizado³. Un reciente estudio de cohortes retrospectivo ha comparado los beneficios de iniciar anticoagulación tanto con heparina seguido de antagonistas de vitamina K como con el uso de anticoagulantes orales de acción directa estableciendo que existe una mejoría de la supervivencia sin aumentar el riesgo de sangrado⁴. La trombolisis y/o trombectomía estaría indicado si persisten síntomas a pesar de la anticoagulación reservándose la cirugía si se desarrollan complicaciones como la isquemia mesentérica⁵.

En el infarto esplénico asociado a una pancreatitis grave, la indicación de anticoagulación es controvertida sin existir consenso en la literatura. No se han encontrado referencias de cómo actuar en los casos de infarto esplénico sin trombosis y con estenosis vascular crítica en el contexto de una complicación de una pancreatitis grave.

En nuestro caso, nos planteamos la necesidad o no de anticoagular a la paciente debido a que el infarto esplénico se asoció con trombocitosis marcada sin trombosis. Dada su edad, se optó por utilizar enoxaparina a dosis profilácticas con el objetivo de evitar la trombosis esplénica hasta la mejoría o resolución de la inflamación de la zona que secundariamente mejoraría la estenosis vascular esplénica. Posteriormente, meses después tras control analítico y radiológico se comprobó la resolución de la trombocitosis y de la estenosis vascular, suspendiendo la enoxaparina.

En resumen, el tratamiento del infarto esplénico sin trombosis secundario a pancreatitis aguda grave supone un reto terapéutico. La decisión de anticoagular o no, el principio activo a utilizar y su dosis, no está definida en la actualidad y pone de manifiesto la necesidad de realizar ensayos clínicos para poder establecer guías clínicas o de consenso.

Bibliografía

1. Boadas, J., Balsells, J., Busquets, J et al 2015. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterología y Hepatología, 38(2), pp.82-96.
2. Martín-Lagos Maldonado, A. and Ruiz-Escolano, E., et al 2012. Infarto esplénico masivo secundario a pancreatitis aguda grave. RAPD Online | SAPD | Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. Sapd.es. Available at: <https://www.sapd.es/rapd/2012/35/4/12>.
3. Brual D, Kadhim A (2018) Acute Pancreatitis Complicated by a Splenic Vein Non-Occlusive Thrombus. J Gastrointest Dig Syst 8: 573. doi:10.4172/2161-069X.1000573.
4. Yen, C., Wang, C. and Chaou, C., 2021. Anticoagulant Therapy Is Associated With Decreased Long-Term Mortality in Splenic Infarction Patients: A Multicenter Study. Frontiers in Medicine, 8.
5. Hernández-Gea, V. Complicaciones vasculares de la pancreatitis aguda: trombosis venosa. Barcelona Hepatic Hemodynamic Unit Liver Unit. Hospital Clinic. Barcelona. Junio 2015. Available at: <http://www.acmcb.es/files/425-8566-DOCUMENT/Hernandez849Jun15.pdf>.

DR. FRANCISCO GALLEGO ROJO

El pasado 29 de julio de 2024 nos despertamos con la trágica e inesperada noticia del fallecimiento del Dr. Francisco Javier Gallego Rojo, jefe de la Unidad de Digestivo del Hospital de Poniente, cuya pasión y dedicación por la gastroenterología dejan en compañeros y pacientes una imborrable huella.

Nacido en Melilla en 1964 aunque almeriense de corazón, se licenció en Medicina en la Universidad de Granada, realizando con posterioridad la residencia de Aparato Digestivo en el Hospital Clínico de esta ciudad. Desde 1996, prácticamente desde su inauguración, estuvo vinculado de forma ininterrumpida al hospital de Poniente al que se dedicó en cuerpo y alma hasta el último día de su vida.

Conocí a Paco Gallego hace algo más de 20 años, cuando yo terminaba mi residencia y me enfrentaba al temible mundo laboral. Él era un joven y entusiasta de la especialidad cuya ilusión era desarrollar el servicio de Digestivo y la unidad de endoscopias del centro ejidense. En casi tres décadas de incansable labor, consiguió crear un servicio de nivel, desarrollando las técnicas endoscópicas de mayor complejidad y convirtiéndolo en un referente regional y nacional.

Apasionado de su familia, la endoscopia, el mar y la bicicleta, no he conocido nunca una persona más entusiasta, enérgica y tenaz que Paco Gallego. Lo que se proponía, lo conseguía. Su capacidad de trabajo, su pasión por aprender y por compartir conocimiento eran admirables. Su natural vehemencia, y en un equilibrio perfecto, prudencia, envidiables. Y su respeto por el paciente o como él decía, el enfermo, al que siempre tuvo en el centro de sus acciones y decisiones, un espejo donde mirarse.

No somos conscientes, o en realidad sí que los somos, de lo afortunados que hemos sido de tenerle en este hospital, su casa desde hacía 28 años. Paco Gallego era Poniente, y Poniente no puede entenderse sin él. Los pacientes han perdido a un médico excepcional, la endoscopia un auténtico maestro y nosotros con su marcha a un jefe, a un mentor y a un amigo. Intentaremos con todo el esfuerzo del mundo honrar su excepcional legado como a él le hubiese gustado.

Hasta siempre Paco. Descansa en paz.

Dr. Francisco Gallardo Sánchez
Médico adjunto Unidad Digestivo Hospital de Poniente

Francisco Gallardo Sánchez
Hospital de Poniente. Almería.
fgallardos@yahoo.es

Gallardo Sánchez F.
Dr. Francisco Gallego Rojo.
RAPD 2024;47(4):210. DOI: 10.37352/2024475.7