

rapd ONLINE

REVISTA ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

REVISIÓN TEMÁTICA

540

Manejo inicial de la pancreatitis aguda

Initial management of acute pancreatitis

Guilabert L, de-Madaria E

554

Granulomatosis pulmonar en colitis ulcerosa, una manifestación extraintestinal infrecuente

Pulmonary granulomatosis in ulcerative colitis, an uncommon extraintestinal manifestation

Parra López B, Alonso Belmonte C, Olmedo Martín R, Jiménez Pérez MJ

CASOS CLÍNICOS

546

Hemorragia digestiva secundaria a anomalía vascular duodenal por síndrome del ligamento arcuato medio

Gastrointestinal bleeding secondary to duodenal vascular anomaly due to median arcuate ligament syndrome

García Martínez A, Mateos Millán D, Morales Prado A

559

Colitis isquémica secundaria a malformación arteriovenosa, una causa infrecuente de hemorragia digestiva

Ischemic colitis secondary to arteriovenous malformation, a rare cause of gastrointestinal bleeding

Sánchez Moreno S, Sánchez García O, Navarro Moreno E, Martínez Amate E

549

Adenocarcinoma de yeyuno: una entidad infrecuente.

Jejunal adenocarcinoma: a rare entity.

Molino Ruiz L, Ruiz Pages MT, Martín Mantis E, Hens Pérez A, Santamaría Rodríguez GJ

562

Isquemia mesentérica crónica, una causa infravalorada del síndrome constitucional.

Chronic mesenteric ischemia, an undervalued cause of constitutional syndrome

Lancho Muñoz A, Ortega Suazo EJ, García Aragon F, Redondo Cerezo E



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

VICEPRESIDENTE
J. Ampuero Herrojo

SECRETARIA
A. Bejarano García

TESORERA
M. García Cortes

DIRECTORA REVISTA RAPD ONLINE
A. Pérez Aísa

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB
A. Viejo Almanzor

PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO
M. Rodríguez Téllez

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 hepatocytosteo TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. *Hepatology* 1998; 28(Suppl):310A.

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

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

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

Siewert JR. Introduction. In: 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 Andaluza 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.

MANEJO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Initial management of acute pancreatitis

Guilabert L, de-Madaria E

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS. ALICANTE.

Resumen

El manejo de la pancreatitis aguda (PA) ha experimentado cambios significativos en los últimos años, impulsado por nuevas investigaciones que desafían las prácticas anteriores. Actualmente, se prefiere la fluidoterapia de intensidad moderada dirigida a objetivos específicos en lugar de estrategias más agresivas. Si bien la evidencia sobre el tipo ideal de fluido es limitada, la solución de Ringer lactato podría asociarse a mejores resultados. El control efectivo del dolor y la nutrición oral temprana, cuando es posible, son componentes clave en el tratamiento. El uso de antibióticos se debe limitar a infecciones comprobadas o con alta sospecha, evitando su uso profiláctico. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) urgente está indicada en pacientes con colangitis aguda. La colecistectomía realizada durante el mismo ingreso para PA biliar leve es segura y previene eficazmente las recaídas.

Palabras clave: pancreatitis aguda, manejo, pronóstico.

Abstract

The management of acute pancreatitis (AP) has undergone significant changes in recent years, driven by new research that challenges previous practices. Moderate-intensity, targeted fluid therapy is now favoured over more aggressive strategies. While evidence on the ideal type of fluid is limited, lactated Ringer's solution may be associated with better outcomes. Effective pain control and early oral nutrition, when possible, are key components of treatment. Antibiotic use should be limited to proven or highly suspected infections, avoiding prophylactic use. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is indicated in patients with acute cholangitis. Cholecystectomy performed during the same admission for mild biliary AP is safe and effectively prevents relapses.

Keywords: acute pancreatitis, management, prognosis.

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad frecuente que representa una de las principales causas de hospitalización por trastornos gastrointestinales, con importantes costes asociados y una incidencia en aumento¹. Aunque la mayoría de los casos tienen una evolución leve, alrededor de un tercio de los pacientes desarrollan complicaciones locales o fallo orgánico, lo que empeora el pronóstico².

Este artículo ofrece un enfoque basado en la evidencia para el manejo inicial de la PA, abordando también la evaluación etiológica para prevenir recurrencias.

Pronóstico temprano

Tras el diagnóstico inicial de PA, es fundamental evaluar el riesgo de que el paciente desarrolle formas moderadamente graves o graves de la enfermedad, lo que orientará las estrategias de tratamiento. Factores como la obesidad, la edad avanzada y valores elevados de nitrógeno ureico en sangre (o urea) y hematocrito se han asociado con mala evolución^{3,4}. Aunque existen múltiples sistemas de predicción de la severidad, ninguno ha demostrado clara superioridad sobre otros, y su valor predictivo positivo suele ser limitado³.

Fluidoterapia

La fluidoterapia ha sido considerada como uno de los pilares del tratamiento en la fase inicial de la PA. Tradicionalmente, se ha creído que una reposición agresiva de fluidos podría mejorar el flujo sanguíneo al páncreas, reduciendo así el riesgo de necrosis pancreática⁵. Sin embargo, estudios recientes, incluyendo el ensayo clínico WATERFALL de nuestro grupo, sugieren que una estrategia de fluidoterapia moderada (1.5 ml/kg/h y un bolo de 10 ml/kg en el caso de haber hipovolemia), ofrece mejores resultados que la fluidoterapia agresiva, reduciendo la sobrecarga de líquidos y las complicaciones asociadas^{6,7}. La solución de Ringer lactato parece ser preferible frente al suero salino normal debido a sus propiedades antiinflamatorias⁸.

Manejo del dolor

El dolor es uno de los síntomas más relevantes en la PA, impactando significativamente en la experiencia del paciente. Los opioides son comúnmente utilizados debido a su potente efecto analgésico, aunque su uso se ha relacionado con un empeoramiento de la gravedad de la enfermedad en algunos

estudios⁹. Este resultado podría estar sesgado, ya que los casos más graves son los que con mayor frecuencia reciben opiáceos. Otras alternativas como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) han demostrado ser igualmente efectivos en el control del dolor durante las primeras 24 horas¹⁰. En un estudio piloto de nuestro grupo, el metamizol tendió a ser más eficaz que la morfina, pero el tamaño muestral fue muy pequeño¹¹. La anestesia epidural puede ser una opción eficaz en casos de dolor incontrolado en unidades de cuidados intensivos¹⁰. Por último, los inhibidores COX-2 podrían tener efectos beneficiosos para la evolución de la enfermedad¹².

Nutrición temprana

Históricamente, se creía que el "reposo pancreático", evitando la ingesta oral de alimentos, era fundamental en el tratamiento de la PA con el objeto de prevenir la estimulación y secreción de enzimas pancreáticas. Sin embargo, estudios recientes han desafiado esta creencia. Numerosos ensayos clínicos aleatorizados en pancreatitis de buen pronóstico han demostrado que la alimentación temprana, incluso con una dieta sólida o blanda, es segura y se asocia con una reducción en la duración de la hospitalización y los costes, sin aumentar las tasas de intolerancia oral o complicaciones¹³. La evidencia muestra que no es necesario comenzar con una dieta líquida y avanzar gradualmente hacia alimentos sólidos sino que la introducción temprana de una dieta sólida o blanda es bien tolerada y acorta la estancia hospitalaria¹³. En pacientes con pancreatitis grave o moderada, que no toleran la alimentación oral, la nutrición enteral sigue siendo útil, pero en pacientes que toleran ingesta oral, no cambia la evolución de la enfermedad por lo que se debe evitar su uso generalizado¹⁴. En ausencia de estenosis duodenal, no hay ventajas para el uso de nutrición por sonda nasoyeyunal frente a la nutrición por sonda nasogástrica^{15,16}. Se debe evitar en general la nutrición parenteral en favor de la oral, o enteral en caso de no tolerarla¹⁷, ya que se asocia a peores resultados. El uso de inmunonutrientes, como la L-glutamina y los ácidos grasos omega-3, requiere una mayor evaluación en estudios más amplios para establecer su verdadero beneficio en pacientes con PA. Si bien algunos estudios preliminares sugieren beneficios potenciales, la heterogeneidad en los resultados y el pequeño tamaño muestral de los mismos han limitado la generalización del uso de inmunonutrientes. En particular, los probióticos, que alguna vez fueron considerados una posible opción de tratamiento, han demostrado ser potencialmente peligrosos en pacientes con PA grave, con un aumento en la mortalidad¹⁸.

Uso de antibióticos y tratamiento antifúngico

El uso de antibióticos en la PA es un tema controvertido por el uso excesivo que se hace de ellos. Si bien algunos pacientes pueden beneficiarse de su uso en casos de infecciones confirmadas o sospechas fundadas, la administración profiláctica de antibióticos en la PA sin evidencia de infección ha demostrado ser ineficaz. Varios metaanálisis han concluido que el uso profiláctico no reduce la incidencia de necrosis infectada ni mejora otros resultados clínicos¹⁹.

Decidir cuándo administrar antibióticos en pacientes con PA que presentan signos de inflamación, como fiebre o leucocitosis, pero sin evidencia clara de infección, sigue siendo un desafío clínico. En estos casos, se ha propuesto el uso del marcador de infección bacteriana procalcitonina (con un punto de corte de 1 ng/ml) como una herramienta útil para guiar la decisión de iniciar o detener los antibióticos, reduciendo así su uso innecesario sin comprometer la seguridad del paciente²⁰.

En cuanto al tratamiento antifúngico, las infecciones por hongos, como la candidiasis invasiva, pueden desarrollarse en pacientes con PA necrotizante, particularmente aquellos pacientes en la unidad de cuidados intensivos que requieren catéteres venosos centrales, nutrición parenteral o antibióticos de amplio espectro. Sin embargo, los antifúngicos, tampoco deben administrarse de forma profiláctica; su uso debe reservarse para infecciones fúngicas confirmadas²¹.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

Los estudios sugieren que la realización temprana de una CPRE en pacientes con colangitis se asocia con una reducción significativa de la mortalidad hospitalaria, la mortalidad a los 30 días, el fallo orgánico y la duración de la estancia hospitalaria²²⁻²⁴.

Sin embargo, el uso de la CPRE precoz (primeras 24-48h) en pacientes con PA biliar sin colangitis ha sido un tema de debate. Varios ensayos clínicos aleatorizados han demostrado que la CPRE precoz no mejora los resultados clínicos en estos pacientes, incluso en aquellos con cálculos biliares o barro en el colédoco²⁵⁻²⁷. Por lo tanto, la CPRE precoz debe reservarse para aquellos con sospecha de colangitis. En presencia de coledocolitiasis, es el sentido común el que debe guiar cuando hacer una CPRE ya que tampoco ningún estudio ha demostrado que su realización sea perjudicial.

Evaluación etiológica

Identificar la causa de la PA es esencial para prevenir episodios recurrentes. La etiología biliar es la causa más común, responsable de aproximadamente el 60% de los casos². La ecografía abdominal tiene una sensibilidad limitada para el diagnóstico de barro biliar vesicular, por lo que en caso de ausencia de litiasis biliar u otras etiologías en la ecografía se recomienda la realización de una ecoendoscopia, ya que permite su diagnóstico, además de valorar de forma precisa el parénquima pancreático y su sistema ductal. En los casos de PA biliar leve, la colecistectomía durante el mismo ingreso hospitalario es más efectiva en la prevención de recaídas y complicaciones relacionadas con los cálculos biliares en comparación con la colecistectomía diferida²⁸. En los casos de PA con colecciones/necrosis, se recomienda retrasar la colecistectomía hasta que se controlen las complicaciones locales, generalmente entre 4 y 6 semanas después del episodio inicial^{28,29}. La realización de pruebas de imagen dará una idea de la regresión de colecciones para poder ser intervenido el paciente.

Otra causa importante de PA es el consumo de alcohol, que representa entre el 15 y el 20% de los casos^{23,30}. Aproximadamente el 50% de los pacientes que continúan consumiendo alcohol después de un episodio de PA tendrán recurrencias, mientras que la abstinencia reduce significativamente este riesgo³¹. La realización de intervenciones repetidas para fomentar la abstinencia de alcohol, incluso después del alta, han demostrado ser más efectivas que las intervenciones únicas realizadas durante la hospitalización³².

La hipertrigliceridemia (HTG) es una causa menos común de PA en los países occidentales, representando entre el 2 y el 5% de los casos, aunque en países como China, su prevalencia es mucho mayor³³. Para inducir un episodio de PA, suelen ser necesarios niveles de triglicéridos superiores a 1000 mg/dL³³. Se ha demostrado que la PA inducida por HTG está asociada con un peor pronóstico y mayor riesgo de recurrencia^{33,34}.

El manejo inicial de la PA por HTG es similar al de otras etiologías. Sin embargo, en estos pacientes puede ser necesario prolongar el ayuno para reducir los niveles de triglicéridos. Además, el uso de insulina y la plasmaféresis se han empleado como estrategias para reducir los triglicéridos, aunque la evidencia que respalda estos tratamientos en cuanto a la mejora de los resultados clínicos es limitada, e incluso la plasmaféresis podría ser perjudicial^{35,36}. Para evitar

recurrencias, es esencial implementar cambios en la dieta, el estilo de vida y el uso de fármacos hipolipemiantes, con el objetivo de mantener los niveles de triglicéridos idealmente por debajo de los 200 mg/dL³⁷.

Conclusiones

El manejo inicial de la pancreatitis aguda continúa evolucionando, con nuevas evidencias que desafían prácticas previas e influyen en las estrategias clínicas actuales. Las herramientas actuales para predecir la gravedad de la enfermedad siguen siendo imperfectas, la fluidoterapia moderada guiada por objetivos ha reemplazado las estrategias agresivas debido a los resultados perjudiciales asociados con estas últimas. El control efectivo del dolor y la nutrición oral temprana son componentes esenciales en el tratamiento de la PA. El uso de antibióticos y terapias antifúngicas debe limitarse a casos con infecciones comprobadas o altamente sospechosas, evitando su uso profiláctico. La procalcitonina se ha propuesto como una herramienta útil para decidir cuándo iniciar o suspender antibióticos. La CPRE precoz debe reservarse para los casos de colangitis aguda, y se debe abordar la etiología de la PA para prevenir recaídas. La colecistectomía durante el mismo ingreso en casos de PA biliar leve puede reducir la recurrencia de la enfermedad.

Bibliografía

1. Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Jensen ET, Kim HP, Egberg MD, et al. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2021. *Gastroenterology*. 2022;162(2):621-44.
2. Sternby H, Bolado F, Canaval-Zuleta HJ, Marra-Lopez C, Hernando-Alonso AI, Del-Val-Antonana A, et al. Determinants of Severity in Acute Pancreatitis: A Nation-wide Multicenter Prospective Cohort Study. *Ann Surg*. 2019;270(2):348-55.
3. Capurso G, Ponz de Leon Pisani R, Lauri G, Archibugi L, Hegyi P, Papachristou GI, et al. Clinical usefulness of scoring systems to predict severe acute pancreatitis: A systematic review and meta-analysis with pre and post-test probability assessment. *United European Gastroenterol J*. 2023;11(9):825-36.
4. Moran RA, Garcia-Rayado G, de la Iglesia-Garcia D, Martinez-Moneo E, Fort-Martorell E, Lauret-Brana E, et al. Influence of age, body mass index and comorbidity on major outcomes in acute pancreatitis, a prospective nation-wide multicentre study. *United European Gastroenterol J*. 2018;6(10):1508-18.
5. Brown A, Orav J, Banks PA. Hemoconcentration is an early marker for organ failure and necrotizing pancreatitis. *Pancreas*. 2000;20(4):367-72.
6. de-Madaria E, Soler-Sala G, Sanchez-Paya J, Lopez-Font I, Martinez J, Gomez-Escolar L, et al. Influence of fluid therapy on the prognosis of acute pancreatitis: a prospective cohort study. *Am J Gastroenterol*. 2011;106(10):1843-50.
7. de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, Garcia Garcia de Paredes A, Zapater P, Guilabert L, et al. Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. *N Engl J Med*. 2022;387(11):989-1000.
8. de-Madaria E, Herrera-Marante I, Gonzalez-Camacho V, Bonjoch L, Quesada-Vazquez N, Almenta-Saavedra I, et al. Fluid resuscitation with lactated Ringer's solution vs normal saline in acute pancreatitis: A triple-blind, randomized, controlled trial. *United European Gastroenterol J*. 2018;6(1):63-72.
9. Pandanaboyana S, Knoph CS, Olesen SS, Jones M, Lucocq J, Samanta J, et al. Opioid analgesia and severity of acute pancreatitis: An international multicentre cohort study on pain management in acute pancreatitis. *United European Gastroenterol J*. 2024;12(3):326-38.
10. Thavanesan N, White S, Lee S, Ratnayake B, Oppong KW, Nayar MK, et al. Analgesia in the Initial Management of Acute Pancreatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *World J Surg*. 2022;46(4):878-90.
11. Peiro AM, Martinez J, Martinez E, de Madaria E, Llorens P, Horga JF, et al. Efficacy and tolerance of metamizole versus morphine for acute pancreatitis pain. *Pancreatol*. 2008;8(1):25-9.
12. Huang Z, Ma X, Jia X, Wang R, Liu L, Zhang M, et al. Prevention of Severe Acute Pancreatitis With Cyclooxygenase-2 Inhibitors: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(3):473-80.
13. Lodewijkx PJ, Besselink MG, Witteman BJ, Schepers NJ, Gooszen HG, van Santvoort HC, et al. Nutrition in acute pancreatitis: a critical review. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;10(5):571-80.
14. Bakker OJ, van Brunschot S, van Santvoort HC, Besselink MG, Bollen TL, Boermeester MA, et al. Early versus on-demand nasoenteric tube feeding in acute pancreatitis. *N Engl J Med*. 2014;371(21):1983-93.
15. Chang YS, Fu HQ, Xiao YM, Liu JC. Nasogastric or nasojejunal feeding in predicted severe acute pancreatitis: a meta-analysis. *Crit Care*. 2013;17(3):R118.

16. Zhu Y, Yin H, Zhang R, Ye X, Wei J. Nasogastric Nutrition versus Nasojejunal Nutrition in Patients with Severe Acute Pancreatitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:6430632.
17. Petrov MS, van Santvoort HC, Besselink MG, van der Heijden GJ, Windsor JA, Gooszen HG. Enteral nutrition and the risk of mortality and infectious complications in patients with severe acute pancreatitis: a meta-analysis of randomized trials. *Arch Surg*. 2008;143(11):1111-7.
18. Besselink MG, van Santvoort HC, Buskens E, Boermeester MA, van Goor H, Timmerman HM, et al. Probiotic prophylaxis in predicted severe acute pancreatitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9613):651-9.
19. Bai Y, Gao J, Zou DW, Li ZS. Prophylactic antibiotics cannot reduce infected pancreatic necrosis and mortality in acute necrotizing pancreatitis: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(1):104-10.
20. Siriwardena AK, Jegatheeswaran S, Mason JM, investigators P. A procalcitonin-based algorithm to guide antibiotic use in patients with acute pancreatitis (PROCAP): a single-centre, patient-blinded, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;7(10):913-21.
21. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*. 2020;158(1):67-75 e1.
22. Aboelsoud M, Siddique O, Morales A, Seol Y, Al-Qadi M. Early biliary drainage is associated with favourable outcomes in critically-ill patients with acute cholangitis. *Prz Gastroenterol*. 2018;13(1):16-21.
23. Tan M, Schaffalitzky de Muckadell OB, Laursen SB. Association between early ERCP and mortality in patients with acute cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 2018;87(1):185-92.
24. Iqbal U, Khara HS, Hu Y, Khan MA, Ovalle A, Siddique O, et al. Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2020;91(4):753-60 e4.
25. Folsch UR, Nitsche R, Ludtke R, Hilgers RA, Creutzfeldt W. Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment for acute biliary pancreatitis. The German Study Group on Acute Biliary Pancreatitis. *N Engl J Med*. 1997;336(4):237-42.
26. Oria A, Cimmino D, Ocampo C, Silva W, Kohan G, Zandalazini H, et al. Early endoscopic intervention versus early conservative management in patients with acute gallstone pancreatitis and biliopancreatic obstruction: a randomized clinical trial. *Ann Surg*. 2007;245(1):10-7.
27. Schepers NJ, Hallensleben NDL, Besselink MG, Anten MGF, Bollen TL, da Costa DW, et al. Urgent endoscopic retrograde cholangiopancreatography with sphincterotomy versus conservative treatment in predicted severe acute gallstone pancreatitis (APEC): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2020;396(10245):167-76.
28. da Costa DW, Bouwense SA, Schepers NJ, Besselink MG, van Santvoort HC, van Brunschot S, et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;386(10000):1261-8.
29. Hallensleben ND, Timmerhuis HC, Hollemans RA, Pocrnie S, van Grinsven J, van Brunschot S, et al. Optimal timing of cholecystectomy after necrotising biliary pancreatitis. *Gut*. 2022;71(5):974-82.
30. Roberts SE, Morrison-Rees S, John A, Williams JG, Brown TH, Samuel DG. The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe. *Pancreatol*. 2017;17(2):155-65.
31. Pelli H, Lappalainen-Lehto R, Piironen A, Sand J, Nordback I. Risk factors for recurrent acute alcohol-associated pancreatitis: a prospective analysis. *Scand J Gastroenterol*. 2008;43(5):614-21.
32. Nordback I, Pelli H, Lappalainen-Lehto R, Jarvinen S, Raty S, Sand J. The recurrence of acute alcohol-associated pancreatitis can be reduced: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2009;136(3):848-55.
33. Yang AL, McNabb-Baltar J. Hypertriglyceridemia and acute pancreatitis. *Pancreatol*. 2020;20(5):795-800.
34. Pascual I, Sanahuja A, Garcia N, Vazquez P, Moreno O, Tosca J, et al. Association of elevated serum triglyceride levels with a more severe course of acute pancreatitis: Cohort analysis of 1457 patients. *Pancreatol*. 2019;19(5):623-9.

35. Zhang Y, Lin J, Wu L, Lin J, Liang Y. Blood Purification for Hypertriglyceridemia-Induced Acute Pancreatitis: A Meta-analysis. *Pancreas*. 2022;51(5):531-9.

36. Wang L, Zhou J, Lv C, Hong D, Wang Z, Mao W, et al. Impact of therapeutic plasmapheresis on the duration of organ failure in patients with hypertriglyceridemia-associated acute pancreatitis. *Ann Intensive Care*. 2024;14(1):57.

37. Wu BU, Batech M, Dong EY, Duan L, Yadav D, Chen W. Influence of Ambulatory Triglyceride Levels on Risk of Recurrence in Patients with Hypertriglyceridemic Pancreatitis. *Dig Dis Sci*. 2019;64(3):890-7.

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A ANOMALÍA VASCULAR DUODENAL POR SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO

Gastrointestinal bleeding secondary to duodenal vascular anomaly due to median arcuate ligament syndrome

García Martínez A, Mateos Millán D, Morales Prado A

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUNTA DE EUROPA. CADÍZ.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 52 años con antecedentes de síndrome de CADASIL y dependencia para las actividades básicas de la vida diaria que ingresó en el hospital por astenia, mareos y anemia. Durante la hospitalización se realizaron pruebas de imagen detectándose estenosis del tronco celíaco secundaria a compresión por el ligamento arcuato medio, así como dilatación de las arcadas pancreaticoduodenales y aneurisma de una arteria submucosa piloroduodenal. Posteriormente comenzó con melenas e inestabilidad hemodinámica, motivo por el que se realizó endoscopia oral con hallazgo de un vaso visible en cara anterior de bulbo duodenal. Se aplicó tratamiento hemostático y la evolución clínico-radiológica fue favorable, desestimándose otras opciones más invasivas dada la fragilidad de la paciente.

Palabras clave: hemorragia digestiva alta, síndrome del ligamento arcuato medio, aneurisma.

Abstract

We present the case of a 52-year-old woman with a history of CADASIL syndrome and dependence for basic activities of daily living who was admitted to the hospital due to asthenia, dizziness and anemia. During hospitalization imaging tests were performed, detecting stenosis of the celiac trunk secondary to compression by the median arcuate ligament, as well as dilatation of the pancreaticoduodenal arcades and aneurysm of a submucosal pyloroduodenal artery. Subsequently, she started with melena and hemodynamic instability, for which reason oral endoscopy was performed with the finding of a visible vessel in the anterior wall of the duodenal bulb. Hemostatic treatment was applied and the clinical-radiological evolution was favorable, dismissing other more invasive options due to the patient's fragility.

Keywords: gastrointestinal bleeding, median arcuate ligament syndrome, aneurysm.

Alejandro Garcia Martinez
Hospital Universitario Punta de Europa. Algecira, Cádiz.
alegama91@gmail.com

García Martínez A, Mateos Millán D, Morales Prado A. Hemorragia digestiva secundaria a anomalía vascular duodenal por síndrome del ligamento arcuato medio. RAPD 2024;47(6):546-548. DOI: 10.37352/2024476.2

Introducción

El tronco celiaco es una arteria que surge muy próxima al diafragma y tiene una importante relación anatómica y fisiopatológica con esta estructura. Por otro lado, el ligamento arcuato medio (LAM) es un arco fibroso en la base del diafragma que conecta la crura diafragmática derecha e izquierda en el hiato aórtico^{1,2}. Ciertas variantes anatómicas de este ligamento pueden provocar, en ocasiones, una compresión directa del tronco celiaco. Esta anomalía no suele provocar síntomas y es más bien un hallazgo incidental durante la realización de una tomografía axial computarizada (TAC)^{1,3}. Sin embargo, si esta compresión es significativa, se puede manifestar como síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) y sus características clínicas son derivadas de la isquemia del intestino anterior, es decir, epigastralgia postprandial, pérdida de peso y sitofobia (miedo a comer)^{1,4}. Otras manifestaciones menos frecuentes, pero más graves son las relacionadas con la aparición de aneurismas, especialmente en las arterias pancreaticoduodenales, bien en forma de hemorragia gastrointestinal o retroperitoneal. Estas constituyen menos del 2% de las aneurismas arteriales viscerales y suelen ser debidas a aterosclerosis, pancreatitis, traumas e infecciones micóticas o bacterianas. También hay casos descritos que describen una asociación entre el SLAM y aneurismas de la arteria pancreaticoduodenal⁴.

Caso clínico

Mujer de 52 años con antecedentes personales de síndrome de CADASIL (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy) en seguimiento por Neurología y dependiente para las actividades básicas de la vida diaria que ingresa por astenia, mareos y anemia (Hb 5.1 g/dl), sin exteriorización de sangrado. Se realizó TAC toracoabdominal con hallazgo de compresión del tronco celiaco por el ligamento arcuato medio. Por tanto, se amplió estudio mediante angiografía por TAC confirmándose una estenosis significativa y no aterosclerótica a la salida del tronco celiaco por compresión por el ligamento arcuato medio del diafragma. Además, el tronco celiaco se visualizaba en forma de "gancho", con dilatación postestenótica así como de las arcadas pancreaticoduodenales y aneurisma de una arteria submucosa piloroduodenal (Figura 1). Al día posterior de la realización de la angiografía por TAC la paciente comenzó a desarrollar melenas e inestabilidad hemodinámica, motivo por el que se realizó endoscopia oral con hallazgo de un coágulo de gran tamaño en cara anterior de bulbo duodenal que se consiguió retirar, visualizándose así un vaso visible. Se trató mediante la aplicación de adrenalina diluida perilesional y tres

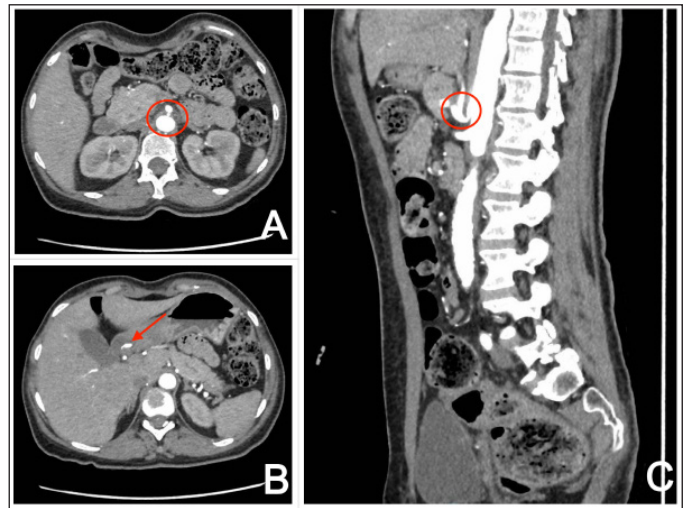


Figura 1. Imágenes obtenidas de la angiografía por TAC donde se visualiza mediante un círculo en rojo la característica forma "en gancho" del tronco celiaco durante la espiración. Se señala con una flecha en rojo la arteria submucosa piloroduodenal con dilatación aneurismática.

clips hemostáticos, con buen resultado endoscópico (Figura 2). La evolución clínica posterior de la paciente favorable y con recuperación progresiva de las cifras de hemoglobina. Sin embargo, dados los hallazgos radiológicos, se planteó con radiología intervencionista la posibilidad de embolización, así como cirugía desestimándose ambas actitudes dada la buena evolución de la paciente y considerando la fragilidad de esta. Posteriormente se repitió la angiografía por TAC sin observarse la estructura vascular arterial aneurismática submucosa en bulbo duodenal por probable resolución tras tratamiento endoscópico. Finalmente, la paciente fue dada de alta de la hospitalización y no presentó incidencias clínicas en su seguimiento posterior.

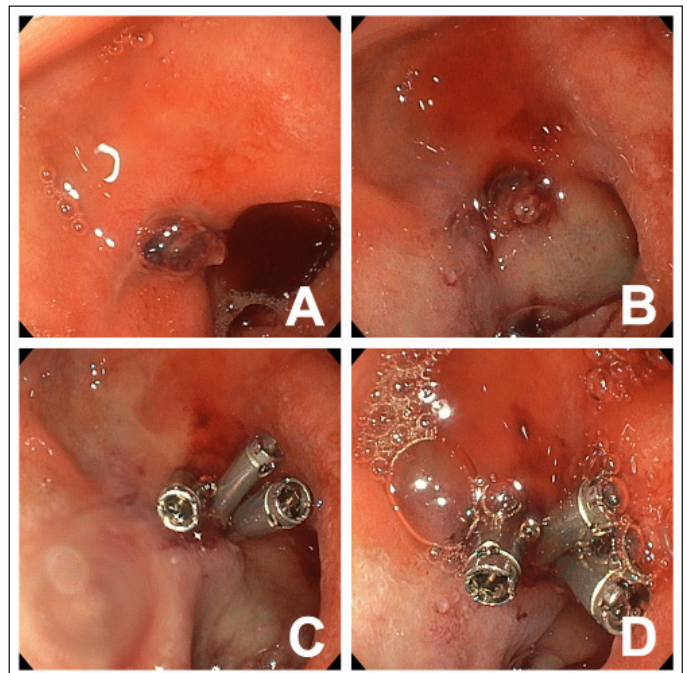


Figura 2. Imagen endoscópica donde se visualiza: A) Coágulo con vaso visible en bulbo duodenal; B) Inyección de adrenalina diluida perilesional; C y D) Aplicación de tres clips hemostáticos con sellado de la lesión.

Discusión

Este caso atrae atención a las complejidades del SLAM y su asociación a complicaciones como aneurismas, sobre todo de la arteria pancreaticoduodenal⁴. Aproximadamente del 7-15% de estas aneurismas están asociadas con hemorragia, sobre todo en el espacio retroperitoneal. Cuando acontece la rotura de la aneurisma las tasas de mortalidad pueden alcanzar hasta el 50%^{4,5}.

En el SLAM el flujo sanguíneo hacia los órganos esplácnicos se reconduce a la arteria mesentérica superior (AMS) y a las arcadas pancreaticoduodenales debido al descenso de este en el tronco celíaco. Si bien no existe un mecanismo causal aún demostrado para esta relación se piensa que estas arcadas pancreaticoduodenales y otras ramas más distales no soportarían ese aumento del flujo, lo que provocaría un aumento de la tensión de cizallamiento de la pared arterial, la formación de pseudoaneurismas, el crecimiento de estas y finalmente la rotura espontánea^{2,4}. A diferencia de otros tipos de aneurismas, el riesgo de rotura no es directamente proporcional al diámetro de la aneurisma en sí^{3,5,6}.

El diagnóstico del SLAM se realiza mediante una combinación de síntomas y hallazgos compatibles en las pruebas de imagen. En ocasiones es difícil y se logra de forma casual o tras la aparición de una complicación. El gold estándar para el diagnóstico del SLAM es la angiografía por TAC donde se identifica la característica forma "en gancho" del tronco celíaco durante la espiración. Sin embargo, la ecografía Doppler es un método no invasivo y está más ampliamente disponible, lo que supondría una alternativa válida en ciertos casos^{2,4}.

El tratamiento del SLAM consiste fundamentalmente en la liberación quirúrgica del ligamento, mejorando así el flujo sanguíneo. Como alternativas están las técnicas endovasculares, pero tienen unas mayores tasas de fracaso terapéutico⁴. Sin embargo, actualmente no hay consensos o protocolos de tratamiento para el manejo de este tipo de aneurismas, suponiendo así un gran desafío terapéutico. Un tratamiento precoz de estas aneurismas es crítico para prevenir complicaciones graves, como nuestro caso, debido al alto riesgo de rotura espontánea. Algunos autores proponen la embolización de la aneurisma como tratamiento único mientras que otros sugieren liberar la estenosis del tronco celíaco. En caso de que se optara por el abordaje liberador de la estenosis, hay más probabilidades de evitar recidivas

del aneurisma. Por el contrario, en caso de individuos asintomáticos con hallazgo incidental de SLAM no parece que haya indicación de tratamiento^{4,7}.

En conclusión, el SLAM es una entidad clínica infraestimada y con este caso clínico queremos incrementar el índice de sospecha de la población médica, dado que puede llevar a complicaciones graves.

Bibliografía

1. Rizzo AN, Seligson M, O'Brien W, Laczynski D and Rizzo A. Celiac artery occlusion from median arcuate ligament compression complicating a hemorrhagic duodenal ulcer repair. *J Vasc Surg Cases Innov Tech.* 2024;10(1):1-3.
2. Rebelos E, Cipriano A, Ferrini L, Trifirò S, Napoli N, Santini M, et al. Spontaneous bleeding of the inferior pancreaticoduodenal artery in median arcuate ligament syndrome: do not miss the diagnosis. *Oxf Med Case Rep.* 2019;7:337-339.
3. Jensen KK, Bonde P, Storkholm JH, Heerwagen ST, Larsen PN and Eiberg J. Spontaneous intestinal bleeding due to pseudoaneurism of the gastroduodenal artery: case report of a rare complication to median arcuate ligament syndrome. *J Surg Case Rep.* 2020;12:1-3.
4. Hofmann K, Lareida A, Bächler T, Breitenstein S and Kambakamba P. Recurrent aneurysmatic bleeding of pancreaticoduodenal aneurysm due to median arcuate ligament syndrome: a case report. *J Surg Case Rep.* 2024:1-3.
5. Tan EWK, Shelat VG and Monteiro AY. Spontaneous retroperitoneal haemorrhage from pancreatoduodenal artery (PDA) rupture and associated complications. *BMJ Case Rep.* 2022;15:1-5.
6. Hamlin S, Gallo SR, Petrochko J, Wilson J and Sheth S. Pancreaticoduodenal artery aneurysm complicated by median arcuate ligament syndrome. *Vasc Endovascular Surg.* 2024;58:213-7.
7. Kim EN, Lamb K, Relles D, Moudgill N, DiMuzio PJ, Eisenberg JA. Median arcuate ligament syndrome-review of this rare disease. *JAMA Surg.* 2016;151:471-7.

ADENOCARCINOMA DE YEYUNO: UNA ENTIDAD INFRECLENTE.

Jejunal adenocarcinoma: a rare entity.

Molino Ruiz L, Ruiz Pages MT, Martín Mantis E, Hens Pérez A, Santamaría Rodríguez GJ

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL. CÁDIZ.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 39 años, con clínica de epigastralgia, vómitos y pérdida ponderal de 6 meses de evolución. Se realizaron pruebas de laboratorio, endoscopia digestiva alta, colonoscopia y técnicas de imagen que fueron no concluyentes, hasta finalmente laparotomía exploratoria que evidenció obstrucción intestinal secundaria a tumor de yeyuno. El análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica constató el diagnóstico de adenocarcinoma invasivo de yeyuno.

Palabras clave: adenocarcinoma de yeyuno, obstrucción intestinal, síndrome constitucional.

Abstract

We present the case of a 39-year-old woman with epigastralgia, hypermesis and severe weight loss of 6 month's evolution. Laboratory tests, upper endoscopy, colonoscopy together with inconclusive imaging techniques were

performed. Finally exploratory laparotomy was carried out, revealing intestinal obstruction secondary to jejunum tumor. The pathological analysis of the surgical specimen confirmed the diagnosis of invasive jejunal adenocarcinoma.

Keywords: jejunal adenocarcinoma, intestinal obstruction, constitutional syndrome.

Introducción

El adenocarcinoma de yeyuno es una entidad muy poco frecuente, siendo el adenocarcinoma más común a nivel intestinal el de duodeno. Es más prevalente en varones entre la 6ª-7ª edad de la vida, suele cursar de forma asintomática e indolente, siendo la obstrucción intestinal asociada a dolor abdominal y anemia de perfil ferropénico las formas más frecuentes de presentación. Las pruebas de imagen junto con una elevada sospecha clínica y anamnesis minuciosa son

Laura Molino Ruiz
Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.
molino Ruiz20@gmail.com

Molino Ruiz L, Ruiz Pages MT, Martín Mantis E, Hens Pérez A, Santamaría Rodríguez GJ.
Adenocarcinoma de yeyuno: una entidad infrecuente.
RAPD 2024;47(6):549-553. DOI: 10.37352/2024476.3

CASO CLÍNICO

los pilares en los que se basa el diagnóstico de este tipo de tumor, siendo el análisis anatomopatológico imprescindible para el diagnóstico definitivo. El tratamiento y el pronóstico inicial al diagnóstico dependen del estadio tumoral en que se encuentre, presentando peor pronóstico aquellos en estadio más avanzado.

Caso clínico

Mujer de 39 años, sin antecedentes familiares de interés y personales de hemitiroidectomía izquierda por bocio multinodular multiquístico 8 años antes. Tras presentar aborto por gestación anembrionada 5 meses antes del inicio de la clínica, presentó en los 6 meses previos de acudir a nuestra consulta, dolor abdominal difuso, vómitos postprandiales, deposiciones líquidas y pérdida ponderal de hasta 26 kg.

Desde Atención Primaria, se realizaron estudios mediante ecografía abdominal con hallazgos de coledocitis, endoscopia digestiva alta y colonoscopia, sin alteraciones. Estudio analítico completo y perfil de celiaquía normal. Calprotectina 846 $\mu\text{g/g}$.

Ante persistencia de la sintomatología y del dolor abdominal, se realizó colecistectomía profiláctica en centro privado los 2 meses previos a la consulta, sin mejoría alguna de la clínica que refería a pesar de la misma.

La paciente acudió repetidamente al servicio de urgencias por persistencia del dolor abdominal, con hiperemesis y pérdida ponderal progresiva, siendo remitida a Medicina Interna, que tras estudio negativo interconsultó con nuestro servicio decidiéndose ingreso en Aparato Digestivo.

A la exploración física, presentaba dolor abdominal de forma difusa, sin claro peritonismo, pero focalizando en fosa ilíaca derecha aún con Blumberg negativo, conservando ruidos hidroaéreos. En analítica realizada, presentaba ya datos de insuficiencia renal con creatinina en 1.90 mg/dl, FG 63 ml/min/1.73m², el resto normal.

En el hemograma destacaba trombocitosis de 554000 / mm³ con marcadores tumorales normales, sin otra alteración.

En la TAC abdominal sin contraste, se apreciaban dilatación de asas de intestino delgado (yeyuno) con contenido líquido y niveles hidroaéreos e hiperrealce mucoso, identificando un cambio brusco de calibre situado a nivel de hipogastrio, datos compatibles con obstrucción de intestino delgado secundario a bridas o bien a segmento estenótico yeyunal focal sin poder determinar su naturaleza (Figura 1).

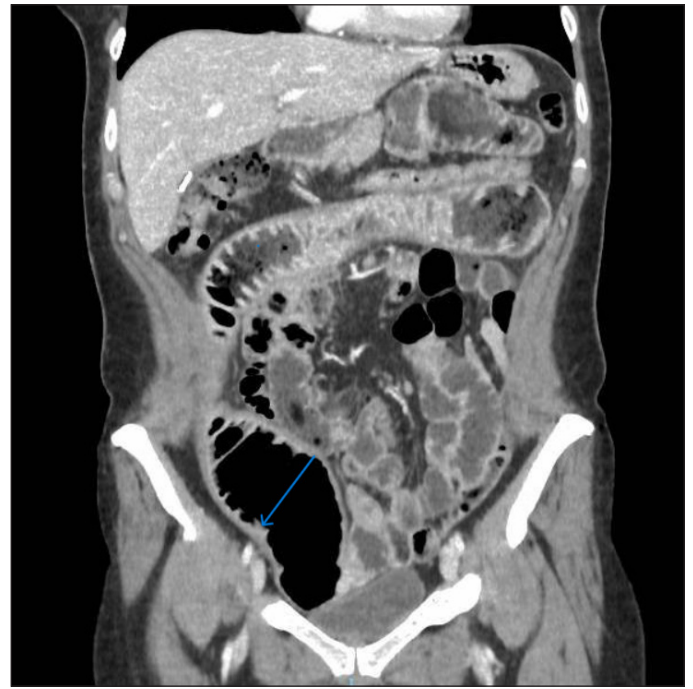


Figura 1. Corte coronal de TAC abdominal donde se identifica dilatación de asas de yeyuno (flecha azul).

Se contactó con Cirugía General para valoración, desestimando intervención quirúrgica en un primer momento y optando por tratamiento conservador. Se inició antibioterapia empírica (Ciprofloxacino y Metronidazol) y corticoterapia intravenosa. El estudio biológico evidenciaba sólo datos de anemia normocítica normocrómica. Marcadores tumorales y calprotectina normales en esta ocasión.

Se intentó el inicio a tolerancia oral, pero la paciente presentó intolerancia a ésta con dolor abdominal, vómitos y deposiciones líquidas, por lo que se realizó nuevo TAC abdominal de control donde se objetivó persistencia de la dilatación de asas de yeyuno proximal de hasta 45 mm con presencia de líquido libre en pelvis (Figuras 2 y 3).

Se contactó con Cirugía de forma urgente practicándose laparoscopia exploratoria, identificando tras exploración sistemática de intestino delgado desde válvula ileocecal, la estenosis descrita en yeyuno medio, la cual condicionaba la dilatación retrógrada de las asas intestinales proximales visibles en el TC hasta el ángulo de Treitz. Se identificaron dos adenopatías reactivas adyacentes al eje vascular de la raíz del meso del asa de la que dependía la lesión.

Se llevó a cabo resección segmentaria de intestino delgado para exéresis de la lesión con márgenes de seguridad, confeccionando anastomosis yeyunoyeyunal laterolateral mecánica y linfadenectomía mesentérica regional.



Figura 2. Corte axial de TAC abdominal, donde se identifica dilatación de asa yeyunal (flecha verde) que alcanza hasta 45 mm de calibre con abundante contenido líquido.

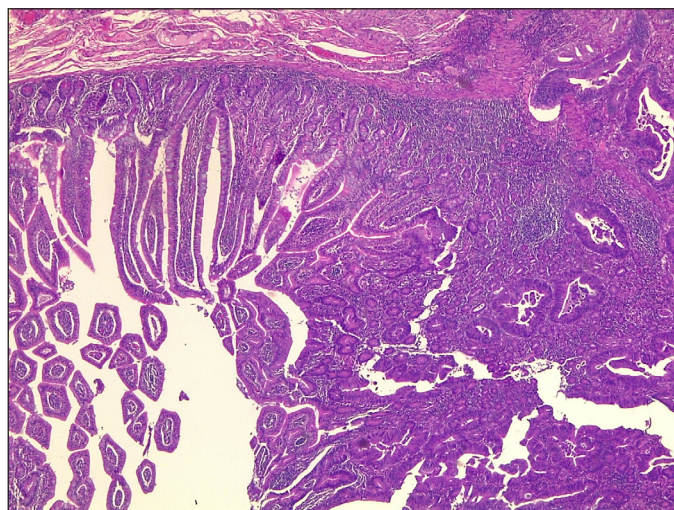


Figura 4. Sección histológica mostrando cambios morfológicos típicos de adenocarcinoma intestinal invasivo, bien diferenciado, con más del 95% de formación glandular.



Figura 3. Corte sagital de TAC abdominal, donde se identifica dilatación de intestino delgado, cierto engrosamiento parietal e hiperrealce mucoso, identificando un punto de cambio de calibre en yeyuno (flecha azul).

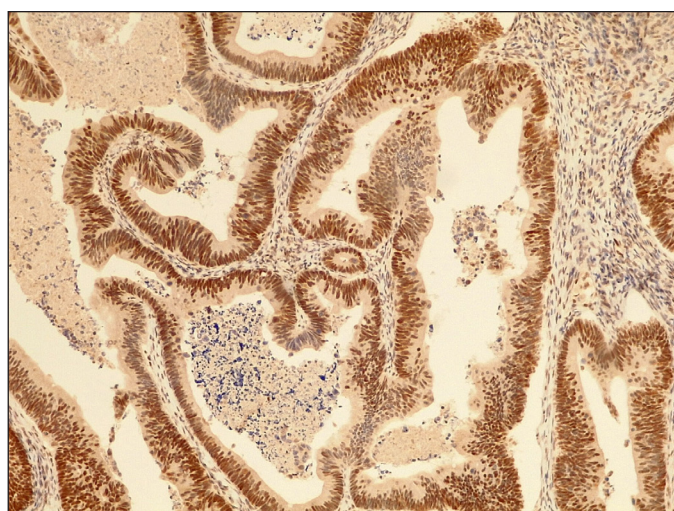


Figura 5. Las células tumorales mostraban inmunexpresión no alterada de MISMATCH REPAIR.

El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de adenocarcinoma invasivo de yeyuno (Figura 4), bien diferenciado (G1), que alcanza hasta la capa muscular propia (pT2), respetando bordes quirúrgicos y espacios vasculares. Ganglios linfáticos negativos y MISMATCH REPAIR, MMR no alterados (Figura 5).

Posteriormente, se realizó un estudio completo de extensión con TAC torácico, descartando enfermedad a distancia, por lo que, junto con los datos anatomopatológicos, la paciente fue diagnosticada de adenocarcinoma de yeyuno estadio I.

Se presentó el caso en comité multidisciplinar de tumores y la paciente no precisó quimioterapia, encontrándose actualmente en seguimiento por Aparato Digestivo, en consultas de Alto Riesgo de Cáncer Digestivo.

Discusión

Los tumores de intestino delgado son una entidad rara dentro del tracto gastrointestinal, constituyen el 5% de todas las neoplasias gastrointestinales y entre el 1-3% de las neoplasias malignas de esta localización. En general, son más frecuentes en el sexo masculino, a partir de los 60 años de edad.

Los tumores malignos más frecuentes del intestino delgado son el adenocarcinoma y el linfoma, siendo menos frecuentes el sarcoma, los GIST y carcinoides.

El adenocarcinoma de intestino delgado es el tumor maligno más común, suele originarse del adenoma y se localiza más frecuentemente en duodeno, siendo menos común el adenocarcinoma de yeyuno. Los factores de riesgo asociados son el tabaquismo, obesidad, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, antecedentes de cáncer colorrectal y poliposis adenomatosa familiar, siendo la edad de inicio menor en pacientes con estas patologías¹.

La presentación clínica del adenocarcinoma de yeyuno es inespecífica, asintomáticos en su mayoría, aunque suelen presentar clínica de dolor abdominal en fases más tardías, náuseas, vómitos, pérdida ponderal, anemia, astenia, anorexia, pudiendo provocar cuadros pseudoclusivos y de obstrucción intestinal dado que estos tipos de tumores presentan un crecimiento anular como ocurrió en nuestro caso. Más de la mitad de los pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico. Los tumores yeyunales malignos constituyen una entidad, que por su poca frecuencia y clínica inespecífica raramente son diagnosticados preoperatoriamente².

Las causas más importantes asociadas a cuadros de obstrucción a nivel de intestino delgado y que debemos de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, son el adenocarcinoma intestinal, la neoplasia carcinoide, el linfoma, tumor del estroma gastrointestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, bridas, hernias, ileo biliar, así como las neoplasias benignas, aunque éstas últimas no suelen presentar un comportamiento agresivo. Existen varias teorías que intentan arrojar luz a la escasa prevalencia de estos tumores, entre ellas se mencionan el tránsito rápido, el contenido intestinal líquido, una elevada concentración de enzimas digestivas en este tracto que detoxifican potenciales carcinógenos junto con baja presencia de poblaciones bacterianas y la presencia abundante de tejido linfoide^{3,4}.

La TAC abdominal es la principal técnica de imagen para identificar el tumor primario y valorar su extensión, en ocasiones se utiliza la entero-resonancia magnética o la capsula endoscópica para localizar el tumor, aunque se debería de tener precaución en pacientes con sospecha clínica de obstrucción intestinal o cuadro suboclusivo⁵.

Lo excepcional de nuestro caso estriba en que la paciente no presentaba patologías potencialmente obstructivas previas, en la edad infrecuente de aparición, que hizo se demorara el diagnóstico, con colecistectomía los 2 meses previos vía laparoscópica, que pensamos que también constituyó un factor de confusión en la demora, ya que el dolor persistió - atribuyéndose al postoperatorio/bridas potenciales - aunque

entró dentro de los 6 meses de media en la que suelen diagnosticarse. La llamativa pérdida ponderal y la anorexia de aparición súbita -que en principio pudo atribuirse a trastorno de la conducta alimenticia- fueron los síntomas guía que finalmente condujeron al diagnóstico.

El tratamiento de estos tipos de tumores se basa fundamentalmente en la cirugía amplia para reseca el tumor con linfadenectomía regional. Si hay afectación ganglionar se completará el tratamiento con quimioterapia postoperatoria. El tratamiento depende del estadio tumoral en el que se encuentre el paciente. No obstante, la utilización de quimioterapia neoadyuvante aún no está bien definida en estos tumores. En adenocarcinomas irresecables se indica quimioterapia paliativa y en caso de que además presente oclusión amplia de la luz yeyunal está indicada la resección paliativa.

En cualquier caso, dado lo infrecuente de los tumores primitivos de intestino delgado, constituyen un verdadero reto al diagnóstico y su inicio paucisintomático hasta fases evolucionadas, requieren de minuciosa anamnesis y un elevado índice de sospecha inicial para evitar demoras en el tratamiento, siendo necesario en algunos casos como el nuestro, la laparoscopia exploratoria para identificar la lesión y poder analizar la pieza quirúrgica.

Bibliografía

1. González-Suarez B, Pellisé-Urquiza M, Castells-Garangou A. Tumores del intestino delgado. En: Montoro Huguet, MA, Garcia Pagán, JC. *Práctica clínica en Gastroenterología y Hepatología*. Madrid. CTO Editorial; 2016. Vol1. p519-521.
2. Overman MJ, Pedersen KS, Fisher L. *Diagnosis and staging of small bowel neoplasms*. Goldberg RG, Jaffe T (Ed). UpToDate:2023 (Accessed on June 23, 2024). Available from: https://www.uptodate.com/bvsspa.idm.oclc.org/contents/diagnosis-and-staging-of-small-bowel-neoplasms?search=Diagnosis%20and%20staging%20of%20small%20bowel%20neoplasms&source=search_result&selectedTitle=1%7E101&usage_type=default&display_rank=1
3. Morales-Wong MM, Gómez-Hernández MM, Martín-Torres M. Adenocarcinoma del ángulo duodeno-yeyunal. A propósito de un caso. VII Congreso virtual hispanoamericano de anatomía patológica; 2005.
4. Delaunoy T, Neczyporenko F, Limburg PJ, Erlichman C. Pathogenesis and risk factors of small bowel adenocarcinoma: a colorectal cancer sibling? *Am J Gastroenterol*. 2005 Mar;100(3):703-10.

5. Horton KM, Fishman EK. Multidetector-row computer tomography imaging of small bowel neoplasms: current concept in diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2004; 28:106-116.

GRANULOMATOSIS PULMONAR EN COLITIS ULCEROSA, UNA MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal INFRECUENTE

Pulmonary granulomatosis in ulcerative colitis, an uncommon extraintestinal manifestation

Parra López B, Alonso Belmonte C, Olmedo Martín R, Jiménez Pérez MJ

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Resumen

Se trata de una paciente ex-fumadora con antecedentes de colitis ulcerosa de larga evolución con actividad persistente y refractaria incluso a varias terapias biológicas. Presenta síntomas continuos, como diarrea con sangre, pérdida de peso y anemia severa que requieren transfusiones periódicas de hierro intravenoso. A pesar de los intentos de controlar la enfermedad con diferentes medicamentos, incluido Influximab y Vedolizumab, la paciente sigue sintomática y eleva marcadores de actividad de la enfermedad, como la calprotectina fecal.

En el seguimiento la paciente presenta tos crónica, lo que lleva a la realización de estudios que revelan la presencia de un nódulo pulmonar hipermetabólico en el lóbulo inferior izquierdo, sospechoso de neoplasia pulmonar primaria, decidiendo realizar una resección pulmonar atípica.

El diagnóstico desvela una posible metaplasia epitelial intestinal granulomatosa respiratoria debido a los hallazgos histológicos en el pulmón, compatible con una manifestación extraintestinal infrecuente en el contexto de una colitis ulcerosa no controlada.

Finalmente se inicia cambio de diana terapéutica con Ustekinumab debido al fracaso previo de los tratamientos anti-TNF y Vedolizumab en el control de la colitis ulcerosa, con mejoría clínica en las esferas digestiva y respiratoria.

Palabras clave: colitis ulcerosa, granulomas, tos crónica.

Abstract

This is an ex-smoker patient with a history of long-standing ulcerative colitis with persistent activity and refractory to

several biological therapies. She has ongoing symptoms, such as bloody diarrhea, weight loss, and severe anemia that require regular intravenous iron transfusions. Despite attempts to control the disease with different medications, including Infliximab and Vedolizumab, the patient remains symptomatic and elevates markers of disease activity, such as fecal calprotectin.

At follow-up, the patient presented with a chronic cough, which led to studies that revealed the presence of a hypermetabolic pulmonary nodule in the left lower lobe, suspected of primary pulmonary neoplasia, and an atypical pulmonary resection was performed.

Diagnosis reveals possible respiratory granulomatous intestinal epithelial metaplasia due to histological findings in the lung, consistent with an uncommon extraintestinal manifestation in the context of uncontrolled ulcerative colitis.

Finally, a change of therapeutic target with Ustekinumab was initiated due to the previous failure of anti-TNF and Vedolizumab treatments in the control of ulcerative colitis, with clinical improvement in the digestive and respiratory spheres.

Keywords: ulcerative colitis, granulomas, chronic cough.

Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se caracteriza por una inflamación intestinal crónica recurrente. Existen dos entidades bien definidas: La Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Mientras que la EC provoca una inflamación transmural discontinua en cualquier tramo del aparato digestivo, pudiendo asociar fistulas, abscesos o estenosis, la CU genera una alteración continua de la ultraestructura del colon.

En cuanto a la clínica, el dolor abdominal persistente, pérdida de peso, astenia, fiebre o febrícula o la diarrea con productos patológicos son los síntomas más frecuentes en el debut de la EII, cuya intensidad se correlaciona con una mayor severidad¹.

Otras manifestaciones clínicas asociadas a la EII son las extraintestinales (MEIs). La prevalencia de las MEIs oscila entre el 6% y el 47%, afectando más a mujeres (50%) que a hombres (34%)². Sin embargo, en una proporción no desdeñable de casos (25.8%) las MEIs aparecen antes del diagnóstico formal de la EII, observando un retraso diagnóstico de hasta 5 meses que puede alcanzar incluso los 2 años³.

Las MEIs pueden afectar a cualquier sistema o aparato⁴, destacando las manifestaciones musculoesqueléticas (Artritis periférica tipo 1 o 2 y Espondiloartropatía axial HLA B27), cutáneas (Eritema nodoso, pioderma gangrenoso, estomatitis aftosa, psoriasis y síndrome de Sweet), oftalmológicas (Epiescleritis, escleritis y uveítis), hepatobiliares (Colangitis esclerosante primaria), renales y pulmonares, estas últimas más inhabituales.

Dentro de las MEIs infrecuentes cabe destacar aquellas que afectan a la esfera pulmonar. Es fundamental reconocer los síntomas comunes de presentación pulmonar (Disnea, sibilancias, tos seca o productiva, dolor pleurítico, fiebre o estridor). Sin embargo, entre el 37% y el 55% de los pacientes con EII pueden presentar anomalías en las pruebas de función pulmonar, imágenes de tórax o histopatológica en ausencia de clínica respiratoria⁵.

Las MEIs pulmonares son muy diversas, pudiendo afectar las vías respiratorias (Bronquiolitis granulomatosa u obliterante, bronquiectasias, bronquitis crónica), el parénquima (Neumonía organizada intersticial, linfocítica o eosinofílica y la enfermedad pulmonar intersticial granulomatosa) o de forma difusa (Neumonitis intersticial, abscesos, granulomas)⁶.

La prevalencia de MEIs pulmonares no está claramente definida en la literatura, encontrando una baja prevalencia entre los adolescentes, un grupo en el que la EII es muy frecuente⁷. Se ha visto mayor asociación con la EC, aunque pueden aparecer independientemente a la actividad de la EII, lo que dificulta aún más su sospecha y manejo.

La detección temprana de las MEIs es de vital importancia, puesto que afecta al manejo global de los pacientes con EII⁸. Por un lado, las MEIs aumentan la carga general de enfermedad, lo que conduce a un aumento de la morbilidad, a una reducción en la calidad de vida y a la aparición de complicaciones. Además, dicha detección requiere de un enfoque multidisciplinar en el que se involucran diversos especialistas, consiguiendo así un control óptimo de la patología intestinal y extraintestinal. También es importante la educación y apoyo al paciente, lo que permite controlar factores ambientales modificables y garantiza la adherencia terapéutica.

Un pilar fundamental es el tratamiento médico frente a la EII⁹. Actualmente existen varios escalones terapéuticos que van desde los tratamientos tópicos (supositorios, enemas o espumas de mesalazina) hasta la vía oral (mesalazina, beclometasona, budesonida o prednisona). Si no se consigue una remisión clínica, analítica ni endoscópica es necesario

recurrir a terapias biológicas y a las pequeñas moléculas, con un perfil de eficacia y seguridad más que contrastado en la práctica clínica habitual. Esto permite un mejor control de la EII, así como de aquellas MEIs paralelas y dependientes a la actividad digestiva (Artritis periférica tipo 1, eritema nodoso, estomatitis aftosa o epiescleritis entre otras).

Presentamos el caso clínico de una paciente con CU no controlada y refractaria a tratamiento convencional y a varias líneas biológicas que, en el seguimiento estrecho en consulta, presenta tos crónica atribuible finalmente a granulomatosis pulmonar, una MEI pulmonar infrecuente.

Caso clínico

La paciente es una exfumadora de 22 años de evolución de medio paquete al día, sin antecedentes médicos de interés en la esfera digestiva, que fue diagnosticada en 1998 de CU. Desde entonces, la paciente ha presentado un curso clínico abigarrado que ha requerido la administración y sustitución de múltiples tratamientos: mesalazina oral y tópica, beclometasona, tandas continuadas de corticoides orales hasta mercaptopurina, que fue sustituida a Infliximab por ausencia de mejoría, iniciado tras realizar el estudio prebiológico que descartó contraindicaciones (Entre ellas, la presencia de una tuberculosis latente). A pesar de realizarse una intensificación máxima de Infliximab, tampoco se consigue remisión de la enfermedad, cambiando de diana terapéutica a Vedolizumab, con igual resultado clínico, analítico y endoscópico a pesar de intensificación máxima. Esto lleva a la paciente a acudir continuamente a urgencias, con múltiples hospitalizaciones desde el debut de la enfermedad.

Aun realizando todos los ajustes terapéuticos descritos, la paciente ha presentado múltiples brotes a lo largo de los años, con síntomas persistentes como diarrea sanguinolenta grave (Más de 8 deposiciones diarias), pérdida importante de peso (10 Kg), incontinencia fecal y anemia severa que ha requerido transfusiones intravenosas periódicas de hierro. Además, ha padecido, hasta en 2 ocasiones, colitis infecciosa secundaria a *Clostridium Difficile*, que respondió adecuadamente a vancomicina.

Desde el punto de vista analítico, la dificultad en el control de la enfermedad se traduce en una elevación persistente y poco fluctuante de reactantes de fase aguda: Calprotectina fecal en torno a 2000-4000 UI/L, anemia (Hemoglobina en torno a 10 mg/dL), hipoalbuminemia y trombocitosis. Todo ello indica una alta carga inflamatoria de la CU, que obliga a realizar controles endoscópicos ante los continuos cambios de

tratamiento, con hallazgos de CU difusa con actividad leve-moderada en la última colonoscopia realizada en 2024.

Durante el seguimiento estrecho en consulta de digestivo, la paciente comienza con tos productiva marronácea de 2 meses de evolución que no mejora con tratamiento inhalatorio ni antibioterapia. Entre las pruebas complementarias realizadas destacan cultivos de esputo negativos, Mantoux e IGRA negativos, pruebas de función respiratoria normales y TC de tórax que describe dos imágenes nodulares en Lóbulo Inferior Derecho (LID) y otro en Lóbulo Inferior Izquierdo (LII) de unos 12 mm de características indeterminadas (Figura 1). Es por ello que se realiza estudio de Tomografía por Emisión de Positrones (PET-TC) que muestra nódulo pulmonar hipermetabólico en LII (Figura 2). Se identifica, además, actividad metabólica heterogénea intestinal con adenopatías hipermetabólicas mesentéricas y retroperitoneales, recomendándose su valoración multidisciplinar ante la sospecha de neoplasia pulmonar primaria o metastásica. En el diagnóstico diferencial que se lleva a cabo se incluye, ante la inmunodepresión de la paciente por la terapia biológica, la tuberculosis pulmonar. Dicha posibilidad diagnóstica queda descartada ante los resultados negativos del Mantoux e IGRA, así como por la localización inferior y única del nódulo captante que difieren del comportamiento habitual de la tuberculosis.

Ante estos hallazgos, se presenta el caso en el comité multidisciplinar de tumores torácicos y se decide intervención quirúrgica consistente en resección atípica del nódulo de LII con realización de análisis intraoperatorio y, según resultados, decidir ampliación de resección. Dichos resultados muestran fragmentos pulmonares con granulomas necrotizantes y

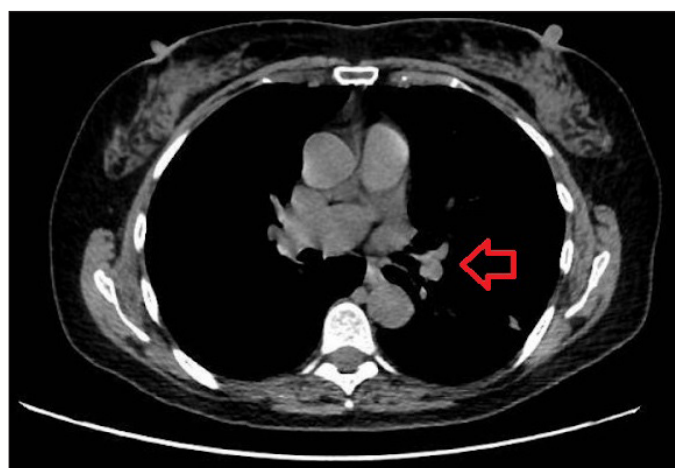


Figura 1. Corte transversal de TC de tórax que muestra una imagen nodular en LII de unos 12 mm de características indeterminadas (Flecha roja).

fibrosis hialinizante circundante, compatible con una MEI de CU en actividad no controlada, descartándose enfermedad neoplásica.

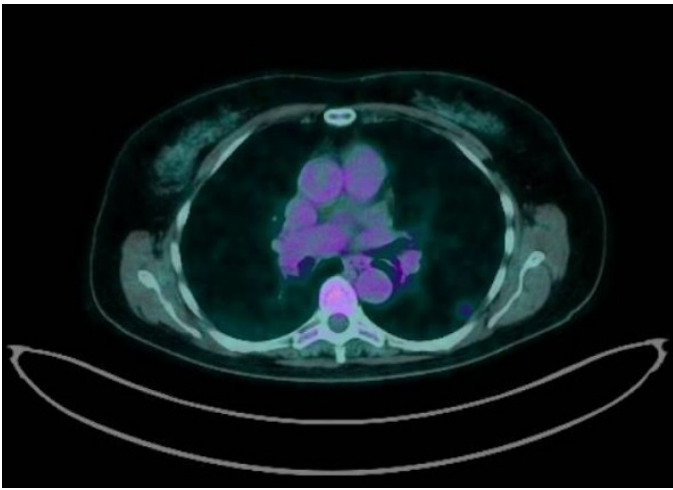


Figura 2. Corte transversal de PET-TC a nivel torácico que muestra un nódulo pulmonar hipermetabólico de 12mm en LII. No se observan otros hallazgos sugerentes de lesiones neoplásicas macroscópicas o de alto grado metabólico.

Tras los hallazgos anatomopatológicos, se decide cambio de diana biológica a Ustekinumab debido al fracaso previo de Infliximab y Vedolizumab como terapias avanzadas, así como del resto de tratamientos convencionales. Además, dada la reducción de la capacidad pulmonar tras la resección, se instruyó a la paciente sobre el uso de inhaladores y se recomendaron medidas para mejorar su estilo de vida.

En la última revisión en consulta se observaron cambios postquirúrgicos en el pulmón izquierdo en el TC de tórax de control, junto con un nódulo en LID, ya descrito anteriormente, estable (Figura 3). Además, la paciente ha presentado cierta mejoría clínica intestinal tras el último cambio de diana terapéutica, con reducción del ritmo deposicional (4-5 deposiciones diarias con mínimos productos patológicos) y mejoría analítica. Desde el punto de vista respiratorio, ha desaparecido la tos que sufría en los últimos meses, por lo que se decide mantener el tratamiento actual y realizar un seguimiento estrecho multidisciplinar en las consultas de Aparato Digestivo y Neumología.

Discusión

El caso presenta varios aspectos clínicos y terapéuticos desafiantes que merecen ser discutidos. La presencia de una CU de larga data con actividad inflamatoria persistente a pesar de múltiples tratamientos, incluidos agentes biológicos como Infliximab y Vedolizumab, subraya la complejidad del manejo de esta enfermedad intestinal crónica. La necesidad de transfusiones de hierro intravenoso debido a la anemia severa y la persistencia de síntomas gastrointestinales graves, como diarrea con sangre y urgencia fecal, afectan significativamente la calidad de vida del paciente.

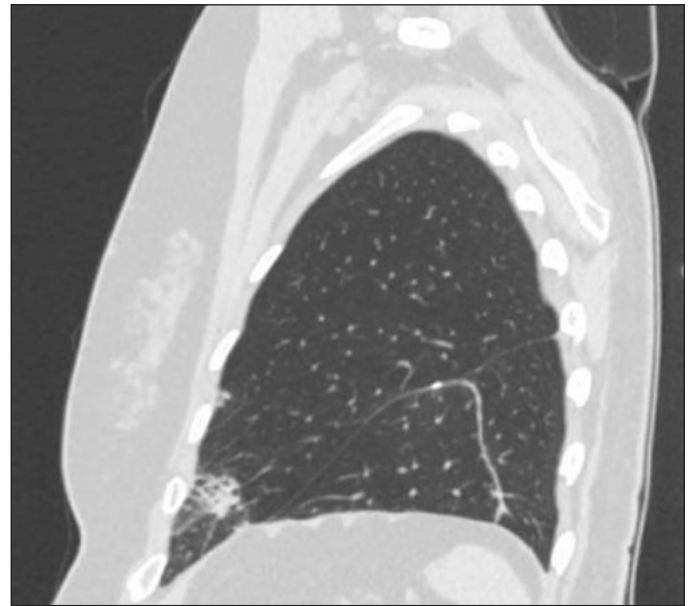


Figura 3. Corte sagital de TC de tórax en el que se observan cambios postquirúrgicos tras resección atípica en LII. Nódulo en base pulmonar derecha de 9 mm estable y ya conocido.

El hallazgo incidental de un nódulo pulmonar hipermetabólico, junto con los síntomas respiratorios crónicos, plantea la preocupación por la posibilidad de neoplasia pulmonar primaria, aunque al observarse granulomas necrotizantes en la biopsia pulmonar sugiere una posible metaplasia epitelial intestinal respiratoria, compatible con una MEI pulmonar, una opción que se debe incluir en el diagnóstico diferencial en este caso.

La decisión de cambiar el tratamiento a Ustekinumab, debido al fracaso previo de los agentes biológicos utilizados, resalta la importancia de considerar opciones terapéuticas alternativas en casos de EII refractaria. Sin embargo, la elevación persistente de marcadores de actividad, como la calprotectina fecal, indica la necesidad de una monitorización cuidadosa y una posible evaluación adicional de la efectividad del tratamiento.

Consultando la literatura existente, este caso aborda la compleja e inhabitual presentación clínica extraintestinal pulmonar de la EII y subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario que involucre a gastroenterólogos, neumólogos y cirujanos torácicos, entre otros especialistas, para abordar los diferentes aspectos de la enfermedad y sus posibles complicaciones.

Dicho manejo multidisciplinar es clave para lograr el control de la enfermedad en la esfera digestiva y extradigestiva,

lo que repercute positivamente en la calidad de vida de los pacientes.

Bibliografía

1. Burner LP, White AM, Proksell S. Inflammatory Bowel Disease. *Prim Care*. 2023 Sep;50(3):411-427.
2. Rogler G, Singh A, Kavanaugh A, et al. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Current Concepts, Treatment, and Implications for Disease Management. *Gastroenterology*. 2021 Oct;161(4):1118-1132.
3. Greuter T, Vavricka SR. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease - epidemiology, genetics, and pathogenesis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019 Apr;13(4):307-317.
4. Garber A, Regueiro M. Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Epidemiology, Etiopathogenesis, and Management. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019 May 16;21(7):31.
5. Massart A, Hunt DP. Pulmonary Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Am J Med*. 2020 Jan;133(1):39-43.
6. Tejada Taveras N, Rivera Martinez A, Kumar R, Jamil A, Kumar B. Pulmonary Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *Cureus*. 2021 Mar 31;13(3).
7. Barfield E, Deshmukh F, Slighton E, et al. Pulmonary Manifestations in Adolescents With Inflammatory Bowel Disease. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020 Jun;59(6):573-579.
8. Kilic Y, Kamal S, Jaffar F, et al. Prevalence of Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis*. 2024 Feb 1;30(2):230-239.
9. Gordon H, Burisch J, Ellul P, et al. ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2024 Jan 27;18(1):1-37.

COLITIS ISQUÉMICA SECUNDARIA A MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA, UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Ischemic colitis secondary to arteriovenous malformation, a rare cause of gastrointestinal bleeding

Sánchez Moreno S, Sánchez García O, Navarro Moreno E, Martínez Amate E

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Resumen

Presentamos el caso de un paciente de 65 años sin antecedentes de interés que debuta con un cuadro de rectorragia con compromiso hemodinámico, causado por una colitis isquémica secundaria a una malformación vascular a nivel de la arteria mesentérica inferior.

La presencia de malformaciones arteriovenosas en el territorio abdominal es muy infrecuente, y puede dar lugar a cuadros isquémicos como consecuencia del shunt arterio venoso que se establece y la disminución del aporte de oxígeno al tejido circundante. Dado que este cuadro puede simular otras patologías inflamatorias más habituales, normalmente supone un reto diagnóstico para el clínico y es necesario tenerlo presente para su correcto abordaje terapéutico.

Palabras clave: colitis isquémica, malformación arteriovenosa, hemicolectomía.

Abstract

We present the case of a 65-year-old patient who presents with rectorrhagia with hemodynamic compromise, caused by ischemic colitis secondary to a vascular malformation at the level of the inferior mesenteric artery.

The presence of arteriovenous malformations in the abdominal territory is rare and it can lead to ischemic colitis as a consequence of the arteriovenous shunt and the decrease in oxygen supply to the surrounding tissue. Since this condition can simulate other more common inflammatory pathologies, it is usually a diagnostic challenge for the clinician and it is necessary to keep it in mind for a correct therapeutic approach.

Keywords: ischemic colitis, arteriovenous malformation, hemicolectomy.

CASO CLÍNICO

Introducción

Las malformaciones arteriovenosas en el territorio abdominal pueden dar lugar a cuadros isquémicos que pueden simular otras patologías inflamatorias más habituales, suponiendo un reto diagnóstico para el clínico. Su abordaje terapéutico es también complejo siendo necesario en la mayoría de los casos la resección intestinal del segmento afecto y la embolización vascular.

Caso clínico

Paciente de 65 años sin antecedentes de interés que ingresa por cuadro de dos semanas de evolución de diarrea y rectorragia presentando una masa palpable no dolorosa en flanco izquierdo y anemia en rango transfusional.

Se realiza una colonoscopia presentando la mucosa un aspecto edematoso con abundantes úlceras excavadas, sugerente de colitis inflamatoria sin poder descartar otras causas (Figura 1). El TC abdominal objetiva un engrosamiento de las paredes de colon descendente, sigma y recto, con imagen adyacente sugerente de malformación arteriovenosa extensa en el territorio irrigado por la arteria mesentérica inferior (Figura 2), lo que orienta a probable origen isquémico de la colitis. Se completa el estudio con una angiografía abdominal evidenciándose una malformación vascular cuyo aporte arterial se objetiva a nivel de las ramas dependientes de arteria sigmoidea, con respeto de la arteria rectal, procediéndose a embolización con coils de las ramas comprometidas (Figura 3). A las 48 horas el paciente presenta rectorragia franca e inestabilidad hemodinámica, por lo que se procede a cirugía realizándose hemicolectomía izquierda extendida a recto superior y resección de la MAV, con buena evolución clínica posterior.

Discusión

Las malformaciones y fístulas arteriovenosas son conexiones vasculares aberrantes entre las arterias y las venas, y pueden ser primarias o congénitas, o secundarias a cirugía o trauma previo¹. Pueden dar lugar a un fenómeno de robo con interrupción del flujo sanguíneo normal creándose un shunt de izquierda a derecha que conlleve una disminución del aporte de oxígeno al tejido circundante. Cuando esto ocurre en el territorio irrigado por la arteria mesentérica inferior puede desencadenarse una colitis isquémica, siendo esta localización extremadamente rara².



Figura 1. Imagen endoscópica con hallazgos de colitis.



Figura 2. Malformación arteriovenosa visualizada por TC abdominal.

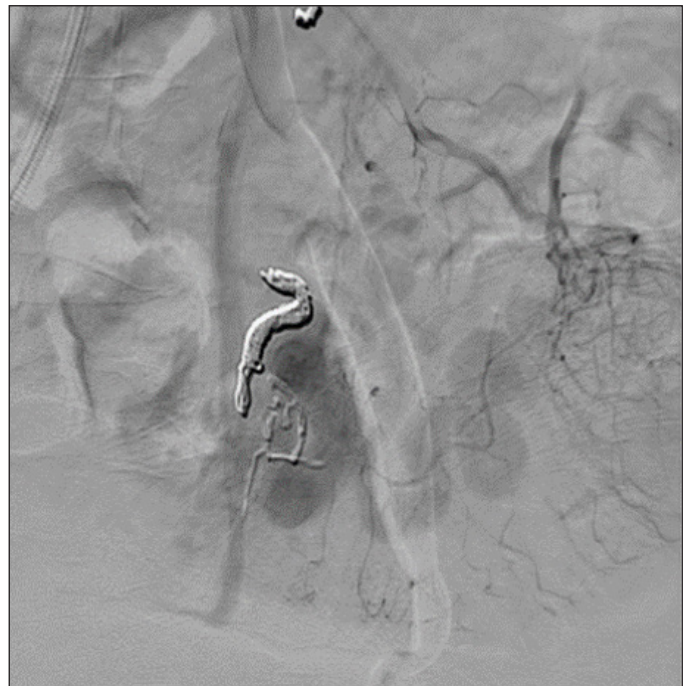


Figura 3. Imagen de arteriografía donde se aprecia malformación vascular.

La sintomatología asociada puede ser variada e inespecífica, con clínica de dolor abdominal, sangrado intestinal, colitis isquémica o presencia de masa abdominal. La hipertensión portal está descrita hasta un 50% de pacientes con fístulas arteriovenosas del territorio esplácnico³ y, en los casos más severos, puede contribuir al desarrollo de fallo cardíaco⁴.

El diagnóstico de la colitis isquémica secundaria a MAV puede ser complicado en algunos casos y puede confundirse con otros cuadros de naturaleza inflamatoria. Las opciones terapéuticas con las que contamos son la embolización percutánea endovascular, la resección del segmento intestinal afecto (hemicolecotomía izquierda en la mayoría de los casos) o una combinación de ambas⁵. La embolización puede ser el tratamiento definitivo o el puente a la intervención quirúrgica, no obstante, puede conllevar riesgo de isquemia intestinal y recurrencia de la malformación arteriovenosa en algunos casos¹.

La presencia de MAV en el territorio abdominal representan un desafío para el clínico, destacando la necesidad de llegar al diagnóstico para ofrecer un tratamiento adecuado, ya que puede poner en peligro la vida del paciente.

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.

ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA, UNA CAUSA INFRAVALORADA DEL SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Chronic mesenteric ischemia, an undervalued cause of constitutional syndrome

Lancho Muñoz A, Ortega Suazo EJ, García Aragon F, Redondo Cerezo E

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Resumen

La isquemia mesentérica crónica (IMC) se trata de una patología digestiva infrecuente, cuya prevalencia varía según las series de casos. Esta se produce por la reducción del flujo a nivel de los principales vasos mesentéricos, es decir tronco celiaco (TC), arteria mesentérica superior (AMS) y arteria mesentérica inferior (AMI), siendo la etiología más frecuente la aterosclerosis. Fisiopatológicamente, se produce un aumento de los vasos colaterales entre el TC, AMS y AMI, pudiendo encontrarse el paciente asintomático hasta estadios avanzados o únicamente dar síntomas en situaciones de aumento de la demanda de flujo como la ingesta o el ejercicio físico. Estas características provocan que la IMC sea una patología infradiagnosticada, frecuentemente confundida con otras entidades clínicas como el síndrome constitucional y cuyo retraso diagnóstico asocia una elevada morbimortalidad.

Presentamos el caso de un paciente con múltiples factores de riesgo vascular, que durante el estudio endoscópico

por sospecha clínica de síndrome constitucional se diagnostica de manera incidental de IMC. No obstante, dado el estadio avanzado del paciente finalmente requiere hospitalización y abordaje quirúrgico, lo cual expone la importancia del diagnóstico precoz de esta entidad clínica.

Palabras clave: endoscopia, isquemia mesentérica crónica, síndrome constitucional.

Abstract

Chronic mesenteric ischaemia (CMI) is a rare gastrointestinal pathology, the prevalence of which varies according to case series. It is caused by reduced flow in the main mesenteric vessels, namely the celiac artery (CA), superior mesenteric artery (SMA) and inferior mesenteric artery (IMA), the most common aetiology being atherosclerosis. Pathophysiologically, there is an increase in collateral vessels

CASO CLÍNICO

between the CA, SMA and IMA, and the patient may be asymptomatic until advanced stages or only show symptoms in situations of increased flow demand, such as ingestion or physical exercise. These characteristics mean that CMI is an underdiagnosed pathology, frequently confused with other clinical entities such as constitutional syndrome and whose delayed diagnosis is associated with high morbidity and mortality.

We present the case of a patient with multiple vascular risk factors who was incidentally diagnosed with CMI during the endoscopic study due to clinical suspicion of constitutional syndrome. However, given the advanced stage of the patient, he finally required hospitalisation and surgery, which shows the importance of early diagnosis of this clinical entity.

Keywords: endoscopy, chronic mesenteric ischemia, constitutional syndrome.

Introducción

La isquemia mesentérica crónica (IMC) se trata de una patología digestiva infrecuente en la práctica clínica, ocasionada por una disminución del flujo, por bajo gasto o por la presencia de estenosis, en los principales vasos mesentéricos¹, cuya anatomía se detalla en la [tabla 1](#).

Clínicamente, menos del 2% de los pacientes presentan la triada característica de: dolor abdominal, sitofobia y pérdida de peso involuntaria. Dicha ausencia de síntomas se debe a que el intestino está protegido de isquemia por la existencia de múltiples colaterales entre sus principales vasos, como son la arteria pancreatoduodenal entre el TC y la AMS o la arteria marginal y el arco de Riolano entre la AMS y la AMI ([Figura 1](#)). No obstante, se está observando durante la última década un aumento de su incidencia secundario al envejecimiento poblacional; al aumento de la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, la diabetes o la obesidad, siendo por todo ello, cada vez más frecuente diagnosticar en las consultas de gastroenterología o unidades de endoscopia².

Los síntomas característicos de la IMC suelen observarse frecuentemente en pacientes con síndrome constitucional, debiendo incluirse la IMC y otras patologías digestivas no neoplásicas, como la enfermedad péptica o la pancreatitis crónica, dentro del diagnóstico diferencial³. Todas estas patologías, incluida la IMC, asocian una elevada morbimortalidad, directamente proporcional al retraso

| | |
|------------------------------------|---|
| Tronco celiaco (TC) | Irriga el hígado, estómago, páncreas (principalmente cabeza pancreática), primera-segunda porción duodenal y bazo. |
| Arteria mesentérica superior (AMS) | Irriga la tercera-cuarta porción duodenal, páncreas (principalmente cola pancreática), el intestino delgado íntegro y el hemicolón derecho. |
| Arteria mesentérica inferior (AMI) | Irriga el colon distal. |

Tabla 1. Irrigación visceral de cada una de las estructuras vasculares arteriales que constituye el territorio vascular mesentérico.

diagnóstico e inicio de medidas terapéuticas. Inicialmente, se opta por un manejo conservador con medidas higiénico-dietéticas y control de los factores de riesgo cardiovascular, optando por un abordaje quirúrgico en caso de pacientes sintomáticos o con una importante afectación vascular⁴.

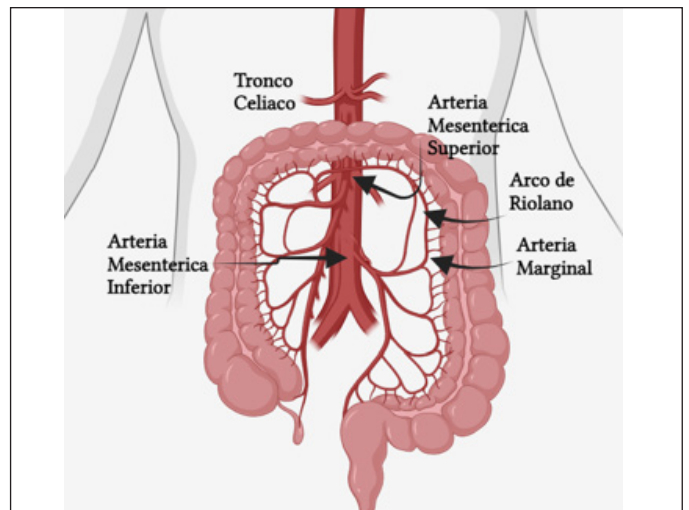


Figura 1. Esquema de la circulación arterial mesentérica.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de 65 años, con varios factores de riesgo cardiovascular, entre los que destaca: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes tipo II y fumador activo. Destaca antecedentes de isquemia crónica en miembros inferiores secundarios a enfermedad atero esclerótica generalizada, en tratamiento con cilostazol y pentoxifilina.

El paciente acude a consultas externas de Aparato Digestivo, derivado desde Atención Primaria, por cuadro de dolor abdominal en mesogastrio de predominio postprandial, junto con hiporexia y pérdida de peso de hasta 20 kg en los

últimos tres meses. Se realiza estudio con analítica que destaca hipoproteïnemia (6 g/dl) con hipoalbuminemia (2,8 g/dl) y leve alteración del perfil hepático (GOT 48 U/L, GPT 58 U/L, GGT 188 U/L, FA 91 U/L) sin otras alteraciones significativas.

Dado la existencia de síntomas de alarma se decide realizar estudio endoscópico completo con gastroscopia y colonoscopia. En dicho estudio, se objetivan zonas parcheadas de eritema y mucosa blanquecina junto con úlceras-erosiones fibrinadas, algunas de ellas excavadas, con bordes congestivos, que sugieren un origen isquémico. Se localizan principalmente en cuerpo gástrico distal, antro gástrico, duodeno y colon ascendente (Figuras 2-5). El estudio histológico fue compatible con infiltrado inflamatorio crónico sin signos de metaplasia intestinal y colitis linfoplasmocítica en las muestras de colon proximal. Dada la inespecificidad de los hallazgos histológicos y la alta sospecha de trastorno isquémico subyacente se solicita AngioTC para completar el estudio etiológico.

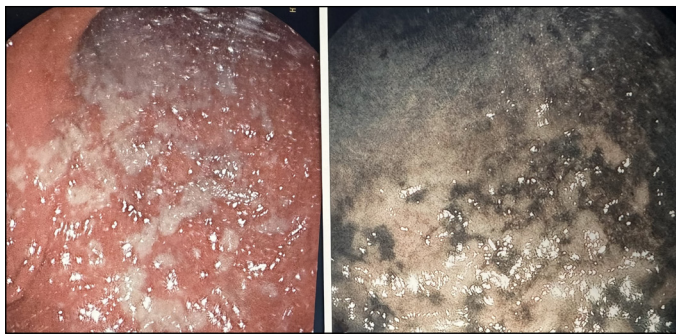


Figura 2. Mucosa gástrica distal en su unión con antro gástrico con zonas parcheadas de mucosa blanquecina más marcadas hacia curvatura menor y antro que impresionan de naturaleza isquémica visualizadas con luz blanca (izquierda) y con luz NBI (derecha).

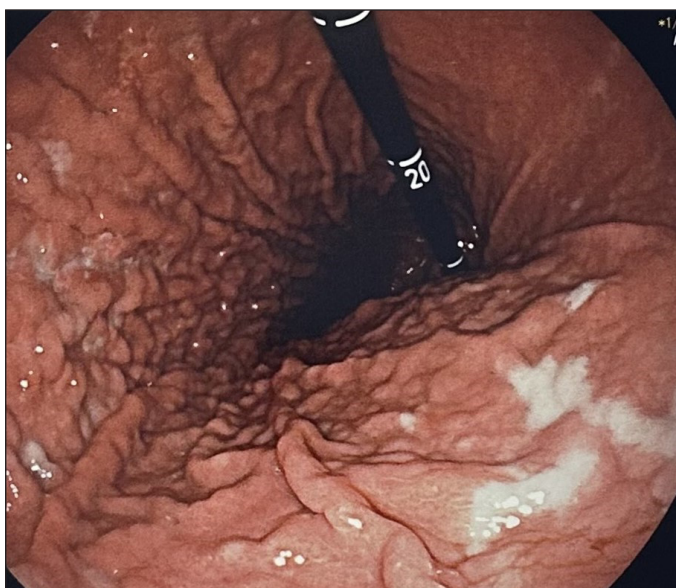


Figura 3. Imagen en retrovisión apreciando afectación de cuerpo gástrico distal, con respeto de fórnix y cuerpo gástrico proximal.



Figura 4. Segunda porción duodenal con áreas parcheadas de eritema y zonas de mucosa blanquecina, con úlceras-erosiones fibrinadas aisladas.



Figura 5. Colon ascendente proximal con áreas parcheadas de mucosa blanquecina y algunas erosiones fibrinadas aisladas, más marcadas en válvula ileocecal y ciego.

Pocos días después de la valoración en consulta, el paciente acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal intenso y vómitos alimenticios posprandiales, sin otros síntomas de interés. A la exploración presenta dolor generalizado a la palpación sin signos de peritonismo. Se realiza TC abdominal urgente que muestra una estenosis crítica en el origen del tronco celiaco con relleno filiforme de arterias distales y oclusión completa proximal de la arteria mesentérica superior con signos de repermeabilización distal por colaterales (hallazgo que sugiere cronicidad del cuadro isquémico), ambas oclusiones vasculares ocasionadas por placas de ateroma (Figura 6). Secundariamente se observan datos de hipoperfusión hepática y esplénica, sin asociar signos de sufrimiento de asas intestinales.



Figura 6. Reconstrucción de Angio-Tc con estenosis crítica en origen del tronco celiaco y oclusión proximal de arteria mesentérica superior con relleno filiforme de las arterias distales.

Se procede al ingreso del paciente optándose, inicialmente, por un tratamiento quirúrgico endovascular con intención de recanalizar la arteria mesentérica superior, el cual fracasa, con persistencia de síntomas abdominales posprandiales. Finalmente, se opta por recanalizar la arteria mesentérica superior mediante un bypass aorto-mesentérico, observándose posteriormente una leve mejoría clínica del paciente.

Actualmente, el paciente continúa en seguimiento en las consultas de Angiología y Cirugía Vascular. No obstante, dado que persiste el hábito tabáquico, han reaparecido los síntomas posprandiales, junto con un empeoramiento de las parestesias en los miembros inferiores.

Discusión

La isquemia mesentérica crónica (IMC) es una patología digestiva infraestimada, cuyo diagnóstico tardío asocia un mayor riesgo de discapacidad y mortalidad. La IMC se produce por causas oclusivas o no oclusivas, siendo la prevalencia global desconocida. En series forenses post-mortem se estima una prevalencia del 6-29%, superando el 67% en series de pacientes mayores de 80 años. No obstante, menos del 2% de los pacientes con estenosis críticas de los vasos mesentéricos presentarán síntomas dado que la vascularización intestinal se caracteriza por su circulación colateral². La Isquemia mesentérica crónica oclusiva puede ser secundaria a aterosclerosis, compresión del ligamento arcuato del diafragma, fibrodisplasia, así como, otras causas infrecuentes, como las vasculitis o la enfermedad trombótica. La arterioesclerosis es la etiología más frecuente, siendo

característica en mujeres y asociada a factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes, la dislipemia o los antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares⁴.

El síntoma más característico de la IMC es la aparición de dolor abdominal de predominio posprandial, comenzando 15-30 min tras la ingesta y de 2-4 horas de duración (74-100% de los casos). Por ello, el 90% de los pacientes finalmente generan fobia a comer, reduciendo la frecuencia y cantidad de sus ingestas. Secundariamente se produce una pérdida de peso involuntaria de hasta 15 kg (61-94% de los casos), completando así la tríada clínica característica: dolor abdominal de predominio postprandial, sitofobia y pérdida de peso⁵. Por ello, la IMC puede ser fácilmente confundible con un síndrome constitucional, también conocido como síndrome de astenia-anorexia-caquexia, cuyo criterio diagnóstico consiste en la pérdida de al menos el 5% del peso corporal durante mínimo 6 meses⁶. Aunque, se ha generalizado que tras todo síndrome constitucional subyace, a priori, un proceso neoplásico, no debemos olvidar otras entidades clínicas como las enfermedades digestivas no neoplásicas, destacando la IMC.

Existen múltiples algoritmos diagnósticos no estandarizados que recomiendan ante un síndrome constitucional la realización de pruebas de imagen (ecografía abdominal o TC de abdomen) y/o técnicas endoscópicas, con la finalidad de no infradiagnosticar causas digestivas de origen neoplásico o no neoplásico. Los hallazgos endoscópicos característicos de la IMC son edema (35%), eritema (42%), atrofia de la mucosa y erosiones o úlceras (60-80%); y suelen mostrar una afectación continua, en función del territorio vascular afecto².

El tratamiento de la IMC en fases precoces incluye el control de los factores de riesgo cardiovascular y la modificación de hábitos de vida, especialmente, el cese del tabaquismo. No obstante, ante la aparición de síntomas se recomienda un abordaje quirúrgico mediante procedimientos endovasculares o abiertos^{1,2}.

En conclusión, la IMC es una patología infrecuente con un elevado porcentaje de pacientes asintomáticos y cuya presentación clínica se asemeja al síndrome constitucional, debemos incorporarlo dentro del diagnóstico diferencial ante todo paciente con pérdida de peso involuntaria sobre todo si existen factores de riesgo cardiovascular añadidos. Por otro lado, a pesar de la inespecificidad de los hallazgos endoscópicos e histológicos, los endoscopistas debemos considerarla sobre todo si dichos hallazgos están limitados a

un territorio vascular concreto, como fue el caso de nuestro paciente y cuando se hayan descartado, otras causas más frecuentes como neoplasias, infección por *H. pylori* o consumo de antiinflamatorios no esteroideos. La alta sospecha clínica y los hallazgos endoscópicos fueron cruciales en este caso, pudiendo evitar las complicaciones y la alta morbimortalidad secundaria al retraso diagnóstico.

Bibliografía

1. Huber TS, Björck M, Chandra A, Clouse WD, Dalsing MC, Oderich GS, et al. Chronic mesenteric ischemia: Clinical practice guidelines from the Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg.* 2021;73:87-115.

2. Terlouw LG, Moelker A, Abrahamsen J, Acosta S, Bakker OJ, Baumgartner I, et al. European guidelines on chronic mesenteric ischaemia – joint United European Gastroenterology, European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, Netherlands Association of Hepatogastroenterologists, Hellenic Society of Gastroenterology, Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and Dutch Mesenteric Ischemia Study group clinical guidelines on the diagnosis and treatment of patients with chronic mesenteric ischaemia. *United European Gastroenterol J.* 2020;8:371-395.

3. Hernández Hernández JL, Matorras Galán P, Riancho Moral JA, González-Macías J. Espectro etiológico del síndrome general solitario. *Rev Clin Esp.* 2002;202:367-374.

4. Sardar P, White CJ. Chronic mesenteric ischemia: Diagnosis and management. *Prog Cardiovasc Dis.* 2021;65:71-75.

5. Del Río Solá ML, González-Fajardo JA, Vaquero Puerta C. Isquemia mesentérica crónica. *Angiología.* 2015;67:497-506.

6. Pérez Valero I, Gil Aguado A, Robles Marhuenda A, Ríos Blanco JJ. Actitud diagnóstica ante un paciente con síndrome constitucional. *JANO* 2005;69:51-56.