

rapd ONLINE

REVISTA ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

ORIGINAL

521

Tratamiento del divertículo de Zenker mediante Z-POEM: resultados a corto y largo plazo.

Treatment of Zenker's diverticulum using Z-POEM: short-term and long-term results.

Boyero Moreno P, Muñoz García-Borruel M, Rosón Rodríguez PJ, Jiménez García VA, Rodríguez Téllez M

532

Manifestaciones gastrointestinales del síndrome de nevus azul en tetina de goma: reporte de caso y revisión de la literatura.

Gastrointestinal manifestations of blue rubber bleb nevus syndrome: a case report and literature review.

Lorente Martínez MA, Baute Trujillo EA, Moreno Barrueco M, Martín Navas MA, Candel Erenas JM

CASO CLÍNICO

526

Más allá del *Helicobacter pylori*: linfoma T gástrico como causa inusual de hemorragia digestiva.

Beyond Helicobacter pylori: gastric T-cell lymphoma as an unusual cause of gastrointestinal bleeding.

Plaza Fernández A, Fernández Carrasco M, Rodríguez Mateu A

535

Hemorragia digestiva recidivante por varices fúndicas secundario a hipertensión portal izquierda tras pancreatomecía corporocaudal: esplenectomía como tratamiento definitivo.

Recurrent digestive hemorrhage due to fundic varices secondary to left-sided portal hypertension after distal pancreatectomy: splenectomy as definitive treatment.

Fernandez Carrasco M, Plaza Fernández A, Sánchez Tripiana M, Diéguez Castillo C

529

Esofagitis disecante superficial en paciente VIH con antecedente de consumo de tóxicos

Esophagitis dissecans superficialis in an HIV patient with a history of substance abuse

León Sanjuan GF, García Martínez A, Benavente Oyega MA

IMAGEN DEL MES

538

Quiste de colédoco tipo IVA diagnosticado en edad adulta

Type IVA choledochal cyst diagnosed in adulthood

Cano de la Cruz JD, Sánchez Sánchez MI, Diego Martínez R, Bravo Aranda AM



ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTORA

Á. Pérez Aísa

FEA. H Universitario Costa del Sol. 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. H Universitario Costa del Sol. Málaga.

A. Caballero Mateos

Hospital Santa Ana. Motril. 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 Gavilán

FEA. H Universitario Costa del Sol. 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 Cadiz.

S. Navarro Serrato

Hospital Quirón Salud Córdoba

M. Ojeda Hinojosa

Complejo Hospitalario de Jaen. Jaen.

R.V. Olmedo Martín

Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

G. Ontanilla Clavijo

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

S. Reina Serrano

FEA. Hospital Poniente. Almería.

M. Rivas Rivas

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

R. Rivera Irigoien

FEA. Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.

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 Universitario Costa del Sol. Málaga.

A. Selfa Muñoz

FEA. Hospital San Cecilio Clinical. 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.

C. Verdejo Gil

FEA. Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.

>> Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva

PRESIDENTE

J. Ampuero Herrojo

DIRECTORA REVISTA RAPD ONLINE

A. Pérez Aísa

VICEPRESIDENTA

A. Bejarano García

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

F.J. García Fernández

SECRETARIO

JM. Pérez Pozo

PRESIDENTA COMITÉ CIENTÍFICO

M. Casado Martín

TESORERA

M. García Cortes

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

>> Coordinadores de grupos de trabajo

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R.V. Olmedo Martín

HEPATOLOGÍA

M. Estévez Escobar

CÁNCER COLORRECTAL

JJ. Puente Gutiérrez

TRASTORNOS FUNCIONALES

I. Grilo Bensuan

ENDOSCOPIA

M. Rodríguez Ramos

PÁNCREAS

C. Ortiz Moyano

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: briones@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 deber ser superior a 10 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los vídeos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. No deben exceder de 2GB.

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

- Datos generales:

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

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

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

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

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

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

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

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

pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 3 autores, excepto en casos concretos y razonados.

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

- Datos generales:

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

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

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

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

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

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

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

- Datos generales:

- 1º Nombre del área bibliográfica revisada y periodo analizado.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Descripción del material bibliográfico analizado.
- 3º Comentarios críticos sobre los resultados contenidos en los trabajos seleccionados.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo). Si se han elegido dos o más originales para el análisis, es aconsejable dividir la sección, en apartados a criterio de los autores.
- 5º Pies de figuras.
- 6º Tablas y Figuras de texto.

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

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

- **Datos generales:**

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

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

- 1º Texto del manuscrito.
- 2º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

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

Unidades, nombres genéricos y abreviaturas:

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

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

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

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

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

bibliográfica incluya más de 6 autores, se citarán los 6 primeros, seguido este último autor de la abreviatura et al.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Klin M, Kaplowitz N. Differential susceptibility of hepatocystesto TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. *Hepatology* 1998; 28(Suppl):310A.

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

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

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

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

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

Figuras, tablas y videos: la iconografía, tanto si se trata de fotografías, radiografías, esquemas o gráficos, se referirán bajo el nombre genérico de "Figura". Las referencias a las figuras, tablas y videos, deberán ir resaltadas en negrita. Se enumerarán con números arábigos, de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Los paneles de dos o más fotografías agrupadas se considerarán una única figura, pudiendo estar referenciadas como "Figuras 1A, 1B, 1C".

- **Fotografías:** las fotografías se enviarán en formato digital TIFF (.TIF), JPEG (.JPG) o BMP, en blanco y negro o color, bien contrastadas, con una resolución adecuada (preferentemente 150-300 puntos por pulgada). En el caso de archivos JPEG deberá usarse la compresión mínima para mantener la máxima calidad, es decir en un tamaño no reducido.

Las imágenes de radiografías, ecografías, TAC y RM, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse en escala de grises y guardarse en formato JPG.

Las imágenes de endoscopia y otras técnicas que generen imágenes en color, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse a color.

Los detalles especiales se señalarán con flechas, utilizando para éstos y para cualquier otro tipo de símbolos el trazado de máximo contraste respecto a la figura.

Los ficheros de las Figuras estarán identificadas de acuerdo con su orden de aparición en el texto, con el nombre del fichero, su número y apellidos del primer firmante (Ej.: fig1_Gómez.jpg) o título del artículo. Cada imagen debe llevar un pie de figura asociado que sirva como descripción. Los pies de figura, se deben entregar en un documento de texto aparte haciendo clara referencia a las figuras a las que se refieren. Las imágenes podrán estar insertadas en los archivos de Word/PowerPoint para facilitar su identificación o asociación a los pies de figura, pero siempre deberán enviarse, además, como imágenes separadas en los formatos mencionados.

Las fotografías de los pacientes deben evitar que estos sean identificables. En el caso de no poderse conseguir, la publicación de la fotografía debe ir acompañada de un permiso escrito (Modelo Formulario permisos Fotografías).

- **Esquemas, dibujos, gráficos y tablas:** los esquemas, dibujos, gráficos y tablas se enviarán en formato digital, como imágenes a alta resolución o de forma preferente, en formato Word/PowerPoint con texto editable. No se admitirán esquemas, dibujos, gráficos o figuras escaneadas de otras publicaciones. Para esquemas, dibujos, gráficos, tablas o cualquier otra figura, deberá utilizarse el color negro para líneas y texto, e incluir un fondo claro, preferiblemente blanco. Si es necesario usar varios colores, se usarán colores fácilmente diferenciables y con alto contraste respecto al fondo. Los gráficos, símbolos y letras, serán de tamaño suficiente para poderse identificar claramente al ser reducidas. Las tablas deberán realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).

- **Videos:** los videos deberán aportarse en formato AVI o MPEG, procesados con los codec CINEPAC RADIUS o MPEG y a una resolución de 720x576 ó 320x288. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su duración, que no debe ser superior a 2 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los videos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. Para la inclusión de videos en los artículos, deberá obtener autorización previa del comité editorial.

Derechos de Autor

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

Usos Permitidos

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

Licencia de publicación

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

Términos

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

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

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

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

This work is licensed under

CC BY-NC-ND 4.0

Fotografías de pacientes o relacionadas con la salud

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

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

Conflicto de intereses

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

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

Revisión y Rectificación

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

Normas Éticas

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

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

Otros documentos y normas éticas:

- **Investigación en seres humanos:** Las publicaciones sobre investigación en humanos, deben manifestar en un sitio destacado del original que: a) se ha obtenido un consentimiento informado escrito de cada paciente, b) El protocolo de estudio esta conforme con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975 (Declaración de Helsinki 1975) y ha sido aprobado por el comité ético de la institución donde se ha realizado el estudio.
- **Investigación en animales:** Los estudios con animales de experimentación, deben manifestar en un sitio destacado del original que estos reciben los cuidados acordes a los criterios señalados en la "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" redactada por la National Academy of Sciences y publicada por el National Institutes of Health (<https://www.nap.edu/read/5140/chapter/1>).

- **Ensayos clínicos controlados:** La elaboración de ensayos clínicos controlados deberá seguir la normativa CONSORT, disponible en: <http://www.consort-statement.org> y estar registrado antes de comenzar la inclusión de pacientes.

- **Los datos obtenidos mediante microarray:** Deben ser enviados a un depósito como Gene Expression Omnibus o ArrayExpress antes de la remisión del manuscrito.

Protección de datos

Los datos de carácter personal que se solicitan a los autores van a ser utilizados por la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), exclusivamente con la finalidad de gestionar la publicación del artículo enviado por los autores y aceptado en la RAPD online. Salvo que indique lo contrario, al enviar el artículo los autores autorizan expresamente que sus datos relativos a nombre, apellidos, dirección postal institucional y correo electrónico sean publicados en la RAPD online, eventualmente en los resúmenes anuales publicados por la SAPD en soporte CD, así como en la página web de la SAPD y en Medline, u otras agencias de búsqueda bibliográfica, a la que la RAPD online pueda acceder.

Estadísticas

No es el objetivo de la RAPD online, una exhaustiva descripción de los métodos estadísticos empleados en la realización de un estudio de investigación, pero sí precisar algunos requisitos que deben aparecer en los manuscritos como normas de buena práctica. Si los autores lo desean pueden consultar un documento básico sobre esta materia en: Bailar JC III, Mosteller F. Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations (https://www.sapd.es/pdf/guidelines_statistical_articles_medical_journals.pdf). Ann Intern Med 1988; 108:266-73.

- Los métodos estadísticos empleados, así como los programas informáticos y el nombre del software usados deben ser claramente expresados en la Sección de Material y Métodos.

- Para expresar la media, la desviación standard y el error standard, se debe utilizar los siguientes formatos: "media (SD)" y "media \pm SE." Para expresar la mediana, los valores del rango intercuartil (IQR) deben ser usados.

- La P se debe utilizar en mayúsculas, reflejando el valor exacto y no expresiones como menos de 0.05, o menos de 0.0001.

- Siempre que sea posible los hallazgos (medias, proporciones, odds ratio y otros) se deben cuantificar y presentar con indicadores apropiados de error, como los intervalos de confianza.

- Los estudios que arrojen niveles de significación estadística, deben incluir el cálculo del tamaño muestral. Los autores deben reseñar las pérdidas durante la investigación, tales como los abandonos en los ensayos clínicos.

Cargos de autor

La revista no tiene cargos de ningún tipo.

TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER MEDIANTE Z-POEM: RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO.

Treatment of Zenker's diverticulum using ZPOEM: short-term and long-term results.

Boyero Moreno P¹, Muñoz García-Borrueal M¹, Rosón Rodríguez PJ², Jiménez García VA¹, Rodríguez Téllez M¹

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

HOSPITAL VITHAS XANIT BENALMÁDENA. MÁLAGA.

Resumen

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una patología con una baja incidencia, suele ser asintomático y si presenta clínica, lo más frecuente es la regurgitación de alimentos y la disfagia. Dentro de las estrategias terapéuticas existen técnicas quirúrgicas y endoscópicas. Las técnicas endoscópicas suelen ser de elección, la septotomía endoscópica flexible (FESD) es la más frecuente. La miotomía peroral endoscópica (Z-POEM) ofrece beneficios respecto a las previas al obtener una miotomía más controlada y completa, reducir el riesgo de complicaciones y las tasas de recurrencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluye los pacientes tratados con Z-POEM entre enero de 2022 y julio de 2024, con un seguimiento medio de 1 año. Se analizaron variables clínicas basales y de respuesta a tratamiento, técnicas y de seguridad.

Resultados: se incluyeron 8 pacientes con una edad media de 69.35 ± 10.11 años. El tamaño medio del divertículo fue de 3.62 ± 1.4 cm. La tasa de éxito técnico fue del 100%, la de éxito clínico fue del 87.5% a los 3 meses y del 42.86% a los 12 meses. Tres pacientes requirieron reintervención endoscópica. Se registró un caso de sangrado intraprocedimiento resuelto endoscópicamente y un paciente con disfonía autolimitada.

Conclusiones: el Z-POEM puede ser una opción terapéutica eficaz y segura para el tratamiento del DZ. En caso de reintervención endoscópica, se puede optar por otro Z-POEM o una técnica alternativa (FESD).

Palabras clave: Divertículo de Zenker, Z-POEM, miotomía, endoscopia.

Paula Boyero Moreno
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.
paulaboy98@gmail.com

Boyero Moreno P, Muñoz García-Borrueal M, Rosón Rodríguez PJ, Jiménez García VA, Rodríguez Téllez M.
Tratamiento del divertículo de Zenker mediante ZPOEM: resultados a corto y largo plazo.
RAPD 2025;48(6):521-525. DOI: 10.37352/2025486.1

Abstract

Introduction: Zenker's diverticulum (ZD) is a condition with a low incidence, typically asymptomatic, and when symptoms are present, the most common are food regurgitation and dysphagia. Therapeutic strategies include surgical and endoscopic techniques. Endoscopic techniques are usually preferred, with flexible endoscopic septotomy (FESD) being the most common. Peroral endoscopic myotomy (Z-POEM) offers advantages over previous techniques by providing a more controlled and complete myotomy, reducing the risk of complications and recurrence rates.

Material and methods: This is a unicentric retrospective study including patients treated with Z-POEM between January 2022 and July 2024, with a mean follow-up of 1 year. Baseline clinical variables, treatment response, techniques, and safety were analyzed.

Results: A total of 8 patients were included, with a mean age of 69.35 ± 10.11 years. The average diverticulum size was 3.62 ± 1.4 cm. The technical success rate was 100%, the clinical success rate was 87.5% at 3 months, and 42.86% at 12 months. Three patients required reintervention endoscopically. One case of intraprocedural bleeding was recorded, which was resolved endoscopically, and one patient experienced self-limited dysphonia.

Conclusions: Z-POEM may be an effective and safe therapeutic option for the treatment of ZD.

In the case of endoscopic reintervention, another Z-POEM or an alternative technique (FESD) can be considered.

Keywords: Zenker's diverticulum, Z-POEM, myotomy, endoscopy.

Listado de abreviaturas

DZ: divertículo de Zenker, FESD: septotomía flexible endoscópica, Z-POEM: miotomía peroral endoscópica.

Introducción

El divertículo de Zenker (DZ) es una herniación de la pared posterior faríngea que ocurre en un área de debilidad del músculo constrictor inferior faríngeo. La orientación de las fibras musculares crean un triángulo, conocido como triángulo de Killian donde se forma el divertículo¹. La incidencia ronda el 0.01-0.11% y es más frecuente en pacientes varones de edad

avanzada². Los DZ suelen ser asintomáticos y si presentan clínica, lo más frecuente es la regurgitación de los alimentos no digeridos y la disfagia y otros como la tos crónica, las náuseas y vómitos, la neumonía de repetición y broncoaspiración y la pérdida de peso.

El tratamiento está indicado cuando existe sintomatología y dentro de las estrategias terapéuticas existen técnicas quirúrgicas y endoscópicas. Las quirúrgicas se realizan mediante cirugía transcervical, son más invasivas y presentan mayores tasas de complicaciones, por ello, las técnicas endoscópicas suelen ser de elección.

Las técnicas endoscópicas pueden realizarse con endoscopio rígido y con endoscopio flexible, La septostomía endoscópica rígida requiere colocar el cuello del paciente en hiperextensión, precisa anestesia general y la suelen realizar los otorrinolaringólogos. La septotomía flexible endoscópica (FESD) es la técnica más frecuente y suele presentar menor número de complicaciones comparada con la endoscopia rígida³.

La septotomía flexible endoscópica (FESD) se realiza con la ayuda de un diverticuloscopeco, que es un sobretubo que posee en su extremo una porción más larga que se posiciona en el esófago y otra más corta que se coloca hacia el divertículo, aumentando la estabilidad de la posición, dejando expuesto el septo y protegiendo las paredes diverticular y esofágica. Una vez colocado de forma adecuada se realiza la septotomía utilizando "kneedle knives" o bisturíes tipo tijeras y se cierra el defecto mucoso con clips.

La miotomía peroral endoscópica sobre el Zenker, denominada Z-POEM, se trata de una técnica de tercer espacio derivada del POEM esofágico y los materiales que se necesitan son similares a los de dicho procedimiento. Consiste en la realización de una mucosotomía en el tabique previa creación de habón submucoso con suero fisiológico u otras sustancias coloides y posterior tunelización submucosa a ambos lados del septo (diverticular y esofágico). Una vez que el músculo cricofaríngeo esté completamente expuesto se realiza la miotomía, ampliándose hasta 2-3 cm distal al fondo del divertículo. Posteriormente se cierra la mucosotomía con clips, siendo recomendable diseccionar el "flap" mucoso en divertículos grandes.

La FESD ofrece tasas de éxito técnico en torno al 90% y de éxito clínico entre el 56% y el 90%, con unas tasas de recurrencia del 10-30% y de efectos adversos del 11%⁴. En el Z-POEM se han descrito tasas de éxito técnico del 90-100%, de éxito clínico en torno al 90% y unas tasas de recurrencia del

0-14.7% con aparición de complicaciones entre el 6.7-11%⁴. Esta última técnica ofrece beneficios respecto a las previas ya que permite obtener una miotomía más controlada y completa, reduce el riesgo de perforación y mediastinitis al conservar la mucosa y tiene menores tasas de recurrencia⁵.

Las complicaciones más frecuentes son el enfisema y la perforación. Aunque también se puede producir neumoperitoneo, neumomediastino, neumonía por aspiración, fiebre y sangrado⁵.

De acuerdo con la clasificación propuesta por Kaminski et al.⁶ el tamaño del divertículo podría orientar la elección de la estrategia terapéutica más adecuada. En casos de divertículos pequeños, que serían aquellos menores a 2 cm, debido a que suelen tener un septo corto y grueso, con un divertículo poco profundo que compromete la maniobrabilidad e impide o dificulta el uso del diverticuloscoPIO la literatura sugiere que el Z-POEM suele ser la opción preferida. En divertículos, entre 2 y 5 cm, que son más frecuentes y suelen tener un septo de grosor intermedio, se sugiere que ambas terapias, Z-POEM y FESD, pueden considerarse válidas. En divertículos grandes (mayores a 5 cm), que suelen presentar septos delgados y largos se sugiere realizar Z-POEM con una incisión intencional (resección mucosa) del colgajo mucoso redundante para reducir el septo mucoso restante y evitar síntomas tras el tratamiento.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la eficacia y seguridad del Z-POEM como tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo unicéntrico que incluye los pacientes tratados con Z-POEM entre enero de 2022 y julio de 2024, con un seguimiento medio de 1 año. Se analizaron variables clínicas basales y de respuesta a tratamiento, variables técnicas y de seguridad.

Resultados

Se incluyeron un total de 8 pacientes con divertículo de Zenker tratados mediante Z-POEM, con una edad media de 69.35 ± 10.11 años, siendo el 62.5% mujeres. El tamaño medio del divertículo fue de 3.62 ± 1.4 cm. Siete pacientes no habían recibido nunca tratamiento y uno había sido tratado previamente mediante FESD con ligasure y con SB-Knife.

Todos los procedimientos se realizaron bajo intubación orotraqueal y con antibioterapia profiláctica en sala y pauta corta tras el procedimiento.

Respecto a la técnica se utilizó bisturí Hybrid-knife® tipo T en todos los casos excepto en uno que fue el tipo I. La fuente de diatermia utilizada fue VIO3 (ERBE), con modos Endocut I 2-2 y Precise Sect 4-4.5. La miotomía se prolongó de 2 a 3 cm por debajo del fondo diverticular y el cierre de la mucosotomía se realizó con hemoclips de 11 mm en todos los casos, precisando una media de 5 clips.

Como complicaciones inmediatas hubo un caso de sangrado durante el túnel submucoso esofágico que se resolvió endoscópicamente con pinza hemostática. Como complicaciones tardías se describió un cuadro de disfonía autolimitado.

El éxito técnico fue del 100%. El éxito clínico valorado como la desaparición por completo de la sintomatología fue del 87.5% a los 3 meses, del 75% a los 6 meses y del 42.86% a los 12

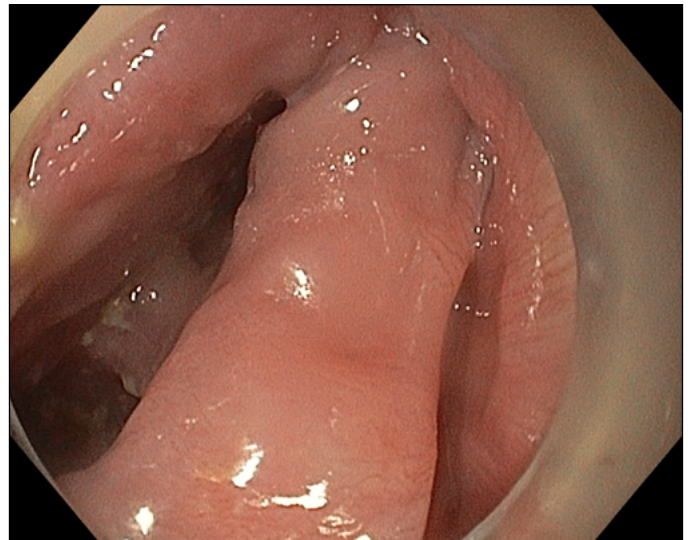


Figura 1. Septo diverticular.



Figura 2. Z-POEM: miotomía.

meses. Tres pacientes requirieron reintervención endoscópica, uno de ellos mediante nuevo Z-POEM y los otros dos con SB-Knife; respondiendo clínicamente uno de los pacientes tratados con SB-Knife y el otro tratado con el segundo Z-POEM.

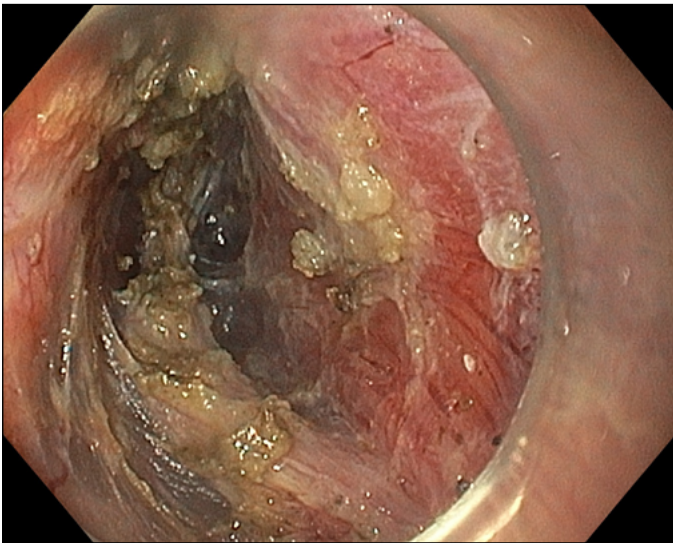


Figura 3. Z-POEM: miotomía completa.

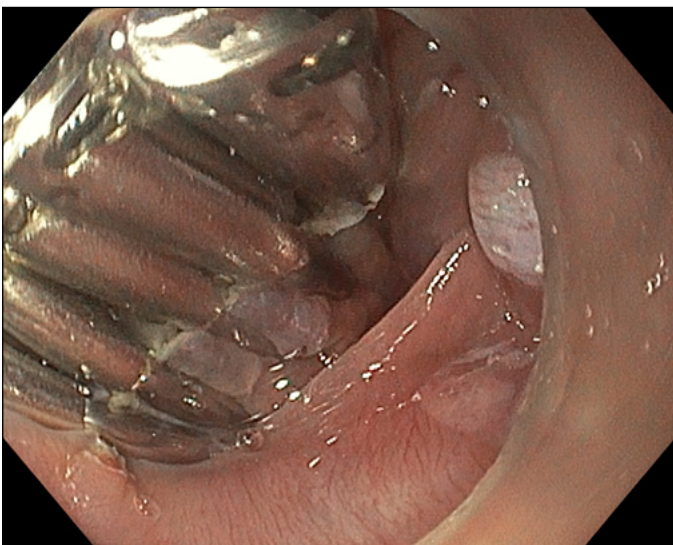


Figura 4. Z-POEM: cierre de mucosotomía con clips.

Discusión

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran una tasa de éxito técnico del 100%, lo cual es consistente con la alta efectividad de la técnica Z-POEM reportada en la literatura. Sin embargo, el éxito clínico observado en nuestra serie fue inferior al descrito en estudios previos, con una resolución completa de la sintomatología en el 87.5% de los pacientes a los tres meses, pero con una disminución de este porcentaje a los seis y doce meses (75% y 42.86%, respectivamente). Es importante destacar que la definición de éxito clínico varía considerablemente entre los diferentes estudios. En muchos trabajos, el éxito clínico se mide utilizando escalas de disfagia

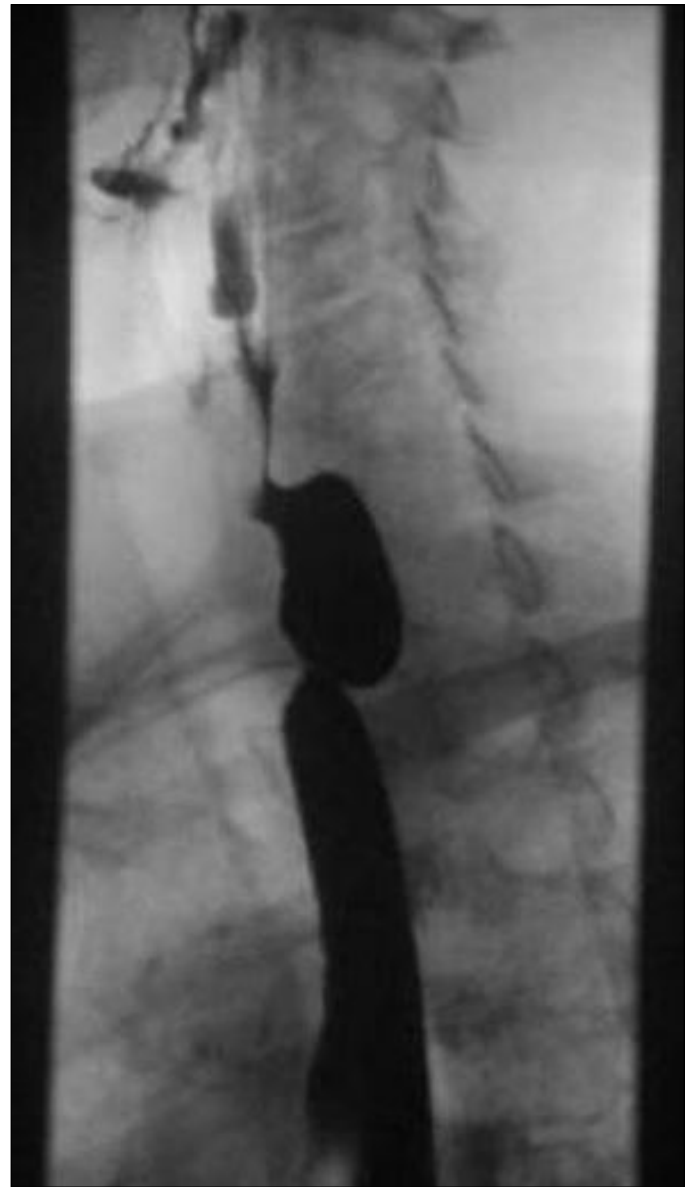


Figura 5. Esófagograma con bario vista lateral previa a la realización de Z-POEM.

y valorando la mejora en los síntomas, mientras que en nuestra investigación lo definimos como la ausencia total de sintomatología, siendo este un criterio más estricto y, por lo tanto, pudiendo haber influido en los resultados observados.

Además, el tamaño muestral reducido de nuestro estudio podría haber influido en la generalización de los resultados. Aunque la eficacia clínica en términos de resolución completa de los síntomas es ligeramente inferior a lo reportado en otros estudios, la técnica de Z-POEM demostró ser segura y efectiva para el tratamiento del divertículo de Zenker, con solo un caso de sangrado durante la intervención y un caso de disfonía autolimitada como complicación tardía.

Según la literatura actual, el Z-POEM se describe como una opción más controlada, menos invasiva y con resultados no inferiores a la FESD, lo que lo posiciona como una excelente



Figura 6. Esófagograma con bario vista lateral posterior a la realización de Z-POEM.

alternativa para el tratamiento de esta patología. A pesar de que el DZ es poco frecuente, cuando presenta sintomatología, puede afectar significativamente a la calidad de vida de los pacientes, lo que resalta la importancia de contar con técnicas efectivas y seguras como el Z-POEM.

En nuestra muestra, menos del 50% de los pacientes requirió reintervención endoscópica, lo que sugiere que la técnica, aunque efectiva, no garantiza una solución permanente en todos los casos. Esta necesidad de reintervención podría estar relacionada con la naturaleza de la patología, la variabilidad en el tamaño y las características

del divertículo, factores que no siempre permiten una solución definitiva en un solo procedimiento. Actualmente en nuestro grupo hemos modificado levemente la técnica, realizando tunelización y miotomías más largas, así como disección final del “flap” mucoso, obteniendo resultados más satisfactorios. No obstante, se requieren más estudios con un mayor tamaño muestral y seguimiento a largo plazo para evaluar la durabilidad de los resultados y determinar factores predictivos que puedan influir en el éxito del tratamiento.

Conclusiones

El Z-POEM puede ser una opción terapéutica eficaz y segura para el tratamiento del divertículo de Zenker. En caso de reintervención endoscópica, se puede optar por la realización de otro Z-POEM o bien una técnica alternativa (FESD).

Bibliografía

1. Norton B, Siggens K, Papaefthymiou A, Telese A, Duku M, Murino A, et al. The safety and efficacy of endoscopic approaches for the management of Zenker's diverticulum: a multicentre retrospective study. *Surg Endosc.* 2024 Oct;38(10):5842-5850. doi: 10.1007/s00464-024-11164-4.
2. Murat Buyruk A, Erdoğan Ç. Efficacy and Safety of Peroral Endoscopic Myotomy in the Treatment of Zenker's Diverticulum: A Single-Center Experience. *Turk J Gastroenterol.* 2024 Feb;35(2):119-124. doi: 10.5152/tjg.2024.23402.
3. Al Ghamdi S.S., Farha J., Moran R.A., Pioche M., Moll F., Yang D.J., et al. Zenker's peroral endoscopic myotomy, or flexible or rigid septotomy for Zenker's diverticulum: A multicenter retrospective comparison. *Endoscopy.* 2022;54:345-351. doi: 10.1055/a-1518-7223.
4. Dell'Anna G, Fasulo E, Fanizza J, Barà R, Vespa E, Barchi A, et al. The Endoscopic Management of Zenker's Diverticulum: A Comprehensive Review. *Diagnostics (Basel).* 2024 Sep 27;14(19):2155. doi: 10.3390/diagnostics14192155.
5. Mandarino FV, Vespa E, Barchi A, Fasulo E, Sinagra E, Azzolini F, Danese S. Precision Endoscopy in Peroral Myotomies for Motility Disorders of the Upper Gastrointestinal Tract: Current Insights and Prospective Avenues-A Comprehensive Review. *Life (Basel).* 2023 Oct 31;13(11):2143. doi: 10.3390/life13112143.
6. Kaminski MF, Budnicka A, Przybysz A, Pilonis ND. Traditional septotomy or Z-POEM for Zenker's diverticulum. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2024 Aug;71:101943. doi: 10.1016/j.bpg.2024.101943.

MÁS ALLÁ DEL HELICOBACTER PYLORI: LINFOMA T GÁSTRICO COMO CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.

Beyond Helicobacter pylori: gastric T-cell lymphoma as an unusual cause of gastrointestinal bleeding.

Plaza Fernández A, Fernández Carrasco M, Rodríguez Mateu A

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECARDENAS ALMERÍA.

Resumen

El linfoma gástrico primario de células T es una neoplasia poco frecuente y agresiva, de presentación clínica inespecífica. Describimos el caso de un paciente de 75 años que debutó con hemorragia digestiva alta secundaria a una masa gástrica cuyo estudio histológico confirmó un linfoma T de alto grado. Este caso destaca la necesidad de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones gástricas hemorrágicas.

Palabras clave: linfoma T gástrico, hemorragia digestiva.

Abstract

Primary gastric T-cell lymphoma is a rare and aggressive neoplasm with nonspecific clinical presentation. We report

the case of a 75-year-old patient who presented with upper gastrointestinal bleeding secondary to a gastric mass, with histological analysis confirming a high-grade T-cell lymphoma. This case highlights the importance of considering this entity in the differential diagnosis of hemorrhagic gastric lesions.

Keywords: gastric T-cell lymphoma, gastrointestinal bleeding.

Introducción

Los linfomas gástricos primarios representan un pequeño porcentaje de las neoplasias gástricas y, dentro de ellos, los linfomas de células B, como el linfoma MALT y el linfoma difuso

Ana Plaza Fernández
Hospital Universitario Torrecardenas
anplafdez@gmail.com

Plaza Fernández A, Fernández Carrasco M, Rodríguez Mateu A.
Más allá del Helicobacter pylori: linfoma T gástrico como causa inusual de hemorragia digestiva. RAPD 2025;48(6):526-528. DOI: 10.37352/2025486.2

CASO CLÍNICO

de células grandes B, son los más frecuentes. En contraste, el linfoma gástrico primario de células T es extremadamente raro y representa un desafío diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica. Presentamos un caso clínico de debut en forma de hemorragia digestiva.

Caso clínico

Paciente de 75 años con antecedente de infección por *Helicobacter pylori* erradicada años atrás y carcinoma urotelial resecaado y actualmente en remisión. No presentaba enfermedades autoinmunes ni infecciones virales conocidas. En los meses previos al ingreso refería astenia progresiva y pérdida ponderal de unos 6 kg, sin otros síntomas digestivos relevantes. Acudió al servicio de urgencias por un episodio de hematemesis asociado a síncope. En la analítica se objetivó anemia en rango transfusional y se realizó una gastroscopia urgente que evidenció, en el cuerpo gástrico a nivel de la curvatura mayor, una gran masa infiltrativa ulcerada, de bordes irregulares y friables, con sangrado activo en babeo. Se realizó control hemostático mediante escleroterapia con adrenalina y aplicación de polvos hemostáticos. Posteriormente, el paciente presentó un nuevo episodio de hematemesis con inestabilidad hemodinámica, por lo que se realizó una angio-tomografía computerizada (TC) que evidenció sangrado activo desde la lesión gástrica y dada la inestabilidad se indicó cirugía urgente, practicándose una gastrectomía parcial con control del foco hemorrágico mediante sutura hemostática. Posteriormente durante el ingreso revisando las imágenes del TC previo se observó infiltración de cola de páncreas y arteria esplénica, además de adenopatías perigástricas y retroperitoneales, sin afectación a distancia (Figuras 1 y 2). El análisis histológico mostró una proliferación linfoide difusa de células T de alto grado, con positividad para CD3 y CD7, y negatividad para marcadores B,



Figura 1. Imagen de TC que muestra neoplasia gástrica con extensión transmural y pérdida del plano graso de separación con cola del páncreas y arteria esplénica por infiltración de las mismas.

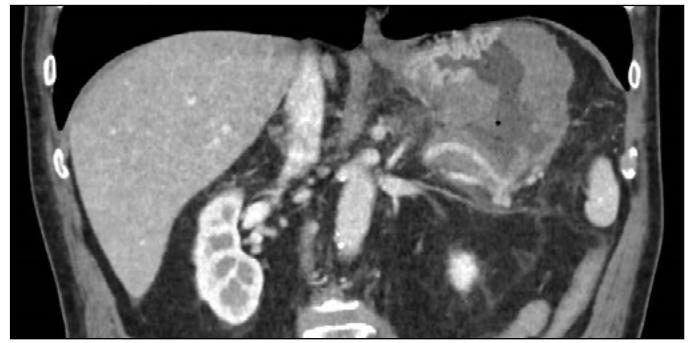


Figura 2. TC de abdomen (corte coronal) que muestra la neoplasia gástrica en íntimo contacto con la arteria esplénica y la cola del páncreas.

confirmando el diagnóstico de linfoma gástrico de células T. El paciente fue derivado a Hematología, iniciándose tratamiento con quimioterapia sistémica (CHOP modificado). La evolución inicial fue favorable, con buena respuesta clínica y sin nuevos episodios hemorrágicos durante el seguimiento a corto plazo.

Discusión

El linfoma gástrico primario de células T es una neoplasia extremadamente infrecuente, con una incidencia muy baja en comparación con los linfomas de estirpe B, entre los que el linfoma MALT es el subtipo más común^{1,2}. A diferencia de estos, su asociación con *Helicobacter pylori* no está bien establecida, aunque se ha vinculado a infecciones virales como HTLV-1, VHB, VHC o VIH, y a enfermedades autoinmunes^{2,3}.

La presentación clínica suele ser inespecífica, predominando síntomas como dolor abdominal, pérdida de peso y astenia. La hemorragia digestiva, como en nuestro caso, es una forma de debut poco habitual⁴. Endoscópicamente, estos linfomas pueden adoptar múltiples formas: masas infiltrantes, úlceras o engrosamiento de pliegues⁵.

El diagnóstico requiere biopsia con estudio inmunohistoquímico, siendo característico el fenotipo CD3+ y CD20-. La ecoendoscopia permite valorar la afectación transmural y la linfadenopatía locorregional, mientras que la TC es esencial para valorar la enfermedad a distancia. El tratamiento se basa habitualmente en quimioterapia, con esquemas como CHOP, aunque la evolución suele ser agresiva y el pronóstico reservado^{2,4}.

En conclusión, el linfoma gástrico primario de células T es una entidad rara de diagnóstico complejo. Su presentación atípica, como la hemorragia digestiva, requiere un alto índice de sospecha para un abordaje diagnóstico y terapéutico oportuno.

Bibliografía

1. Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, Dalia S. Primary gastric lymphoma: epidemiology, clinical diagnosis, and treatment. *Cancer Control*. 2018 Jan-Mar;25(1):1073274818778256. doi:10.1177/1073274818778256.
2. Zhang M, Xiao F, Lin M, Chen M, Hou J, Huang H. The epidemiology and prognosis of patients with primary gastric T-cell lymphoma in the SEER program. *Cancer Med*. 2023 Jan;12(1):84-98. doi:10.1002/cam4.4936.
3. Riveros Anglas ME, Del Castillo Glenny R, Cerrillo G. Linfoma gástrico primario a células T, no asociado a HTLV1, con presentación inicial de fractura patológica. Reporte de caso. *Acta Med Peruna*. 2023 Jul-Sep;40(3):256-261. doi:10.35663/amp.2023.403.2583.
4. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011 Feb 14;17(6):697-707. doi:10.3748/wjg.v17.i6.697.
5. Iwamizu-Watanabe S, Yamashita Y, Yatabe Y, Nakamura S, Mori N. Frequent expression of CD30 antigen in the primary gastric non-B, non-Hodgkin lymphomas. *Pathol Int*. 2004 Jul;54(7):503-509. doi:10.1111/j.1440-1827.2004.01657.x.

ESOFAGITIS DISECANTE SUPERFICIAL EN PACIENTE VIH CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE TÓXICOS

Esophagitis dissecans superficialis in an HIV patient with a history of substance abuse

León Sanjuan GF, García Martínez A, Benavente Oyega MA

HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ.

Resumen

La esofagitis disecante superficial es una entidad poco frecuente y a menudo infradiagnosticada, cuyo diagnóstico se fundamenta en hallazgos endoscópicos característicos.

Presentamos el caso de un varón de 58 años, con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) estadio C3 y antecedente de consumo diario de cannabis, cocaína y heroína inhalada. Ingresó por neumonía neumocócica, candidiasis orofaríngea y caquexia. El TAC torácico evidenció engrosamiento de pared esofágica distal. La endoscopia mostró una lesión circunferencial descamativa y friable compatible con esofagitis disecante superficial. Las biopsias descartaron malignidad e infección viral.

El diagnóstico compatible fue de esofagitis disecante superficial probablemente secundaria a consumo crónico de tóxicos.

Palabras clave: esofagitis disecante superficial, inmunosupresión, tóxicos.

Abstract

Esophagitis dissecans superficialis is a rare and often underdiagnosed entity, whose diagnosis relies on characteristic endoscopic findings.

Gloria Francisca León Sanjuan
Hospital de Jerez, Cádiz
glorialeon36@gmail.com

León Sanjuan GF, García Martínez A, Benavente Oyega MA.
Esophagitis disecante superficial en paciente VIH con antecedente de consumo de tóxicos.
RAPD 2025;48(6):529-531. DOI: 10.37352/2025486.3

CASO CLÍNICO

We present the case of a 58-year-old man with stage C3 human immunodeficiency virus (HIV) infection and a history of daily inhaled cannabis, cocaine, and heroin use. He was admitted with pneumococcal pneumonia, oropharyngeal candidiasis, and cachexia. Chest CT revealed thickening of the distal esophageal wall. Endoscopy demonstrated a circumferential desquamative and friable lesion consistent with superficial esophageal dissecans. Biopsies ruled out malignancy and viral infection.

The compatible diagnosis was esophagitis dissecans superficialis, most likely secondary to chronic toxic substance use.

Keywords: esophagitis dissecans superficialis, immunosuppression, toxic substances.

Introducción

La esofagitis disecante superficial (EDS) se caracteriza por la descamación circunferencial de la mucosa esofágica, generando lesiones llamativas que habitualmente presentan una evolución benigna. Presentamos el caso de un paciente con infección por VIH y consumo de tóxicos.

Caso clínico

Varón de 58 años, consumidor de cannabis, cocaína y heroína inhalada a diario. Diagnosticado en 2004 de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), actualmente estadio C3, con regular adherencia al tratamiento durante años. Antecedente de infección por virus de la hepatitis C, tratada y curada con antivirales de acción directa.

Ingresó en la Unidad de Enfermedades Infecciosas por astenia, neumonía neumocócica, candidiasis orofaríngea y caquexia. En este contexto, se realizó TAC de tórax con evidencia de engrosamiento de pared esofágica en tercio distal. Por tanto, se solicitó estudio mediante endoscopia oral donde se identificó, a unos 32 cms de la arcada dentaria, un área circunferencial de mucosa descamativa con friabilidad al roce, compatible con esofagitis disecante (Figura 1).

Se tomaron biopsias de la mucosa circundante para microbiología y estudio anatomopatológico, sin evidencia de malignidad ni inducción viral, así como inmunohistoquímica negativa para citomegalovirus. No se evidenciaron otros hallazgos patológicos en la endoscopia.

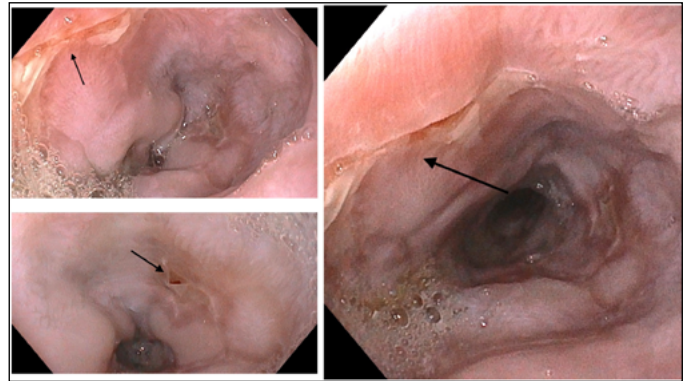


Figura 1. Imagen endoscópica esofágica que muestra zonas de mucosa esofágica descamada, con aspecto de membrana parcialmente despegada, sin ulceración ni sangrado activo, hallazgos compatibles con esofagitis disecante superficial.

Dado el contexto clínico, exposición a múltiples tóxicos y los datos endoscópicos e histológicos, se estableció como diagnóstico compatible, esofagitis disecante superficial en probable relación a agresión de mucosa esofágica por tóxicos.

Discusión

La esofagitis disecante superficial es una entidad poco frecuente y a menudo infradiagnosticada. Su diagnóstico se fundamenta en el hallazgo de lesiones endoscópicas características como la descamación de la mucosa de manera difusa y presencia de "membranas blanquecinas", dado que con frecuencia puede ser asintomática y el estudio histológico no es específico en esta entidad^{1,2}.

Aunque la literatura disponible sobre este tema es limitada, se ha asociado esta condición con factores como traumas físicos y químicos, tabaquismo, dermatosis ampollas autoinmunes, consumo de tóxicos, algunos fármacos como bifosfonatos, AINEs, doxiciclina y apixaban.

A pesar de su aspecto endoscópico llamativo, presenta una evolución benigna, consiguiendo una curación completa tras la retirada del agente causante, si es un fármaco o tóxico, o mediante el control de la enfermedad subyacente³.

En el caso que presentamos, los hallazgos son compatibles con esofagitis disecante superficial asociado al consumo de tóxicos como la cocaína y heroína, en el contexto de posible fragilidad mucosa por el VIH.

Bibliografía

1. Zaher E A, Patel P, Zaher D. Esophagitis Dissecans Superficialis: A Case Report. *Cureus* 2023;15: e44372. DOI 10.7759/cureus.44372.

2. Ahmed A, King W, Middleton CE IV, Sharma A. Esophagitis dissecans superficialis after thermal injury. *ACG Case Rep J.* 2024;11:e01445. doi:10.14309/crj.0000000000001445.

3. Escobar Ortiz J, Pérez Pérez J, Barceló López M, et al. Esophagitis dissecans superficialis: an unusual desquamative disorder. *Rev Esp Enferm Dig.* 2025;117(3):233–234. doi:10.17235/reed.2025.10991/2024.

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES DEL SÍNDROME DE NEVUS AZUL EN TETINA DE GOMA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gastrointestinal manifestations of blue rubber bleb nevus syndrome: a case report and literature review.

Lorente Martínez MA, Baute Trujillo EA, Moreno Barrueco M, Martín Navas MA, Candel Erenas JM

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

El síndrome del nevus azul en tetina de goma o Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome (BRBNS) es una entidad rara caracterizada por el desarrollo de múltiples nódulos vasculares en la piel y el tracto gastrointestinal. La presentación gastrointestinal es muy heterogénea, oscilando desde anemia crónica, ferropenia o, incluso, sangrado gastrointestinal agudo. Las técnicas endoscópicas son fundamentales para asentar el diagnóstico, evaluar la extensión de la enfermedad o aplicar medidas terapéuticas sobre las lesiones vasculares.

Palabras clave: síndrome del Nevus Azul en tetina de goma, hemorragia gastrointestinal, malformación vascular.

Abstract

Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome (BRBNS) is a rare disorder characterized by multiple vascular nodules affecting the skin and gastrointestinal tract. Gastrointestinal involvement is highly variable, ranging from chronic anemia and iron deficiency to episodes of acute gastrointestinal bleeding. Endoscopic techniques play a key role in diagnosis, evaluation of disease extent, and therapeutic management of vascular lesions.

Keywords: Blue Rubber Bleb Nevus syndrome, gastrointestinal hemorrhage, vascular malformation.

Miguel Ángel Lorente Martínez
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
lorenmtnmiguel@gmail.com

Lorente Martínez MA, Baute Trujillo EA, Moreno Barrueco M, Martín Navas MA, Candel Erenas JM.
Manifestaciones gastrointestinales del síndrome de nevus azul en tetina de goma: reporte de caso y revisión de la literatura. RAPD 2025;48(6):532-534. DOI: 10.37352/2025486.4

CASO CLÍNICO

Introducción

El síndrome del nevus azul en tetina de goma o Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome (BRBNS) es una entidad rara caracterizada por el desarrollo de múltiples nódulos vasculares en la piel y el tracto gastrointestinal. Aunque existen formas congénitas, la mayoría de los casos son secundarios a mutaciones somáticas de genes involucrados en la regulación de la angiogénesis, principalmente el gen TEK que codifica el receptor de la angiopoyetina 1. Su mutación provoca la activación permanente del receptor, independiente de su ligando, y desencadena la proliferación descontrolada de las células endoteliales, responsable del desarrollo de múltiples malformaciones venosas¹.

Muchos de los pacientes son diagnosticados durante la infancia, no obstante, pueden debutar en la edad adulta en forma de anemia crónica, ferropenia o, incluso, sangrado gastrointestinal agudo.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 40 años, sin antecedentes familiares de interés y en seguimiento por Dermatología debido a múltiples nevos azules cutáneos, derivado a Consultas de Aparato Digestivo por test de sangre oculta en heces positivo. El paciente describía deposiciones intermitentes de características melénicas y episodios puntuales de vómitos hemáticos. A la exploración, la evaluación abdominal no presentaba hallazgos patológicos y el tacto rectal no resultó compatible con melenas.

Analíticamente se objetivó ausencia de anemia, ferropenia o elevación de urea. Se inició estudio con gastroscopia, colonoscopia (Figura 1) y, posteriormente, cápsula endoscópica (Figuras 2 y 3) donde se evidenciaron múltiples nevos asociados a angiodisplasias a lo largo de todo el tubo digestivo.

Ante la presencia de múltiples malformaciones venosas en diferentes territorios, se completó el estudio etiológico con análisis genéticos (TEK, VHL, ...) que no objetivaron ninguna alteración patológica. La evaluación clínica multidisciplinar permitió descartar las principales alternativas diagnósticas (síndrome de Von-Hippel-Lindau, enfermedad de Osler-Weber-Rendu, ...), asentando el diagnóstico de BRBNS.

Actualmente, el paciente se encuentra en seguimiento estrecho por la consulta de Enterología, manteniendo una actitud expectante dada la ausencia de repercusión clínica y hematómica de las lesiones gastrointestinales.



Figura 1. Nevus colónico.

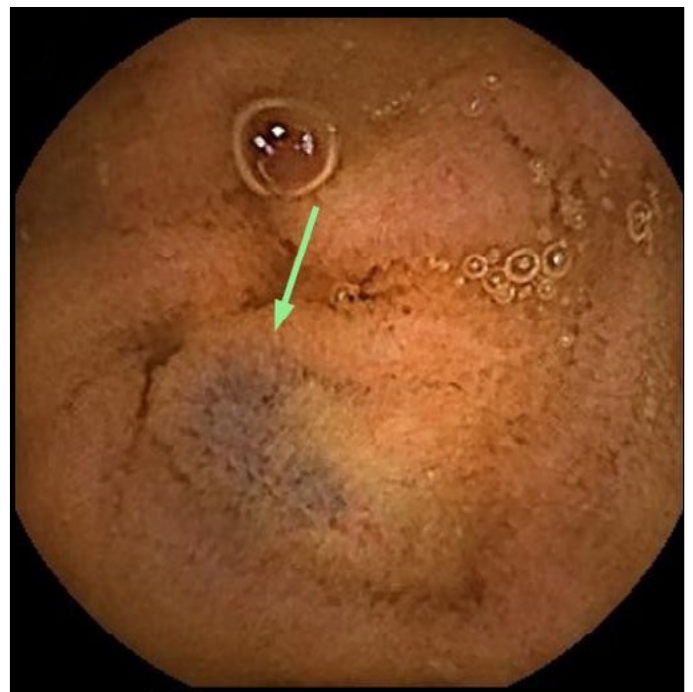


Figura 2. Nevus de 7 mm a nivel de yeyuno.

Discusión

El diagnóstico del BRBNS requiere la colaboración de distintas especialidades médicas, apoyándose en la evaluación clínica, los hallazgos endoscópicos y los estudios genéticos, si bien estos últimos no resultan imprescindibles para el diagnóstico.



Figura 3. Malformación vascular de 10 mm que ocupa la mitad de la circunferencia sugerente de Nevus azul.

Las técnicas endoscópicas son fundamentales para diagnosticar y evaluar la extensión de la enfermedad y aplicar medidas terapéuticas sobre las lesiones vasculares.

La escasa evidencia científica actual hace que la abstención terapéutica sea una opción válida en casos leves o sin sangrado activo. En caso de sangrado, los estudios actuales sugieren priorizar la terapéutica endoscópica (coagulación con plasma argón, extirpación con asa de polipectomía)² frente a los tratamientos sistémicos (sirólimus), reservados a una segunda línea por la controversia sobre su seguridad y manejo^{3,4}.

Bibliografía

1. Kozai L, Nishimura Y. Clinical characteristics of blue rubber bleb nevus syndrome in adults: systematic scoping review. *Scand J Gastroenterol.* 2023;58(10):1108-1114.
2. Rimondi A, Sorge A, Murino A, et al. Treatment options for gastrointestinal bleeding blue rubber bleb nevus syndrome: Systematic review. *Dig Endosc.* 2024;36(2):162-171.
3. Weiss D, Teichler A, Hoeger PH. Long-term sirolimus treatment in blue rubber bleb nevus syndrome: Case report and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2021;38(2):464-468.
4. Becq A, Bisdorff A, Riccioni ME, Blaise S, Mallet S, Toth E, et al.; iCARE group and FAVA-Multi. Blue rubber bleb nevus syndrome: A European multicenter cohort study. *Dig Liver Dis.* 2025 Feb;57(2):603-608.

HEMORRAGIA DIGESTIVA RECIDIVANTE POR VARICES FÚNDICAS SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN PORTAL IZQUIERDA TRAS PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL: ESPLENECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO.

Recurrent digestive hemorrhage due to fundic varices secondary to left-sided portal hypertension after distal pancreatectomy: splenectomy as definitive treatment.

Fernandez Carrasco M, Plaza Fernández A, Sánchez Tripiana M, Diéguez Castillo C

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Resumen

La hipertensión portal extrahepática (HPE) se define como el aumento de la presión en el sistema venoso portal sin la presencia de hepatopatía crónica. La hipertensión portal izquierda o segmentaria (HPI) es una forma poco frecuente de hipertensión portal extrahepática, asociada generalmente a patología pancreática. La formación de colaterales y el desarrollo de varices gástricas son el principal hallazgo asociado, pudiendo provocar hemorragias digestivas alta (HDA) potencialmente graves¹.

Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante una pancreatectomía corporocaudal, que desarrolla

HDA recidivante por varices fúndicas como consecuencia de la alteración de la circulación esplénica.

Palabras clave: hipertensión portal izquierda, varices gástricas, esplenectomía.

Abstract

Extrahepatic portal hypertension (EPH) is defined as an increase in pressure within the portal venous system without the presence of chronic liver disease. Left-sided portal hypertension (LSPH) is a rare form of extrahepatic portal

Marta Fernandez Carrasco
Hospital Universitario Torrecárdenas
mfcarrasco16@gmail.com

Fernandez Carrasco M, Plaza Fernández A, Sánchez Tripiana M, Diéguez Castillo C. Hemorragia digestiva recidivante por varices fúndicas secundario a hipertensión portal izquierda tras pancreatectomía corporocaudal: esplenectomía como tratamiento definitivo. RAPD 2025;48(6):535-537. DOI: 10.37352/2025486.5

CASO CLÍNICO

hypertension, typically associated with pancreatic pathology. The formation of collateral circulation and the development of gastric varices are the main associated findings, which can lead to potentially severe upper gastrointestinal hemorrhages (UGIH)¹.

We present the case of a patient who underwent a distal pancreatectomy and subsequently developed recurrent UGIH due to fundic varices as a consequence of altered splenic circulation.

Keywords: left-sided portal hypertension, gastric varices, splenectomy.

Caso clínico

Mujer de 50 años con antecedentes de pancreatectomía distal por cistadenoma de células acinares unilocular. Consulta por hematemesis de inicio súbito, asociada a mareo e hipotensión arterial. La analítica inicial muestra anemia (Hb 7.1 g/dL) y parámetros de coagulación normales. Se inicia reposición con líquidos y transfusión de concentrados de hemáties.

La endoscopia digestiva alta (EDA) visualiza la presencia de conglomerado varicoso en fundus gástrico como origen del cuadro, procediendo a la administración endoscópica de cianoacrilato. Se realiza tomografía computarizada (TC) con evidencia cambios posquirúrgicos por pancreatectomía corporocaudal, numerosas colaterales venosas esplénicas y varices en fundus y curvatura menor gástrica.

La paciente reingresa un mes después por recidiva hemorrágica con nuevo episodio de hematemesis con anemización, visualizando en EDA persistencia de varices fúndicas. Se decide en comité médico quirúrgico la realización de esplenectomía como tratamiento definitivo. La paciente es sometida a esplenectomía laparoscópica, sin complicaciones intraoperatorias, siendo la evolución favorable, sin presentar nuevos episodios de resangrado durante el seguimiento llevado a cabo a lo largo de un año, ni presentó mayor tasa de infecciones.

Discusión

La hipertensión portal extrahepática segmentaria, puede ser causada por la trombosis u obstrucción de la vena esplénica (VE), frecuentemente debido a complicaciones de la pancreatitis crónica. Otras causas incluyen carcinoma de páncreas, pseudoquistes, fibrosis, tumores retroperitoneales

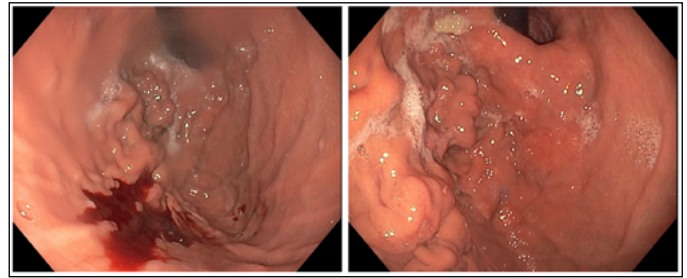


Figura 1. Imagen de endoscopia digestiva alta con presencia de hemorragia digestiva alta activa secundario a conglomerado varicoso en fundus gástrico.

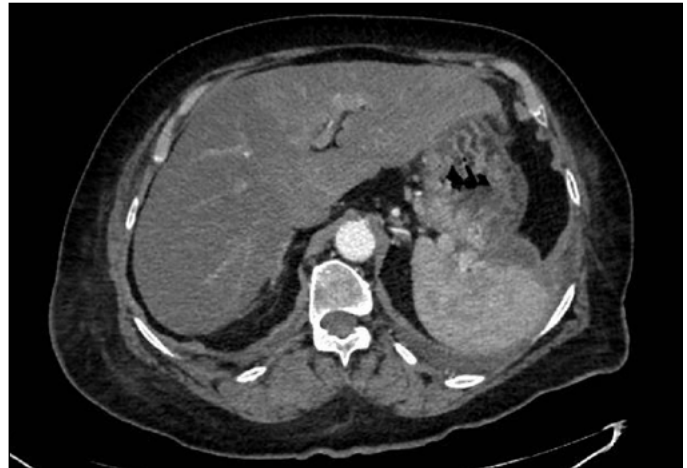


Figura 2. Imagen de TC abdominal que muestra presencia de colaterales esplénicas y varices fúndicas.

y cirugías como la pancreatectomía distal con preservación del bazo, que interrumpe el drenaje venoso esplénico. La obstrucción venosa deriva el retorno del bazo hacia vasos de menor presión, generando circulación colateral y vórices perigástricas. La ligadura de la VE sin reconstrucción venosa aumenta el riesgo del aumento de presión en este territorio con la consecuente formación de varices¹.

Generalmente no ocurren síntomas y se detecta de forma casual. En algunos casos (4-17%), puede provocar hemorragia digestiva por ruptura de vórices gástricas. El diagnóstico se basa en endoscopia, ecografía y TC, que identifica la obstrucción esplénica, esplenomegalia y circulación colateral².

El tratamiento inicial busca estabilizar al paciente. La escleroterapia con alcohol, ligadura con banda y cianoacrilato son opciones endoscópicas para controlar el sangrado. En la HTP clásica, las técnicas endovasculares incluyen el shunt portosistémico intrahepático transyugular (TIPS), que reduce la presión portal, y la obliteración transvenosa retrógrada con balón (BRT), que es más eficaz en vórices cardiodurales³.

La no indicación de TIPS en este contexto se fundamenta en que el procedimiento no resulta efectivo en la hipertensión

portal segmentaria, dado que el gradiente de presión portal global no está elevado y la causa de las varices gástricas es la obstrucción localizada de la vena esplénica. El TIPS deriva el flujo portal principal hacia la circulación sistémica, pero no resuelve la congestión venosa esplénica ni la hipertensión localizada que origina las varices gástricas en este escenario¹⁵.

Por ello, la esplenectomía se considera el tratamiento definitivo, ya que elimina la fuente de congestión venosa y previene la recurrencia hemorrágica en pacientes con hipertensión portal segmentaria secundaria a trombosis o compresión de la vena esplénica. En pacientes de alto riesgo quirúrgico se puede considerar la embolización de la arteria esplénica, siendo esta última opción menos invasiva, pero con riesgo de complicaciones como infartos o abscesos esplénicos³.

Bibliografía

1. Mayer P, Venkatasamy A, Baumert TF, Habersetzer F, Pessaux P, Saviano A, et al. Left-sided portal hypertension: Update and proposition of management algorithm. *J Visc Surg.* 2024;161(1):21–32.
2. Patel RK, Tripathy T, Chandel K, Marri UK, Giri S, Nayak HK, et al. Left-sided portal hypertension: what an interventional radiologist can offer? *Eur Radiol.* 2024.
3. Henry Z, Patel K, Patton H, Saad W. AGA clinical practice update on management of bleeding gastric varices: Expert review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021;19(6):1098-1107.e1.
4. El Kininy W, Kearney L, Hosam N, Broe P, Keeling A. Hemorragia varicosa recurrente tratada con stent en la vena esplénica. *Ir J Med Sci.* 2017;186(2):323–7.
5. de Franchis R, Bosch J, García-Tsao G, Reiberger T, Ripoll C y Facultad Baveno VII. (2022). Baveno VII - Renovando el consenso en hipertensión portal. *Revista de Hepatología*, 76 (4), 959–974.

QUISTE DE COLÉDOCO TIPO IVA DIAGNOSTICADO EN EDAD ADULTA

Type IVA choledochal cyst diagnosed in adulthood

Cano de la Cruz JD, Sánchez Sánchez MI, Diego Martínez R, Bravo Aranda AM

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Resumen

Los quistes de colédoco son dilataciones de la vía biliar intra y extrahepática de causa congénita, diagnosticados en su mayoría en edad pediátrica y siendo más infrecuente su diagnóstico en edad adulta. Presentamos a continuación un caso de quiste coledociano de grandes dimensiones tipo IVA, diagnosticado en la edad adulta de manera casual mediante pruebas de imagen.

Palabras clave: quiste colédoco, IVA, Todani.

Abstract

Choledochal cysts are congenital dilations of the intrahepatic and extrahepatic bile ducts, most commonly diagnosed during childhood, with adult diagnosis being less frequent. We present a case of a large type IVA choledochal cyst, incidentally diagnosed in adulthood through imaging studies.

Keywords: choledochal cyst, type IVA, Todani.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 33 años que ingresa por dolor en hipocondrio derecho y fiebre. Analíticamente se objetiva alteración del perfil hepático (citólisis y colestasis disociada).

Se realiza ecografía abdominal, que describe dilatación de vía biliar intra y extrahepática, con colédoco de hasta 15 mm. Se realiza TC abdominal y colangio-RMN, que evidencian marcada dilatación quística de colédoco (90 x 57 x 58 mm), asociada a dilatación quística de vía biliar intrahepática, de predominio izquierdo, hallazgos sugestivos de quiste de colédoco tipo IVA (Figuras 1 y 2). Mejoría clínica tras administración de analgesia y antibioterapia empírica.

Se decide realización de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) debido al componente intrapancreático de la lesión y por el potencial riesgo de malignización, que se lleva a cabo sin complicaciones. Tras análisis anatómico-patológico de la pieza quirúrgica (Figura 3), se descarta degeneración maligna de la lesión.

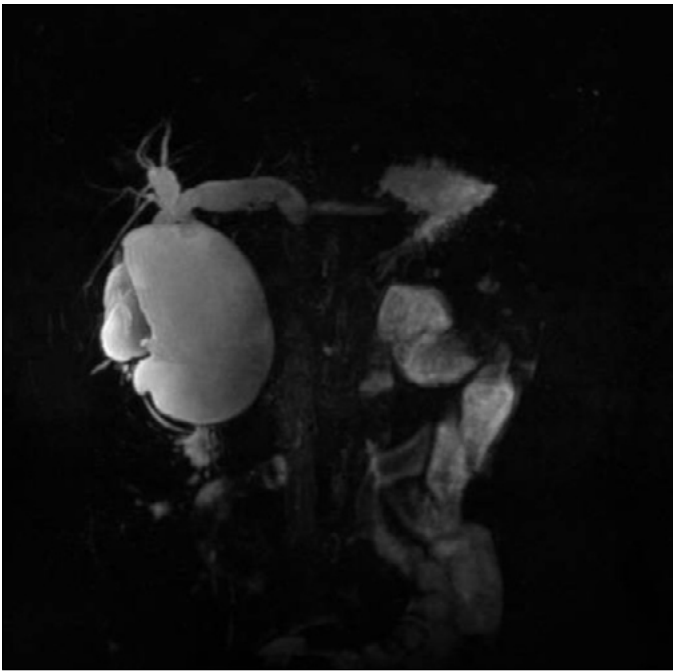


Figura 1. Colangio-RMN. Corte Coronal - Marcada dilatación quística de colédoco (90 x 57 x 58 mm) asociado a dilatación quística de la vía biliar intrahepática de predominio izquierdo.

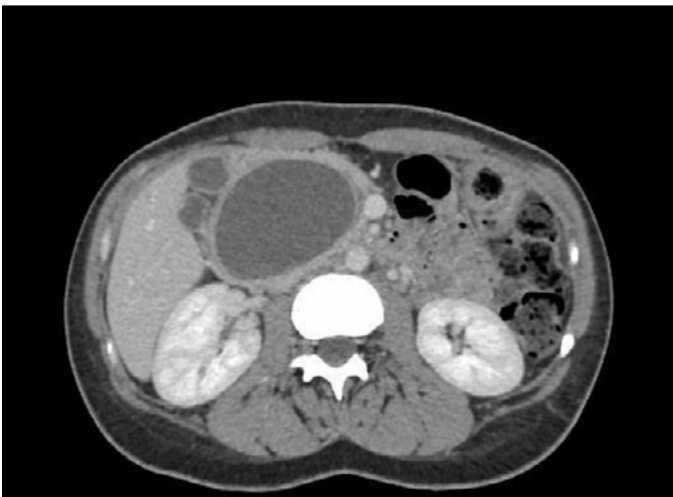


Figura 2. TC Abdomen. Corte Axial - Dilatación quística de colédoco asociada a dilatación quística de la vía biliar intrahepática de predominio izquierdo, hallazgos sugestivos de quiste de colédoco tipo IVA según la clasificación de Todani.

Discusión

Los quistes de colédoco son entidades infrecuentes, consistentes en una dilatación de la vía biliar de origen congénito. Su diagnóstico mayoritario se realiza en edad pediátrica, aunque en los últimos años se ha producido un aumento de su incidencia en población adulta. Según la clasificación de Todani¹, los más frecuentes (80-90%) serán los de tipo I (dilatación de la vía biliar extrahepática), mientras que los quistes tipo IVA suponen una dilatación de la vía biliar

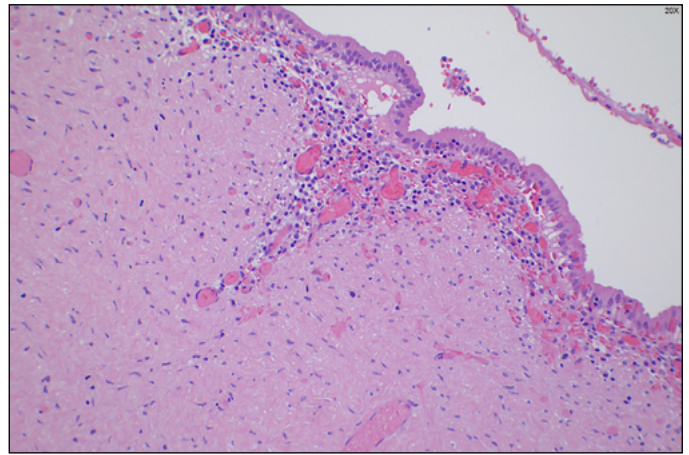


Figura 3. Anatomía Patológica. Tinción de Hematoxilina-Eosina - Epitelio de revestimiento del quiste de tipo columnar, con áreas con inflamación crónica subepitelial.

extrahepática e intrahepática y son sumamente infrecuentes (1-2%). En un 70-80% de los casos se relacionan con una unión pancreato-biliar anómala (AUPB), predisponiendo al reflujo de secreciones pancreáticas, con actividad proteolítica sobre el colédoco².

En adultos, se manifiestan en forma de dolor en hipocondrio derecho, ictericia, pancreatitis o colangitis, siendo el diagnóstico fundamentalmente por pruebas de imagen, destacando la Colangio-RMN por su elevada sensibilidad (90-100%).

El tratamiento de elección siempre será quirúrgico, con extirpación completa del quiste, dado su potencial riesgo de malignización³.

Bibliografía

1. Todani T, Watanabe Y, Narusue M et al. Congenital bile duct cysts: Classification, operative procedures, and review of thirty-seven cases including cancer arising from choledochal cyst. *Am J Surg.* 1977 Aug;134(2):263-9.
2. Brown ZJ, Baghdadi A, Kamel I et al. Diagnosis and management of choledochal cysts. *HPB (Oxford).* 2023 Jan;25(1):14-25.
3. Torres M, Becerra M, Calderón B et al. Choledochal Cyst. En: Yan Q, Shen H (eds.). *Biliary Tract – Review and Recent Progress.* Londres: InTechOpen; 2022.