



FIGURA 4

Fotografía a las 3 semanas de inicio de Tenofovir. Se observa disminución del diámetro de las lesiones en el brazo.

En este caso fueron fundamentales las serologías para Hepatitis B y la carga viral positiva, junto a los hallazgos compatibles para vasculitis de pequeño vaso para sospechar una vasculitis leucocitoclástica en el contexto de una infección crónica no diagnosticada previamente por Hepatitis B e iniciar tratamiento.

ÁREA INTESTINO DELGADO / COLON

CP-043. ANÁLISIS SEMESTRAL DEL CRIBADO DE CCR EN NUESTRO CENTRO.

DIÉGUEZ CASTILLO C, DELGADO MAROTO A, LÓPEZ GONZALEZ J, BARRIENTOS DELGADO A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

El objetivo del Cribado de Cáncer Colorrectal es reducir la incidencia y mortalidad mediante la detección y tratamiento de lesiones precancerosas y cáncer en estadios iniciales.

Material y métodos

Estudio descriptivo que incluye 183 sujetos de 50-69 años sin antecedentes familiares, que se realizaron colonoscopia por presentar test de sangre oculta en heces positivo. Dichas endoscopias se hicieron en agenda de cribado en el Hospital Torrecardenas entre enero - junio de 2019. Se registraron las

variables: sexo, edad, criterios de calidad, tasa de detección de adenomas, características pólipos, neoplasias, otras lesiones y grupo de riesgo.

Resultados

La tasa de adherencia al programa fue del 92.6 %, siendo la edad media 62 años y la distribución por sexo 61% varones y 39% mujeres.

Respecto a los criterios de calidad, el 98,5 % fueron completas, la preparación adecuada en el 98,5 %, el tiempo medio de retirada 14 minutos y todas se realizaron bajo sedación. La tasa de detección de adenomas fue del 69,2 % para el endoscopista 1, del 66.7 % para el endoscopista 2 y del 75 % para el endoscopista 3.

Los resultados de los pólipos extirpados se exponen en la [tabla 1](#). Respecto a las neoplasias, se diagnosticaron 9 casos: 2 pT1, 2 sigmas y 5 rectos. En cuanto a patología benigna, el 26 % presentaban divertículos, el 34% hemorroides internas y un 2% angiodisplasias.

Respecto a los grupos de riesgo, el 26,3 % de los sujetos pertenecían al grupo de alto riesgo, un 29,2 % al de riesgo medio y un 44,5 % al de riesgo bajo.

Conclusiones

La experiencia inicial muestra buena tasa de adherencia al programa de cribado con criterios de calidad. Igualmente las tasas de detección de adenomas y resección son satisfactorias. Las neoplasias diagnósticas en estadios iniciales ha permitido iniciar tratamiento con intención curativa en todos los casos, siendo la mayor morbilidad derivada de la localización en recto bajo de algunas de ellas.

Características pólipos	
Detectados	455
Extirpados/Recuperados	435/410
No resecables endoscópicamente (Cirugía)	6
Resección en 2 tiempos (2º colonoscopia)	14
Tamaño (recuperados):	
< 10 mm	336
10 – 20 mm	58
>20 mm	16
Histología avanzada (recuperados): Velloso y/o DAG	
	70

FIGURA 1

CP-044. ANGIOEMBOLIZACIÓN PARA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA ¿TRATAMIENTO O COMPLICACIÓN?

VALDES DELGADO T, JIMÉNEZ GARCÍA A, GALVÁN FERNÁNDEZ MD, CAUNEDO ÁLVAREZ Á

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La colitis isquémica (CI) es la forma más frecuente de isquemia intestinal (60-70%). Las causas se han clasificado de manera diversa como sistémica o local, oclusiva o no oclusiva, iatrogénica o no iatrogénica, destacar en este último grupo la colitis isquémica post-embolización.

Damos a conocer un caso de colitis isquémica fulminante post-embolización super-selectiva.

Caso clínico

Mujer de 59 años con HTA y DM2 como antecedentes personales de interés, ingresó para estudio de dolor abdominal y vómitos de meses de evolución. Tras 2 días de hospitalización comenzó con episodios de rectorragia con repercusión hemodinámica (Hb 6) y fracaso renal agudo (Cr 6). Se realizó AngioTAC abdominal urgente apreciándose sangrado activo hacia luz de la flexura esplénica del colon (**Figura 1**), por lo tanto se procedió a embolización con microesferas de la rama distal de la arteria cólica izquierda.

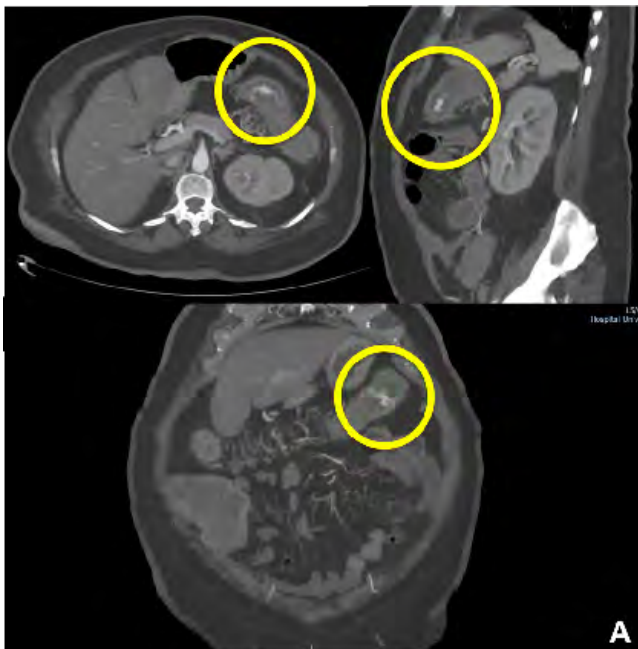


FIGURA 1

AngioTAC abdominal c/c iv: Sangrado activo de la arteria cólica izquierda hacia la luz colónica, observándose la extravasación del contraste. (Círculo).

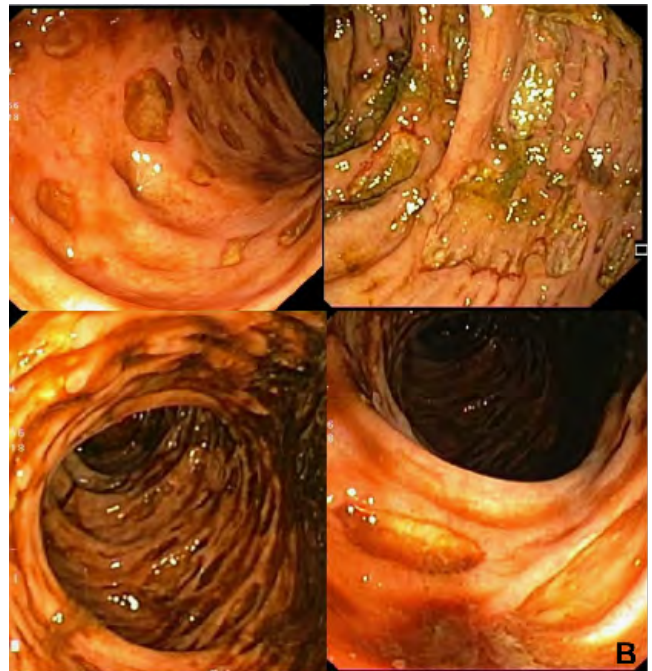


FIGURA 2

Colonoscopia: Extensas lesiones ulcerosas en sacabocados distribuidas desde sigma hasta ciego. Friabilidad extrema.

A las 24-48h post-embolización, presentó nuevos episodios de rectorragia masiva, realizándose colonoscopia urgente con diagnóstico de pancolitis isquémica fulminante (**Figura 2**).

Debido a la evolución desfavorable y situación de shock hipovolémico, tuvo que someterse a una colectomía total con ileostomía, con posterior favorable evolución.

La pieza quirúrgica confirmó histopatológicamente el diagnóstico de colitis isquémica gangrenosa.

Discusión

Múltiples factores predisponen al desarrollo de CI, las causas más frecuentes son las no oclusivas (ateroesclerosis, situaciones de bajo gasto...), siendo más atípicas las formas oclusivas, y excepcionales hoy día, las secundarias a embolización.

Las formas fulminantes como la presentación de la CI no superan el 5% y conducen a un estado de necrosis gangrenosa con perforación, peritonitis y muerte. Únicamente una sospecha diagnóstica de la severidad del cuadro y una endoscopia precoz permite asegurar el diagnóstico con precocidad y conceder una oportunidad al tratamiento (colectomía total en la mayoría de los casos).

Las complicaciones de la embolización son infrecuentes, ya que actualmente la mayoría se realizan de forma super-selectiva. Los escasos casos reportados de isquemia intestinal post-embolización super-selectiva son debidos a que no se respetan las vías de circulación colateral compensatorias.

Dichas formas de presentación son potencialmente graves y mortales, si bien, muy infrecuentes debido al avance en los

procedimientos de embolización, que actualmente intentan realizar de forma super-selectiva.

CP-045. APENDAGITIS AGUDA: UNA CAUSA POCO CONOCIDA DE DOLOR ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ROSA SÁNCHEZ C, HERRADOR PAREDES M, HEREDIA CARRRASCO C, LIBRERO JIMÉNEZ M, LÓPEZ TOBARUELA JM, REDONDO CEREZO E

APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

El dolor abdominal es el motivo de consulta más frecuente en gastroenterología. En la valoración del paciente con dicho síntoma debemos tener en cuenta todas las etiologías posibles. Una de estas causas es la apendagitis aguda que, si bien es infrecuente, debemos conocer.

Caso clínico

Varón de 87 años que acude a urgencias por cuadro de dolor en fosa ilíaca izquierda y rectorragia franca de 2 días de evolución. Asocia elevación de reactantes de fase aguda, sin fiebre ni cortejo bacteriémico. A la exploración destacan abundantes restos de sangre fresca en pañal y abdomen doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda con defensa asociada. Ante la sospecha de colitis isquémica o infecciosa, se solicita TAC abdominal con contraste, que no revela signos de hemorragia activa o inflamación de la mucosa intestinal, si bien se aprecia diverticulosis colosigmoidea sin signos de diverticulitis. Asimismo, se observa una imagen de inflamación de la grasa bien delimitada en la cara anterior del sigma proximal, compatible con apendagitis. Finalmente fue diagnosticado de hemorragia diverticular y apendagitis aguda.

Discusión

La apendagitis es un cuadro de inflamación aguda de uno de los apéndices epiploicos del colon secundario a una torsión de su pedículo, causando isquemia y, en ocasiones, necrosis grasa aséptica y trombosis venosa, generando una clínica de dolor abdominal, más frecuentemente en hemiabdomen izquierdo, lo que hace que sea especialmente confundido con diverticulitis aguda (en algunas series hasta el 7% de las sospechas de DA son en realidad causadas por apendagitis). Suele diagnosticarse de forma incidental por TAC, visualizándose como una masa ovalada paracólica de densidad grasa rodeada por un revestimiento peritoneal engrosado (**Figura 1**). En cuanto a su manejo, suele tratarse de una patología autolimitada que tan sólo requiere tratamiento sintomático; sin embargo, en casos muy poco frecuentes no hay una resolución espontánea del cuadro, por lo que puede requerir tratamiento quirúrgico.

En definitiva, la apendagitis aguda es una causa poco frecuente pero a tener en cuenta ante un cuadro de dolor abdominal, ya que puede simular otras etiologías más frecuentes como una diverticulitis o una apendicitis aguda. Es por esta razón que

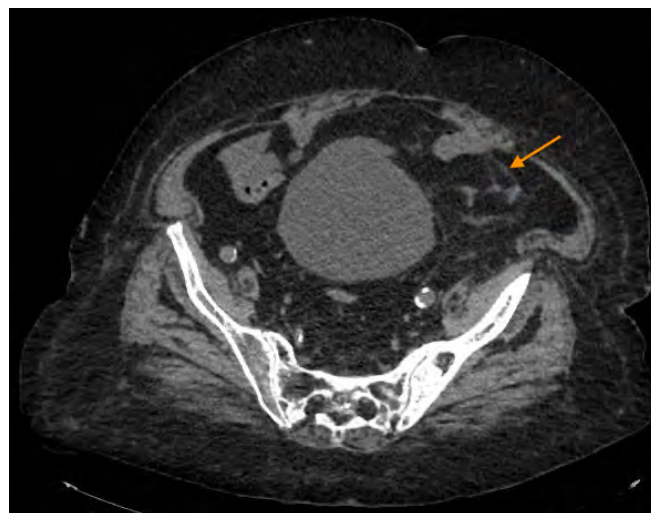


FIGURA 1

Imagen de TC de apendagitis aguda (señalado con flecha naranja).

debemos tener esta patología presente en el diagnóstico diferencial de todo dolor abdominal, si bien la presencia de este hallazgo en pruebas de imagen no debe hacernos descartar precozmente otras patologías concomitantes, como ocurre en nuestro caso clínico, que presentaba una hemorragia diverticular simultáneamente.

CP-046. CAUSA RARA DE SANGRADO GASTROINTESTINAL: HEMOFILIA A ADQUIRIDA.

DEL PINO BELLIDO P, GUERRA VELOZ MF, APARCERO LÓPEZ R, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción

La Hemofilia A adquirida (HAA) es una enfermedad rara producida por autoanticuerpos (inhibidores) contra el factor VIII endógeno que produce hemorragias, a menudo espontáneas y graves. La mayoría de los casos son idiopáticos (43,6% -51,9%), aunque también pueden asociarse a tumores, trastornos autoinmunes, infecciones, afecciones dermatológicas y medicamentos. La manifestación más común es la hemorragia subcutánea (> 80%), seguida de hemorragia gastrointestinal (> 20%); hemorragia muscular y genitourinaria

Material y métodos

Varón de 71 años que ingresa en Urología por hematuria recurrente tras 14 días de prostatectomía radical. Durante el ingreso presenta hemorragia digestiva baja con inestabilidad hemodinámica (TA 80/40, FC 93 lpm) y analítica con hemoglobina de 5,4 g/dl, con plaquetas e INR normales. Se realiza gastroscopia urgente sin hallazgos patológicos y colonoscopia objetivándose angiodisplasia colónica en ciego, tratada con argon beam y 2 hemoclips. Sin embargo, el paciente continúa con episodios

diarios de hematoquecia y requerimientos transfusionales. Se realizó una segunda colonoscopia que mostró un coágulo encima de la angiodisplasia, que se trató con inyección de adrenalina y 5 hemoclips (**Figura 1**). Ante la persistencia del sangrado, se realizó una tercera colonoscopia, dos angio-TC y una cápsula endoscópica, sin hallazgos de sangrado activo. Posteriormente se realizó una arteriografía mesentérica selectiva, sin mostrar signos de sangrado activo. Tras la arteriografía, el paciente presenta abundante

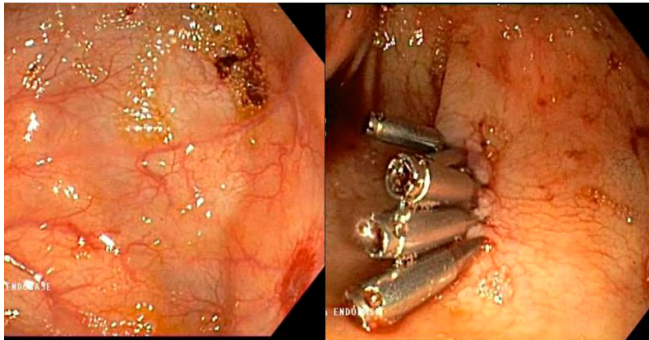


FIGURA 1

Angiodisplasia en ciego, tratada con inyección de adrenalina y colocación de 5 hemoclips.

sangrado radial pulsátil en la zona de cateterismo, así como un nuevo episodio de hematuria.

En este contexto, observamos una prolongación progresiva de los niveles del tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) a lo largo del ingreso (**Figura 2**), por lo que se amplía el estudio de coagulación, mostrando una deficiencia de factor VIII con altos niveles de inhibidor del factor VIII, lo que confirmó el diagnóstico de HAA. Se inicia tratamiento inmunosupresor con corticoides, ciclofosfamida y concentrado de complejo de protrombina activado (FEIBA), así como con rituximab semenal en segunda línea de tratamiento, con buena tolerancia y cese del sangrado.

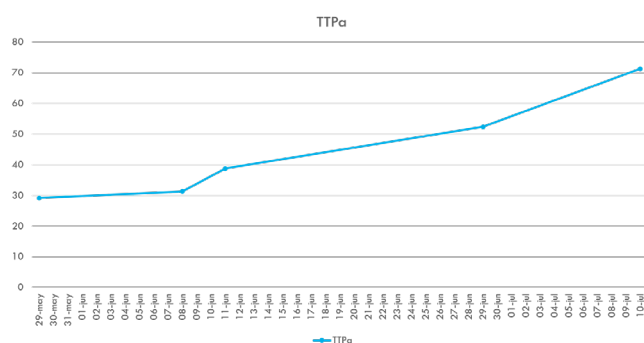


FIGURA 2

Prolongación progresiva de niveles de tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) durante el ingreso.

Discusión

La causa más frecuente de HAA es idiopática. Nuestro paciente tenía antecedentes de adenocarcinoma de próstata, aunque se realizó

prostatectomía radical con resección completa del tumor; por lo que creemos que en este caso la etiología también es idiopática. Aunque la HAA es una causa poco común de hemorragia gastrointestinal, un diagnóstico y tratamiento rápidos son fundamentales debido al alto riesgo de mortalidad. La HAA debe considerarse en todos los pacientes con aparición reciente de hemorragia anormal, una prolongación aislada del TTPa, con TP normal.

CP-047. COAGULOPATÍA SEVERA Y DIARREA: UN RETO DIAGNÓSTICO

LÓPEZ GONZÁLEZ J, DIÉGUEZ CASTILLO C, HALLOUCH S, PÉREZ CAMPOS E, NAVARRO MORENO E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La enfermedad celíaca es una enteropatía de origen inmunológico debido a una intolerancia permanente al gluten. Actualmente algunos estudios señalan que tiene una prevalencia superior al 1% en países occidentales.

Actualmente se diagnostica en el adulto con mayor frecuencia que en la infancia, y es más frecuente en la mujer.

Mientras que en los niños suele presentarse de forma típica en forma de diarrea crónica, distensión abdominal, vómitos e irritabilidad, en los adultos esta sintomatología clásica es excepcional.

Caso clínico

Mujer de 39 años con antecedente de psoriasis que acude a Urgencias por cuadro de diarrea acuosa de más de 15 deposiciones diarias con moco, sin sangre, de 14 días de evolución, asociado a pérdida ponderal de 8 kilos desde el comienzo del cuadro, además de dolor abdominal tipo retortijón. No asociaba fiebre, náuseas ni vómitos. No refería transgresiones dietéticas ni consumo de productos de herbolario o alimentos en mal estado.

En la exploración el abdomen era anodino. Analíticamente, destacaba un pH de 7.14 con bicarbonato de 12.5, leve anemia ferropénica y un INR de 16, con tiempo de protrombina del 4%. Dados los hallazgos, se decidió el ingreso en planta.

Ante la sospecha de diarrea de probable origen infeccioso dada la falta de respuesta a tratamiento convencional y la presencia de moco en las heces, se solicitan coprocultivos y se inicia antibioterapia empírica, sin mejoría. Durante el ingreso, se completó el estudio de diarrea con título de IgA antitransglutaminasa mayor de 200 U/ml.

Tras la retirada del gluten, la paciente presentó una gran mejoría clínica y analítica, con disminución del dolor y el número de deposiciones y normalización del pH y de la coagulopatía, siendo el INR al alta de 1.2.

Se realizaron endoscopias digestiva alta y baja, observando en duodeno disminución de las vellosidades de forma macroscópica.

Se tomaron biopsias, que días más tarde confirmaron el diagnóstico de enfermedad celíaca.

Discusión

La enfermedad celíaca en los adultos suele presentarse en forma de síntomas atípicos, tanto digestivos como extradigestivos. Los síntomas digestivos más frecuentes son el dolor abdominal recidivante, la diarrea crónica y la dispepsia. Fuera del tracto digestivo, destacan la anemia ferropénica, la debilidad y la dermatitis herpetiforme, mientras que la coagulopatía severa y la acidosis metabólica, como en el caso de nuestra paciente, no suelen ser manifestaciones frecuentes. Sin embargo, el caso de nuestra paciente pone de manifiesto la importancia y la gravedad que puede suponer el retraso diagnóstico de la celiaquía, así como la importancia de un manejo terapéutico adecuado.

CP-048. COMPLICACIÓN INUSUAL DE ESTOMA: PIODERMA GANGRENOSO PERIESTOMAL.

RUIZ PAGES MT, LISTÁN ÁLVAREZ JC, OLVERA MUÑOZ R

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

El pioderma gangrenoso es una enfermedad poco frecuente con una incidencia estimada de un caso por 100.000 habitantes/año. Se caracteriza por la existencia de úlceras cutáneas dolorosas, de contornos geográficos con bordes violáceos sobre un fondo eritematoso. Desde el punto de vista anatomopatológico se trata de una dermatitis neutrofílica exudativa y casi el 50% de los casos se dan en pacientes con enfermedades sistémicas; en especial la enfermedad inflamatoria intestinal. En la mayoría de casos se consigue la curación con terapia inmunosupresora.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 48 años que ingresa en enfermedades infecciosas por síndrome diarreico con fiebre. Durante el ingreso se diagnostica de infección por VIH y se inicia tratamiento antirretroviral. Se realiza colonoscopia con hallazgos de colitis y formación excrecente pseudopolipoide en sigma, que impide el paso del endoscopio, que se biopsia. En días posteriores el paciente presenta deterioro general con dolor abdominal y se evidencia en TAC la existencia de signos de perforación intestinal. Se opta por realizar laparotomía urgente. El hallazgo intraoperatorio es de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación en sigma distal por lo que se realiza sigmoidectomía y colostomía terminal tipo Hartman, precisando reintervención a los 14 días por persistencia de colecciones residuales. El resultado A.P de la pieza quirúrgica mostró colitis aguda ulcerativa y perforación intestinal secundaria, con inmunohistoquímica frente a CMV negativa. Siete meses tras el alta acude por aparición de lesiones aftoides en región estomacal, que progresan hacia un patrón de colitis ulcerativa con pseudopólipos inflamatorios; junto a úlcera periestomal de gran tamaño de contornos geográficos y bordes violáceos sobre un fondo friable (Figuras 1 y 2). Se realiza biopsia de la lesión ulcerativa



FIGURA 1



FIGURA 2

y estoma con resultado de dermatitis neutrofílica exudativa compatible con pioderma gangrenoso. El caso fue presentado en Comité de Enfermedad Inflamatoria intestinal decidiéndose inicio de tratamiento con Infliximab.

Discusión

Las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal complican el curso evolutivo de su enfermedad hasta en el 30-40% de los pacientes. La incidencia de manifestaciones cutáneas es bastante rara con una incidencia inferior a 1-3% de todas las manifestaciones extradigestivas. El pioderma gangrenoso es más típico de la colitis ulcerosa que de la enfermedad de Crohn, existiendo muy pocos casos descritos de localización periestomal. El diagnóstico debe basarse en una correcta identificación dada su morfología típica y en un alto índice de sospecha en pacientes de riesgo.

CP-049. COMPLICACIÓN POSTCOLONOSCOPIA DE EXCEPCIONALES DIMENSIONES SIN CAUSA DEMOSTRADA

FERNÁNDEZ ALVAREZ P, MALDONADO PÉREZ B, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Presentamos el caso de un neumoperitoneo y retroneumoperitoneo masivo post-colonoscopia de causa no aclarada.

Caso clínico

Varón de 25 años diagnosticado de enfermedad de Crohn asociado a enfermedad perianal que requirió fistulectomía y colocación de setón en 2018. Se propuso inicio de terapia biológica en varias ocasiones, sin conseguir adherencia terapéutica.

En 2020 consulta por clínica compatible con un brote grave y enfermedad perianal compleja. A la exploración perianal se objetivaron 3 orificios fistulosos externos, que en la resonancia magnética (RM) pélvica se correspondían con 3 trayectos fistulosos, uno de ellos complejo (**Figura 1**).

Se realizó endoscopia digestiva baja (EDB) hasta colon transverso mostrando actividad grave de la enfermedad y sin poder continuar con la exploración por objetivar a este nivel una estenosis de características inflamatorias (**Figura 2**). Tras el procedimiento, el paciente presentó deterioro clínico con dificultad respiratoria. A la exploración mantenía estabilidad hemodinámica con aportes de oxígeno, destacando a nivel abdominal irritación peritoneal y crepitación subcutánea desde zona cervical hasta raíz de miembros inferiores. Se realizó tomografía computarizada evidenciando extenso neumoperitoneo, retroneumoperitoneo, neumomediastino y neumotórax derecho con extensión distal hacia pelvis, periné y raíz del muslo derecho provocando el gas una disección de planos grasos y fascias intermusculares a este nivel (**Figura 3**). Se realizó

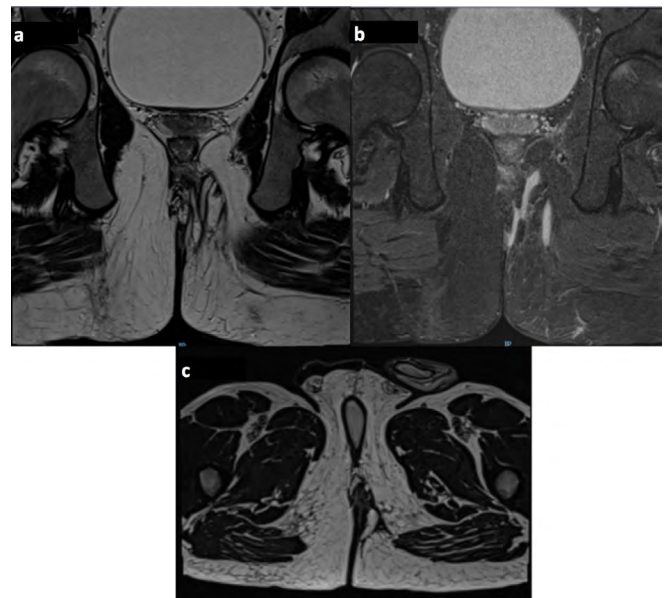


FIGURA 1

Imágenes de RMN de fístulas perianales complejas en secuencias T1 (a y b) y T2 (c).

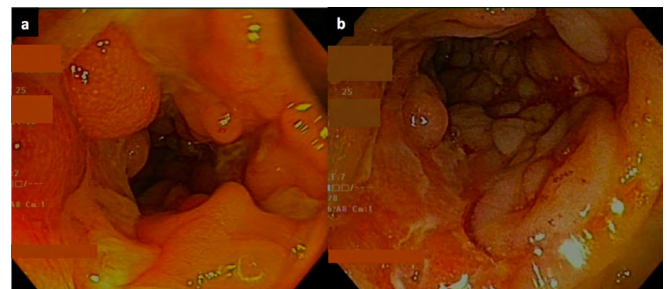


FIGURA 2

Imagen endoscópica a nivel de colon transverso que muestra actividad severa de su EC, presentando a este nivel una reducción del calibre luminal que no permite el paso del colonoscopio.



FIGURA 3

a) Neumoperitoneo. b) Neumoperitoneo, retroneumoperitoneo y enfisema subcutáneo. c) Enfisema subcutáneo disecando fascias y planos musculares en la raíz del muslo derecho.

laparotomía exploradora de urgencia sin objetivar perforación yatrogénica, ni otras causas del neumoperitoneo. Finalmente, el cuadro se resolvió con un manejo conservador.

Discusión

La perforación de colon como complicación de la EDB es poco frecuente, aunque grave. Las tasas de perforación secundarias a las colonoscopias en series amplias se encuentran entre el 0,03%–0,9%, pudiendo llegar a un 3% en los procedimientos terapéuticos. La mayoría de estos pacientes precisarán tratamiento quirúrgico y se reservará el manejo conservador para casos seleccionados.

Las lesiones producidas por colonoscopias diagnósticas, a diferencias de las que se realizan con fines terapéuticos, suelen ser de mayor dimensión y, por consiguiente, provocan mayor contaminación de la cavidad abdominal. Por este motivo, el diagnóstico de estas lesiones suele realizarse durante el mismo procedimiento endoscópico y el tiempo hasta el tratamiento quirúrgico es menor. Llama la atención en nuestro caso que esta complicación no solo no fue detectada durante el procedimiento endoscópico, sino que al realizar una laparotomía exploradora no se confirmó la existencia de una perforación yatrogénica. Esto contrasta además con la gran extensión del retroneumoperitoneo masivo y la resolución espontánea del cuadro, sin necesidad de intervención quirúrgica.

CP-050. CONTROVERSIAS EN EL MANEJO DEL CÁNCER COLORRECTAL PRECOZ PT1: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

DÍAZ ALCÁZAR MM, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A, GARCÍA ROBLES A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

El cribado de cáncer colorrectal (CCR) ha triplicado la detección de CCR temprano (pT1). Su tratamiento depende del riesgo de metástasis linfáticas (LNM), determinado por factores histopatológicos: carácter indiferenciado, invasión linfovascular/perineural, budding de alto grado, invasión submucosa profunda (sésil >1000µm, pediculado ≥3000µm) y margen de resección afecto (<1mm). Si hay alto riesgo de LNM se recomienda resección quirúrgica con linfadenectomía.

Caso clínico

Todos los casos se presentaron en comité multidisciplinar:

1: Mujer sana de 60 años. Pólipo 0-Ip de 2cm a 30cm de margen anal; resección en bloque. Histología: adenocarcinoma diferenciado, infiltración submucosa 2mm sin invasión linfovascular/perineural, budding bajo grado y margen libre. Se decide seguimiento endoscópico, sin recidiva al año.

2: Mujer sana de 65 años. Pólipo 0-Is de 3 cm a 15cm; mucosectomía fragmentada. Histología: foco de adenocarcinoma (7 mm) sobre adenoma tubulovelloso, diferenciado, sin invasión linfovascular/perineural, infiltración submucosa 3 mm, budding bajo grado y margen no valorable. La paciente rechaza resección, con recidiva sobre cicatriz en 4 meses.

3: Varón pluripatológico de 78 años. Pólipo 0-Is de 2,5cm a 6cm; mucosectomía fragmentada. Histología: adenocarcinoma con invasión submucosa 1,2 mm, moderadamente diferenciado, sin invasión linfovascular/perineural ni budding y margen libre. Se decide seguimiento endoscópico, sin recidiva.

Discusión

El manejo del CCR pT1 es controvertido. Las guías occidentales recomiendan tomar decisiones en comités multidisciplinarios y, si hay factores predictores de LNM, plantear resección quirúrgica con linfadenectomía, mientras que la reciente guía japonesa es estricta recomendando resección quirúrgica. A mayor número de factores de mal pronóstico aumenta la probabilidad de LNM, pero falta evidencia sobre el peso individual de cada factor.

En nuestra serie, según las recomendaciones, es curativo el tratamiento endoscópico del CCR pT1 sin factores de alto riesgo en el primer caso. En el segundo, dada la presencia de factores de alto riesgo de LNM aconsejamos resección quirúrgica con linfadenectomía que la paciente rechazó, observándose recidiva local. En el último caso, el único factor de mal pronóstico fue la invasión submucosa. Según estudios recientes la presencia aislada de la invasión profunda se asocia a menos riesgo de LNM. Además, se sugiere que la localización rectal baja, donde un tratamiento de rescate conllevaría amputación anal, y el mayor riesgo quirúrgico de pacientes con edad avanzada y comorbilidades deberían ser considerados antes de plantear cirugía, por lo que optamos por seguimiento.

Faltan datos sobre el manejo del CCR pT1. El avance de la patología digital-molecular podría contribuir a mejorar la estratificación del riesgo.

CP-051. DEBUT DE CARCINOMA APENDICULAR DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO CON CARCINOMATOSIS

DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, ROMERO MORENO S, CASTILLO MOLINA L, TERCERO LOZANO M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN

Introducción

La carcinomatosis peritoneal es la diseminación peritoneal de neoplasias epiteliales digestivas y ginecológicas. Dentro de las neoplasias digestivas, las más frecuentes son: gástrica, páncreas, colorrectal y apéndice. El cáncer apendicular es muy poco frecuente correspondiendo al 0.4 - 1% de todos los tumores gastrointestinales.

La clínica puede ser muy variada, desde asintomática hasta ascitis, dolor abdominal generalizado y sensación de masa. El diagnóstico suele ser de forma incidental tras apendicectomía.

Caso clínico

Mujer de 70 años sin antecedentes que acude a Urgencias por dolor abdominal, estreñimiento y vómitos.

A la exploración presenta abdomen globuloso, depresible con sensación de empastamiento y doloroso en flanco derecho e hipogastrio. Como pruebas complementarias: analítica sin alteraciones, radiografía abdominal con algún nivel hidroaéreo y TC abdominal donde se observa moderada dilatación de asas de intestino delgado a nivel de pelvis que impresionan de íleon preterminal con calibre de 3.5 cm. Asimismo, engrosamiento del epiploon a nivel del mesocolon transversal con densidad partes blandas y presencia de líquido libre en pequeña cuantía. No se observan adenopatías. (Figura 1).



FIGURA 1

Dilatación de asas de intestino delgado a nivel de pelvis.



Fig. 2: Orificio apendicular visualizado por colonoscopia con mucosa edematosa, mamelonada y úlcera central fibrinada, que impresiona de malignidad. Fig. 3: Orificio apendicular visualizado por colonoscopia haciendo uso del i-Scan. Mucosa edematosa, mamelonada y úlcera central fibrinada, que impresiona de malignidad.

Durante el ingreso, se realiza colonoscopia visualizando orificio apendicular con mucosa edematosa, mamelonada y úlcera central fibrinada, que impresiona de malignidad. Se toman biopsias con resultado de infiltración por adenocarcinoma (Figuras 2 y 3).

Durante el ingreso, la paciente presenta un cuadro suboclusivo, por lo que tras consultar y comentar con cirugía se decide intervención.

Como resultado anatomopatológico de las piezas quirúrgicas, presenta: infiltración del apéndice por adenocarcinoma

pobrementemente diferenciado con células en anillo de sello, que afecta difusamente toda la pared muscular, el mesoapéndice (nódulo 1,5cm) y focalmente la superficie mucosa, en una extensión de 2,5cm. Con invasión linfovascular y metaplasia de células de paneth. El mesenterio tiene infiltración carcinomatosa por celularidad de alto grado con configuración en anillo de sello.

Discusión

Existen muchos subtipos de tumores apendiculares según el tipo histológico. El tipo menos común es el que se presenta en nuestro caso, el tipo células en anillo de sello, siendo considerado de los más agresivos. Cuando el tumor está limitado al apéndice, normalmente se diagnostican de forma incidental tras apendicetomía o durante el estudio de dolor en fosa ilíaca derecha. Pero cuando existe diseminación peritoneal, como en nuestro caso, el primer síntoma puede ser la distensión abdominal u obstrucción intestinal por crecimiento de siembra peritoneal.

CP-052. DIVERTICULOSIS YEYUNOILEAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

ARROYO ARGÜELLES JM, ROMERO MORENO S, DE VICENTE ORTEGA A, GORDO RUIZ MJ, FRUTOS MUÑOZ L

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN.

Introducción

Los divertículos son herniaciones saculares de la mucosa y/o submucosa a través de la capa muscular del tubo digestivo.

La diverticulosis es la enfermedad colónica más frecuente en Occidente llegando a afectar al 10% de la población, afectando sobre todo al sexo femenino y a personas de edad avanzada.

Sin embargo, la diverticulosis de intestino delgado tiene una prevalencia que oscila entre el 1,1% y el 2,3%, siendo más frecuente en yeyuno que en íleon.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 76 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, enfermedad de Alzheimer y síndrome depresivo crónico.

Ingresa por cuadro de hemorragia digestiva alta en forma de deposiciones melénicas. En primer lugar se procede a la realización de una gastroscopia urgente, resultando la misma normal.

En la colonoscopia realizada se observa una hemorragia digestiva activa con sangre rojo vinosa sin localizar punto de sangrado y de probable procedencia de intestino delgado, así como divertículos en colon descendente y sigma sin signos de complicación.

Se realiza angioTAC abdominal, en el cual no se observan imágenes de extravasación del contraste que sugieran sangrado activo.

Finalmente, se decide la realización de videocápsula endoscópica (**Figura 1**), observándose varios divertículos en yeyuno distal e íleon, los cuales presentaban la mucosa eritematosa y restos hemáticos a dicho nivel, explicando así el origen del sangrado.



FIGURA 1

Videocápsula endoscópica en la que se visualizan los divertículos a nivel de yeyuno e íleon

Discusión

La diverticulosis yeyunoileal es una entidad poco prevalente, que afecta con mayor frecuencia a hombres mayores de 60 años.

En la mayoría de los pacientes los divertículos de intestino delgado son múltiples, siendo el 80% yeyunales, el 15% ileales y el 5% mixtos. Es frecuente la asociación con divertículos en otras zonas del tracto gastrointestinal, frecuentemente en colon.

Los divertículos yeyunoileales son asintomáticos en el 65% de los casos, siendo la complicación más frecuente la diverticulitis. Se evidencia hemorragia por este tipo de divertículos en el 6% de los pacientes aproximadamente.

Se puede concluir que la diverticulosis yeyunoileal es una enfermedad que se suele presentar de manera asintomática, aunque en ocasiones puede complicarse con inflamación, perforación o, como es el caso, con hemorragia.

CP-053. FÍSTULA GASTROCÓLICA: UNA PRESENTACIÓN INFRECUEnte DE CÁNCER DE COLON.

RUIZ PAGES MT, BOCANEGRA VINIEGRA M, MORALES PRADO A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

La fístula gastrocólica es una comunicación patológica entre un segmento del colon y el estómago. Puede ser secundaria a enfermedades benignas o malignas del tracto gastrointestinal, entre ellas los tumores gástricos, úlceras gástricas, enfermedad de Crohn o pancreatitis. Las fístulas secundarias a cáncer de colon también pueden producirse, aunque con menos frecuencia, probablemente por el diagnóstico precoz de esta patología en la actualidad gracias a los programas de cribado.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 53 años con antecedentes de epilepsia desde la infancia, en tratamiento con antiepilépticos, que ingresa a cargo de Medicina Interna para estudio por cuadro constitucional y epigastralgia con vómitos. En analítica destaca hemoglobina de 10,3 g/dL con resto de parámetros normales. Durante el ingreso se realiza estudio con TC toracoabdominal donde se aprecia engrosamiento circunferencial de la pared del ángulo hepático del colon y del antro gástrico con fístula de al menos 25 mm de diámetro entre ambas estructuras (**Figuras 1 y 2**), no pudiéndose precisar la etiología tumoral por esta técnica. Se realiza endoscopia oral donde se identifica antro con gran úlcera en cara posterior con trayecto fistuloso probablemente hacia colon (**Figura 3**), por lo que se completa estudio con colonoscopia donde se aprecia gran neoplasia ulcerada en colon transverso que ocupa toda la luz (**Figura 4**) e impide el paso del



FIGURA 1

Imagen de fístula en corte axial de TC abdominal.



FIGURA 2

Imagen de fístula en corte axial de TC abdominal.

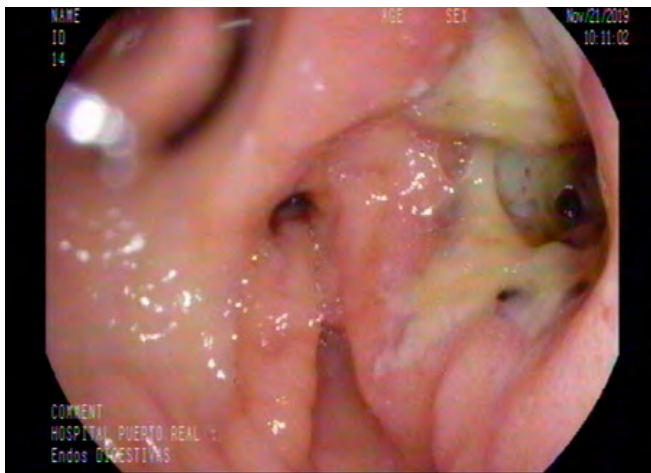


FIGURA 3

Imagen de úlcera con trayecto fistuloso en endoscopia oral.

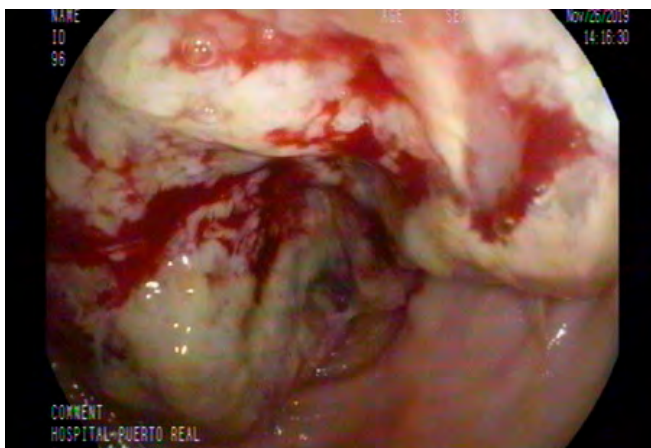


FIGURA 4

Imagen de neoplasia ulcerada en colonoscopia.

endoscopio, tomándose biopsias. El resultado anatomopatológico fue compatible con adenocarcinoma enteroide infiltrante de colon. Tras presentar el caso en Comité de Tumores se decide valoración por Cirugía, pero el paciente reingresa por fiebre, realizándose nuevo TC abdominal donde se observa progresión de la enfermedad sin foco infeccioso aparente. Ante criterios de irresecabilidad se decide tratamiento quimioterápico.

Discusión

La fístula gastrocólica es una complicación rara del cáncer de colon transverso, debida a su proximidad a la curvatura mayor gástrica. Los síntomas suelen ser inespecíficos, pero la mayoría de los pacientes presentan la tríada de diarrea, pérdida de peso y vómitos fecaloideos. El diagnóstico puede realizarse mediante técnicas de imagen como el enema baritado o el TC abdominal y, con estudios endoscópicos que permiten la visualización directa de la fístula y la toma de biopsias. La presencia de una fístula gastrocólica secundaria a cáncer de colon, indica un estadio avanzado de la enfermedad y por tanto traduce un mal pronóstico. A pesar de ello, el tratamiento de elección y, lo que ha demostrado mayor supervivencia, es la resección en bloque junto con quimioterapia adyuvante.

CP-054. HALLAZGO INESPERADO EN CÁPSULA ENDOSCÓPICA: CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO.

DÍAZ ALCÁZAR MM, SELFA MUÑOZ A, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

Los cuerpos extraños en intestino delgado no son un hallazgo habitual. Sin embargo, objetos como monedas, material protésico dental y espinas de pescado pueden quedarse atrapados en el intestino delgado.

Caso clínico

Mujer de 54 años con antecedente de hipertensión arterial y síndrome de apnea obstructiva del sueño a la que se solicita cápsula endoscópica para completar estudio de anemia ferropénica. Previamente endoscopia digestiva alta con hallazgo de hernia de hiato y colonoscopia sin alteraciones.

Se realiza cápsula endoscópica, objetivando pliegues y vellosidades intestinales de aspecto normal. En yeyuno terminal - íleon proximal dos angiodisplasias de pequeño tamaño sin datos de sangrado activo. No se objetivan otras lesiones que justifiquen anemia. Próximo a las angiodisplasias, también en yeyuno terminal – íleon proximal, se observa cuerpo extraño milimétrico, alargado, de coloración negruzca y borde puntiforme enclavado en la mucosa. La mucosa de alrededor es de aspecto normal. El tránsito intestinal se completa en 1 hora y 50 minutos.

Dado que la paciente se encuentra asintomática se decide actitud conservadora y seguimiento.



FIGURA 1

Imagen de cápsula endoscópica en la que se observa cuerpo extraño enclavado en la mucosa del intestino delgado.

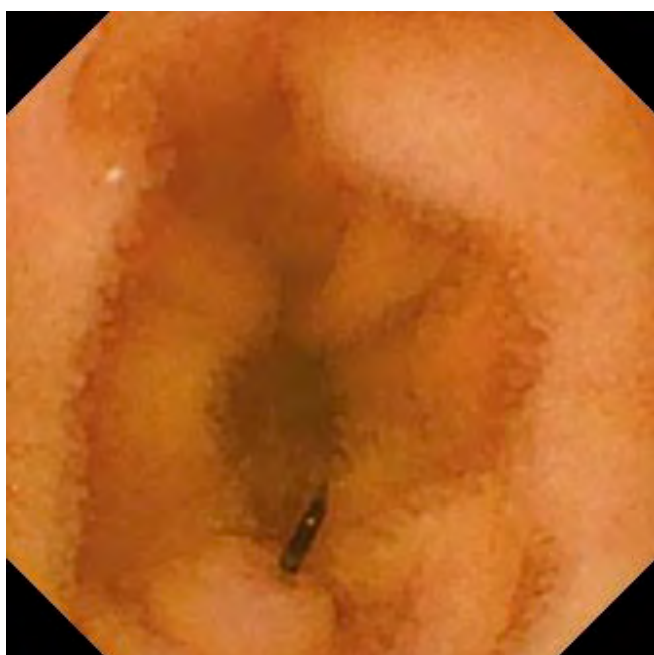


FIGURA 2

Imagen de cápsula endoscópica en la que se observa cuerpo extraño enclavado en la mucosa de intestino delgado.

Discusión

Aunque no es habitual el hallazgo de un cuerpo extraño en intestino delgado, menos frecuente aún es que sea un hallazgo incidental durante la exploración intestinal con cápsula endoscópica. Los pacientes con un cuerpo extraño suelen consultar inmediatamente tras la ingesta del mismo o por sintomatología abdominal como

dolor. En el caso presentado, por el contrario, se trató de un hallazgo incidental durante el estudio de anemia con videocápsula endoscópica, aunque sin trascendencia clínica en este contexto.

Los cuerpos extraños pueden quedar atrapados en el intestino delgado por dos mecanismos. El más habitual es en zonas de estenosis por patología del propio intestino, como enfermedad de Crohn, daño por AINES o en anastomosis quirúrgicas. El otro mecanismo ocurre con objetos puntiagudos que quedan atrapados en ausencia de estenosis. Estos objetos puntiformes pueden causar inflamación y fibrosis en la región circundante, lo que dificulta su extracción. Según un estudio previo es más frecuente encontrar cuerpos extraños en yeyuno que en íleon.

Tradicionalmente, para extraer un cuerpo extraño en intestino delgado, la única opción terapéutica era quirúrgica. Sin embargo, en los últimos años la enteroscopia se ha posicionado como alternativa menos invasiva para extraer cuerpos extraños ubicados a este nivel.

CP-055. HIPO PERSISTENTE: ¿ES SIEMPRE UNA BANALIDAD?

LÓPEZ GONZÁLEZ J, CAMPOS SERRANO N, HALLOUCH S, CALVO BERNAL MM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

El hipo es un acto reflejo que consiste en la contracción brusca y espasmódica del diafragma que provoca la sacudida de los músculos inspiratorios del tórax y del abdomen, seguida del cierre brusco de la glotis. La mayoría de las crisis de hipo son autolimitadas, y no suelen ser motivo de consulta. Cuando el hipo es persistente o recurrente, tiene gran repercusión en la calidad de vida y debe ser estudiado. La causa más frecuente de este tipo de hipo son las enfermedades gastroesofágicas.

Material y métodos

El hipo es un acto reflejo que consiste en la contracción brusca y espasmódica del diafragma que provoca la sacudida de los músculos inspiratorios del tórax y del abdomen, seguida del cierre brusco de la glotis. La mayoría de las crisis de hipo son autolimitadas, y no suelen ser motivo de consulta. Cuando el hipo es persistente o recurrente, tiene gran repercusión en la calidad de vida y debe ser estudiado. La causa más frecuente de este tipo de hipo son las enfermedades gastroesofágicas.

Caso clínico

Varón de 63 años sin antecedentes personales de interés que acude a Urgencias derivado desde Atención Primaria por cuadro de hipo persistente de tres semanas de evolución (que impedía el descanso nocturno), motivo por el cual había acudido hasta en cinco ocasiones a su centro de salud, que en los últimos días

se había asociado a dolor en hemiabdomen superior y aumento del perímetro abdominal. Había sido tratado con clorpromacina intramuscular sin mejoría.

A la exploración se objetiva abdomen distendido, blando y depresible, con timpanismo generalizado, ruidos hidroaéreos aumentados y ausencia de peritonismo. Se realiza Radiografía



FIGURA 1

Rx abdomen realizada en Urgencias, donde se visualizan los niveles hidroaéreos.

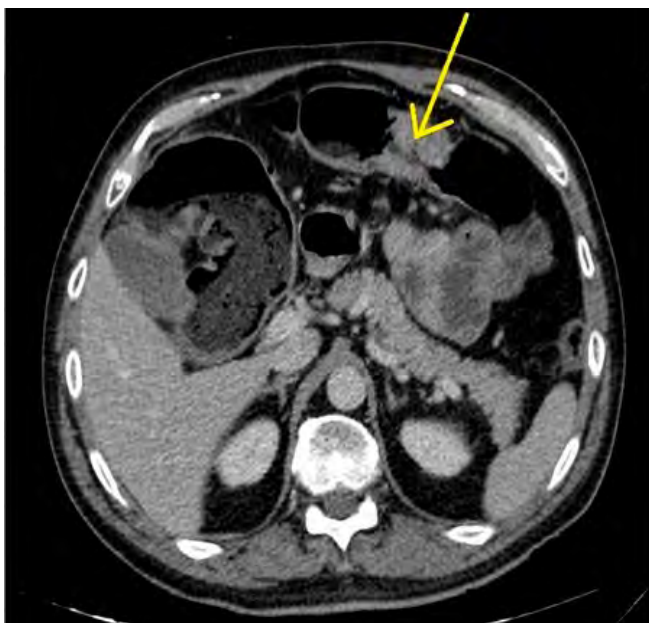


FIGURA 2

Corte coronal de TAC abdominal donde se señala con flecha la imagen en "corazón de manzana" provocada por la tumoración.

de abdomen (Figura 1), donde se visualiza presencia de niveles hidroaéreos y ausencia de aire distal. Ante dichos hallazgos, se solicita TAC abdominal urgente, donde se informa de presencia de engrosamiento mamelonado de pared de colon transverso de unos tres centímetros con imagen "en corazón de manzana", compatible con tumoración a dicho nivel, que condiciona estenosis de la luz con dilatación de colon transverso restante, colon ascendente y asas de intestino delgado, con válvula cecal incompetente (Figura 2).

Tras la realización del TAC abdominal se interconsulta con servicio de Cirugía que realiza intervención quirúrgica de urgencia con hemicolectomía derecha ampliada, tras la cual desaparece el hipo persistente tres semanas después de su comienzo.

Discusión

Los tumores colónicos pueden manifestarse clínicamente de forma muy variada. Sin embargo, que lo haga en forma de hipo es algo excepcional. En el caso de nuestro paciente, la dilatación de asas de delgado debido a una válvula cecal incompetente fue el mecanismo etiopatogénico de esta sintomatología, la cual desapareció de forma brusca una vez resuelta la obstrucción.

Cabe destacar la importancia de realizar una historia clínica detallada en los pacientes que presentan hipo persistente, ya que nos orientará en la realización de las pruebas complementarias correspondientes, con el objetivo de investigar la causa, bien sea debida a enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas o de otro tipo.

CP-056. INVAGINACIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A LEIOMIOSARCOMA DE COLON; A PROPÓSITO DE UN CASO.

FLORES MORENO H, ÁNGEL REY JM, PALOMINO LUQUE P, VERA GARCÍA P

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA. VÉLEZ-MÁLAGA.

Introducción

La invaginación intestinal constituye un cuadro muy poco frecuente de obstrucción intestinal en el adulto, al contrario de lo que ocurre en la infancia. La etiología es diversa, pero cuando ocurre en el colon hasta el 90% suele deberse a lesiones malignas. Este tipo de obstrucción mecánica se produce cuando una lesión de la pared intestinal produce una alteración en la peristalsis provocando que el segmento proximal se introduzca en el distal. Si además se ve comprometida la vascularización, puede provocar edema y necrosis del asa si no se trata a tiempo. La clínica es muy inespecífica, pudiendo debutar en forma de obstrucción aguda o sintomatología crónica (distensión, dolor intermitente, etc). El tratamiento es la resección, no existiendo evidencias actuales para la desinvaginación endoscópica, debido a la alta probabilidad de lesión maligna subyacente.

Un leiomioma es un tipo de tumor maligno mesenquimal que se origina en las células del músculo liso y puede aparecer

en cualquier parte del organismo, siendo las localizaciones más frecuentes el útero, tracto gastrointestinal y grandes vasos. El leiomioma de colon supone menos del 1% de los tumores malignos colorrectales.

Caso clínico

Varón de 76 años al que se le realiza ecografía de abdomen por cuadro de dos meses de evolución de dolor tipo cólico en hemiabdomen derecho, distensión y meteorismo acompañado de hiporexia y pérdida ponderal. En ecografía de abdomen se objetiva masa de 5 cm en colon derecho con imagen de invaginación. Se realiza TAC de abdomen que confirma los hallazgos previos, observando invaginación de colon derecho con sospecha de neoplasia subyacente (Figuras 1 y 2). Posteriormente se realiza

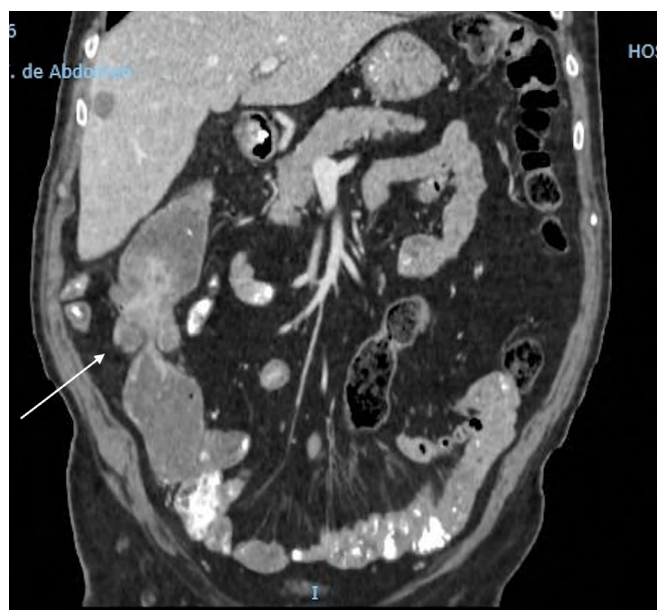


FIGURA 1
Corte coronal de TC en el que se observa invaginación colónica (flecha).



FIGURA 2
Corte axial en el que observamos nuevamente la invaginación (flecha).

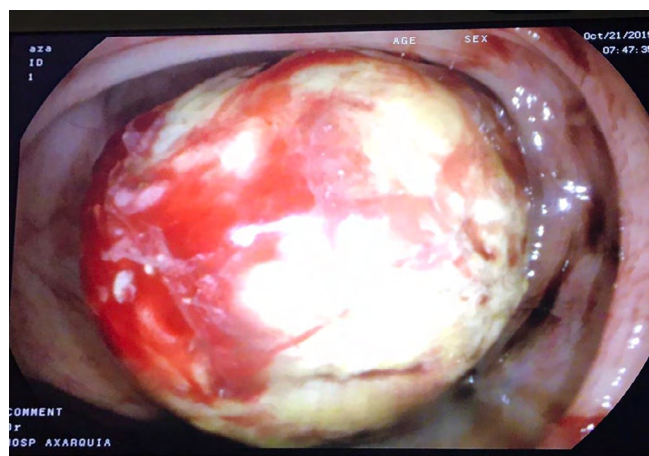


FIGURA 3
Imagen de colonoscopia en la que se observa gran lesión polipoides que ocupa casi la totalidad de la luz recubierta en su totalidad por fibrina.

colonoscopia donde se identifica gran lesión polipoides en colon derecho que ocupa casi la totalidad de la luz y no permite alcanzar ciego, recubierta en su totalidad por fibrina (Figura 3). Posteriormente se realiza hemicolectomía derecha observando en la pieza quirúrgica una tumoración polipoides de 4 cm con superficie enteramente ulcerada y al corte constituida por tejido sólido blanquecino. El diagnóstico definitivo fue de leiomioma de colon moderadamente diferenciado con 66 mitosis/5 mm² y con un 30% de necrosis. Por inmunohistoquímica c-Kit (-), Actina (+), Vimentina (+) y K67 > 50%.

Discusión

La invaginación colónica en adultos es una entidad muy poco frecuente. Gracias al avance en las pruebas de imagen permiten diagnosticarlo a tiempo e indicar un tratamiento quirúrgico precoz para evitar complicaciones asociadas (isquemia, perforación, hemorragia, etc).

CP-057. LEIOMIOMATOSIS PERITONEAL DISEMINADA

HERRADOR PAREDES M, LÓPEZ TOBARUELA JM, VICENTE GUTIÉRREZ MM, FERNÁNDEZ CANO MC, ROSA SÁNCHEZ C, REDONDO CEREZO E

APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA

Introducción

La leiomiomatosis peritoneal diseminada es una entidad rara que se caracteriza por la proliferación benigna de nódulos compuestos por células de músculo liso en áreas subperitoneales de la cavidad abdominopélvica. Aparece de forma general en mujeres premenopáusicas y su patogenia tiene gran influencia hormonal. Simula macroscópicamente una carcinomatosis peritoneal y parece relacionarse con la presencia de miomas. Cursa de forma indolente

y habitualmente se trata de un hallazgo casual en prueba de imagen o en el transcurso de una intervención quirúrgica.

Caso clínico

Mujer de 45 años con antecedentes personales de esclerosis sistémica asociada a artritis reumatoide en tratamiento con metotrexato y corticoides, hipertensión pulmonar leve, derrame pericárdico crónico e intervenida quirúrgicamente de hernia inguinal e histerectomía por miomatosis. Presenta dolor en hipogastrio irradiado a zona lumbar de un año de evolución por lo que se realiza ecografía transvaginal en la que se observa neoformación de 6cm en Douglas. Se completa el estudio con TC y RMN abdominopélvica (**Figura 1**) con hallazgos de masa en Douglas, de dimensiones 71x59x41 mm, sospechosa de malignidad, asociada a carcinomatosis peritoneal, planteando diagnóstico diferencial entre tumor primario peritoneal, sarcoma peritoneal y GIST. Se procede a intervención quirúrgica y se realiza exéresis del tumor, de 9 cm, que parece depender de recto, exéresis de



FIGURA 1
RMN masa en Douglas.



FIGURA 2
TAC pélvico tras tratamiento quirúrgico.

otra tumoración que infiltra pared posterior de cérvix y uréter derecho, anexectomía bilateral, exéresis de cérvix y extirpación de los nódulos peritoneales. La anatomía patológica intraoperatoria aporta resultados de tumor estromal maligno probablemente tipo

GIST. Posteriormente se confirmó en PET-TC resección completa con ausencia de captaciones patológicas. El resultado definitivo de la anatomía patológica de la pieza quirúrgica concluyó que se trataba de una leiomiomatosis peritoneal diseminada y no de un tumor maligno agresivo. Actualmente, 2 años tras la intervención, la paciente realiza revisiones periódicas con pruebas de imagen (**Figura 2**) sin hallazgos a día de hoy de recidiva de la enfermedad.

Discusión

El interés del caso radica en que representa una entidad infrecuente típica de mujeres premenopáusicas y que puede simular de forma inequívoca una carcinomatosis peritoneal. Aunque en la mayoría de las ocasiones es benigno, de un 2-5% de los casos pueden sufrir transformación maligna. Para el diagnóstico es necesario la anatomía patológica. No hay consenso establecido en cuanto a su tratamiento. Cuando se realiza resección quirúrgica, habitualmente hay regresión de los nódulos y no precisan más tratamientos.

CP-058. LIPOHIPERPLASIA COLÓNICA

GONZÁLEZ AMORES Y¹, ROMERO E², RODRÍGUEZ JL², COBOS RODRÍGUEZ J¹, PINAZO JM¹, TORO JP¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR. ALGECIRAS, CÁDIZ.

Introducción

La lipohiperplasia gastrointestinal es una entidad infrecuente, si bien puede ser a priori muy llamativa, en la mayoría de los casos los pacientes suelen ser asintomáticos.

Caso clínico

Paciente de 63 años, fumadora, sin antecedentes de interés salvo por fractura patológica de cadera izquierda hace años, no aporta informes ni consta en historia digital. Acude a consulta por hallazgo de sangre oculta en heces y CEA levemente elevado. Sin antecedentes familiares ni síntomas gastrointestinales.

- Colonoscopia: se aprecian incontables lipomas desde milimétricos hasta 20-25 mm en todos los tramos explorados del colon, entre los que se forman grandes divertículos fecalitos y restos abundantes. Se explora hasta 100 cms sin proseguir por riesgo de iatrogenia. Se intenta en varias ocasiones una colonoscopia completa y con mejor preparación sin éxito.

Estos hallazgos son sugestivos de lipohiperplasia colónica. Ante la imposibilidad de completar colonoscopia se solicitan pruebas de imagen, también con la intención de completar el estudio y valorar la extensión de la lipohiperplasia colónica.

- TAC y RMN abdomen: se aprecia infiltración tumoral submucosa de grasa en todo el colon junto a hipotrofia secundaria de la muscular, que condiciona enfermedad diverticular. Existe proliferación grasa difusa mesentérica, omental y de la grasa



FIGURA 1

Gran lipoma con divertículo formado a su derecha, fecalito en su interior.

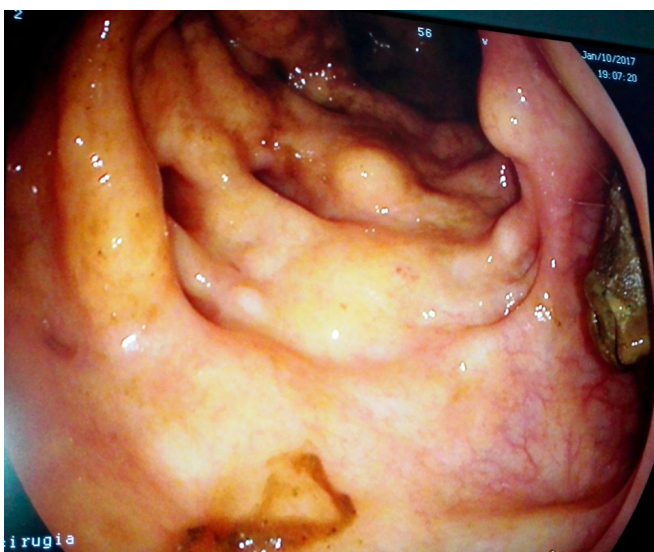


FIGURA 2

Luz colónica donde se visualizan múltiples lesiones submucosas sugestivas de lipomas de pequeño tamaño y divertículos entre ellos.

extraperitoneal de la hemipelvis izquierda. No hay alteraciones del intestino delgado. Existe hipertrofia del flanco y pelvis izquierdas secundaria a proliferación de la grasa muscular con atrofia del oblicuo mayor y músculos de la raíz del muslo e intermuscular. Estos hallazgos sugieren que la paciente pueda tener un síndrome de lipomatosis sistémica.

Discusión

La lipomatosis o lipohiperplasia difusa intestinal puede darse en cualquier tramo del tubo digestivo, o formar parte de un proceso de lipomatosis sistémica. Es una patología infrecuente de etiología desconocida. La proliferación grasa puede afectar a la submucosa o extenderse a la serosa y la grasa mesentérica, si bien la muscular propia rara vez está afectada. Los pacientes suelen ser asintomáticos cuando la afectación excluye el intestino delgado. El síntoma más frecuente es el dolor, también se ha descrito obstrucción, vólvulos e invaginación sobre todo en lipomas de gran tamaño.

Esta infiltración grasa produce hipotrofia de la muscular adyacente condiciona la formación de divertículos en muchos

pacientes, así como trastornos vasculares que pueden producir sangrado gastrointestinal, tanto por los vasos hipertróficos formados en los divertículos como por fenómenos isquémicos por hipovascularización del componente graso (ulceración de los lipomas), que además dificultaría una correcta anastomosis en una eventual cirugía.

CP-059. MALROTACIÓN INTESTINAL EN ADULTO COMO HALLAZGO INCIDENTAL

OSORIO MARRUECOS M, RUIZ PAGÉS MT, BOCANEGRA VINIEGRA M, OTERO LÓPEZ S

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL. PUERTO REAL, CÁDIZ.

Introducción

La malrotación intestinal es un trastorno en la fijación del intestino medio caracterizado por la incapacidad de completar su rotación fetal alrededor de la arteria mesentérica superior.

La mayoría de los casos se presentan en niños, siendo rara su presentación en adultos.

Puede ponerse de manifiesto de forma aguda, como vólvulo, o de forma crónica. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen y su tratamiento difiere en función de la forma de manifestarse.

Caso clínico

Varón de 66 años, hipertenso y diabético de larga data, con dos hermanas fallecidas por CCR a los 60 años. Sin otros antecedentes personales de interés. Desde hace un par de años presentaba hábito intestinal con 4-5 deposiciones al día de consistencia blanda y distensión abdominal en hemiabdomen derecho. No hay otra sintomatología ni alteraciones analíticas. Se realiza colonoscopia con dificultad por bucleaciones repetidas que dificultan el avance



FIGURA 1

Masa polipoidea.



FIGURA 2

Masa neoplásica.

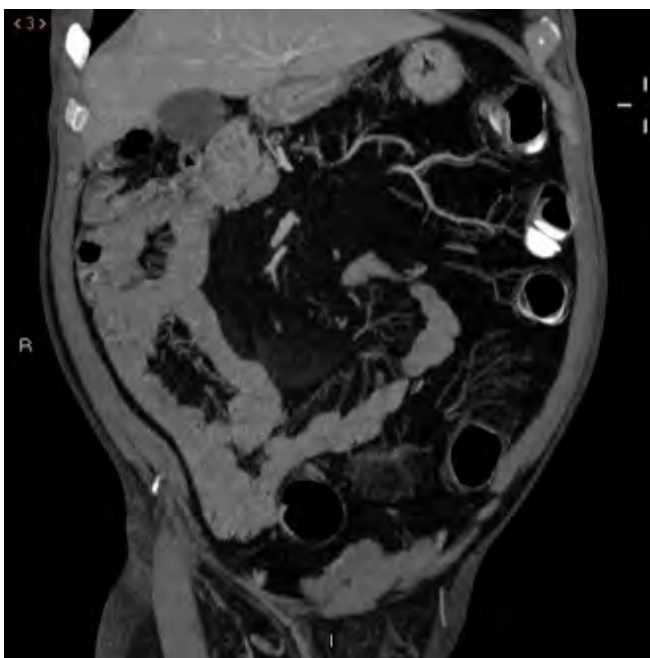


FIGURA 3

Malrotación intestinal.

del endoscopio. Se observan pólipos colónicos adenomatosos y una masa polipoidea móvil (**Figura 1**) que parecía depender de colon transverso. Se decide estudio mediante TC abdomen y colonoscopia virtual donde se confirma una masa de características neoplásicas en válvula ileocecal (**Figura 2**), así como se objetiva de manera incidental imagen sugestiva de malrotación intestinal (**Figuras 3 y 4**). Ante hallazgo neoplásico, el paciente es sometido a intervención quirúrgica realizándose hemicolectomía derecha y se determina

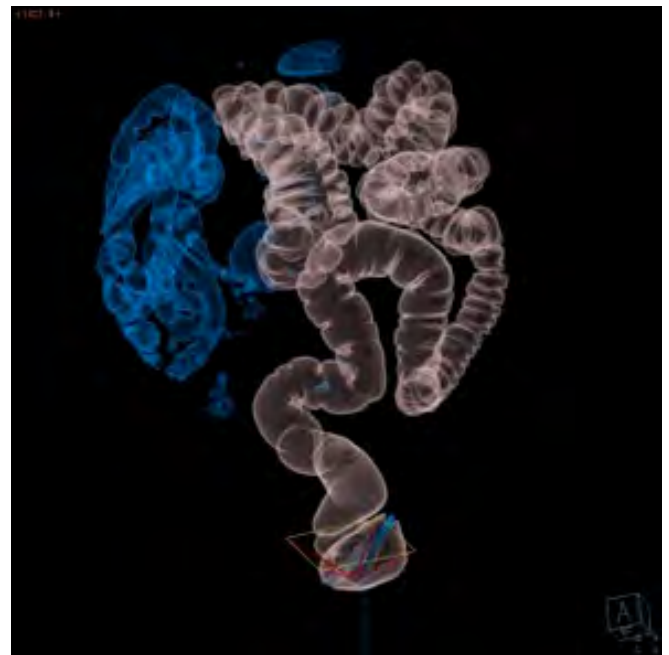


FIGURA 4

Distribución intestino delgado e intestino grueso.

mediante anatomía patológica un adenocarcinoma enteroide sobre pólipo túbulo-veloso en ciego. El postoperatorio transcurre sin incidencias, encontrándose actualmente asintomático y con buena evolución.

Discusión

La malrotación intestinal constituye una patología que raramente se presenta en adultos. El no sospecharla conlleva retraso en su diagnóstico y aumento de la morbilidad.

La presentación asintomática es posible, descubriéndose como hallazgo incidental tras una prueba de imagen por otro motivo. Su presentación crónica puede presentarse con una clínica indistinguible de otras patologías como vómitos, dolor abdominal, malabsorción o diarrea. El diagnóstico se realiza mediante estudio de TAC donde se pone de manifiesto un duodeno que anómalamente permanece en el lado derecho sin cruzar la línea media. El patrón oro en el diagnóstico es la radiografía con bario del tracto gastrointestinal superior. El tratamiento se realiza con un procedimiento quirúrgico (técnica Ladd).

CP-060. MELANOMAS RECTALES METACRÓNICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

GARCÍA MÁRQUEZ J¹, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A¹, BERDUGO HURTADO F¹, RUÍZ RODRÍGUEZ AJ¹, GUTIERREZ SAINZ J²

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ²UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

El melanoma primario maligno gastrointestinal constituye un hallazgo infrecuente que suele desarrollarse en la región anorrectal. La concurrencia de dos lesiones a este nivel ha sido escasamente descrita.

Caso clínico

Mujer de 73 años se realiza colonoscopia por cribado de CCR con evidencia y extirpación completa de una lesión 0-IIa de 8mm a 15cm del margen anal, compatible histopatológicamente con infiltración mucosa por melanoma de células fusiformes (melanA y HMB45 positivo) con escaso pigmento melánico y márgenes libres. Las biopsias posteriores de la cicatriz fueron negativas. La exploración física no mostraba lesiones dérmicas. Se completa

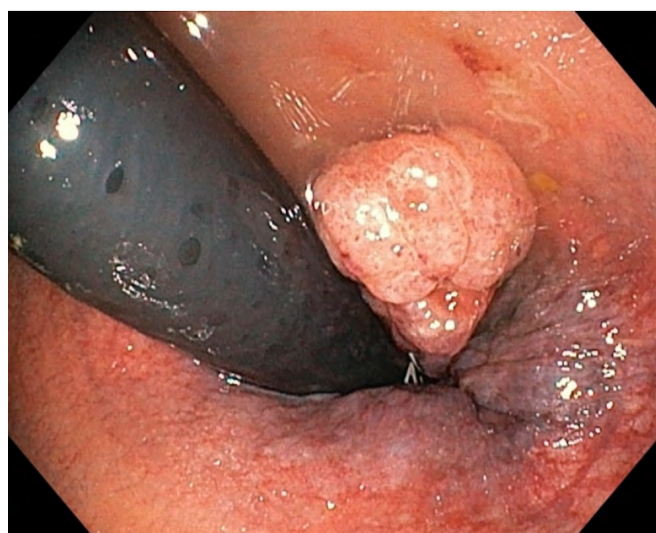


FIGURA 1

Lesión polipoidea a nivel de recto. Imagen en retrovisión.

estudio mediante PET-TC que descarta enfermedad a distancia y se decide seguimiento. Un año más tarde, la paciente describe rectorragia, palpándose en canal anal un nódulo excrecente. Mediante colonoscopia se comprueba buen aspecto de la cicatriz de polipectomía previa, objetivándose nueva lesión 0-Ip de 10mm, no pigmentada justo a nivel de la línea pectínea (**Figura 1**). El estudio histológico informa de infiltración por neoplasia de células fusiformes compatible con melanoma (melanA y HMB45 negativos), sin pigmento. Un nuevo PET-TC descarta enfermedad diseminada. Se realiza exéresis quirúrgica de la lesión resultando afectos los bordes de resección. La paciente rechaza resección completa mediante amputación abdomino peritoneal y continúa seguimiento estrecho, sin datos de recidiva a los 6 meses.

Discusión

El melanoma anorrectal primario supone <1% de las neoplasias anorrectales malinas y el 0,3% del global de melanomas. Su comportamiento es agresivo y la mayoría presentan metástasis

al diagnóstico. Aunque el aspecto endoscópico es el de una lesión polipoidea pigmentada, hasta el 30% pueden presentarse como lesiones atípicas, sin pigmento que plantean el diagnóstico diferencial con hemorroides, pólipos adenomatosos o cáncer de recto.

El diagnóstico de un melanoma primario de colon exige descartar su origen desde un tumor primario de la piel, así como la realización de un estudio de extensión mediante TC o PET-TC. El tratamiento de estas lesiones no está bien establecido. Se han descrito casos extirpados mediante resección mucosa endoscópica, pero considerando su comportamiento agresivo, la resección quirúrgica radical con márgenes libres se considera la técnica de elección en lesiones localizadas. En ausencia de diseminación linfática no se recomienda la realización del estudio del ganglio centinela, ya que en casos positivos la linfadenectomía no parece tener impacto sobre la supervivencia. En estadios avanzados, el tratamiento con quimioterapia/inmunoterapia se realiza en base a la experiencia con el melanoma cutáneo, dado el poco conocimiento que existe acerca de este tipo de tumores.

CP-061. MIELOLIPOMA RETROPERITONEAL. CAUSA TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR ABDOMINAL.

RICO CANO A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. ANTEQUERA, MÁLAGA.

Introducción

El mielolipoma es un tumor benigno raro compuesto por tejido graso maduro y elementos hematopoyéticos. Su localización principal es en la glándula suprarrenal, con una incidencia en autopsias entre el 0,08-0,2%, siendo su localización extraadrenal mucho menos frecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura, como es en el caso de nuestro paciente con localización retroperitoneal.

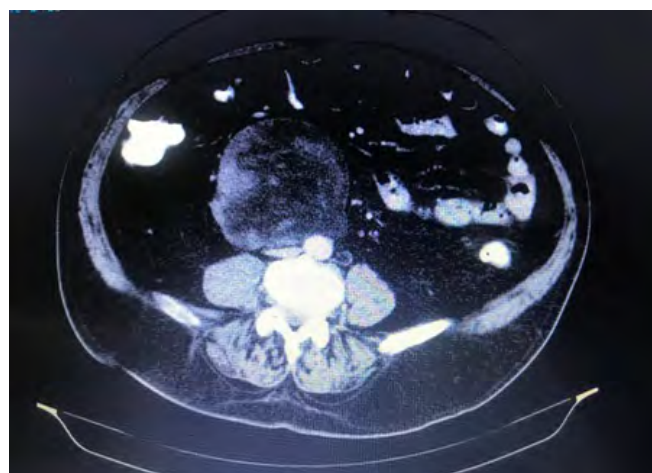


FIGURA 1

Imagen de TC abdomen con contraste intravenoso en un corte axial donde se observa la masa retroperitoneal heterogénea.



FIGURA 2

Imagen de TAC abdomen con contraste intravenoso, corte coronal, donde se observa la imagen de la masa retroperitoneal heterogénea que comprime la aorta abdominal y la cava inferior.

Caso clínico

Varón de 78 años comienza estudio en digestivo por dolor abdominal solicitándose inicialmente ecografía abdomen sin hallazgos y se completa estudio con TC abdomen con contraste intravenoso con resultado de masa retroperitoneal de 10 cm de diámetro, de predominio graso, muy bien delimitada que comprime posteriormente la aorta abdominal distal y la cava inferior, que no está colapsada totalmente, y que capta parcialmente contraste aunque de modo heterogéneo, sugestivo de sarcoma (Figuras 1 y 2). Ante este resultado se decide realizar BAG guiada por TC con resultado histológico de: tejido adiposo maduro que engloba tejido hematopoyético, compatible con mielolipoma.

A pesar del resultado de mielolipoma, dado que el paciente presenta síntomas y la lesión está produciendo efecto masa, se propone extirpación quirúrgica, pero el paciente la rechaza y actualmente esta realizándose controles radiológicos anuales con TC abdomen con estabilidad radiológica.

Discusión

El mielolipoma suele presentarse entre la quinta y séptima década de la vida, y generalmente son unilaterales. En la mayoría de los casos los pacientes son asintomáticos, por lo que su diagnóstico suele ser incidental, aunque debido a su crecimiento pueden provocar síntomas por efecto masa, hemorragia asociada o necrosis tumoral. La sintomatología más frecuente en caso de presentarla es el dolor abdominal, hematuria y estreñimiento.

El diagnóstico diferencial de mielolipoma incluye angiomiolipoma, liposarcoma, lipoma y carcinoma suprarrenal, diferenciándose de estos mediante técnicas de imagen (ECO, TC abdomen, RMN) en función del contenido graso de la masa, la heterogeneidad de la misma y la existencia de bordes regulares. Se diferencia del tumor hematopoyético extramedular por no presentar anemia, esplenomegalia ni hematopoyesis extramedular. No obstante, el

diagnóstico definitivo es histológico mediante biopsia percutánea o PAAF. Dado que la mayoría son asintomáticos no requieren extirpación quirúrgica excepto si comienzan a producir síntomas o existen dudas diagnósticas, debiendo realizarse controles radiológicos periódicos para asegurar estabilidad de la lesión y que no existan complicaciones asociadas.

CP-062. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ADULTO SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL.

KECO HUERGA A, CÁMARA BAENA S, MARQUÉS RUIZ A, PÉREZ PASTOR Á, CASTRO FÉRNANDEZ M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

Introducción

Los divertículos de Meckel, habitualmente asintomáticos, pueden complicarse en forma de diverticulitis, hemorragia digestiva u obstrucción intestinal. Presentamos el caso de una causa infrecuente de obstrucción intestinal en adultos como es la diverticulitis de Meckel.

Caso clínico

Varón de 42 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dolor abdominal periumbilical de una semana de evolución, con vómitos y distensión abdominal. No alteración del hábito intestinal. Exploración física con abdomen distendido, doloroso



FIGURA 1

Radiografía de abdomen en bipedestación con dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos.



FIGURA 2

Corte de TC de abdomen: obstrucción de intestino delgado, con aumento de calibre de las asas (máximo 4 cm), sin observarse clara causa mecánica.

de forma difusa, sin masas ni signos de irritación peritoneal. No anillos herniarios. Análítica con leucocitos de 27000 cels/mm3 con neutrofilia y PCR de 100 mg/L; sin trastornos hidroelectrolíticos. Radiografía abdominal (Figura 1) con dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos. Tacto rectal sin masas ni fecaloma.

Se confirmó obstrucción intestinal de intestino delgado en TC de abdomen (Figura 2) sin objetivar su origen.

Se practica laparotomía exploradora con hallazgo de dilatación de asas de intestino delgado, desde válvula ileocecal hasta el ángulo de Treitz, con hallazgo de diverticulitis de Meckel. Se realiza resección segmentaria de íleon terminal englobando la totalidad del divertículo.

Discusión

La diverticulitis de Meckel, entidad de presentación infrecuente, puede ser causa de obstrucción intestinal, como el caso que presentamos, y de dolor abdominal agudo similar al de una apendicitis aguda. La obstrucción intestinal secundaria a divertículo de Meckel puede ser secundaria a diverticulitis, invaginación o volvulación del mismo. La TC abdominal puede no ser diagnóstica, requiriendo frecuentemente de laparotomía exploradora.

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal, siendo diagnosticado generalmente en la infancia (el 50-60% de los pacientes que desarrollan síntomas son menores de 2 años). La sintomatología suele ser secundaria a complicaciones del divertículo como hemorragia, obstrucción intestinal, vólvulo o inclusión del divertículo en una hernia (hernia de Littré). Suele localizarse a 60 cm de la válvula ileocecal y presenta en el 50% mucosa ectópica, sobre todo gástrica. El tratamiento es quirúrgico con resección del mismo.

Debemos considerar, a pesar de su infrecuencia, los divertículos de Meckel como causa de obstrucción intestinal.

CP-063. OBSTRUCCIÓN INTestinal SECUNDARIA A VOLVULACIÓN POR DIVERTÍCULO DUODENAL

CALVO BERNAL MM, MORENO MORALED A I, DELGADO MAROTO A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Los divertículos de intestino delgado constituyen una causa poco frecuente de enfermedad diverticular complicada; sin embargo, hasta un 30% de pacientes con divertículos yeyunoileales desarrollan complicaciones.

Presentamos un caso de obstrucción intestinal secundaria a un vólvulo intestinal asociado a diverticulosis de intestino delgado.

Caso clínico

Mujer de 70 años, diabética y sin intervenciones quirúrgicas abdominales previas, que acude a urgencias por cuadro de diarrea y vómitos de dos semanas de evolución con pérdida de 12 Kg de peso asociada.



FIGURA 1

Tránsito intestinal. Se observa divertículo intestinal que se rellena con el contraste.

En la radiografía de abdomen se observan asas de intestino delgado y cámara gástrica dilatadas, con niveles hidroaéreos en su interior. Se realiza TC de Abdomen, tránsito intestinal y enteroRMN en los que se observa un aumento de calibre de cavidad gástrica, 1ª y 2ª porción duodenal sin objetivarse causa obstructiva, con presencia de al menos dos divertículos duodenales de hasta 5 cm como hallazgo incidental.

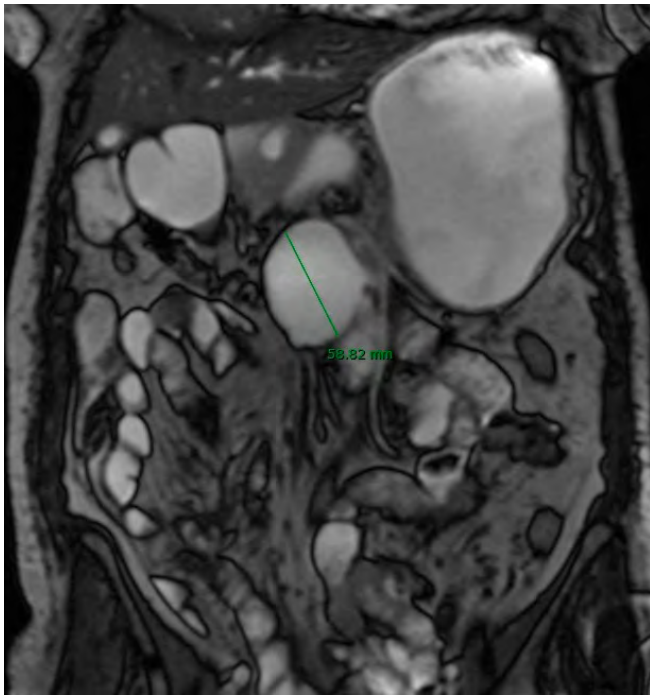


FIGURA 2

Entero-RMN: Se observa divertículo yeyunal (línea verde) de 6 cm aproximadamente.



FIGURA 3

Laparotomía: Pieza quirúrgica en la que se aprecian múltiples divertículos yeyunales.

Ante la sospecha de cuadro suboclusivo, se trata de forma conservadora pero dada la persistencia de los síntomas, se decide realizar una laparotomía exploradora. En esta se evidencia la presencia de un vólvulo intestinal y múltiples divertículos yeyunales de diferente tamaño, destacando la presencia de un divertículo de > 5 cm a nivel de ángulo de Treitz, realizándose resección del segmento con mayor número de divertículos.

El postoperatorio cursa favorablemente y la paciente puede ser dada de alta con buena tolerancia a dieta oral.

Discusión

La diverticulosis yeyunoileal constituye una entidad rara, con una incidencia que varía entre 0,5-2,3% en pruebas de imagen. La diverticulosis sintomática del intestino delgado se localiza en el 79% de los casos en duodeno y en el 18% de los casos en yeyuno o íleon, presentando el 60% de los pacientes diverticulosis colónica de forma concomitante.

La incidencia aumenta con la edad, no tiene predilección de género. La mayoría son asintomáticos y no requieren tratamiento.

Las complicaciones que requieren intervención quirúrgica incluyen la diverticulitis, hemorragia, perforación y obstrucción intestinal. La laparoscopia diagnóstica es muy útil para evaluar pacientes con clínica refractaria, curso complicado y sin un diagnóstico claro.

El tratamiento quirúrgico se lleva a cabo en aproximadamente el 8,5% de todos los pacientes con diverticulosis yeyunal.

En caso de obstrucción intestinal en la que no encontremos una causa mecánica objetivable se deben considerar las alteraciones morfológicas del intestino delgado, especialmente cuando en las pruebas de imagen se evidencien divertículos a nivel de intestino delgado, aún en ausencia de signos de complicación.

CP-064. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE.

LIBRERO JIMÉNEZ M, LÓPEZ VICO M, MARTÍN RODRÍGUEZ MM, HERRADOR PAREDES M, LÓPEZ TOBARUELA JM, REDONDO CEREZO E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

El término Pseudomixoma Peritoneal (PMP) hace referencia a la diseminación mucínica intraperitoneal originada por la ruptura de una neoplasia mucinosa. La localización primaria más frecuente son las neoplasias apendiculares de bajo grado (LAMN), aunque también puede surgir a partir de neoplasias colorrectales, ováricas y prácticamente de cualquier órgano abdominal. La incidencia de LAMN oscila entorno al 0.2-0.3% y la progresión a PMP ocurre en tan solo un 20% de esos pacientes. Es más frecuente en mujeres, en las que con frecuencia se presenta como una masa ovárica de rápido crecimiento debido a la diseminación trans-celómica. Por ello en estos casos se llega al diagnóstico de dicha entidad a raíz del estudio de una masa ovárica.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 78 años en la que durante el estudio de un cuadro de metrorragia atribuido finalmente a un mioma uterino, se halla de forma incidental una masa anexial de 15 x 10 cm en pelvis. Se completa el estudio con un TAC abdominal sin y con contraste iv (Figuras 1 y 2 respectivamente) y posteriormente una RMN (Figuras 3 y 4) donde se describe una



FIGURA 1

TAC abdominopélvico con contraste iv (corte transversal).



FIGURA 2

TAC abdominopélvico con contraste iv (corte transversal).

masa quística multiloculada en región anexial izquierda de 19 x 11 x 15 cm, con bordes bien definidos salvo en su pared posteroinferior y medial donde no se identifica cápsula y se aprecia una amplia comunicación de 8 cm con la cavidad peritoneal pélvica, con presencia de líquido libre en espacios peritoneales vesicouterino y rectouterino en cantidad moderada. Ante la sospecha radiológica de cistoadenoma mucinoso en región anexial izquierda, la paciente se interviene quirúrgicamente con hallazgo de una tumoración de 3-4 cm de consistencia pétrea sobre el apéndice. Se realiza una histerectomía con doble anexectomía, quistectomía y exéresis del tumor apendicular, siendo posteriormente el diagnóstico histológico de neoplasia mucinosa de bajo grado a nivel apendicular con metástasis en anejo izquierdo.

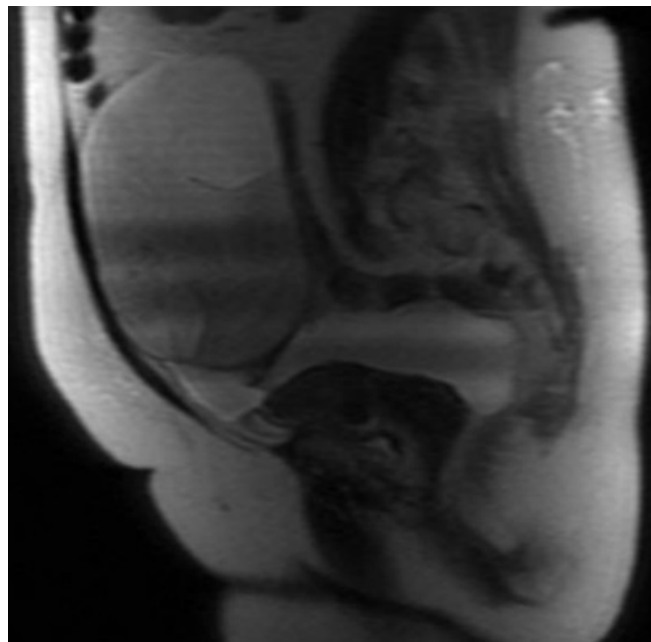


FIGURA 3

RMN abdominopélvica con contraste iv (corte sagital).

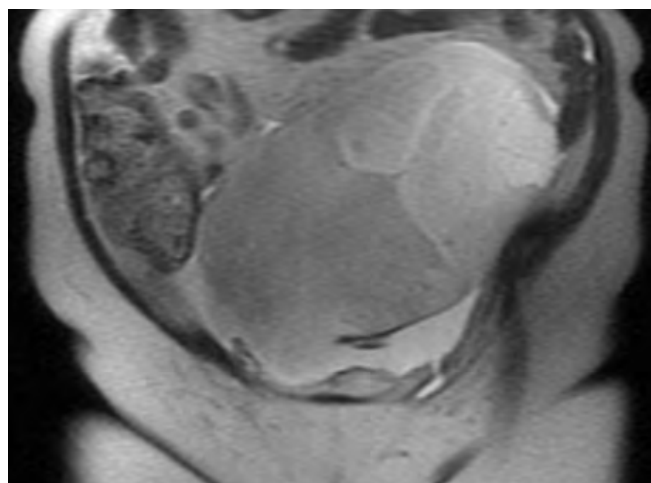


FIGURA 4

RMN abdominopélvica con contraste iv (corte oblicuo).

Discusión

El PMP es una entidad infrecuente originada habitualmente por la perforación de una neoplasia mucinosa del apéndice, con diseminación secundaria por el peritoneo. El manejo óptimo incluye la cirugía citorreductora seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC). En el caso que presentamos dada la edad y comorbilidad de la paciente se decidió no administrar el tratamiento adyuvante, optándose por revisiones periódicas en las que hasta la fecha ha continuado libre de enfermedad.

CP-065. REGISTRO REGIONAL DE POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

DIEGUEZ CASTILLO C, HALLOUCH TOUTOUH S, DELGADO MAROTO A, BARRIENTOS DELGADO A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

La creación de registros de pacientes con Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) parte de la necesidad de elaborar protocolos diagnósticos y terapéuticos a partir de la detección y seguimientos de las familias afectas. En 2010 se publicó el Registro Andaluz de la PAF y la puesta en marcha de la consulta de alto riesgo en Almería en 2017 nos permite actualizar los datos aportados con el mismo objetivo de valorar las características fenotípicas y genotípicas de los pacientes en seguimiento.

Material y métodos

Estudio descriptivo de 22 pacientes con PAF, pertenecientes a 10 familias, que se encuentran en seguimiento en la consulta de alto riesgo del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Los estudios genéticos se realizaron en el Centro de Investigación Lorgen de Granada.

Mutación gen APC	Nº de familias
c.2805 C>A (p.Tyr935Ter, rs137854575)	2
c.2805 C>A (p.Tyr935Ter, rs137854575)	2
c.1686_1687delGT	10
c.1686_1687delGT	10
c.690 C>T (p.R232X)	7

TABLA 1

Relación de las mutaciones encontradas.

Cáncer CCR al diagnóstico	1
<i>Estadío</i>	T1N0M0
Tipo cirugía profiláctica	
Colectomía total + anastomosis ileorrectal	7
Colectomía subtotal + anastomosis ileorrectal	12
Panproctocolectomía + ileostomía definitiva	2
Pendiente cirugía profiláctica	1
Cirugía del remanente rectal	6
Imposibilidad manejo endoscópico	3
Adenocarcinoma sobre pólipo con infiltración submucosa (pT1)	1
Pólipo con afectación línea pectínea	1
Tumores desmoides que infiltra recto	1
Adenomas en tracto digestivo superior	
Fundus	1
Duodeno	11
Papila	8
<i>Tratamiento endoscópico</i>	5
<i>Tratamiento quirúrgico</i>	2
<i>Tratamiento endoscópico + quirúrgico</i>	1

TABLA 2

Manifestaciones digestivas de la PAF.

Resultados

La edad media de los sujetos incluidos es de 40 años (19 - 74), siendo el 40,9 % varones.

El estudio genético se realizó en 7/22 pacientes con resultado positivo en el 85,7 % de los casos. En la **tabla 1** se exponen las mutaciones de la línea germinal identificadas en el gen APC.

Se identificó Cáncer colorrectal al diagnóstico en un caso (4,5 %). En

	Nº pacientes (N = 22)
HCEPR*	0
Tumor desmoides	6
Afectación hepática	
<i>Hepatoblastoma</i>	0
<i>Esteatosis hepática</i>	3
<i>Hemangiomas</i>	3
Afectación tiroidea	
<i>Tumores</i>	0
<i>Nódulos coloides</i>	2
<i>Nódulo TIRADs3</i>	1
<i>Bocio multinodular tóxico (tiroidectomía)</i>	1
<i>Tiroiditis</i>	1

* HCEPR: hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina

TABLA 3

Manifestaciones extradigestivas de la PAF.

el resto de casos, el tipo de cirugía profiláctica se expone en la tabla 2, siendo la edad media de la cirugía 23.6 años.

La necesidad de cirugía del remanente rectal fue del 31,6% (6/19) especificando el motivo en la **Tabla 2**. La edad media de intervención fue 41 años.

Se observó afectación del tracto gastrointestinal superior por adenomas en 13/22 (**Tabla 2**). El 40,9% presentaba pólipos de glándulas fúndicas.

Dentro de las manifestaciones extraintestinales (**Tabla 3**), se diagnosticaron 6 tumores desmoides en pacientes pertenecientes a 3 familias distintas. No se han diagnosticado tumores de tiroides ni hepatoblastoma. En nuestra muestra no consta cribado al diagnóstico de hipertrofia Hipertrofia congénita del epitelio pigmentado de la retina

Conclusiones

Con el Registro Andaluz se promueve la comunicación entre las consulta de alto riesgo de los diferentes centros de nuestra comunidad permitiendo el diagnóstico de todos los familiares afectados independientemente del lugar de residencia. Esto contribuye a adoptar medidas preventivas de vigilancia de forma precoz disminuyendo la frecuencia de CCR y otros tumores asociados a la PAF como los derivados de adenomas papilares y los desmoides.

CP-066. SÍFILIS RECTAL: UNA CAUSA MUY INFRECUENTE DE TUMORES DE RECTO.

CADENA HERRERA ML¹, BELLIDO MUÑOZ F², CORDERO RUIZ P², MUÑOZ GARCÍA BORRUEL M², HERGUETA DELGADO P²

¹UGC INTERCENTROS APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

Actualmente, el mundo occidental vive un repunte en la incidencia de las infecciones por Sífilis. La afectación rectal es muy rara en esta entidad y puede ser una manifestación de Sífilis primaria como secundaria. No existen hallazgos clínicos, radiológicos o endoscópicos específicos, por lo que su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha.

Caso clínico

Varón homosexual de 39 años, acude a urgencias por dolor en hipogastrio y sensación de defecación incompleta de diez días. La exploración física y analítica fueron normales. En TAC abdominal y RM pélvica se aprecia un engrosamiento asimétrico de la pared rectal con disminución de la luz, rarefacción de la grasa y adenopatías patológicas (Figuras 1-2). Ante la sospecha de neoplasia rectal se realiza colonoscopia, observando a 10cm del margen anal una lesión de 25mm sobrelevada ulcerada, congestiva y friable, de aspecto neoplásico (Figuras 3-5). El estudio de extensión de tórax fue negativo. Histológicamente reveló cambios inflamatorios agudos sin evidencia de malignidad y ausencia de microorganismos en las tinciones habituales. El paciente presenta mejoría sintomática de forma espontánea sin tratamiento, por lo que se dio de alta pendiente de resultado de cribado de ITS en



FIGURA 1

TAC de pelvis: engrosamiento asimétrico de la pared rectal con disminución de la luz.

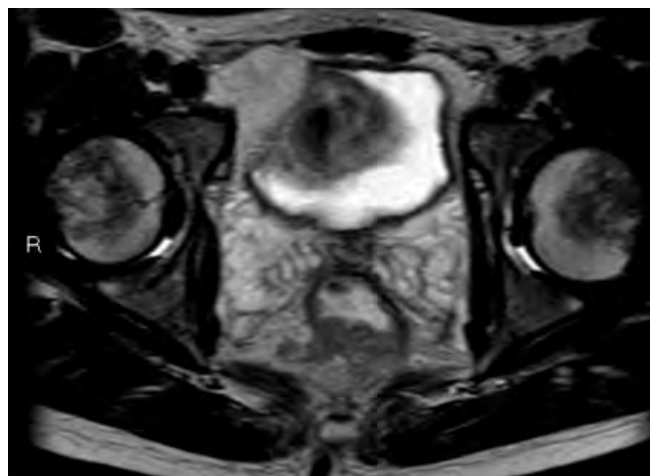


FIGURA 2

RM pélvica: engrosamiento de la pared rectal.

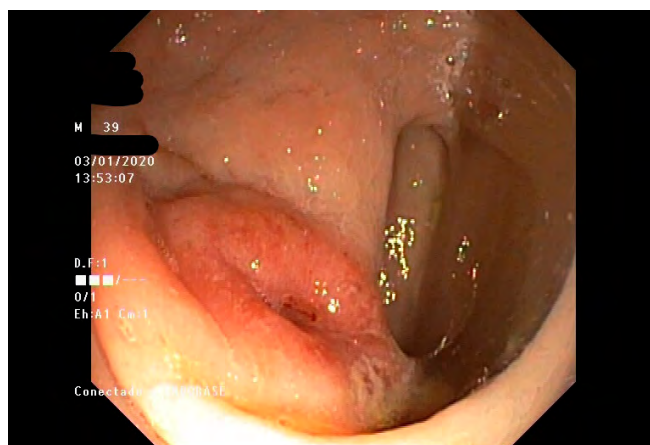


FIGURA 3

Tumoración rectal sobrelevada de centro ulcerado.



FIGURA 4

Tumor rectal 25mm.

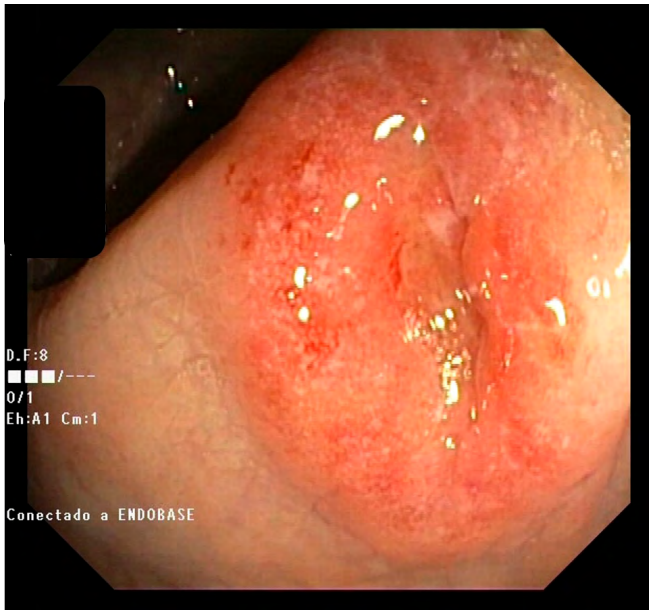


FIGURA 5

Tumor rectal a 10cm del margen anal.



FIGURA 6

Erupción cutánea papular diseminada, archivo dermatología.

la muestra de biopsia rectal (PCR de Chlamydia, N. Gonorrhoeae, Citomegalovirus y Virus Herpes Simplex). Dos semanas más tarde, acude a revisión en consulta presentando una erupción papular eritematosa en tronco y palmas (Figura 6). Solicitamos serología para Sífilis, confirmándose la infección por Treponema Pallidum. Recibe tratamiento con penicilina benzatina y un mes más tarde, tras la curación de la infección luética, se realiza colonoscopia de control confirmando la desaparición completa de la lesión rectal.

Discusión

La sífilis rectal es una manifestación rara de la enfermedad. Es más frecuente en varones homosexuales, VIH positivo, en la tercera década de vida. Puede ser asintomática o presentarse con dolor/discomfort anorrectal, rectorragia o tenesmo. Como Sífilis primaria, es más común la manifestación en forma de úlcera indolora en la pared anterior del canal anal, que la presentación rectal como en el caso de este paciente. Endoscópicamente puede observarse hiperemia, ulceraciones, friabilidad y más raramente, pseudo-tumores. La afectación rectal como manifestación de Sífilis secundaria, descrita en forma de proctitis ulcerada, es incluso más infrecuente. El diagnóstico se basa en determinaciones serológicas y la visualización de espiroquetas en microscopio de campo oscuro en tejido rectal. Dada la creciente incidencia de la infección y las manifestaciones inespecíficas, debemos pensar en esta patología ante una lesión anorrectal atípica, principalmente en pacientes con factores de riesgo.

CP-067. SÍNDROME DE NUTCRACKER: CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL.

MORENO MORALED A, DELGADO MAROTO A, LÓPEZ GONZÁLEZ J

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

El fenómeno o síndrome de "Nutcracker" o Cascanueces es una enfermedad infrecuente y, por tanto, infradiagnosticada, que consiste en la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior.

Caso clínico

Mujer de 29 años en seguimiento en consulta de digestivo por clínica de dolor epigástrico y vómitos de forma intermitente de más de un año de evolución. Síndrome miccional de periodicidad mensual que se relaciona con la menstruación y en ocasiones dolor en hipogastrio irradiado a flanco izquierdo.

Se realiza tránsito intestinal y gastroscopia normales. En la colonoscopia existe dificultad para el paso del endoscopio en sigma, con sensación de atrapamiento externo desde 35 a 40 cm de margen anal, que finalmente se logra sobrepasar con gastroscopio.

Ante la persistencia de la clínica y la sospecha de compresión colónica extrínseca, se solicita TC de abdomen para descartar patología uro-

ginecológica. En este se observa un significativo afilamiento de calibre de la vena renal izquierda a su paso por la pinza vascular aortomesentérica y una dilatación y congestión difusa de la vena



FIGURA 1

Síndrome de Nutcracker.



FIGURA 2

Varices pélvicas.

gonadal izquierda y varices parauterinas izquierdas que envuelven parcialmente a sigma proximal y provocan leve impronta en su pared, hallazgos que justifican los signos de compresión extrínseca visualizados por colonoscopia y que confirman el diagnóstico de síndrome de Nutcracker.

Inicialmente se decide manejo conservador con pérdida de peso, presentando la paciente buena evolución clínica sin precisar la realización de técnicas intervencionistas.

Discusión

El síndrome de atrapamiento de la vena renal izquierda es un trastorno de compresión vascular poco frecuente que implica la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior, aunque existen variaciones.

La manifestación clínica más frecuente es el dolor abdominal en flanco izquierdo, aunque presenta síntomas guía que nos pueden ayudar en el diagnóstico, como la hematuria.

Otra forma de presentación a destacar es el síndrome de congestión pélvica, caracterizado por dismenorrea, dispareunia y dolor poscoital.

Teniendo en cuenta la baja frecuencia de este síndrome y la poca especificidad de sus síntomas, en la mayoría de las ocasiones para diagnosticar tendremos que tener una alta sospecha clínica. Una vez que tengamos esta sospecha, la ecografía doppler y los estudios tomográficos con contraste son las pruebas diagnósticas de elección.

Para determinar un manejo adecuado, tendremos que evaluar el compromiso vascular, siendo los métodos de radiología intervencionista las terapias de primera elección por la escasa invasión y su buen pronóstico a largo plazo.

CP-068. TUMOR CECAL, PRESENTACIÓN INUSUAL DE COLITIS EOSINOFÍLICA.

GÓMEZ TORRES KM, VÁZQUEZ RODRÍGUEZ JA, VIÑOLO UBIÑA C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE. EJIDO, ALMERÍA.

Introducción

La enfermedad gastrointestinal eosinofílica primaria tiene diferentes presentaciones. El compromiso esofágico es el más frecuente y mejor caracterizado, mientras que la afectación colónica es la menos conocida debido a su presentación clínica variable y hallazgos inespecíficos que no permiten establecer criterios diagnósticos claros. Esto dificulta diferenciarla de otras entidades, especialmente si se manifiesta con una presentación inusual, que asemeja a la neoplasia colónica, el cáncer más frecuente en España.

Caso clínico

Varón de 58 años derivado a nuestro servicio para realizar colonoscopia con la finalidad de descartar neoformación en ciego, sugerida en TAC abdomino-pélvica realizada en clínica privada por plastrón apendicular. Refiere dolor sordo, intermitente, en fosa iliaca derecha, de meses de evolución.

En la colonoscopia se objetivó en ciego, contiguo a válvula, masa mamelonada con ulceración central y fibrina en su superficie, de 10 mm (**Figura 1**). Se exploró además los últimos 10-15 cm del íleon distal, de aspecto normal. La biopsia concluyó colitis focalmente activa de patrón eosinofílico, sin apreciarse estructuras neoplásicas ni signos de enfermedad inflamatoria intestinal.

Al ser estos hallazgos compatibles con una Colitis Eosinofílica Focal, se inició tratamiento con Budenosina 9 mg/d y restricción del consumo de leche de vaca, trigo y frutos secos.



FIGURA 1

Colonoscopia inicial en la que se observa lesión que semeja neoformación en ciego.

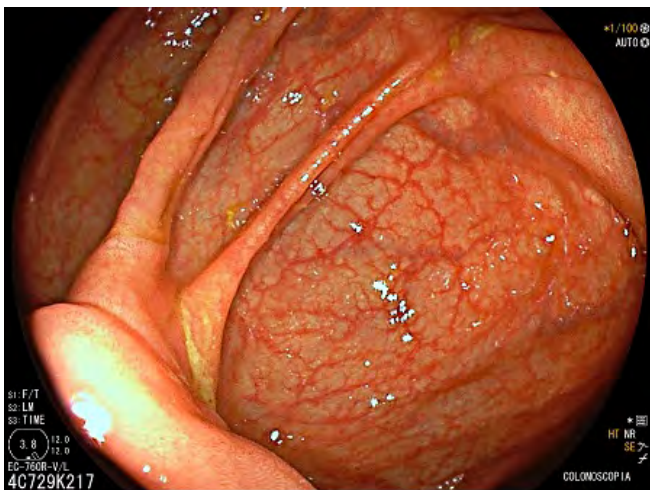


FIGURA 2

Área cecal sin lesiones tras tratamiento con Budesonida, en colonoscopia control.

A los 3 meses, en consulta, asintomático. La colonoscopia de control evidenció regresión de la lesión (**Figura 2**). Continúa en seguimiento a intervalos regulares sin signos de recaída.

Dicusión

La colitis eosinofílica, es una rara entidad con prevalencia de 2.3/100000 y etiología desconocida, que puede suplantar el papel de una falsa malignidad. Se caracteriza por la infiltración exclusiva de la mucosa colónica por eosinófilos. Para su diagnóstico deben cumplirse tres requisitos: síntomas (diarrea, dolor abdominal), mucosa colónica infiltrada por eosinófilos y ausencia de parasitosis, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades autoinmunes, síndrome hipereosinofílico. Según la ubicación, extensión y capa

intestinal involucrada tendrá determinada manifestación clínica y endoscópica, siendo la mayoría inespecíficas. Una minoría pueden simular neoplasia de colon, principalmente en colon derecho.

Existen pocas opciones de tratamiento, se recomienda, dieta de eliminación y corticosteroides siendo la Budesonida la mejor opción, porque actúa localmente con eficacia comparable a la prednisona. Su ventaja es su gran metabolismo de primer paso, que lleva a menor riesgo de supresión suprarrenal.

Nuestro caso fue singular por su presentación excepcional, que demuestra lo complicado del diagnóstico y la importancia del estudio histológico. La colitis eosinofílica no se asocia a un aumento de la mortalidad y no parece existir un potencial maligno.

CP-069. ÚLCERA RECTAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

FERNÁNDEZ ÁLVAREZ P, GALVÁN FERNÁNDEZ MD, CAUNEDO ÁLVAREZ A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

En los últimos años, la incidencia de proctitis por Chlamydia trachomatis (CT) parece estar aumentando, especialmente en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Caso clínico

Varón de 35 años natural de Ecuador con antecedentes de infección por VIH, sin infecciones oportunistas previas. Consultó en varias ocasiones en Urgencias por proctalgia intensa, siendo dado de alta con sospecha diagnóstica de crisis hemorroidal y manejo conservador. Progresivamente se produce un empeoramiento clínico asociado a malestar general y pico febril de 39°C, por lo que se decidió ingreso hospitalario. En la anamnesis dirigida el paciente refería haber mantenido relaciones sexuales de riesgo en las últimas semanas. A la inspección anal y tacto rectal se palpaba zona deprimida e indurada sobre el canal anal. Respecto a los parámetros de laboratorio presentaba una marcada elevación de reactantes de fase aguda, manteniendo un adecuado estado inmunológico y carga viral del VIH indetectable. Se decidió realización de sigmoidoscopia visualizando úlcera de unos 18-20mm a nivel de la unión recto-anal (**Figuras 1 y 2**) de la cual se tomaron muestras para estudio histológico y microbiológico. Este último, así como el análisis del exudado rectal resultaron positivos para CT. La evolución posterior fue favorable, respondiendo adecuadamente a tratamiento con doxiciclina oral y comprobándose la desaparición de los hallazgos endoscópicos.

Discusión

CT es la infección de transmisión sexual bacteriana más comúnmente diagnosticada en países desarrollados que afecta principalmente a la mucosa urogenital y rectal. La importancia clínica de la infección



FIGURA 1

Imagen en retroflexión endoscópica que presenta úlcera excavada de unos 18-20 mm a nivel de unión recto-anal con fondo sanioso y borde regular, así como consistencia blanda a la toma de biopsia.

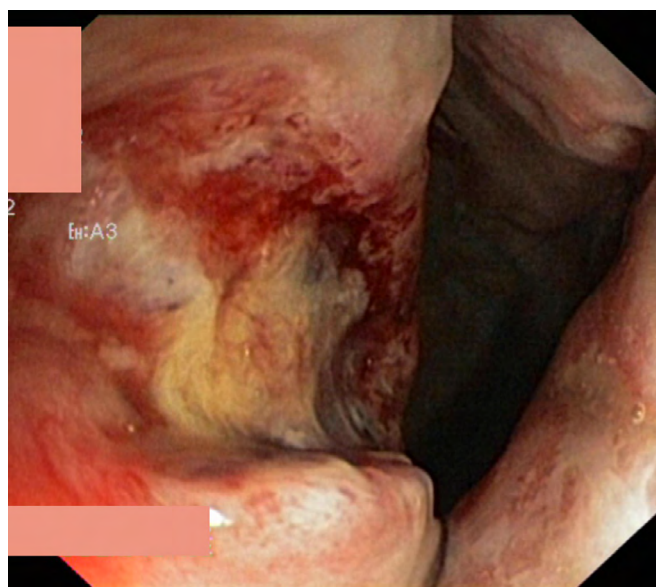


FIGURA 2

Imagen en retirada endoscópica sobre el canal anal que muestran úlcera rectal con las características anteriormente descritas.

rectal no está clara, ya que se desconocen los riesgos de secuelas a largo plazo.

Su presentación clínica depende de los serotipos infectantes. Los serotipos L1, L2 y L3 (nuestro caso presentaba subtipo L2b) causan la enfermedad conocida como linfogranuloma venéreo, que puede presentarse como afectación anorrectal y se ha informado en brotes entre hombres que tienen sexo con otros hombres, particularmente

aquellos infectados por VIH. Los síntomas ocurren en la mayoría de los casos. Los más comunes son la proctalgia, rectorragia, secreción mucosa y tenesmo rectal; con frecuencias muy variadas informadas en diferentes series de casos. Los síntomas sistémicos, fiebre y malestar general, también suelen estar presentes.

Los hallazgos anuscópicos no son específicos, pero incluyen áreas eritematosas con friabilidad mucosa, lesiones internas, masas o pólipos y exudado mucopurulento que en ocasiones pueden simular una enfermedad inflamatoria intestinal. La presentación endoscópica como úlcera rectal solitaria; como es el caso que nos atañe, es infrecuente y debe realizarse diagnóstico diferencial con neoplasia rectal.

CP-070. UN SIGNO MÁS LLAMATIVO QUE PREOCUPANTE: KERIORREA

CABALLERO MATEOS A, ORTÍZ SÁNNCHEZ A, BERDUGO HURTADO F

APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Introducción

Presentamos el caso de tres pacientes que acudieron a nuestro hospital muy preocupados por cuadros de keriorrea. Ante el aumento de incidencia de casos similares debido a cambios en la alimentación, queremos resaltar la importancia de conocer su causa con el fin de no desperdiciar recursos.

Caso clínico

Nuestros pacientes, 2 mujeres y 1 varón, de 44, 28 y 49 años de edad, respectivamente, consultaron alarmados por presentar entre 1-3 deposiciones compuestas por un líquido de aspecto mucoso-grasiento de color naranja, acompañado o no de heces, que se normalizaron sin secuelas en el intervalo de 24-36 horas. No presentaron otros síntomas digestivos, cutáneos o fiebre.

Discusión

Este relato, excepcional en nuestro país hasta hace 10 años, es cada vez más frecuente debido a los cambios en las costumbres culinarias de nuestra sociedad, tendente hacia el consumo de alimentos crudos (sushi, sashimi, ceviche, etc.) o poco cocinados. Nuestros pacientes, como casi todos los casos comunicados desde la primera descripción de este cuadro, referían un antecedente común de ingesta de cierto tipo de pescados. Éstos pertenecen a la familia Gempylidae (*Lepidocybium flavobrunneum* y *Ruvettus pretiosus*), popularmente llamados escolares y erróneamente calificados de pez mantequilla. Aproximadamente el 20% de su peso se compone de ésteres céreos o gempilotoxinas, los cuales no pueden ser digeridos (falta de lipasa específica), ni absorbidos por nuestro intestino delgado y, como tal, migran a lo largo del colon, en donde ejercen una acción laxante osmótica hasta su expulsión rectal en forma de falsa diarrea, con/sin incontinencia (**Tabla 1**). Un resultado similar sucede tras el consumo del fármaco Orlistat®, al inhibir las lipasas pancreáticas e inducir esteatorrea. A veces, este cuadro se acompaña de una intoxicación histamínica (cefalea,

Keriorrea	Ésteres céreos	Peces escolares
<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de pez escolar crudo (<i>sushi, sashimi, ceviche</i>) o cocido • Aparición síntomas: 20 min - 4 h (media 2 h) • Tolerancia variable según cantidad ingerida • Duración de los síntomas: 2-48 h • Cuadro autolimitado y no grave • No otra sintomatología digestiva, excepto si hay intoxicación histamínica acompañante • No precisa estudios complementarios 	<ul style="list-style-type: none"> • No digeribles, no absorbibles, ni tóxicos • No se degradan con el calor • Líquidos a temperatura corporal (bajo punto de fusión) • Producen diarrea osmótica (falsa diarrea), a veces con incontinencia (compromiso social) 	<ul style="list-style-type: none"> • Son baratos y recientemente introducidos en nuestro mercado en forma cruda • Sometidos a normas obligatorias por la AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición) y UE: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Venta: embalados/envasados ◦ Etiquetado con información sobre formas de preparación, cocción adecuada y riesgos en su consumo ◦ Etiquetado con nombre científico y común • Prohibidos en Japón, Corea del Sur e Italia, autorizados con recomendaciones en la UE, Australia, Canadá y EEUU • Vendidos fraudulentamente como mero, pez mantequilla, palometa, bacalao o atún blanco

TABLA 1

Características de la keriorrea, ésteres céreos y peces escolares.

alteraciones cutáneas, dolor abdominal, sudoración) tras la transformación bacteriana de la histidina componente del alimento en histamina, por una defectuosa conservación del alimento. Son cuadros autolimitados y sin gravedad alguna, pero que alarman al sujeto que los presenta; sin embargo, su adecuado conocimiento evitará la práctica de exploraciones complementarias inadecuadas, costosas e inútiles.

CP-071. VARIANTE INFRECUENTE DE CÁNCER COLORRECTAL

SENDRA C¹, SILVA RUIZ MP¹, JIMENO MATÉ C¹, MARAVER ZAMORA M²

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA. HUELVA. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor más frecuentemente diagnosticado en la población española, constituyendo la 2ª causa de muerte por cáncer. El carcinoma con células en anillo de sello (CCAS) es una variante de adenocarcinoma mucinoso que aparece en el 1% de los casos. Es más frecuente en colon ascendente, pacientes jóvenes, y mujeres. Su comportamiento biológico es agresivo y su pronóstico inferior al del CCR no mucinoso.

Caso clínico

Mujer de 38 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acudió a urgencias por cuadro suboclusivo tras historia previa de dolor en hipogastrio, diarrea y pérdida de 20 kg en tres meses. Se realizó analítica (Hb 10,5; VCM 91, CEA 3,33) y TC abdominal con contraste con datos de dilatación del marco cólico y cambio de calibre en recto, con marcado engrosamiento mural sugestivo de enfermedad inflamatoria evolucionada. En el tacto rectal (doloroso) se palpaba a 3 cm del margen anal una masa pétreo. Se instauró tratamiento conservador con buena evolución



FIGURA 1

Rectoscopia: mucosa de aspecto nodular, pálida, con ingurgitación linfática de aspecto infiltrativo.



FIGURA 2

Rectoscopia: mucosa de aspecto nodular, pálida, con ingurgitación linfática de aspecto infiltrativo con leve sangrado tras la toma de biopsias.



FIGURA 3

Rectoscopia: mucosa de aspecto nodular, pálida, con ingurgitación linfática de aspecto infiltrativo.



FIGURA 4

Rectoscopia: mucosa de aspecto nodular, pálida, con ingurgitación linfática de aspecto infiltrativo con leve sangrado tras la toma de biopsias.

salvo por dolor anal de difícil control. La rectoscopia evidenció una mucosa de aspecto nodular, pálida, con ingurgitación linfática de aspecto infiltrativo que ocupaba la totalidad de la circunferencia desde el primer centímetro del margen anal hasta los 10 cm donde no se logró progresar por estenosis (Figuras 1-4). Las biopsias informaron de proctitis inespecífica. La RM pélvica describió un engrosamiento circunferencial en recto medio, principalmente de la capa muscular, con disrupción de la serosa y posible extensión a la grasa mesorrectal. En la ecoendoscopia se apreció un engrosamiento de las cuatro primeras capas que se borraban por completo sin diferenciación entre ellas. En este ocasión la biopsia fue diagnóstica de CCAS.

Discusión

El CCAS suele provocar síntomas en fase tardía, originando un retraso en su diagnóstico. Además, como en nuestro caso, macroscópicamente puede simular a otras entidades clínicas. El aspecto endoscópico no era similar al del adenocarcinoma no mucinoso, siendo necesaria en ocasiones una toma de biopsias profunda guiado por ecoendoscopia para su diagnóstico. Todo ello, unido a que las tasas de invasión vascular y linfática son superiores en el CCAS, se traduce en un pronóstico ominoso, más acentuado incluso en recto que en otras localizaciones del colon. Estamos, por tanto, ante una variante y presentación clínica de CCR poco frecuentes que precisan de una alta sospecha clínica.

ÁREA PÁNCREAS / VÍA BILIAR

CP-072. ADENOMA DE COLÉDOCO: UN DIAGNÓSTICO EXCEPCIONAL.

ANGULO MCGRATH I, PINTO GARCÍA I, MARTÍNEZ BURGOS M

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Las neoplasias benignas de la vía biliar son entidades raras, representando el 6% de todos los tumores de la vía biliar extrahepática. El 75% de éstos son adenomas, y su localización más frecuente es el colédoco y el conducto hepático común.

El síntoma principal es la ictericia, sin embargo, la mayoría cursa de forma asintomática en esta etapa de la historia natural de la enfermedad siendo diagnosticada de forma incidental.

La resolución quirúrgica es la primera línea de tratamiento, siendo la DPC la técnica más practicada.

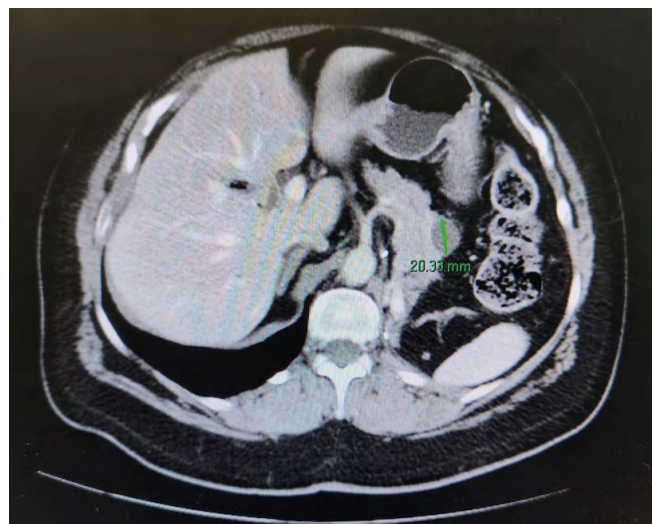


FIGURA 1

TC de abdomen. Corte axial.

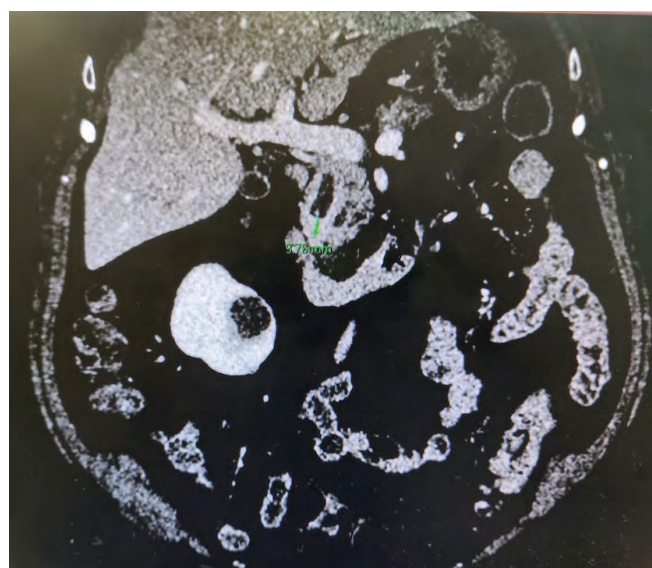


FIGURA 2

TC de abdomen. Corte coronal.