

## CP-098. DIARREA CRÓNICA POR ENFERMEDAD DE FABRY

MATEOS MILLÁN D, GARCÍA MARTÍNEZ A, CAMPOS GONZAGA L, AGUILAR MARTÍNEZ JC, HERNANI ÁLVAREZ JA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

### Introducción

En este caso clínico describimos el caso de una diarrea crónica como manifestación intestinal de enfermedad de Fabry.

### Caso clínico

Presentamos a un paciente de 49 años con antecedentes personales de DMI, nefropatía diabética, HTA, IRCT, trasplante doble páncreas-riñón simultáneo (2007), ITU por A.Baumannii multirresistente y en Hemodiálisis. Medicación habitual con prednisona, advagraf, omeprazol, kreon, amlodipino y micofenolato.

Ingresa desde consultas de nefrología por sospecha de enfermedad por almacenamiento para estudio de diarrea crónica, síndrome diarreico de hasta 15 deposiciones al día de un año de evolución, incontinencia fecal, sin productos patológicos, pérdida de 15 kg de peso en el último año. Analíticamente hipoalbuminemia e hipoproteinemia, déficit de vitamina D, LDH 190 resto de parámetros normales. Se realizó colonoscopia macroscópicamente normal y a nivel microscópico solo se aprecian cambios inflamatorios inespecíficos. Se solicitó rectoscopia con biopsia, la cual no fue diagnóstica, además en todo el estudio realizado se hizo determinación de alfa-galactosidasa que resultó estar en límites inferiores de la normalidad 4,2 (intervalo normal 15-50), estudio genético no concluyente, todo ello compatible con Enfermedad de Fabry.

### Discusión

La enfermedad de Fabry, es el trastorno de almacenamiento lisosomal más frecuente. Es un error innato ligado al X de la vía metabólica del glicosfingolípido que resulta en la acumulación lisosomal de globotriaosilceramida (Gb3) en una amplia variedad de células [ 1 ].

El defecto metabólico es la deficiencia de hidrolasa lisosomal alfa-galactosidasa A. Se cree que el nivel de umbral de actividad alfa-Gal A por debajo del cual ocurre la enfermedad de Fabry clínicamente significativa es del 30 al 35 por ciento del control medio normal [ 15]]

La prevalencia de la enfermedad de Fabry es probablemente subestimada debido a una verificación incompleta.

Se estima que la prevalencia de la enfermedad de Fabry varía de 1: 8454 a 1: 117,000 varones [ 3-5 ], el análisis de mutación del gen alfa-Gal A (galactosidasa alfa) es el estándar de oro para confirmar el diagnóstico de la enfermedad de Fabry.

## CP-099. ADENOMAS CON CARCINOMA INVASOR (PT1). SITUACIÓN DE MANEJO ACTUAL EN NUESTRO CENTRO EN EL BRAZO PROSPECTIVO.

DIÉGUEZ CASTILLO C, DELGADO MAROTO A, AMADO VILLANUEVA PP, LÓPEZ GÓNZALEZ J

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

### Introducción

Los adenocarcinomas sobre pólipo con invasión submucosa (pT1) plantean un marco de incertidumbre respecto a la actitud terapéutica y el seguimiento que debe realizarse. El objetivo es valorar las características de los pacientes y lesiones resecaadas, así como el manejo y seguimiento posterior de los mismos.

### Material y métodos

Estudio observacional descriptivo de 24 pacientes con diagnóstico de pT1 en hospital Torrecárdenas entre enero 2019 y agosto de 2021.

Se incluyeron 12 pacientes: 6 por resección fragmentada, 5 por análisis anatomopatológico en centro externo y 1 por antecedente de cáncer en los últimos 5 años.

Criterios desfavorables: riesgo intermedio (alguno de los criterios)

infiltración submucosa 1.000-1.999  $\mu$ m (1-1,9 mm)

Haggitt 3 con infiltración submucosa < 3.000  $\mu$ m (< 3 mm)

Gemación de bajo grado, grado 1

Criterios desfavorables: riesgo alto (alguno de los criterios)

Pobremente diferenciado

infiltración submucosa  $\geq$  2.000  $\mu$ m ( $\geq$  2 mm) o no evaluable

Haggitt 3 con infiltración submucosa  $\geq$  3.000  $\mu$ m ( $\geq$  3 mm) o Haggitt 4 o no evaluable

Ancho de la infiltración submucosa > 4.000  $\mu$ m (> 4 mm)

Embolia vascular linfática y/o venosa

Gemación de alto grado, grados 2 y 3

Margen profundo o lateral 1.000  $\mu$ m (1 mm) o afectado o no evaluable

TABLA 1  
Comorbilidades.

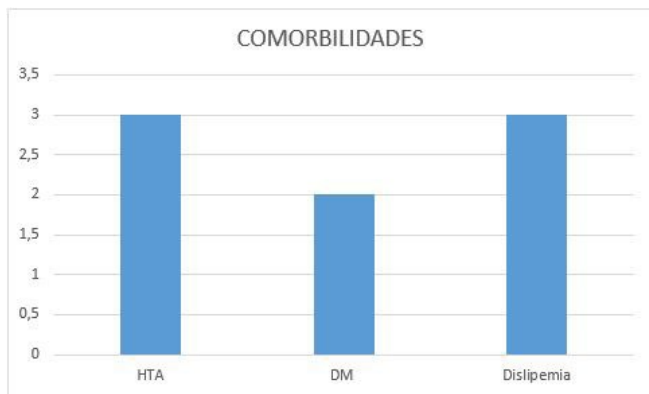


FIGURA 1  
Criterios desfavorables histológicos

## Resultado

La edad media es de 59.9 años, siendo el 41.7% varones. El 50% presentaban comorbilidades (**Figura 1**). Dentro de las indicaciones de colonoscopia, el 58.3% fueron por cribado (TSOH +), un 33.3% por rectorragia y el 8.4% restante por estreñimiento. Todas las colonoscopias mostraron criterios de calidad en cuanto a preparación colónica e intubación cecal. En el 33.3% de los casos se evidenciaron lesiones sincrónicas.

Respecto a los pT1 resecaados, el 83.3% se localizaban en colon izquierdo/sigma, el tamaño medio fue de 15.6 mm y el 58.3% sésiles. En cuanto a los datos histológicos, el 83.3% (10/12) presentaron criterios desfavorables, siendo éstos de riesgo alto en el 58.33% del total (7/12) (**Tabla 1**).

En el 66.7% (8/12) de los casos fue necesaria la cirugía. En la estadificación mediante TC, destacó el diagnóstico de un cáncer renal sincrónico en un sujeto. Se realizó determinación previa de CEA en el 41.7% de los pacientes, siendo normal en todos ellos. Los individuos intervenidos presentaron un POSSUM medio de 21.9 (valores entre 18 y 136). En tan solo un caso se encontró lesión residual en la pieza quirúrgica y en 2 casos se objetivaron ganglios afectados (2/14 y 2/ 23 ganglios extirpados), siendo derivados a Oncología para quimioterapia.

En el seguimiento no se han detectados datos de recidiva locorregional ni a distancia, destacando 2 casos con micronódulos pulmonares inespecíficos y 1 caso con LOE hepática de 18 inespecífica. De acuerdo a la propuesta de seguimiento para el estudio multicéntrico, el 16.7% se realizó CEA semestral, un 41.7% TC anual y el 50% colonoscopia al año. El 50% restante no se ha realizado colonoscopia porque el período de seguimiento < 12 meses. En el 83.3% de dichas revisiones endoscópicas se han detectado lesiones metacrónicas, siendo inferiores a 10 mm y con histología de adenomas tubulares o hiperplásicos.

## Conclusiones

La mayoría de los casos con cirugía no muestra lesión residual, lo cual hace plantear si estamos sobre tratando a los pacientes debiendo ser más conservadores especialmente en aquellos pacientes con

alto riesgo quirúrgico, por lo que implementar el POSSUM puede ser de utilidad para seleccionar a los pacientes.

## CP-100. AMEBIASIS INTESTINAL COMO CAUSA DE DIARREA CRÓNICA NO FILIADA

ARROYO ARGÜELLES JM, TERCERO LOZANO M, DE VICENTE ORTEGA A, MARTÍN MARCUARTU P, FRUTOS MUÑOZ L

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

## Introducción

La amebiasis es una enfermedad de distribución mundial y de transmisión fecal-oral, siendo la segunda causa de muerte por enfermedades parasitarias.

Esta afección es producida por un parásito llamado Entamoeba histolytica, causante de un gran número de infecciones sobre todo en países en vías de desarrollo.

En la mayoría de los casos se trata de una infección asintomática y autolimitada, pero en ocasiones es causante de diarrea crónica que requiere tratamiento.

## Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 22 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por diarrea crónica.

La paciente lleva varios meses con deposiciones diarreicas mucosanguinolentas, asociando dolor abdominal y picos de fiebre intermitente.

Se le inicia estudio solicitando una analítica completa, en la que destaca una calprotectina elevada. Se decide solicitar una colonoscopia.

En la colonoscopia se explora hasta fondo de saco de ciego, visualizando varias úlceras fibrinadas sobre válvula ileocecal (**Figura 1**), así como una mucosa eritematosa y edematosa en ileon distal, procediéndose a la toma de biopsias.

En el informe histológico destaca una mucosa colónica con acúmulo de estructuras ovoides, de citoplasma eosinófilo pálido y núcleo desplazado a la periferia, con ingesta de eritrocitos, sugerente de Entamoeba histolytica.

La paciente fue diagnosticada de amebiasis intestinal y recibió tratamiento con metronidazol, con buena evolución.

## Discusión

La infección por Entamoeba histolytica suele producirse por la ingesta de agua contaminada con heces que contienen los quistes del parásito. La desenquistación ocurre en la luz intestinal, dando lugar a los trofozoitos móviles e invasivos.

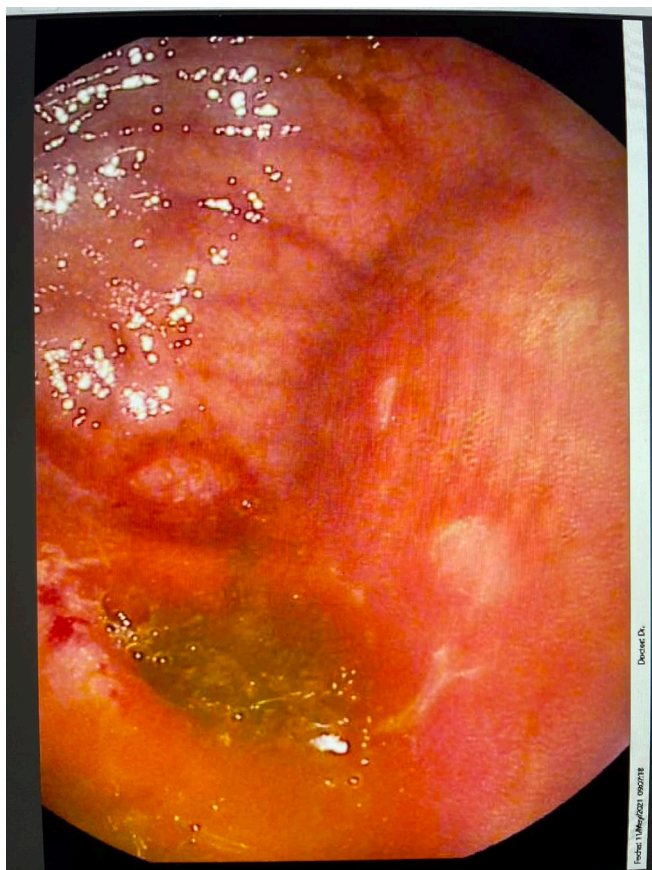


FIGURA 1  
Imagen endoscópica de úlcera en ciego

En la mayoría de los casos se trata de una infección autolimitada que no produce síntomas, pero en algunos casos los trofozoitos invaden la mucosa del colon, produciendo úlceras en la pared, dando lugar a dolor abdominal y diarrea mucosanguinolenta como manifestaciones más frecuentes de la enfermedad.

Si hay afectación extraintestinal, el absceso hepático amebiano es el hallazgo más frecuente.

El diagnóstico se basa en la demostración de *Entamoeba histolytica* en el frotis de heces o en la mucosa colónica, o bien mediante el empleo de técnicas como ELISA y/o PCR. En el análisis de las muestras es típico el hallazgo de fagocitosis de glóbulos rojos.

El tratamiento difiere en función de si se trata de una forma invasiva o no invasiva de la enfermedad. En las formas no invasivas se puede emplear paromomicina, mientras que para las formas invasivas es de elección el metronidazol, respondiendo el 90% de los pacientes.

## CP-101. ANTIAGREGANTES Y PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CANCER DE COLON

PINEL JULIÁN LM<sup>1</sup>, VILLALÓN MIR MS<sup>2</sup>, GASCÓN LUNA F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES, POZOBLANCO, <sup>2</sup>UNIDAD FARMACIA. HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES, POZOBLANCO, <sup>3</sup>UGC ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES, POZOBLANCO.

### Introducción

Valorar la influencia de los fármacos antiagregantes plaquetarios, AAS y clopidogrel, en los resultados del Programa Diagnóstico Precoz Cáncer Colon (PDPCC), tanto en su resultado de SOH como en el resto del programa, especialmente valorando la detección de adenomas y carcinomas de colon.

### Material y método

Estudio de bases de datos, retrospectivo. Datos del Área Sanitaria de Córdoba, Septiembre 2018 a Diciembre 2019, siendo el inicio del PDPCC. Inclusión descendente por edad de 70 a 60 años.

1. Datos de laboratorio: resultados del programa de SOH. Datos numéricos, catalogados como variable dicotómica (positivo/negativo) en función del punto de corte establecido por el PDPCC.

2. Datos de Farmacia: con la herramienta, base de datos, MICROSTRATEGY(MTI); se solicita de los pacientes anteriores la extracción de perfil de prescripción en el mes de determinación de SOH y en el previo.

3. Datos del PDPCC. Del cuestionario de colonoscopia y anatomía patológica se obtiene el dato de adenoma (al menos un pólipo con biopsia de adenoma) o carcinoma.

En este estudio enfrentamos grupo estudio los pacientes con prescripción de AAS, clopidogrel o ambos, frente a los demás; excluimos los consumidores de anticoagulantes (tanto inhibidores de vitamina K, como inhibidores de acción directa).

4. Análisis de datos con el programa Health Analytics, perteneciente a Siemens Healthineers.



FIGURA 1  
Corte transversal en angio-TC de tórax que muestra colección en mediastino posterior con contenido líquido y burbujas de aire en su interior.

SOH + según consumo de antiagregantes  
Número absoluto

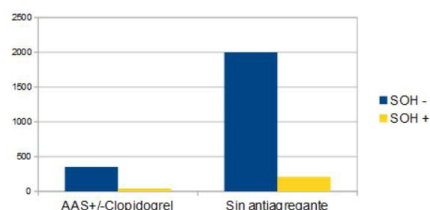


FIGURA 1

Resultado de SOH (en números absolutos) según consumo de antiagregantes

SOH + según consumo de antiagregantes.  
%

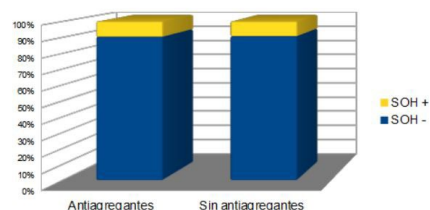


FIGURA 2

Tasa de detección de adenomas según consumo de antiagregantes

Tasa de detección de adenomas  
según consumo de antiagregantes.

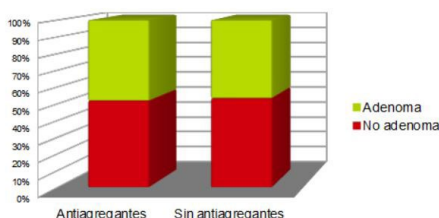


FIGURA 3

Resultado de SOH (en %) según consumo de antiagregantes

## Resultados

Grupo AAS y/o clopidogrel: 387 pacientes sometidos a SOH, positivos 38 (9.81%), colonoscopia en 27 pacientes, se detectan en 13 adenomas (tasa de detección 48.14%), no se detecta ningún carcinoma (0%). Se detectan 33.59 adenomas por cada 1000 determinaciones de SOH.

Grupo Control: 2207 paciente sometidos a SOH, positivos 208 (9.42%), colonoscopia en 152 pacientes, se detectan 71 adenomas (tasa de detección 46.71%), se detectan 6 carcinomas (3.94%), Se detectan 32.17 adenomas por cada 1000 determinaciones de SOH.

Ninguna de las diferencias entre estos grupos es estadísticamente significativa.

## Conclusiones

En nuestro estudio el consumo de antiagregantes tipo AAS y clopidogrel no altera en ningún sentido el PDPCC.

## CP-102. CAUSA INFRECUEnte DE NEOPLASIA DE COLON: LINFOMA MALT DE COLON

RICO CANO A<sup>1</sup>, MORCILLO JIMÉNEZ E<sup>2</sup>, GARCÍA SÁNCHEZ AB<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA, <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

## Introducción

Los linfomas primarios de colon son neoplasias muy infrecuentes representando menos del 0.6% de todas las neoplasias primarias de colon y de todos los linfomas tipo MALT del aparato digestivo solo el 2.5% aparecen en el colon.

## Caso clínico

Varón de 79 años se realiza colonoscopia por diarrea, observándose a lo largo del colon 4 lesiones de 2 a 4 cm (2 en colon derecho, una en colon transverso y otra en colon izquierdo) con mucosa de aspecto irregular y lobuladas (Figuras 1 y 2), una de ellas con lesiones petequiales y blanquecinas en su superficie, con resultados de anatomía patológica de mucosa colónica con infiltrado linfocitario sugestivo de linfoma no Hodgkin tipo MALT, siendo positivas con técnicas inmunohistoquímicas para CD20 y BCL-2. Se solicita TAC de cuello-tórax-abdomen sin lesiones a distancia, y se deriva a Hematología.

## Discusión

El linfoma MALT (linfoma de tejido linfóide asociado a mucosas) es un tipo de linfoma no Hodgkin que surgen de la zona marginal de los folículos linfoides y caracterizándose por la presencia de un infiltrado de linfocitos pequeños y una zona periférica rica en células. Su localización más frecuente es gástrica, raramente en colon. La





FIGURA 1

Imagen de colonoscopia con lesión de aspecto lobulada.



FIGURA 2

Imagen de colonoscopia con lesión de aspecto lobulada.

clínica es inespecífica (silentes, dolor abdominal, diarrea...). La realización de una colonoscopia con toma de biopsias para estudio inmunohistoquímico es fundamental para su diagnóstico, ya que su aspecto endoscópico carece de especificidad (desde mucosa normal a una gran masa). El TC se emplea en el diagnóstico y el estadiaje. El tratamiento puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia, o su combinación.

### CP-103. CLOSTRIDIUM SEPTICUM, INFECCIÓN Y MALIGNIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO.

ASADY BEN G, TORO ORTIZ JP, FERNÁNDEZ GARCÍA F, ANDRADE BELLIDO R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

## Introducción

La infección por *Clostridium septicum* supone el 1.3% de todas las infecciones por clostridios con una mortalidad en torno al 60% y una bien conocida relación con procesos neoplásicos a nivel colorrectal y hematológico, principalmente. Se trata de un germen muy virulento cuya infección se asocia con una amplia gama de presentación, no sólo como septicemia, sino también manifestado en forma de gangrena gaseosa o aneurisma micótico aórtico.

La microbiota intestinal funciona como un órgano independiente. Alteraciones en la misma debido a factores intercurrentes, tales como infecciones, pueden alterar la relación simbiótica existente, desencadenando enfermedades de tipo inflamatorio o canceroso.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 85 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha,

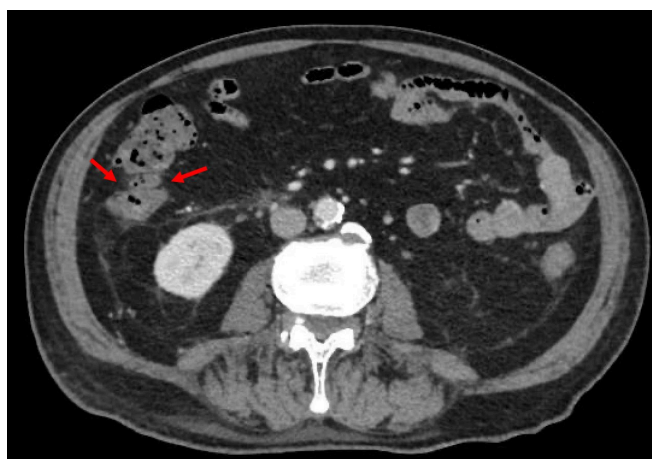


FIGURA 1

Mordida de manzana.

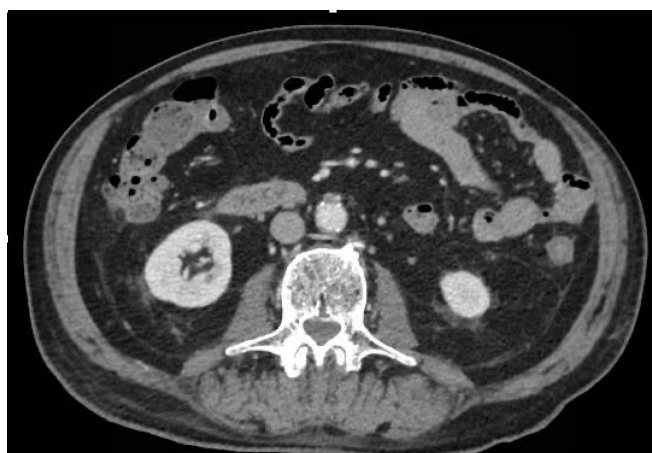


FIGURA 2

Rarefacción grasa.

asociado a náuseas y fiebre de hasta 38.5 °C en domicilio. Niega alteración en el tránsito intestinal, pérdida de peso o cualquier otra clínica a otros niveles.

A la exploración el paciente presenta un buen estado general, con constantes mantenidas. Por órganos y aparatos no se objetivan hallazgos patológicos durante el examen, salvo dolor a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha sin signos de peritonismo ni masas.

Análiticamente destaca una discreta anemia normocítica, con perfil ferrocinético normal. Asocia leve plaquetopenia y leucocitosis con desviación izquierda, así como elevación de reactantes de fase aguda. Ante estos hallazgos, se realiza TC abdomino-pélvico con contraste, en el que se describe un engrosamiento mural difuso con trabeculación de la grasa circundante de un segmento de colon derecho, que se extiende hasta la base cecal y parte de ileon terminal. Además se aprecia alguna adenopatía locorregional de aspecto reactivo, sugiriendo como principal diagnóstico una ileocolitis de origen infeccioso-inflamatorio.

Se extraen uno, coproduzcamonos y hemocultivos, todos ellos negativos salvo el último, en el que se aísla *Clostridium septicum* multisensible. Se inicia antibioterapia con piperacilina/tazobactam y metronidazol y se decide ingreso por bacteriemia secundaria a probable ileocolitis infecciosa. En la colonoscopia programada se identifica una masa ulcerada cecal que se biopsia, compatible con adenocarcinoma bien diferenciado.

## Discusión

La presencia de bacteriemia por *Clostridium septicum* obliga a la búsqueda exhaustiva de una neoplasia oculta, principalmente mediante colonoscopia, aun en ausencia de signos o síntomas de alarma. Por otra parte, el diagnóstico de un cáncer colorrectal en este contexto reduce considerablemente la posibilidad de otra neoplasia concomitante. Con que nos gustaría remarcar la vital importancia en el conocimiento de esta relación para evitar el infradiagnóstico.

## CP-104. COLITIS SECUNDARIA A INHIBIDORES DEL PUNTO DE CONTROL INMUNITARIO: UN RETO PRESENTE Y FUTURO

FERNÁNDEZ GARCÍA F<sup>1</sup>, TORO ORTÍZ JP<sup>1</sup>, GIL AYUSO J<sup>1</sup>, ROJAS VÁZQUEZ P<sup>2</sup>, ANDRADE BELLIDO RJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA,

<sup>2</sup>UGC ONCOLOGÍA MÉDICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

## Introducción

Los inhibidores del punto de control inmunitario (ICIs, en sus siglas en inglés) son anticuerpo monoclonales dirigidos contra moléculas reguladoras de la respuesta inmune antitumoral: Cytotoxic T-lymphocyte antigen-4 (CTLA4), programmed cell death protein-1 (PD1) y programmed death-ligand 1(PDL1). Los ICIs han

revolucionado el tratamiento de múltiples neoplasias, apareciendo de forma simultánea numerosos efectos adversos inmunomediados en relación con una hiperactivación secundaria del sistema inmune. Entre las manifestaciones destacan las gastrointestinales en forma de gastritis, enteritis y, especialmente, colitis.

## Caso clínico

Mujer de 74 años diagnosticada en octubre de 2020 de adenocarcinoma pulmonar con afectación locorregional bilateral y renal (T4N3M1b). Inicia Pembrolizumab (AntiPD1) 200mg/3 semanas IV en octubre, recibiendo 8 ciclos hasta junio de 2021, cuando debe suspenderlo por aparición de intensa diarrea sanguinolenta, dolor abdominal y fiebre. Ingresa en Oncología ante la sospecha de colitis inmunomediada grado 3 (Figuras 1 y 2), iniciándose corticoterapia IV 1gr/Kg durante 5 días con escasa respuesta y empeoramiento clínico y analítico de la paciente (Leucocitos 1250/L, Plaquetas 69.000/L, Potasio 2.2 mEq/L, LDH 453 U/L, PCR 112 mg/L). Ante dicho empeoramiento se nos consulta para valorar otras opciones terapéuticas, decidiendo realizar colonoscopia y despistaje de sobreinfección por citomegalovirus (CMV), constatándose que la paciente ya presentaba estudio inmunosupresión y coprocultivos negativos. La endoscopia ofreció una imagen de afectación mucosa severa (Figura 3), continúa hasta ciego, en forma de edema, eritema, pérdida del patrón vascular y úlceras con sangrado espontáneo,

	Colitis	Diarrea
<b>Grado 1</b>	Asintomática	Incremento <4 deposiciones respecto a basal
<b>Grado 2</b>	Dolor abdominal, moco y sangre en heces	Incremento de 4-6 deposiciones respecto a basal
<b>Grado 3</b>	Dolor intenso, fiebre y sangre abundante	Incremento >7 deposiciones respecto a basal
<b>Grado 4</b>	Perforación, isquemia, necrosis, megacolon o hemorragia masiva	Colapso hemodinámico
<b>Grado 5</b>	Muerte	Muerte

FIGURA 1

Grados de severidad clínica de la colitis inmunomediada.

	Recomendaciones de la Sociedad Europea de Oncología Médica
<b>Grado 1</b>	<b>Tratamiento:</b> Mantener los ICIs. Si síntomas mantener ingesta hídrica, loperamida, budesonida o prednisolona 0.5-1gr/Kg. <b>Pruebas diagnósticas:</b> Análisis sanguíneo completo y coprocultivos.
<b>Grado 2</b>	<b>Tratamiento:</b> Detener los ICIs. Tratamiento sintomático similar al grado 1. <b>Pruebas diagnósticas:</b> Análisis sanguíneo completo y coprocultivos. Colonoscopia programada.
<b>Grado 3</b>	<b>Tratamiento:</b> Detener los ICIs. Manejo intrahospitalario: Metilprednisolona IV 1-2mg/Kg durante 72h. Si empeoramiento infliximab (IFX) 5mg/Kg, pudiendo repetir en dos semanas. <b>Pruebas diagnósticas:</b> Colonoscopia previa a IFX. Considerar necesidad de TC abdomen/pelvis. Valoración quirúrgica si mala evolución.
<b>Grado 4</b>	Similar al grado 3

FIGURA 2

Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Europea de Oncología Médica en la colitis inmunomediada.



FIGURA 3

Actividad endoscópica severa en forma de edema, eritema, pérdida de patrón vascular, úlceras y hemorragias espontáneas

sugestiva de afectación MAYO3. Se tomaron biopsias para microbiología y anatomía patológica, descartando sobreinfección por CMV y evidenciando focos de colitis activa aguda con abscesos crípticos sin datos de inflamación crónica en lámina propia, todo ello sugestivo de colitis inmunomediada. Tras descartar contraindicaciones, evaluando con la paciente riesgos/beneficios y dado el empeoramiento clínico, se decide iniciar Infliximab (IFX) 5mg/Kg IV como dosis inicial, repitiéndola a las dos semanas. Tras el inicio de AntiTNF la paciente presentó espectacular mejoría, con 2-3 deposiciones sin sangre a los 5 días, lo que permitió alta y administración de segunda dosis de IFX de forma ambulatoria, consiguiendo la resolución de los síntomas a las 3 semanas del inicio del tratamiento.

## Discusión

La creciente distribución de los ICIs como tratamiento antitumoral conlleva paralelamente la aparición de efectos adversos, siendo los gastrointestinales algunos de los más frecuentes y con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes. La utilidad de los antiTNF y nuestra experiencia con ellos deben motivarnos a una mayor implicación en el diagnóstico y tratamiento de estas entidades.

## CP-105. COMUNICACIÓN DE UN CASO DE CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO PRIMARIO DE COLON

GARCIA SANCHEZ AB, RICO CANO A, MORCILLO JIMENEZ E, TOSCANO CASTILLA EV, UTRILLA AYALA MC, CÁRDENAS LAFUENTE F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

## Introducción

El carcinoma colorrectal con células en anillo de sello es un subtipo infrecuente del adenocarcinoma mucinoso, constituyendo menos del 1% del total de tumores colorrectales.

## Caso clínico

Describimos el caso de un paciente varón de 44 años en estudio por masa epigástrica con hallazgo sugestivo en TAC de abdomen de proceso neoplásico de colon transverso (Figura 1). Se realiza colonoscopia apreciándose entre los 70 y 75 cm que parece corresponder a colon transverso proximal/medio una falsa luz que permite el paso del endoscopio accediendo a un fondo de saco completamente fibrinado que presenta dos orificios fistulosos. Adyacente a esta zona se aprecia la verdadera luz colónica que

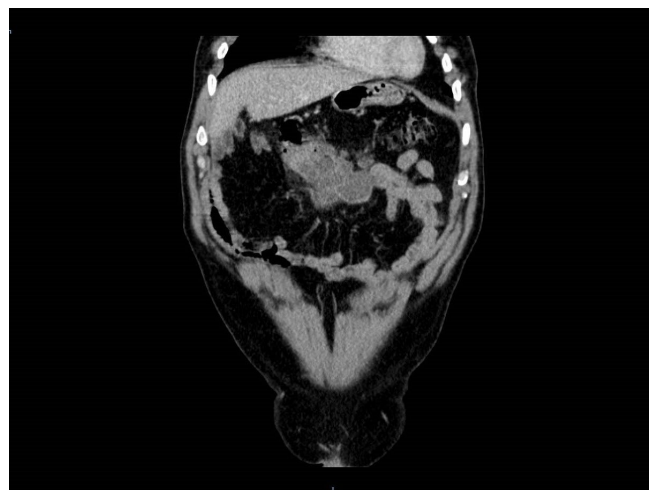


FIGURA 1

Tac engrosamiento colon transverso

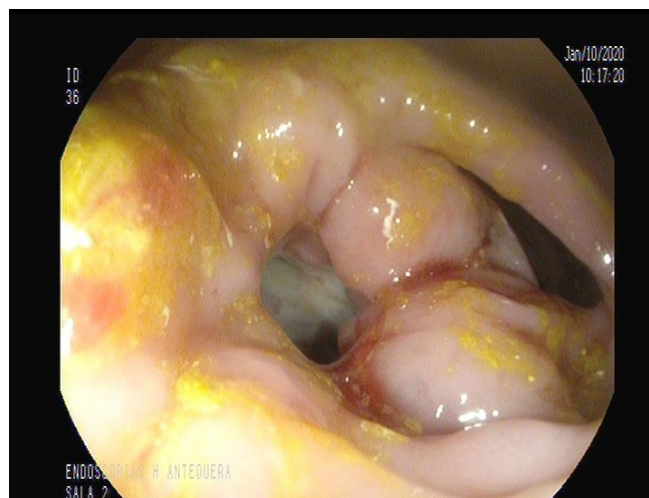


FIGURA 2

Imagen colonoscopia



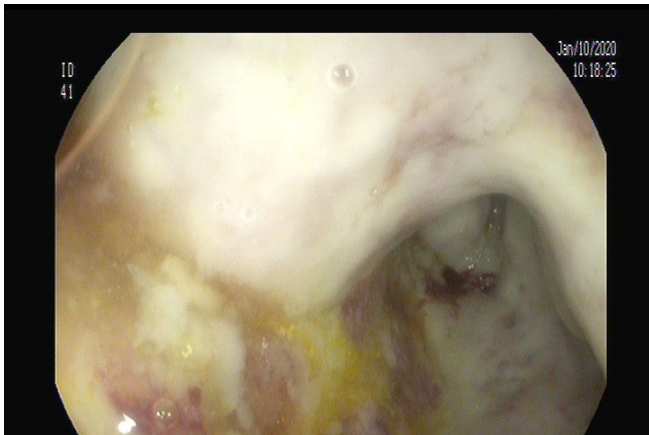


FIGURA 3

Imagen colonoscopia.

no distiende adecuadamente por compresión y que presenta una mucosa rojiza de aspecto inflamatorio (no claramente adenomatosa, ni neoplásica) con algunas zonas ulceradas, afectando a una longitud de unos 5 cm (Figuras 2 y 3). El estudio histológico describe una mucosa con ulceración y tejido de granulación con infiltrado linfocitario transmural y focos de fibrosis, sin evidencia de neoplasia. Se completa estudio con RMN de abdomen con contraste que también sugiere hallazgos compatibles con lesión tumoral de colon transverso. Se decide cirugía digestiva oncológica con necesidad de hemicolectomía derecha ampliada y resección segmentaria de yeyuno medio por encontrarse englobado en el magma inflamatorio. El estudio anatomopatológico final concluye que se trata de un carcinoma de células en anillo de sello moderadamente diferenciado IIA (pT3N0Mx).

Actualmente el paciente se encuentra en remisión y mantiene revisiones estrechas en consulta.

### Discusión

El carcinoma colorrectal con células en anillo de sello es una variedad rara cuyas células contienen alta cantidad de mucina. La localización más frecuente de los tumores con patrón de células en anillo de sello es el estómago (96%), seguido de colon, recto, vesícula, páncreas y vejiga.

El hallazgo en sí mismo de este subtipo de neoplasia colorrectal ya es un factor de mal pronóstico independientemente de la comorbilidad y la extensión tumoral. Presenta una mayor incidencia a edades más tempranas. El diagnóstico suele ser tardío y su supervivencia general reducida, aunque en nuestro caso por suerte no es así.

La exéresis con intención curativa es el tratamiento de elección que puede asociarse a radioquimioterapia postoperatoria en caso necesario.

## CP-106. DIARREA INFECCIOSA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE Y DIAGNÓSTICO TRAS ESTUDIO ENDOSCÓPICO

DÍAZ ALCÁZAR MDM<sup>1</sup>, MARTÍN-LAGOS MALDONADO A<sup>1</sup>, LÓPEZ HIDALGO JL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA,

<sup>2</sup>UGC INTERCENTROS ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

### Introducción

La espiroquetosis intestinal es una enfermedad rara en humanos en la que la especie *Espiroqueta* infecta el tracto gastrointestinal. Las espiroquetas son bacilos anaerobios, flagelados, Gram negativos que se ubican sobre la membrana apical de las células epiteliales colorrectales.

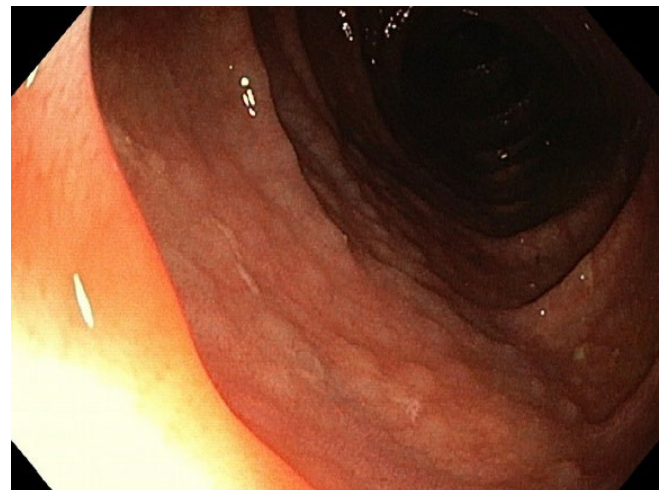


FIGURA 1

Imagen de colonoscopia en que se observa mucosa de colon de aspecto nodular.

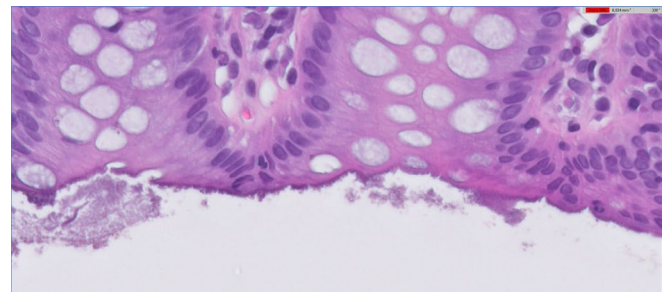


FIGURA 2

Corte histológico con tinción hematoxilina-eosina en que se observa capa basófila con franja de microorganismos en la superficie luminal del epitelio colónico.



## Caso clínico

Varón de 22 años con 12 deposiciones diarreicas diarias durante dos meses, con moco y sin sangre, en ocasiones con deposiciones nocturnas. Además, presenta dolor abdominal y pérdida de peso. Analítica de sangre normal. Calprotectina en heces 225µg/g. Estudio microbiológico fecal negativo. Se realiza colonoscopia con hallazgo de mucosa de aspecto nodular (**Figura 1**). Estudio histológico de biopsias demuestra Treponemas género Brachyspira (**Figuras 2, 3**). El paciente reconoce relaciones sexuales de riesgo. Se inicia metronidazol vía oral con mejoría sintomática progresiva.

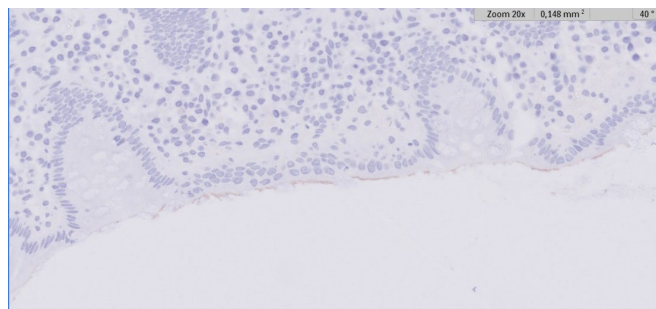


FIGURA 3

Corte histológico con tinción inmunohistoquímica con anticuerpo anti-Treponema, positiva en la banda de microorganismos de la superficie colónica por reacción cruzada.

## Discusión

Dos miembros de la familia Brachyspiraceae, *Brachyspira aalborgi* y *Brachyspira pilosicoli*, son los que se asocian con espiroquetosis intestinal en humanos. La transmisión suele ser feco-oral, aunque se ha descrito transmisión sexual en hombres que tienen sexo con hombres. La prevalencia de espiroquetosis intestinal se estima en un 5-7% en países desarrollados, mayor en países en vías de desarrollo, hasta el 32% en India y otros países del este de Asia. La mayoría de los casos ocurren en homosexuales o individuos infectados con VIH. Dada la falta de asociación entre la espiroquetosis intestinal y los síntomas gastrointestinales, se cree que las espiroquetas son flora normal comensal que pueden convertirse en patógenos en situaciones de inmunosupresión.

La presentación clínica varía desde típicamente asintomático a clínica inespecífica como diarrea, dolor abdominal o sangrado. La mayoría son casos leves, aunque se han descrito casos graves. Los hallazgos endoscópicos son variables e inespecíficos, lo que dificulta el diagnóstico. Se puede encontrar desde mucosa normal a eritematosa o polipoide, como en el caso presentado. El diagnóstico es histológico, mostrando espiroquetas insertadas en el borde de las células epiteliales, como un "borde en cepillo falso". Esto genera una capa basófila con tinción hematoxilina-eosina que se confirma con las tinción de plata de Warthin- Starry, Giemsa y PAS. El tratamiento de pacientes sintomáticos con metronidazol oral ha demostrado beneficio.

## CP-107. DIFERENTES MODOS DE PRESENTACIÓN DE GIST MEDIANTE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA

DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, FRUTOS MUÑOZ L, MARTÍN MARCUARTU P, PEÑA MARTÍNEZ P

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

## Introducción

Los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, con localización típica gástrica seguida de intestino delgado.

Generalmente son asintomáticos, siendo hemorragia digestiva, anemia y dolor los síntomas más frecuentes.

El diagnóstico se realiza con prueba de imagen (ecografía, TC) o endoscópica (gastroscopia, colonoscopia, videocapsuloendoscopia)

Presentamos tres casos de tumores GIST con diferente presentación por imagen en videocapsuloendoscopia (CE)

## Caso clínico

1. Varón 49 años con dolor abdominal, diarrea y pérdida ponderal con gastroscopia y colonoscopia normales. CE: lesión infiltrante y estenosante en ileon terminal. (**Figura 1**) Se completa con TC: sugerente de neoplasia. Se realiza intervención quirúrgica y análisis anatómo-patológico de la pieza, con diagnóstico de GIST.



FIGURA 1

Lesión infiltrante y estenosante en ileon terminal.

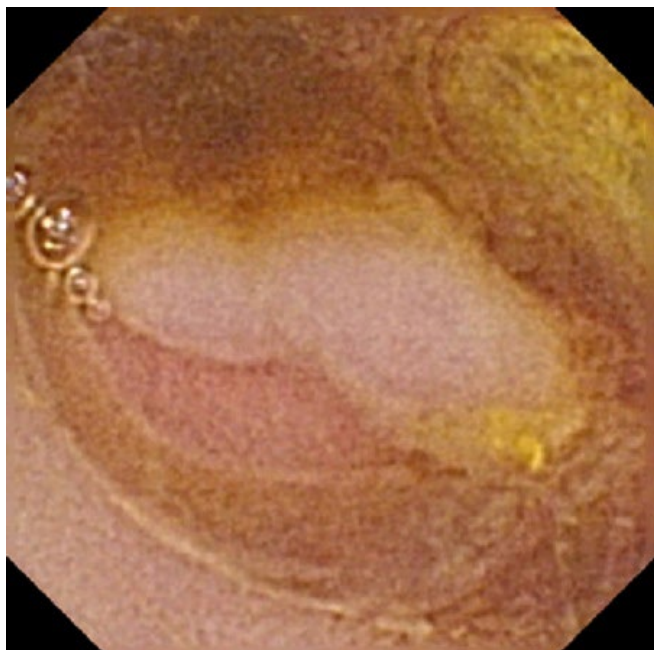


FIGURA 2

Inflamación mucosa y úlceras superficiales en yeyuno

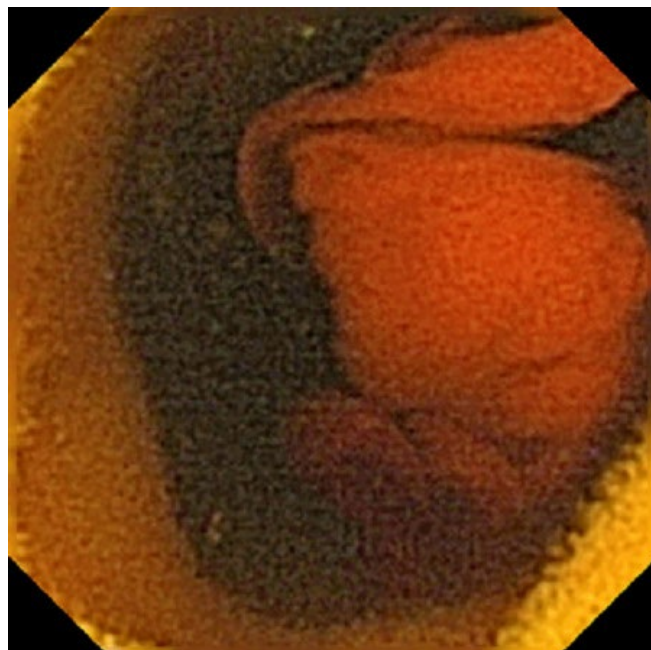


FIGURA 4

Lesión vascular con coágulo y sangrado activo en yeyuno

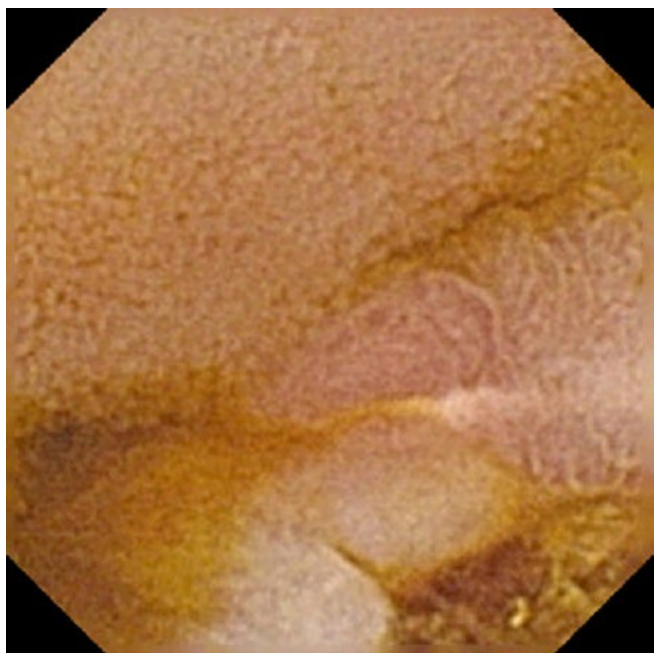


FIGURA 3

Inflamación mucosa y úlceras superficiales en yeyuno

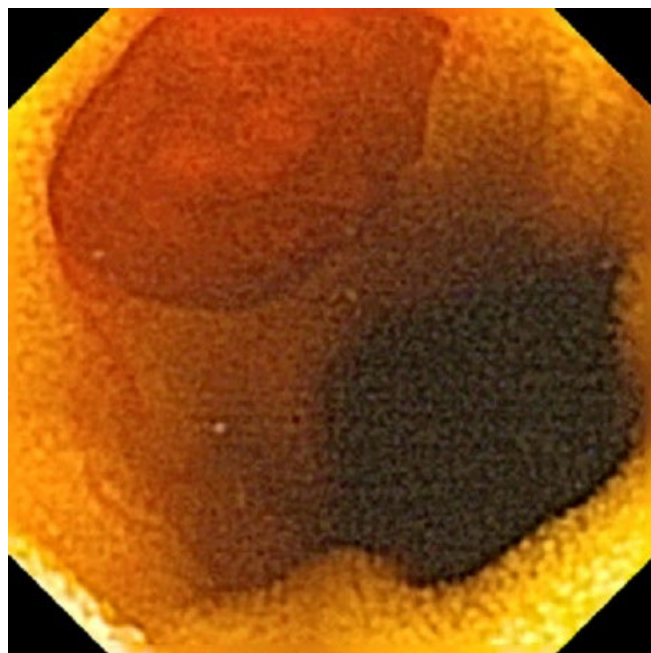


FIGURA 5

Lesión vascular con coágulo y sangrado activo en yeyuno

2. Varón 72 años, por hematoquecia se realiza gastroscopia y colonoscopia sin lesiones. CE: yeyuno medio-distal mucosa con inflamación moderada y úlceras superficiales. (Figura 2 y 3) Dado que en exploración se palpa masa, se solicita TC: neoplasia en transición yeyuno-ileal. Se realiza cirugía en la que se confirma GIST.

3. Varón 50 años con melenas que se realiza: gastroscopia normal, colonoscopia con abundante contenido hemático en ciego, arteriografía normal. Se realiza CE: en yeyuno medio lesión vascular con coágulo y sangrado activo (Figuras 4 y 5). Se decide

intervención quirúrgica hallando tumoración de 3 cm en yeyuno. En estudio anatomopatológico se determina GIST.

## Discusión

Los GIST suelen ser tumores de diagnóstico endoscópico, frecuentemente como masas subepiteliales. En ocasiones, como exponemos, su presentación no es clara siendo úlceras, sangrados, etc.

Pueden requerir resección quirúrgica para establecer un diagnóstico definitivo.

## CP-108. EFECTOS DEL CONSUMO DE ANTICOAGULANTES DE ACCIÓN DIRECTA SOBRE EL PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE COLON

PINEL JULIÁN LM<sup>1</sup>, VILLALÓN MIR MS<sup>2</sup>, GASCÓN LUNA F<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES, POZOBLANCO, <sup>2</sup>UNIDAD FARMACIA. HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES, POZOBLANCO, <sup>3</sup>UGC ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL COMARCAL VALLE DE LOS PEDROCHES, POZOBLANCO.

## Introducción

Valorar la influencia de los fármacos Anticoagulantes de Acción Directa (ACOD), en nuestro estudio dabigatran, apixaban, ribaroxaban y edoxaban, en los resultados del Programa de Diagnóstico Precoz de Cáncer de Colon (PDPCC), tanto en los resultados de Sangre Oculta en Heces (SOH) como en el resto del programa, especialmente valorando la detección de adenomas y carcinomas de colon.

## Material y métodos

Estudio de bases de datos, retrospectivo. Datos del Área Sanitaria de Córdoba, Septiembre 2018 a Diciembre 2019, siendo el inicio del programa DPCC. Inclusión descendente por edad de 70 a 60 años.

SOH + según consumo de Anticoagulantes de Acción Directa.  
%

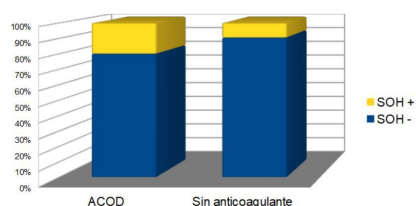


FIGURA 1

Resultado de SOH + (en %) en función de consumo de ACOD

Tasa de detección de adenomas según consumo de Anticoagulantes de Acción Directa.

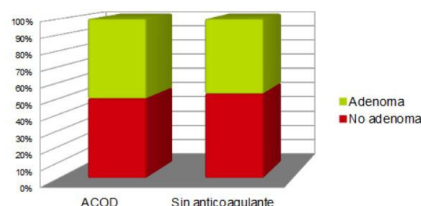


FIGURA 2

Tasa de detección de adenomas según consumo de ACOD

Adenomas detectados/ 1000 determinaciones SOH

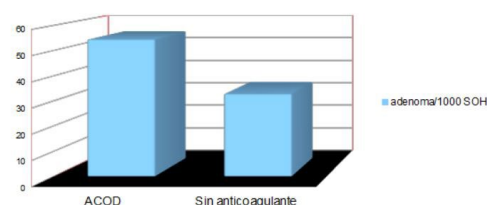


FIGURA 3

Adenomas detectados por cada 1000 determinaciones de SOH

1. Datos de laboratorio: resultados del programa de SOH. Datos numéricos, catalogados como variable dicotómica (positivo/negativo) en función del punto de corte establecido por el PDPCC.
2. Datos de Farmacia: con la herramienta, base de datos, MICROSTRATEGY(MTI); se solicita de los pacientes anteriores la extracción de perfil de prescripción en el mes de determinación de SOH y en el previo.
3. Datos del PDPCC. Del cuestionario de colonoscopia y anatomía patológica se obtiene el dato de adenoma (al menos un pólipo con biopsia de adenoma) o carcinoma.

En este estudio enfrentamos grupo estudio los pacientes con prescripción de ACOD, frente a todos los demás ; excluimos los consumidores de anticoagulantes inhibidores de vitamina K (Sintrom).

4. Análisis de datos con el programa Health Analytics, perteneciente a Siemens Healthineers.



## Resultados

Grupo ACOD: 55 pacientes sometidos a SOH, positivos 11 (20 %), colonoscopia en 6 pacientes, detectándose en 3 adenomas (tasa de detección de 50%). Se detecta un carcinoma (16.66%).

Se detectan 54.54 adenomas por cada 1000 determinaciones de SOH.

Grupo Control: 2594 pacientes con SOH, positivos 246 (9.48%), colonoscopias en 179 pacientes, detectando 84 adenomas (tasa de detección de adenomas 46.92%) y 6 carcinomas (3.35%).

Se detectan 32.84 adenomas por cada 1000 determinaciones de SOH.

Estudio estadístico con Chi-Cuadrado para comparación de positividad de SOH:  $p < 0.01$ .

No hay diferencias estadísticamente significativas ni en realización de colonoscopias, ni tasa de detección de adenomas, ni de carcinomas.

## Conclusiones

El consumo de ACOD produce resultados de SOH + en número significativamente mayor que en los no consumidores (20% vs 9,48%). Se traducirá en la necesidad de mayor número de colonoscopias en este grupo de pacientes.

La detección de adenomas y carcinomas es no inferior en este grupo de pacientes.

El programa de DPCC es al menos tan eficiente en estos pacientes como en el resto (con tendencia a ser incluso más).

### CP-109. ENTEROCOLITIS EOSINOFÍLICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA EN EL ADULTO.

GUERRERO PALMA E, HIDALGO BLANCO A, BERNAL TORRES A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

La enterocolitis eosinofílica (ECE) es una entidad rara cuya etiología y patogenia es aún desconocida. Se caracteriza por la presencia de un alto infiltrado eosinofílico en la pared intestinal junto con sintomatología asociada, siendo esta variable según el tramo y la capa afectada. No existen unos criterios diagnósticos definidos, tratándose de un diagnóstico de exclusión una vez descartadas otras causas de eosinofilia, suponiendo un auténtico reto para el gastroenterólogo. El manejo terapéutico tampoco está bien establecido, basándose hasta la actualidad en series de casos publicados.

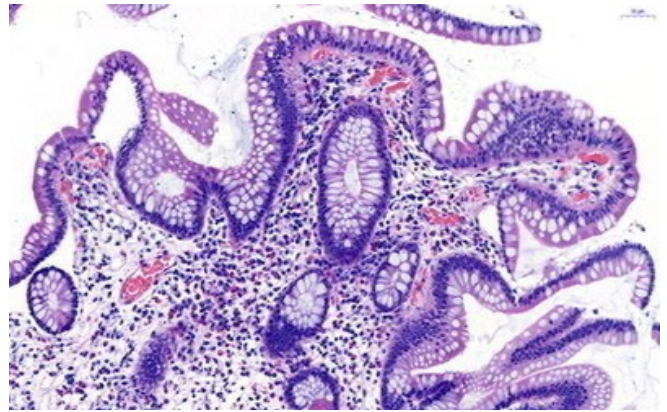


FIGURA 1

Se observa en lámina propia un infiltrado inflamatorio compuesto por más de 100 eosinófilos por campo de gran aumento, acompañado de otras células inflamatorias (linfocitos y células plasmáticas). No se observan microorganismos. (Hematoxilina-Eosina 40x)



FIGURA 2

Imagen de colonoscopia. Visión macroscópica de la mucosa donde se aprecia un patrón pseudonodular con vascularización conservada.

## Caso clínico

Varón de 74 años con antecedentes de HTA en tratamiento con losartán. Presenta cuadro de diarrea crónica de unas 10 deposiciones líquidas sin productos patológicos con pérdida ponderal de 25 kg en el último año y agravamiento del cuadro clínico con anasarca y desnutrición severa.

En analítica destaca hipoalbuminemia y alteraciones hidroelectrolíticas. Hemograma con recuento de eosinófilos normal. Estudio serológico negativo. No proteinuria.



Localización anatómica	Número de eosinófilos por campo (eo/cp)
Esófago proximal	No evidencia de eo
Esófago distal	No evidencia de eo
Estómago	No evidencia de eo
Bulbo duodenal	>53 eo/cp
Segunda porción duodenal	>53 eo/cp
Ileon	>100 eo/cp
Colon derecho	>100 eo/cp
Colon transversal	Hasta 53 eo/cp
Colon izquierdo	Hasta 80 eo/cp

TABLA 1

Descripción: Recuento de eosinófilos por campo según la zona anatómica biopsiada.

Realizamos estudio endoscópico completo observando mucosa pseudonodular desde íleon hasta colon descendente. Se toman biopsias de cada segmento (Tabla 1) evidenciando un alto infiltrado eosinofílico con exocitosis y abscesos crípticos eosinofílicos, siendo en todos los tramos el recuento de eosinófilos > 50 eo/cp (esófago y estómago respetados).

<i>Causas secundarias de enterocolitis eosinofílica</i>
Medicamentos
Parásitos
Enfermedad inflamatoria intestinal
Celiaquía
Enfermedad autoinmune
Vasculitis
Neoplasia
Síndrome hipereosinofílico
Conectivopatías

TABLA 2

Causas secundarias de enterocolitis eosinofílica.

Ante este hallazgo, completamos el estudio para descartar las principales causas de eosinofilia (Tabla 2). Estudio de heces incluyendo Filmarray de parásitos y helmintos negativos. Perfil celiaco negativo. HLA de principales patologías autoinmunes y anticuerpos negativos. Complemento, VSG, catecolaminas, triptasa sérica y hormonas intestinales normales.

Se retiró Losartán, como posible causa medicamentosa, sin mejoría. Se realizó estudio de alergias evidenciando múltiples sensibilizaciones a alimentos. Se comenzó dieta de exclusión y corticoterapia sistémica (metilprednisolona 32 mg/día) en pauta descendente con remisión clínica.

## Discusión

La enterocolitis eosinofílica (ECE) es una patología que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico y de la realización de frecuentes pruebas complementarias para descartar otras causas de eosinofilia, siendo fundamental la endoscopia con toma de biopsias. La historia natural de la ECE en adultos es la tendencia a la cronicidad, con periodos de exacerbación y remisión. Esta patología carece de estrategias de tratamiento aceptadas, ya que la información terapéutica disponible procede de casos observacionales. Los corticoides (prednisona 40 mg/día), han demostrado mejoría clínica e histológica. No obstante, la duración apropiada del tratamiento es desconocida y la recaída requiere, a menudo, tratamiento a largo plazo. Se pueden utilizar otros fármacos como inmunomoduladores (Azatioprina) en pacientes corticodependientes o corticorrefractarios y hay nuevos fármacos biológicos emergentes cuya eficacia está siendo evaluada.

## CP-110. ESTENOSIS COLÓNICA SECUNDARIA A METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA

BERNAL TORRES A<sup>1</sup>, HIDALGO BLANCO A<sup>1</sup>, BENAVIDES DE LA FUENTE C<sup>2</sup>, MACÍAS RODRÍGUEZ MA<sup>1</sup>, ATIENZA CUEVAS L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ,  
<sup>2</sup>UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

La localización de las metástasis del cáncer de mama varía en función del tipo histológico, siendo las más frecuentes en el adenocarcinoma lobulillar; el pulmón, el hígado y los huesos. La afectación gastrointestinal es infrecuente, estimándose una incidencia del 4% en colon.

## Caso clínico

Paciente de 66 años con antecedentes de carcinoma lobulillar de mama izquierda intervenida mediante mastectomía y linfadenectomía axilar en 2019, en tratamiento activo con tamoxifeno. Ingresa por dolor abdominal cólico a nivel de flanco izquierdo con la ingesta. Asocia vómitos, deposiciones diarreicas sin productos patológicos y pérdida de peso. Se realiza TAC abdominal con discreto engrosamiento parietal en recto-sigma y colonoscopia con evidencia de estenosis concéntrica con mucosa granular inespecífica a 40 cm de margen anal (Figura 1) que se biopsia, con resultado normal. Se decide completar estudio mediante enema opaco y entero-RNM objetivándose afectaciónestenótica de aspecto inflamatorio de íleon terminal, colon ascendente, transversal y sigma (Figura 2). El PET-TAC confirma la presencia de focos hipermetabólicos intestinales inespecíficos. Ante una primera sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal y tras una segunda biopsia endoscópica negativa, se inicia terapia empírica con corticoides con escasa mejoría. Dada la progresión clínica y empeoramiento nutricional se propone laparoscopia exploradora para toma de biopsias que se desestima por alta comorbilidad;

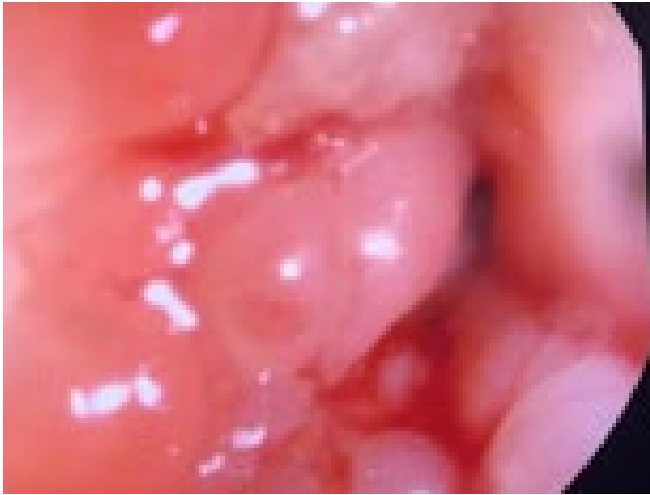


FIGURA 1

Estenosis concéntrica con mucosa granular, de aspecto no ulcerado que impide el paso del colonoscopio.

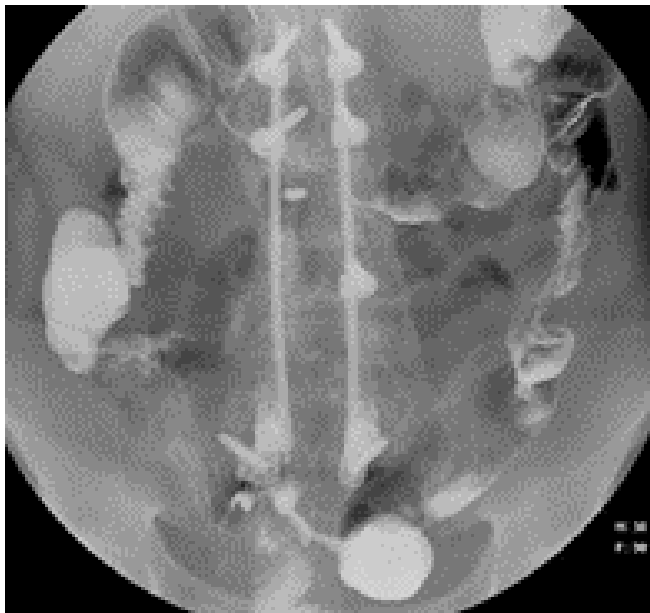


FIGURA 2

Lesiones estenóticas a nivel de sigma de 4,5 cm, en colon transverso de 5 cm y a nivel de colon ascendente de 6 cm, que se acompañan de irregularidad de la mucosa de aspecto inflamatorio y ulcerativo con moderada dilatación proximal.

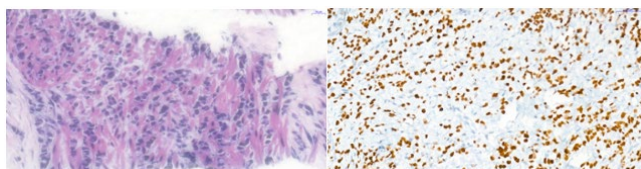


FIGURA 3

Tinción de hematoxilina-eosina con pared intestinal que muestra infiltración por células tumorales discohesivas de escaso citoplasma dispuestas en delgados cordones. Inmunotinción positiva para receptores de estrógenos.

llevándose a cabo punción percutánea ecoguiada de sigma, obteniéndose finalmente resultado de infiltración intestinal por adenocarcinoma lobulillar (Figura 3).

Se presenta el caso en comité, decidiéndose quimioterapia paliativa.

### Discusión

La sintomatología de la enfermedad metastásica colónica puede imitar cualquier enfermedad gastrointestinal. A esto se añade la dificultad del diagnóstico endoscópico por afectación frecuente de la submucosa, siendo la mucosa normal.

El uso de la ecografía abdominal, pese a no tener una indicación establecida para el diagnóstico de lesiones colónicas, podría ser útil en los casos en los que la laparoscopia exploradora supone un alto riesgo quirúrgico.

### CP-111. FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA. A PROPÓSITO DE DOS CASO

RICO CANO A, GARCÍA SÁNCHEZ AB, MORCILLO JIMÉNEZ E

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

### Introducción

La fibrosis retroperitoneal es una enfermedad rara de causa desconocida. Consiste en el acúmulo de tejido fibroinflamatorio en el retroperitoneo, que puede atrapar y obstruir a las estructuras que se encuentran allí, principalmente a los uréteres. Se divide en idiopática (FRI) o secundaria a ciertos fármacos, malignidades, infecciones y otros factores.

### Caso clínico

Varón de 47 años acude por dolor abdominal-lumbar de 2 meses de evolución, con analítica, gastroscopia, colonoscopia y ecografía de abdomen sin hallazgos. Se solicita TAC abdomen con contraste observándose: aorta infrarrenal envuelta por un manguito de menor atenuación que se extiende distalmente hasta vasos ilíacos de 8 x 4 cm, y placas de calcificación mediales al tejido periaórtico, sugestivo de fibrosis retroperitoneal (Figuras 1 y 2), confirmándose histológicamente con biopsia. Se inician corticoides a 60 mg durante 6 semanas, con pauta descendente durante 3 meses y manteniéndose durante un año con 10 mg, consiguiendo en los controles radiológicos reducción de la masa.

Mujer de 75 años ingresa por dolor abdominal, alteración del ritmo intestinal y pérdida de peso, con gastroscopia, colonoscopia y ecografía de abdomen normal, analítica con Creatinina de 2 FG 21. Se realiza TC abdomen sin contraste y RMN abdomen observándose lesión que engloba parcialmente aorta infrarrenal y la arteria iliaca izquierda, compatible con fibrosis retroperitoneal (Figuras 3 y 4), y dilatación pielocalicial izquierda grado II/IV; en Uro-TC íntimo contacto de la masa con el uréter izquierdo. En el PET-TAC se describe la lesión sin actividad metabólica significativa y



FIGURA 1

Imagen de TC abdomen con contraste.



FIGURA 2

Imagen de TC abdomen con contraste.

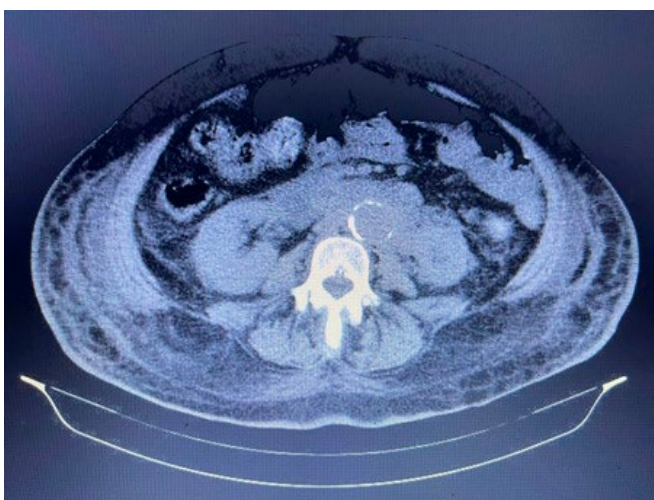


FIGURA 3

Imagen de TC abdomen sin contraste.



FIGURA 4

Imagen de TC abdomen sin contraste.

sin lesiones neoplásicas. Valorado por Urología, ante la ausencia de hallazgos sugestivos de neoplasia en el PET-TAC, decide no realizar biopsia e iniciar tratamiento con esteroides a 60 mg/día.

### Discusión

Clínicamente la FRI se presenta con dolor abdominal-lumbar, astenia, pérdida de peso. Si el diagnóstico es tardío puede asociar disfunción renal por obstrucción de los uréteres.

La principal prueba diagnóstica es el TC abdomen, junto con a RM, observándose un tejido homogéneo, isodenso al músculo que característicamente tiene una disposición perivascular, sobre todo periaórtica, extendiéndose hasta la bifurcación iliaca envolviendo a los uréteres. Para la confirmación se requiere del estudio histopatológico que está formada por miofibroblastos con macrófagos, células plasmáticas y eosinófilos.

El tratamiento consta de dos partes: médico y quirúrgico. El médico busca frenar la fibrosis, con corticosteroides, tamoxifeno, azatioprina y ciclofosfamida, siendo la principal terapia los corticoides, asociados o no a tamoxifeno. Recientemente se ha usado el tamoxifeno en monoterapia dando buenos resultados. El tratamiento quirúrgico busca la liberación de los uréteres.

### CP-112. FÍSTULA COLOCUTÁNEA SECUNDARIA A MALLA SINTÉTICA: COMPLICACIÓN TRAS REPARACIÓN EVENTRACIÓN ABDOMINAL

MORENO MORALED A I, CAMPOS SERRANO N, HALLOUCH TOUTOUH S, LÁZARO SÁEZ M

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

### Introducción

La reparación de eventración abdominal es una de las intervenciones más frecuentes realizada por el servicio de cirugía



general. Generalmente, se recomienda utilizar una malla sintética para disminuir la tasa de recurrencia; sin embargo, esta técnica no está exenta de complicaciones.

### Caso clínico

Varón de 82 años con antecedente de intervención quirúrgica hace más de 20 años por hemorragia digestiva alta secundaria a Dieulafoy mediante gastrostomía y gastrorrafia por laparotomía. Intervenido de eventración posteriormente con eventroplastia y colocación de malla sintética.

Ingresa para estudio de varios episodios de rectorragia/hematoquecia en domicilio con anemia secundaria (hemoglobina de 13.2 a 8.7 g/dl). Se solicita colonoscopia y el paciente comienza la preparación con solución evacuable, objetivándose a las horas de haber iniciado la preparación emisión de contenido fecaloideo a través de un orificio de la pared abdominal (**Figura 1**) que el paciente presentaba desde la realización de la eventroplastia, pero nunca con emisión de contenido.

En la colonoscopia se observa, a nivel de colon transverso, material amarillento enclavado en orificio de gran tamaño por el que drena material purulento abundante (**Figura 2**), y en la TC de abdomen se objetiva una fístula colocutánea a través de la malla sintética (**Figura 3**).

Es valorado por cirugía general que descarta en un principio intervención ante la cronicidad de la patología y dada la morbilidad del procedimiento. El paciente comienza posteriormente con sangrado profuso a través del orificio fistuloso y emisión de mayor cantidad de contenido fecaloideo, falleciendo a consecuencia de un shock séptico e hipovolémico.



FIGURA 1

Orificio fistuloso de pared abdominal.

### Discusión

La fístula enterocutánea es una complicación infrecuente y grave que puede ser producida por la reacción inflamatoria granulomatosa crónica ocasionada por la utilización de material



FIGURA 2

Perforación colónica por malla sintética.

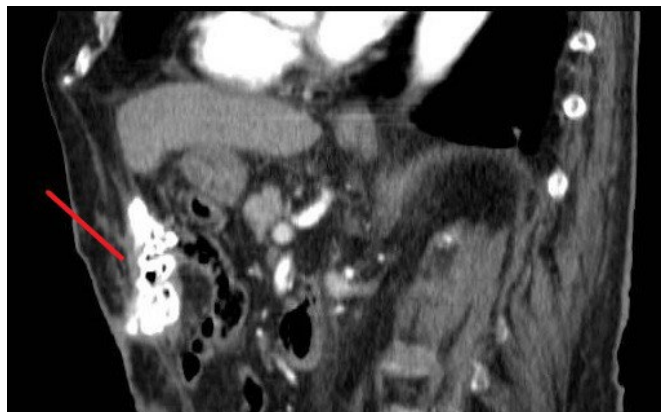


FIGURA 3

Fístula colocutánea secundaria a malla sintética.

protésico sintético que, al ponerse en contacto con las asas intestinales, da lugar a una solución de continuidad en la pared y, en consecuencia, a la formación de una fístula. Está asociada a una alta tasa de morbilidad perioperatoria y, generalmente se produce de forma tardía, como ocurre en nuestro caso.



Actualmente, existe muy poca evidencia que apoye el manejo conservador. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección del segmento afectado y la reconstrucción de la pared abdominal con otra malla biológica o biosintética. El número de complicaciones de la cirugía no es desdeñable; sin embargo, el riesgo de evolución tórpida si se mantiene un manejo conservador es aún mayor.

### CP-113. FÍSTULA GASTROCÓLICA POR ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

SÁNCHEZ MORENO S, HALLOUCH TOUTOUH S, NAVARRO MORENO E

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

#### Introducción

La fístula gastrocólica es una comunicación anómala que surge generalmente entre la parte distal del colon distal y la curvatura mayor del estómago, y puede ser secundaria tanto a procesos benignos (úlcera péptica, enfermedad de Crohn, pancreatitis crónica) como malignos (colon, estómago, vía biliar). La fistulización gastrocólica por una neoplasia gástrica es un hallazgo inusual en la práctica clínica, ya que el diagnóstico se suele realizar en etapas más tempranas. Reportamos el caso de un paciente con un adenocarcinoma gástrico que presenta fistulización hacia el colon transverso.

#### Caso clínico

Paciente de 62 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por astenia, dolor abdominal epigástrico y pérdida de peso en los últimos meses, asociando melenas en los últimos días. Analíticamente destaca anemia microcítica con requerimiento transfusional (Hb 5,1 g/dL y VCM 65).

Se realiza endoscopia digestiva alta objetivando en la curvatura mayor del estómago una lesión crateriforme de unos 4 centímetros de tamaño, de bordes pronunciados y fondo sanioso que impresiona de posible fistulización a otra estructura anatómica. Se completa el estudio con un TC de abdomen, en el que se evidencia una masa ulcerada de aspecto neoplásico de unos 9 x 8 cm, situada a caballo entre la cámara gástrica y el ángulo transversal del colon mostrando comunicación fistulosa entre ambas estructuras. Además se visualizan signos de carcinomatosis peritoneal con engrosamiento omental.

El resultado del análisis anatomopatológico de la lesión revela adenocarcinoma gástrico tipo intestinal. Tras presentar el caso en comité multidisciplinar, se decide tratamiento quirúrgico en combinación con quimioterapia, falleciendo el paciente a los 4 meses.

#### Discusión

Aunque en la actualidad los procesos malignos son una causa importante de fístula gastrocólica, el adenocarcinoma gástrico es

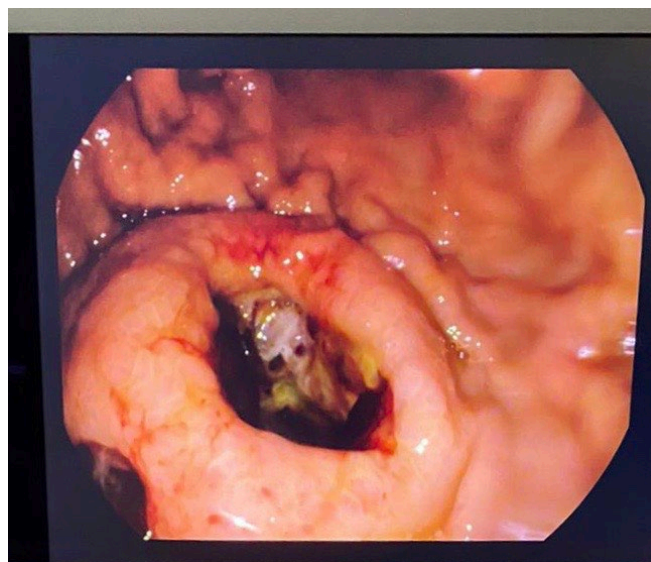


FIGURA 1

Lesión crateriforme en estómago que impresiona de posible fistulización a otra estructura anatómica.

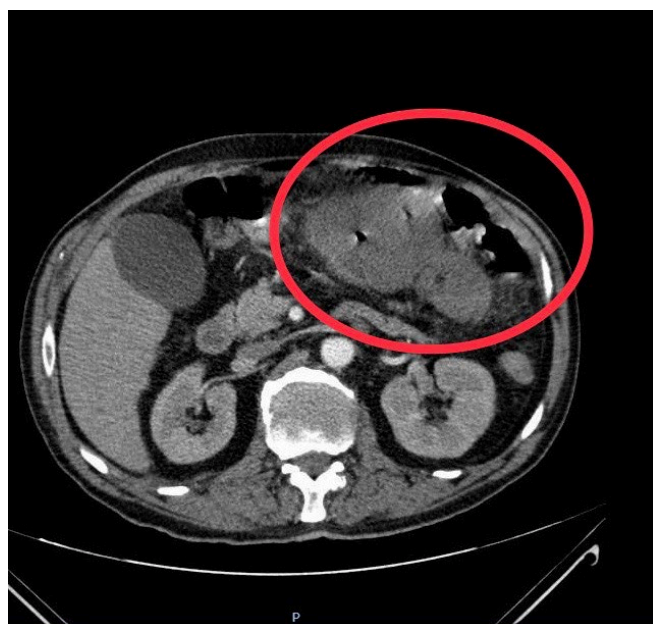


FIGURA 2

Masa ulcerada de aspecto neoplásico situada entre la cámara gástrica y el ángulo transversal del colon mostrando comunicación fistulosa entre ambas estructuras

una etiología inusual en nuestro medio. El TC de abdomen con contraste intravenoso y oral ofrece una importante herramienta diagnóstica, proporcionado, además, un estudio de extensión de la lesión primaria. El estudio endoscópico permite la visualización directa de la fístula y el análisis histopatológico. El tratamiento

debe ser individualizado pero suele incluir casi invariablemente una cirugía con resección multivisceral, con intención paliativa en la mayoría de los casos. Desafortunadamente estos pacientes tienen un mal pronóstico condicionado por la malignidad del proceso primario, las complicaciones asociadas (infecciones, hemorragia, perforación) y la complejidad de la intervención quirúrgica.

#### **CP-114. GASTROENTEROCOLITIS Y PERITONITIS PRIMARIA COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA**

TORRES DOMÍNGUEZ A, GARCÍA-GAVILÁN MDC, JOFRÉ-PERALTA S, BISSO-ZEIN JK, ROSALES ZÁBAL JM, PÉREZ AISA A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

#### **Introducción**

La enfermedad neumocócica invasiva (ENI), es una causa rara y poco reconocida de infecciones primarias intraabdominales y pélvicas, ya que típicamente se manifiesta en forma de neumonía bacteriana, otitis, bacteriemia o meningitis. Son pocos los casos descritos con afectación gastrointestinal en forma de ileítis terminal, apendicitis o peritonitis a veces incluso con complicaciones abdominales supurativas graves con necesidad de tratamiento quirúrgico.

#### **Caso clínico**

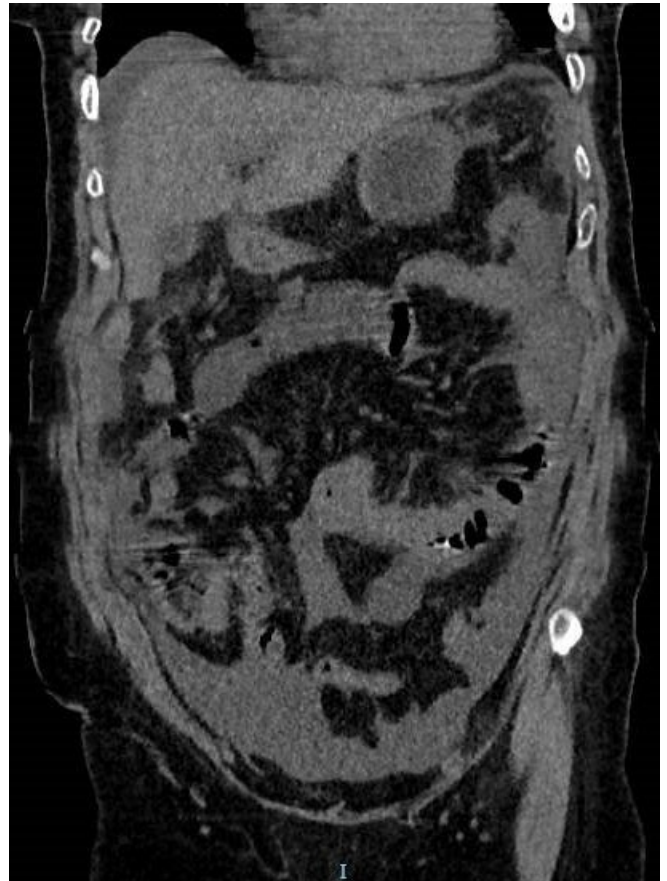
Mujer de 57 años, con hipertensión arterial, asma bronquial y rinosinusitis alérgica, que acudió a Urgencias por dolor abdominal, vómitos, diarrea líquida de hasta 20 episodios diarios sin productos patológicos y fiebre de seis días de evolución.

A su llegada, TA 80/40 mmHg, FC 110 lpm y afebril. La auscultación cardiaca y pulmonar era normal. El abdomen era doloroso a la palpación generalizada, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos hidroaéreos aumentados.

En la analítica sanguínea destacaba una pancitopenia aguda, llamativa elevación de los reactantes de fase aguda, fracaso renal agudo e hipopotasemia.

Se realizó una tomografía computerizada (TC) urgente (**Figura 1**), que mostró líquido libre intraabdominal perihepático, periesplénico, entre asas y en ambas fosas ilíacas y pelvis, y una radiografía de tórax dentro de la normalidad.

Se realizó una paracentesis diagnóstica con salida de un líquido denso y sanguinopurulento (16000 hematíes/mm<sup>3</sup>, 6000 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 67% de PMN, glucosa 35 mg/dl, proteínas 2.7 g/dl). Los análisis microbiológicos tanto del líquido ascítico como el de las heces fueron negativos. Se tomaron hemocultivos, donde creció *Streptococcus pneumoniae* multisensible, serotipo 3. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona intravenosa, con excelente respuesta tanto clínica como analítica. Actualmente la paciente subjetivamente se encuentra bien y en revisiones posteriores con imagen se objetiva un gran quiste del uraco no objetivado al inicio, que pudiera ser la causa predisponente (**Figura 2**).



**FIGURA 1**

Líquido libre intraabdominal en el TC urgente inicial.



**FIGURA 2**

Lesión quística unilocular intraperitoneal y homogénea sugestiva de quiste del uraco.

## Discusión

En los últimos años se ha acuñado el término de enfermedad neumocócica invasiva inusual (ENII) a los casos cuya presentación clínica se da en otra localización distinta a la habitual. En la ENII con afectación gastrointestinal la peritonitis primaria es la manifestación más frecuente, siendo otras la enteritis, apendicitis o los abscesos abdominales.

El mecanismo de diseminación del *S. pneumoniae* en este tipo de afectación no está bien establecido. La translocación bacteriana podría ser la responsable en pacientes con enfermedad peritoneal preexistente (hipertensión portal y ascitis, síndrome nefrótico, diálisis peritoneal o insuficiencia cardíaca congestiva). Por otro lado, la llamativa predisposición de peritonitis primaria neumocócica en mujeres sin enfermedad peritoneal previa, apoyaría la vía ascendente desde el tracto genito-urinario femenino como diseminación de la infección.

## CP-115. GIST RECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARTÍN MANTIS E, RUIZ PAGÉS MT, BOCANEGRA VINIEGRA M

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

## Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son tumores no epiteliales que pueden localizarse en cualquier parte del tubo digestivo. La incidencia de estos tumores es muy baja (10-20 casos por 100.000 habitantes /año), siendo menos del 5% de los casos de localización rectal. Tienen una distribución similar por sexos, aunque es algo más frecuente en varones.

## Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 74 años, sin antecedentes previos de interés. En el contexto de elevación analítica de PSA, se realiza RNM prostática donde se evidencia lesión en pared anterior izquierda del recto inferior de 24 x 22 x 26 mm, de localización subserosa o submucosa, sugestiva, en primer lugar, de probable tumoración GIST. Dado el hallazgo, se decide realizar rectoscopia con toma de biopsias (**Figuras 1 y 2**), obteniendo un resultado histológico compatible con leiomioma rectal. Dados los resultados, ante la alta sospecha de GIST, se comenta el caso en Comité de Tumores Gastroesofágicos, decidiendo derivación al Servicio de Cirugía. Se realiza resección endoanal del tumor, siendo el resultado anatomopatológico final compatible con neoplasia mesenquimal fusocelular (GIST) de 4 cm con grado histológico G1 y bajo riesgo de recaída. El paciente no presentó complicaciones derivadas de la resección y, tras ello, fue remitido a consultas de Oncología para estudio de extensión (que resultó negativo) y tratamiento definitivo.

## Discusión

Los GIST se originan en las células intersticiales de Cajal, siendo el estómago el sitio más afectado (70 %), seguido del intestino

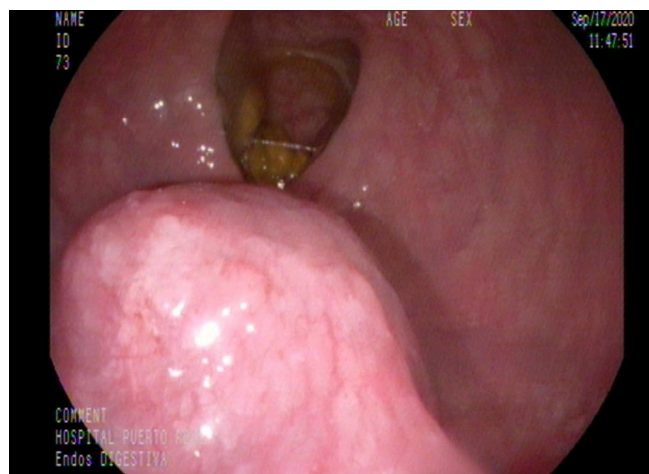


FIGURA 1

Tumoración vista por rectoscopia compatible con leiomioma rectal.

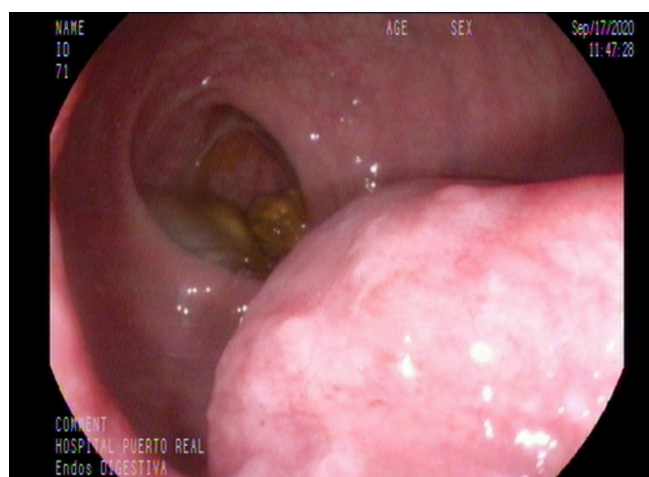


FIGURA 2

Rectoscopia: leiomioma VS GIST rectal.

delgado (10-20 %). Es infrecuente su aparición en el recto, con una incidencia del 7-10 % del total de casos. Estos tumores presentan marcadores específicos, destacando el CD-117 (c-KIT) expresado en más del 95 %, y el CD-34 en el 70 %. Aunque la mayoría son asintomáticos, el tenesmo y la rectorragia son los síntomas más frecuentes cuando se presentan en el recto.

La resección quirúrgica con intención curativa es el tratamiento de elección para el GIST localizado. La extirpación completa del tumor es el factor más significativo relacionado con el pronóstico y se puede lograr en el 40-60 % del total de pacientes. Se ha confirmado el beneficio de los márgenes histológicamente negativos en el tratamiento quirúrgico de los GIST rectal no metastásico.

Los GIST rectales tienen una alta tasa de recurrencia local independientemente del procedimiento quirúrgico empleado, por lo que se requiere una vigilancia estrecha del mismo.



## CP-116. HALLAZGO INCIDENTAL DE CUERPO EXTRAÑO DUODENAL

MARTÍN MANTIS E, RUIZ PAGÉS MT, OROZCO BERNÁNDEZ-ZERPA MDLN

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

### Introducción

La ingestión de cuerpos extraños durante la ingesta alimentaria es frecuente, siendo lo más típico las espinas de pescado y los huesos de pollo. En gran parte de los casos ocurre accidentalmente en personas alcohólicas, con enfermedad mental o individuos que usan prótesis dentaria.

### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 53 años de edad, exbebedor y ex fumador, con antecedentes personales de HTA y cardiopatía isquémica revascularizada. Acude a consultas de Aparato Digestivo por epigastralgia y sensación de plenitud postprandial de varios meses de evolución, con pérdida de peso inicial que posteriormente estaba recuperando. Análíticamente no presenta alteraciones destacables salvo marcador tumoral elevado (CA-72.4). Se realiza TC abdomino-pélvico con únicos hallazgos de quiste hepático y renal. Asimismo, se solicita gastroscopia donde se evidencia lengüeta de mucosa ectópica en esófago distal compatible histológicamente con esófago de Barret con displasia intraepitelial de bajo grado. A nivel de segunda porción duodenal, de forma incidental, se identifica una espina de pescado anclada a la pared y dispuesta de forma transversal, con edema de la mucosa circundante (**Figura 1**). Se decide su extracción con pinza de biopsia (**Figuras 2 y 3**), verificando posteriormente la ausencia de datos de hemorragia o de perforación.

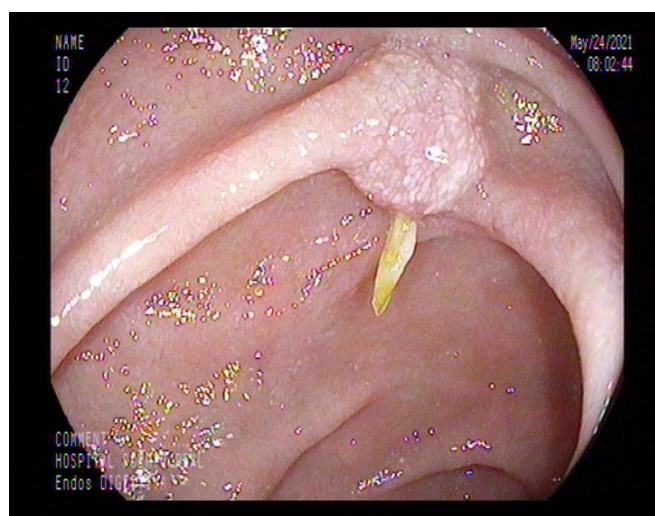


FIGURA 1

Espina de pescado anclada en segunda porción duodenal.

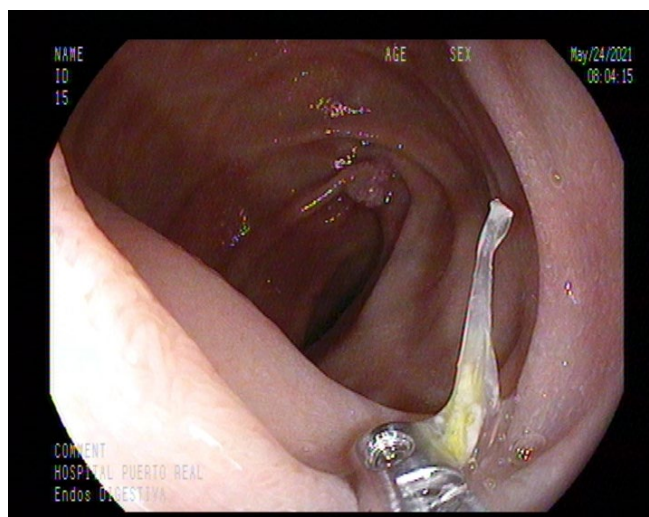


FIGURA 2

Extracción de espina de pescado con pinza de biopsia.

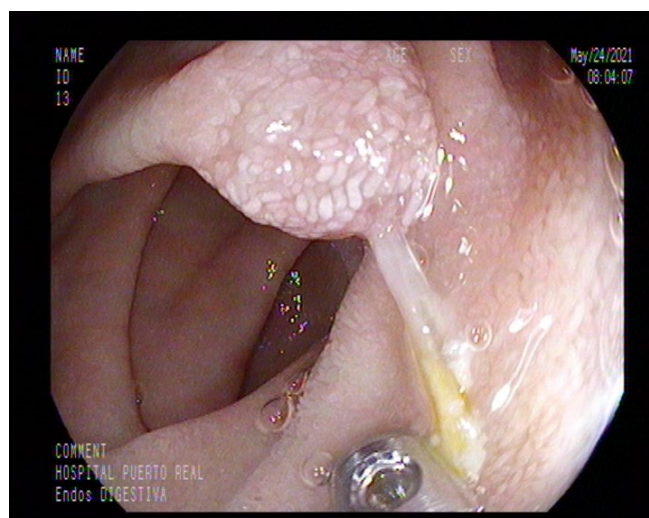


FIGURA 3

Extracción de espina de pescado duodenal.

### Discusión

Los cuerpos extraños, una vez se ingieren, si atraviesan satisfactoriamente el esófago, recorrerán todo el tracto gastrointestinal sin producir enfermedad, llegando a su expulsión en una semana aproximadamente. Sin embargo, hay ciertas localizaciones que por su estrechez son puntos de impacto: píloro, ángulo de Treitz, válvula ileocecal o unión rectosigmoidea.

Para su correcto diagnóstico, las técnicas de imagen se consideran indispensables, entre ellas la ecografía y la Tomografía Axial Computadorizada (TAC). Estas permiten identificar la región afectada por la inflamación que la envuelve. A pesar de ello, existe un amplio porcentaje de diagnósticos intraoperatorios como consecuencia de

perforaciones que provocan (hasta un 91%) debido, en gran parte, al olvido por parte del paciente a pesar de una anamnesis dirigida.

El tratamiento, si no produce complicaciones, es su extracción mediante endoscopia. En caso de aparición de complicaciones como la perforación intestinal, el tratamiento va desde sutura simple hasta resecciones intestinales con extracción del cuerpo extraño y lavados de la cavidad abdominal.

### CP-117. ILEÍTIS AGUDA POR MYCOPLASMA CON AFECTACIÓN EXTRAINTESTINAL: UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE.

GÁLVEZ CRIADO JM<sup>1</sup>, APARCERO LÓPEZ R<sup>1</sup>, PERAL GUTIERREZ DE CEBALLOS E<sup>2</sup>, CAUNEDO ALVAREZ A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA, <sup>2</sup>SERVICIO MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

#### Introducción

La ileítis aguda es una entidad clínica cuya etiología puede ser diversa, pudiendo desencadenarse por agentes infecciosos frecuentemente, pero puede tener origen inflamatorio, infiltrativo o tóxico/medicamentoso.

#### Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 22 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal intenso, fiebre de 38°C y diarrea aguda de hasta 10 deposiciones diarias sin productos patológicos asociados. En la TAC abdominal urgente se evidencia engrosamiento de las paredes de Ileon terminal, deslustramiento de la grasas perileal y adenitis mesentérica reactiva.

El cuadro se acompañó al inicio de fotofobia, inyección periciliar y dolor ocular siendo diagnosticada de Uveitis aguda por el Servicio de Oftalmología. A las 48 horas del ingreso se evidenció exantema palmoplantar descamativo, eritema y edema labial y lesiones diana, con diagnóstico de eritema multiforme por el Servicio de Dermatología (**Figura 1**).

Al décimo día de ingreso presentó cuadro de cefalea junto a diploplía y estrabismo convergente por afectación del VI par craneal derecho sin lesiones en la TAC craneal. Se realizó punción lumbar compatible con meningitis linfocitaria aséptica.

Los cultivos de sangre, heces y la toxina de Clostridium Difficile resultaron negativas. Se practicó Ileocolonoscopia con hallazgos de mucosa eritematosa y nodular con edema asociado (**Figuras 2 y 3**).

Se amplió estudio serológico completo (VIH, Lúes, virus de las hepatitis, Yersinia, etc.) y perfil de autoinmunidad (ANA, ANCA, complemento, etc.) Destacó el hallazgo de IgM positiva frente Mycoplasma Pneumoniae, con seroconversión a IgG objetivada las siguientes semanas.



FIGURA 1

Eritema multiforme con afectación palmoplantar descamativa.

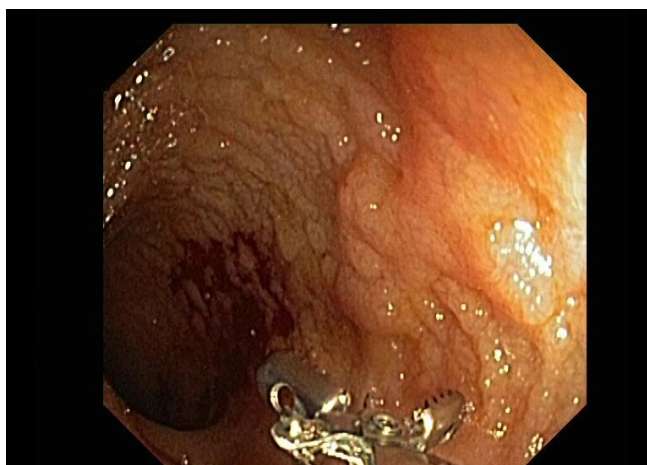


FIGURA 2

Mucosa ileal edematosa y congestiva.



FIGURA 3

Mucosa ileal de patrón eritematoso y congestivo.



La paciente había recibido varios ciclos de antibióticos y corticoides endovenosos sin clara mejoría hasta que se introdujo Doxiciclina dirigida tras el diagnóstico serológico.

Tras la primera semana de tratamiento constatamos mejoría evidente con la práctica resolución de los síntomas que presentaba.

### Discusión

La ileitis aguda debida a *Mycoplasma Pneumoniae* es una enfermedad infrecuente en la edad adulta, siendo la infección respiratoria en niños su presentación clínica habitual, acompañada a veces de otros síntomas sistémicos. Está descrito en la literatura que este microorganismo se comporta como trigger autoinmune, afectando de manera simultánea a diferentes órganos y con ello dificultando el manejo clínico del paciente al presentar una enfermedad sistémica mixta, infecciosa e inmune.

La importancia de este caso radica, además de en la escasa evidencia bibliográfica al respecto, en la necesidad de un abordaje multidisciplinar en una paciente joven aparentemente sana, cuyas múltiples manifestaciones sistémicas evolucionaron de forma muy favorable con el correcto enfoque diagnóstico causal.

### CP-118. ILEITIS SEGMENTARIA, LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

REQUENA DE TORRE J, VIÑOLO UBIÑA C, GÓMEZ TORRES KM, DE LA CUESTA FERNÁNDEZ I, JARAVA DELGADO M

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

### Introducción

La infección por anisakis es una entidad emergente en nuestro país. En la mayoría de los casos, cursa de forma silente u oligosintomática, por lo que está infradiagnosticada.

Se transmite a través de la ingesta de pescado parasitado crudo o poco cocinado, por lo que una anamnesis detallada, es imprescindible.

### Caso clínico

Mujer de 49 años sin antecedentes de interés salvo obesidad y hábito tabáquico activo. Acude a urgencias por dolor abdominal agudo en fosa iliaca derecha, con defensa a la palpación, de 24 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómitos alimenticios y deposiciones diarreicas sin productos patológicos. Afebril y estable hemodinámicamente. Durante la anamnesis se recoge el consumo de boquerones crudos 72 horas previo al inicio del cuadro, así como la aparición de eccema urticariforme pruriginoso en extremidades.

Se realiza TC abdominal que revela dilatación de asas de íleon junto con engrosamiento y edema submucoso de los últimos 8 cm de íleon terminal, sin alteraciones a nivel de ciego o apéndice. (Figura 1).



FIGURA 1

Corte coronal de TC con contraste mostrando dilatación de asas de íleon junto con engrosamiento y edema submucoso en íleon terminal.

Análiticamente destaca leucocitosis 12300/ul y PCR elevada 9.1 mg/dl.

Se realiza ileocolonoscopia sin apreciar lesiones, enterorresonancia a los 6 días del ingreso, sin alteraciones; coprocultivo y estudio de parásitos negativos. Serología para *Anisakis* ss. (IgE p4 64.2). La paciente evolucionó de forma favorable con medidas generales como dieta absoluta, sonda nasogástrica y fluidoterapia, sin necesidad de llegar a la cirugía.

Tras la exclusión de otras posibilidades diagnósticas, dados los antecedentes de consumo de pescado crudo previo al inicio del cuadro y positividad para anticuerpos frente anisakis se estableció el diagnóstico de Ileitis segmentaria secundaria a *Anisakis*

### Discusión

El parásito tiene varias formas de presentación siendo la gastrointestinal la más habitual, en ocasiones como cuadro suboclusivo, y con frecuencia acompañada de manifestaciones alérgicas previas.

El diagnóstico de la parasitosis es difícil ante la ausencia de síntomas y signos específicos. Se hace imprescindible una anamnesis detallada que recoja el antecedente dietético. En los casos de afectación intestinal, técnicas radiológicas como el TC abdominal son fundamentales en la detección de signos de obstrucción, si bien se trata de hallazgos comunes a otras entidades con las que es indispensable el diagnóstico diferencial como la enfermedad de Crohn.



La endoscopia digestiva alta permite en ocasiones, demostrar la presencia de anisakis, sin embargo, es generalmente imposible la confirmación por este método en los cuadros intestinales. En estos casos el diagnóstico inmunológico o mediante la determinación de IgE específica frente a *Anisakis simplex*, permitiría establecer el diagnóstico final.

### CP-119. ILEÍTIS Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ANISAKIS.

MARTÍN MARCUARTU P, FRUTOS MUÑOZ L, DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, JAMAL ISMAIL S

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

#### Introducción

La infección por *Anisakis* (anisakiasis) es producida por la ingesta de pescado crudo o poco cocinado que se encuentre parasitado con las larvas de nematodos de la familia Anisakidae. Puede causar síndromes gástricos, intestinales, extraintestinales y alérgicos tras la ingesta de parásitos accidental o por exposición ocupacional.

#### Caso clínico

Varón de 69 años con antecedentes de ictus isquémico, hipertensión arterial y dislipemia.

Consulta por dolor mesogástrico de inicio súbito seguido de vómitos alimenticios y diarrea.

En la exploración presentaba abdomen distendido, timpánico y con disminución de los ruidos hidroaéreos y en la analítica destacó leucocitosis con neutrofilia (leucocitos  $14.15 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos  $12.35 \times 10^3/\mu\text{L}$ , eosinófilos normales).

En la radiografía simple de abdomen (**Figura 1**) se observaron niveles hidroaéreos con dilatación de asas de intestino delgado y ausencia de gas distal. Se realizó TC urgente (**Figura 2**) evidenciándose engrosamiento parietal de íleon con leve dilatación de intestino delgado en relación con ileítis, provocando el cuadro suboclusivo.

Se ingresó a cargo de Digestivo tras ser valorado por Cirugía y desestimar actuación por su parte. Se colocó sonda nasogástrica con salida de contenido claro.

Al realizar anamnesis detallada, el paciente refiere ingesta habitual de pescado crudo (boquerones en vinagre) en gran cantidad, por lo que se solicita serología de anisakis con resultado de IgE 40,10 UIa/mL, iniciándose corticoterapia intravenosa con buena respuesta, tolerando dieta y tránsito normal.

#### Discusión

Aunque más del 90% de los casos de anisakidosis provienen de Japón, la incidencia en Europa está en aumento por el auge de la gastronomía japonesa, aún más en las zonas de costa por la ingesta de alimentos como anchoas o boquerones crudos.



FIGURA 1

Radiografía simple de abdomen en supino donde se observan signos de obstrucción con niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado, ausencia de gas distal.



FIGURA 2

TC abdominal donde se observan dilatación de asas de intestino delgado proximales a la ileítis.

La localización más frecuente es la gástrica. Los casos intestinales ocupan el 4-5% y producen una clínica más inespecífica, siendo la del íleon terminal la afectación más frecuente.

Es común el diagnóstico erróneo de apendicitis aguda, diverticulitis o enfermedad inflamatoria intestinal.

Para su correcto diagnóstico es fundamental una anamnesis adecuada, siendo más complicado en la afectación intestinal por la dificultad en la observación directa del parásito a este nivel. Para ello se utilizan parámetros analíticos compatibles. Los anticuerpos anti *Anisakis* elevados en sangre son un marcador sensible (100%) pero no específico (50%) porque puede presentar reacción cruzada con proteínas de otros parásitos. También podrían estar elevados en personas asintomáticas que ingieran habitualmente pescado crudo.

A diferencia de la afectación gástrica, en la anisakidosis intestinal el tratamiento es conservador.

### CP-120. IMAGEN RADIOLÓGICA ATÍPICA: COLITIS ISQUÉMICA GANGRENOSA.

GÓMEZ PÉREZ A<sup>1</sup>, MARTÍNEZ BURGOS M<sup>2</sup>, APARICIO SERRANO A<sup>1</sup>, ZAMORA OLAYA JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

#### Introducción

La colitis isquémica es una patología habitual en las urgencias de aparato digestivo. Su fisiopatología se basa en una insuficiencia arterial a nivel abdominal, que habitualmente se relaciona con factores de riesgo cardiovascular (ateroesclerosis, hipertensión, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus). Su evolución y pronóstico son variables y sus formas de presentación incluyen desde una rectorragia autolimitada con dolor abdominal asociado hasta una lesión transmural irreversible con necrosis y necesidad de intervención quirúrgica urgente.

#### Caso clínico

Paciente de 68 años hipertensa sin otros antecedentes personales de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso de cinco horas de evolución, localizado en hemiabdomen derecho. Afebril y estable hemodinámicamente. Refiere aumento del número de deposiciones en días previos y presencia de restos de sangre en heces desde hace varios días. A la exploración presenta signos de irritación peritoneal localizados en flanco derecho. Analíticamente sólo destaca 30 PCR. Se solicita TC abdomen urgente, objetivándose un engrosamiento mural asimétrico e irregular en ciego/colon ascendente, un importante aumento del gas intraluminal, junto con gas portal y ausencia de datos de perforación (**Figuras 1 y 2**). Se decide manejo inicial de la paciente con antibioterapia, pero en las siguientes horas ésta presenta un empeoramiento clínico y analítico franco (inestabilidad hemodinámica; PCR 250, 18000 leucocitos) por lo que se contacta con cirugía y se indica intervención quirúrgica urgente. Durante el acto quirúrgico se identifica isquemia parcial de ciego con áreas parcheada de necrosis de pared sin objetivarse perforación ni signos macroscópicos de tumoración. Histología



FIGURA 1

Segmento de 10 cm en ciego/colon ascendente que presenta un importante engrosamiento mural asimétrico e irregular, con importante aumento del aire intraluminal y que se acompaña de afectación inflamatoria grasa pericólica.



FIGURA 2

Imágenes de densidad aire de morfología ramificada y alguna burbuja más pequeña en el derecho, compatible gas portal.

compatible con colitis isquémica aguda gangrenosa. Buena evolución clínica y analítica, que permite alta a la paciente.

#### Discusión

Hasta un 10% de las colitis isquémicas pueden presentarse en forma de colitis isquémica gangrenosa. Este subtipo de colitis se asocia a una tasa de mortalidad en torno al 35% y suelen precisar intervención quirúrgica urgente en su manejo. Destacar la importancia de la realización de una prueba de imagen a pesar de buen estado general inicial ante hallazgos en la exploración sugestivos de irritación peritoneal. Señalar también lo crucial de la

vigilancia estrecha de estos pacientes, ya que la evolución en las primeras horas puedes ser decisiva para determinar la actitud a tomar en el tratamiento.

### CP-121.IMPACTACIÓN DE ESPINA DE PESCADO EN COLON COMO CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

OLVERA MUÑOZ R, GONZÁLEZ LÓPEZ C, OROZCO BERNÁNDEZ-ZERPA MDLN

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

#### Introducción

La ingesta de cuerpos extraños es un fenómeno relativamente común dentro de la actividad de nuestras unidades de endoscopia, necesitando en ocasiones atención urgente por su potencial de complicación. Presentamos el caso de una hemorragia digestiva baja secundaria a la ingesta de una espina de pescado.

#### Caso clínico

Varón de 68 años con tratamiento antiagregante por antecedente de ictus isquémico, que ingresa por cuadro de rectorragia y dolor en flanco derecho de horas de evolución. Analíticamente se observa anemia normocítica que alcanza 9 g/dl de hemoglobina y mínima leucocitosis. Dada la estabilidad hemodinámica del paciente se realiza colonoscopia a las 72 horas del ingreso, tras haberse autolimitado la rectorragia. En la colonoscopia se visualiza un cuerpo extraño filiforme enclavado en un haustra a la altura del ángulo hepático, sobre mucosa edematosa y eritematosa. Se

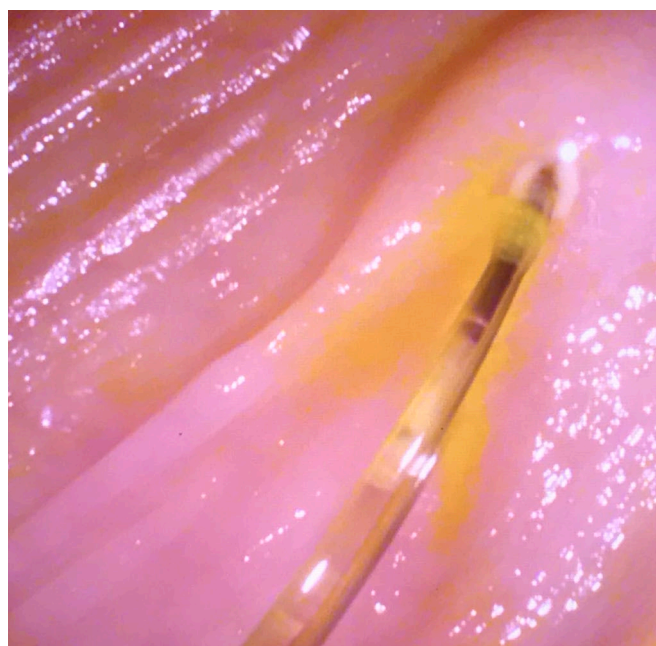


FIGURA 1

Espina de pescó impactada en el colon.



FIGURA 2

Espina de pescó extraída endoscópicamente.

extrae el cuerpo extraño usando una pinza de biopsia, dejando una pequeña solución de continuidad en la mucosa que no presenta sangrado inmediato. El cuerpo extraño resulta ser una espina de pescado de 3 cm de longitud. Rehistoriando al paciente, refiere ingesta de pescado 15 horas antes del inicio del cuadro.

#### Discusión

Sólo el 1% de los cuerpos extraños que atraviesan el esófago y el píloro producen complicación (perforación, obstrucción, hemorragia o fístula). La impactación en el colon es rara, ocurriendo habitualmente en la unión rectosigmoidea. Los avances recientes de la terapia endoscópica en los últimos años (como el sistema Ovesco) ha supuesto una alternativa menos invasiva que la cirugía convencional en los casos de complicación de cuerpos extraños en el tracto digestivo inferior.

### CP-122. INFARTO OMENTAL COMO CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

NARANJO PÉREZ A, TERNERO FONSECA J, GONZÁLEZ ZAMORANO S, LEÓN LUQUE M, CALDERÓN CHAMIZO M, PRÁXEDES GONZÁLEZ E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

#### Introducción

El infarto omental es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo, más característico en varones (relación 2:1) entre la 4ª y 5ª década de la vida, con una incidencia en torno al 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo.



Se trata de una patología causada por un compromiso vascular del epiplón, generalmente del lado derecho, de causa en la mayoría de casos desconocida aunque asociada a factores de riesgo cardiovascular, ingestas copiosas, traumatismo o uso de laxantes. En otros casos, es secundario a patologías intraabdominales (hernias, tumores, bridas) o patología vascular (hipercoagulabilidad, vasculitis).

### Caso clínico

Varón de 65 años con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad, tabaquismo, etilismo y cardiopatía isquémica, que acude a urgencias por dolor abdominal difuso e intenso de pocas horas de evolución, tras la ingesta, asociado a náuseas y vómitos. En análisis de sangre destaca leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada, con el resto del estudio hepatobiliar y renal sin alteraciones; realizándose Rx abdomen y ECG sin hallazgos significativos.

Atendiendo a la persistencia del dolor abdominal intenso y sin mejoría clínica, se completa estudio con TC de abdomen (Figura 1) que identifica aumento focal de la densidad grasa intraabdominal asociada a cierta reticulación de la grasa adyacente de la región anterocentral izquierda en relación con infarto omental.

Tras consultar con la unidad de Cirugía General se acuerda iniciar manejo conservador y seguimiento en planta de hospitalización de Aparato Digestivo con buena respuesta clínica a fluidoterapia, antibioterapia empírica, profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular y analgesia; finalmente el paciente fue dado de alta con seguimiento en Consultas Externas de Aparato Digestivo.

### Discusión

El infarto omental cursa con un cuadro clínico muy inespecífico de dolor abdominal agudo, acompañado de náuseas, vómitos y en ocasiones fiebre. El diagnóstico por imagen es determinante para orientar el manejo de estos pacientes y evitar cirugías innecesarias, siendo la TC la prueba diagnóstica de elección.

Su manejo es una fuente de controversia; sin embargo, actualmente el tratamiento conservador es considerado abordaje de primera línea por muchos autores, aún habiéndose visto asociado a una mayor estancia hospitalaria y vigilancia evolutiva. La intervención quirúrgica, idealmente laparoscópica, se emplea en situaciones de complicación y/o falta de respuesta al tratamiento conservador, y aquellos casos en los que no ha sido posible un diagnóstico claro mediante estudio radiológico con sospecha mantenida de abdomen agudo.

### CP-123. INFECCIÓN DE REMANENTE URACAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL.

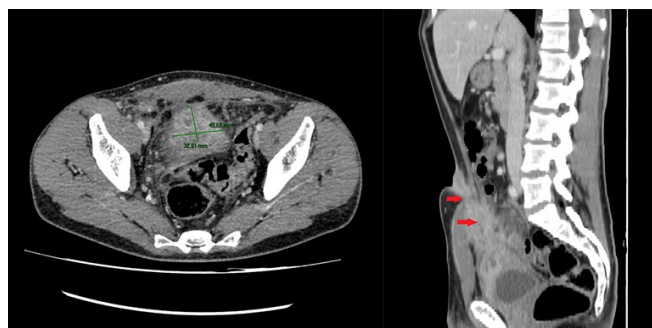
BERNAL TORRES A, VIEJO ALMANZOR A, CARDENAS CARDENAS JF, MORENO GARCÍA A, MACIAS RODRIGUEZ MA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

### Introducción

El uraco es una estructura tubular que proviene de la involución del alantoides y comunica la cara anterosuperior de la vejiga con el ombligo. Durante el desarrollo embriológico, dicha estructura se fibrosa conformando el ligamento umbilical medio. Existen diversas anomalías uracales derivadas de una alteración de dicho proceso: La persistencia del uraco permeable, frecuente, el seno umbilical-uracal, el quiste uracal y divertículo vesico-uracal.

Estas anomalías son poco frecuentes, con una incidencia de 0,07% aproximadamente. Su manifestación clínica es muy variada, pudiendo diagnosticarse de forma incidental o bien por infecciones urinarias de repetición, masa abdominal, hematuria, secreción umbilical o dolor abdominal.



FIGURAS 1 y 2

Engrosamiento del íleon terminal que asocia marcados tramos de fistulización hacia el músculo psoas derecho, fosa iliaca derecha con marcada afectación de la musculatura de los rectos abdominales y hacia región umbilical (flechas rojas). Marcada afectación y engrosamiento de la pared anterior.

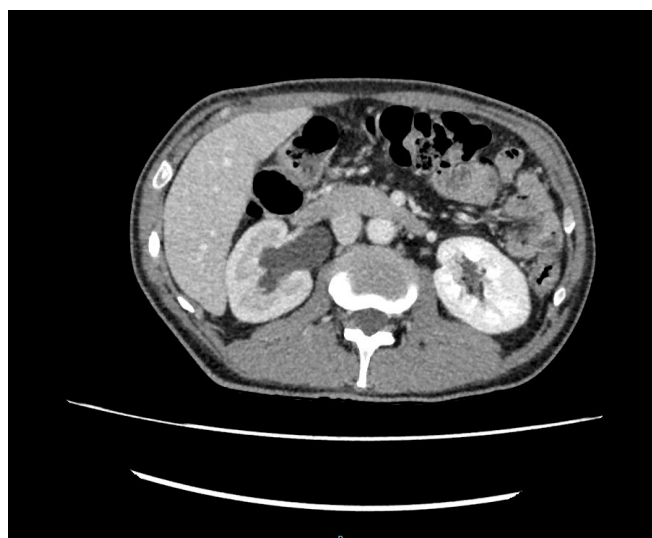


FIGURA 3

Hidronefrosis grado II-III de carácter obstructivo.

## Caso clínico

Varón de 47 años sin antecedentes personales de interés que ingresa por cuadro de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha acompañado de tumoración en dicha zona y pérdida de peso progresiva de un mes de evolución. Se realizó Tc urgente con sospecha de ileitis fistulizante con engrosamiento vesical (**Figuras 1 y 2**) e hidronefrosis derecha (**Figura 3**).



FIGURA 4

Mejoría radiológica de las lesiones infiltrativas con afectación de cara anterior de vejiga, así como pared abdominal de FID, a expensas de trayectos fistulosos ahora apenas visualizados tras antibioterapia.

Se decidió tratamiento mediante antibioterapia y completar estudio mediante marcadores tumorales, TAC torácico, colonoscopia y ecografía abdominal para toma de biopsias, todas ellas sin hallazgos relevantes.

Con la antibioterapia se consiguió mejoría del paciente tanto clínica como radiológicamente, evidenciado en TAC de control (**Figura 4**).

Tras la revisión de imágenes, evolución y descartar otras patologías, se llegó al diagnóstico de remanente uracal sobreinfectado. Se derivó a urología para seguimiento y valoración de exéresis quirúrgica del remanente.

## Discusión

El dolor abdominal es uno de los síntomas más prevalentes en urgencias, tiene múltiples causas potenciales y llegar a una etiología clara supone, muchas veces, un importante reto diagnóstico. Dentro de las causas menos frecuentes del dolor abdominal se deben incluir las anomalías del uraco, cuyas manifestaciones clínicas simulan infinidad de procesos abdominales y pélvicos,

## Introducción

El término espiroquetosis intestinal es una infección intestinal por espiroquetas. Comprende un grupo heterogéneo de bacterias del género *Brachyspira* y, al menos, 2 de sus 8 especies se han asociado a la espiroquetosis intestinal en humanos: *B. aalborgi* y *B. pilosicoli*.



FIGURA 5

Control al año. Remanente uracal sin signos de complicación.

tanto de carácter inflamatorio, infeccioso o neoplásico. Dentro del diagnóstico diferencial se incluye la enfermedad inflamatoria intestinal, apendicitis, diverticulitis, infecciones del tracto urinario o enfermedades neoplásicas hematológicas y de órgano sólido como los sarcomas.

Una de las complicaciones más temidas es la degeneración maligna. El adenocarcinoma, típico de varones, presenta una incidencia menor del 1%. Se recomienda valorar la exéresis quirúrgica una vez pasado el proceso agudo, aunque no existe consenso.

Nuestro paciente se encuentra en seguimiento por Urología, pendiente de resección del remanente uracal, con resolución de las complicaciones en TC de control al año del inicio del cuadro infeccioso (**Figura 5**).

## CP-124. INFECCIÓN INTESTINAL POR ESPIROQUETA EN UN PACIENTE SANO: UNA CAUSA RARA DE DIARREA.

MORCILLO JIMÉNEZ E, GARCIA SÁNCHEZ AB, RICO CANO A

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

El significado clínico de la espiroquetosis intestinal en humanos se ha debatido durante años al encontrarse espiroquetas comensales en el tracto intestinal, a pesar de que diversos estudios han evidenciado que esta entidad es una causa de diarrea crónica que hay que tener en cuenta.

En general, las espiroquetas son causa frecuente de diarrea en aves de corral, pero también se describen en perros y cerdos, lo que ha permitido plantear que estos se comportan como reservorios para la transmisión a humanos.

### Caso clínico

Varón de 53 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales de interés que presenta diarrea de varios meses de evolución. Exploración física sin alteraciones. Analítica sanguínea con hemograma normal, perfil hepático normal, ferrocínica normal, PCR negativa, perfil tiroideo normal y serología de VIH, VHB y VHC negativa. Analítica de heces con coprocultivo y parásitos negativos.

Se le realizó colonoscopia con ileoscopia sin alteraciones y se tomaron biopsias aleatorias de colon derecho e izquierdo que mostraron leve inflamación crónica y estructuras bacilares sugestivas de espiroquetosis intestinal.

Tras esto se le interrogó sobre factores de riesgo como contacto con animales o relaciones sexuales anales que negó. Además se le realizó analítica con serología de sífilis, leptospira y borrelia que fue negativa.

Se le pautó tratamiento con metronidazol y el paciente quedó asintomático.

### Discusión

La espiroquetosis intestinal en nuestro medio es una causa poco señalada de síntomas gastrointestinales.

Se ha descrito en pacientes inmunodeprimidos y en sanos; por ello, es difícil identificar los factores de riesgo, si bien se han reseñado mayores tasas de colonización intestinal en varones homosexuales y en infectados por VIH.

Se presenta como un cuadro de diarrea de larga evolución, abdominalgia, rectorragia, meteorismo, pérdida de peso e, incluso, colitis invasiva, colestasis hepática o apendicitis. Macroscópicamente el aspecto del colon suele ser normal.

El tratamiento consiste en penicilina o metronidazol 500 mg/8 h/10 días, aunque son también sensibles a ceftriaxona, meropenem, moxifloxacino, cloranfenicol y amoxiclavulánico.

Este caso es interesante ya que muestra que aunque la espiroquetosis intestinal es una entidad poco frecuente en nuestro medio hay que tenerla en cuenta como causa de diarrea crónica tanto en pacientes sanos sin factores de riesgo como en inmunodeprimidos.

## CP-125. INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA CON RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA

LORENZO GONZÁLEZ L, GALVÁN FERNÁNDEZ MD, JIMÉNEZ GARCÍA VA, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, DEL PINO BELLIDO P, BARRANCO CASTRO D

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

### Introducción

La intususcepción intestinal es la introducción de un segmento proximal de intestino en otro más distal. La invaginación intestinal en el adulto representa menos del 5% de del total dado que se trata de una patología típicamente de la infancia.

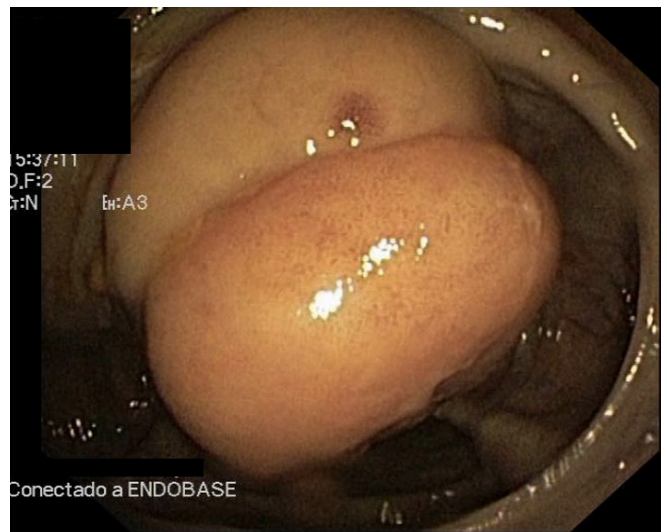


FIGURA 1

Tumoración que protruye a través de válvula ileocecal.



FIGURA 2

Tatuaje a 3 cm distales a la lesión.



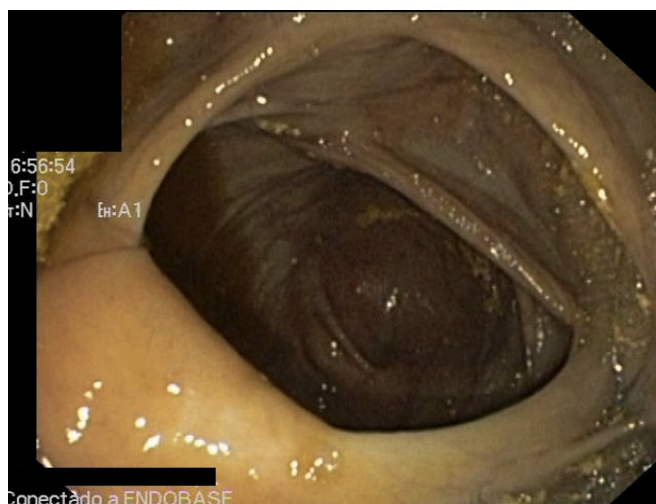


FIGURA 3

Resolución de la intususpección con ciego de aspecto normal y tatuaje marcando la zona previamente afectada.

### Caso clínico

Varón de 73 años que consulta por dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha y estreñimiento. Se realiza colonoscopia donde se objetiva una tumoración que protruye a través de válvula ileocecal de consistencia blanda y aspecto lipomatoso con ulceraciones en su superficie (Figura 1 y 2). Se toman múltiples biopsias y se tatúa a 3 cms distales a la lesión (Figura 3). La anatomía patológica muestra inflamación aguda inespecífica. En TC abdominal de estudio extensión se aprecia engrosamiento de unos 7 cm de colon derecho cercano a válvula ileocecal, con adenopatías milimétricas aisladas locorregionales, sin apreciar imagen típica de intususpección ileocólica.

Dada la sospecha de neoplasia se repite colonoscopia donde se aprecia ciego sin lesiones y tatuaje en la vecindad. En Entero-RMN se aprecia resolución del engrosamiento mural.

### Discusión

A diferencia de la patología infantil, la etiología en adultos suele corresponder entre 70-90% de los casos a una lesión estructural, y en un alto porcentaje, de naturaleza maligna.

Su diagnóstico es difícil dado que habitualmente cursan con clínica inespecífica (dolor abdominal, estreñimiento, vómitos) y solo 1% de los casos presenta obstrucción intestinal.

Destacamos este caso dada su presentación con imágenes endoscópicas y no radiológicas y la evolución del paciente con resolución espontánea dada la ausencia de lesión estructural.

## CP-126. LEIOMIOMATOSIS PERITONEAL DISEMINADA

LORENZO GONZÁLEZ L, MUÑOZ GARCÍA-BORRUEL M, APARCERO LÓPEZ R, DEL PINO BELLIDO P, CAUNEDO ÁLVAREZ A

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

### Introducción

La leiomiomatosis peritoneal diseminada es una enfermedad infrecuente con menos de 200 casos publicados en la literatura. Se caracteriza por lesiones nodulares múltiples peritoneales constituidas por músculo liso.



FIGURA 1

TC de abdomen en corte coronal donde se aprecia masa peritoneal.



FIGURA 2

TC de abdomen en corte transversal donde se aprecia masa peritoneal a nivel pélvico.

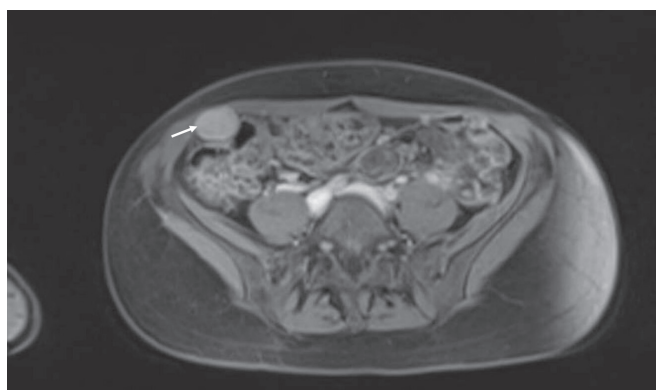


FIGURA 3

RMN abdominal donde se observa nódulo peritoneal pélvico donde se realiza BAG.

### Caso clínico

Mujer de 50 años postmenopáusica con antecedentes de hemangiomas hepáticos atípicos en seguimiento desde el 2014 e hysterectomía con salpinguectomía bilateral por miomatosis uterina hace 6 años. Consulta por dolor abdominal localizado en flanco derecho de meses de evolución, sin otros síntomas asociados. A la exploración abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y fosa iliaca derecha, sin semiología de ascitis. Se solicita analítica y TC dinámico hepático para descartar complicaciones asociadas a los hemangiomas donde se describen dichas lesiones sin cambios y múltiples lesiones sólidas intraperitoneales pélvicas, la mayor de hasta 74x42mms. Dados los hallazgos se solicita biopsia con aguja gruesa de las lesiones peritoneales, y se completa estudio con TC de tórax y analítica con marcadores tumorales. En TC de tórax no se aprecian alteraciones destacables y todos los parámetros analíticos son normales. En el estudio histológico se describe tumor de músculo liso con atipia citológica de bajo grado, sin observarse necrosis y con recuento mitótico bajo. Se comprueba anatomía patológica de pieza quirúrgica de hysterectomía en 2014 que es prácticamente idéntica, leiomioma celular con leve atipia y muy bajo índice mitótico. En comité medicoquirúrgico multidisciplinar se decide intervención quirúrgica para reducción de la masa tumoral y llegar a un diagnóstico de certeza. Se realiza finalmente, laparotomía exploradora con extirpación de múltiples nódulos peritoneales. El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue de leiomiomatosis peritoneal diseminada.

### Discusión

La leiomiomatosis peritoneal diseminada es una enfermedad poco frecuente, de aparición típica en mujeres premenopáusicas y con gran influencia hormonal. Se relaciona con el embarazo, tumores secretores de estrógenos, uso de anovulatorios y en muchos casos existe antecedente de hysterectomía por miomatosis uterina. Suele ser un hallazgo incidental en laparotomía o estudios de imagen dado su curso clínico indolente, cuya manifestación más frecuente es dolor en relación a efecto masa por el aumento de las lesiones. Imita una diseminación peritoneal neoplásica y su diagnóstico definitivo solo es posible con examen de la pieza

quirúrgica. Respecto al tratamiento no existe un consenso claro dado lo infrecuente de la patología, se recomienda la retirada de la hormonoterapia e intervención quirúrgica para reducir la masa tumoral y llegar a un diagnóstico de certeza.

### CP-127. LINACLOTIDE, ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN SÍNDROME DE OGILVIE

MATEOS MILLÁN D<sup>1</sup>, CAMPOS GONZAGA L<sup>1</sup>, GARCÍA MARTÍNEZ A<sup>1</sup>, AGUILAR MARTÍNEZ JC<sup>1</sup>, OBRADOR ROSAL J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. <sup>2</sup>UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

### Introducción

El síndrome de Ogilvie es una pseudoobstrucción colónica aguda con una incidencia de 100 casos por cada 100.000 ingresos hospitalarios por año. Se caracteriza por síntomas y signos de obstrucción intestinal mecánica en ausencia de lesión anatómica.

### Caso clínico

Varón de 93 años, sin alergias medicamentosas conocidas, en tratamiento con clometiazol, lorazepam y furosemida. Como antecedentes importantes exbebedor de alcohol desde hace 15 años y dependiente para todas las actividades básicas de la vida diaria excepto la ingesta.

El paciente ingresa por estreñimiento pertinaz de una semana de evolución acompañado en el último día de dolor abdominal y distensión. Analíticamente sólo destaca anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 11,6 gr/dl y PCR de 41,50 mg/dl.

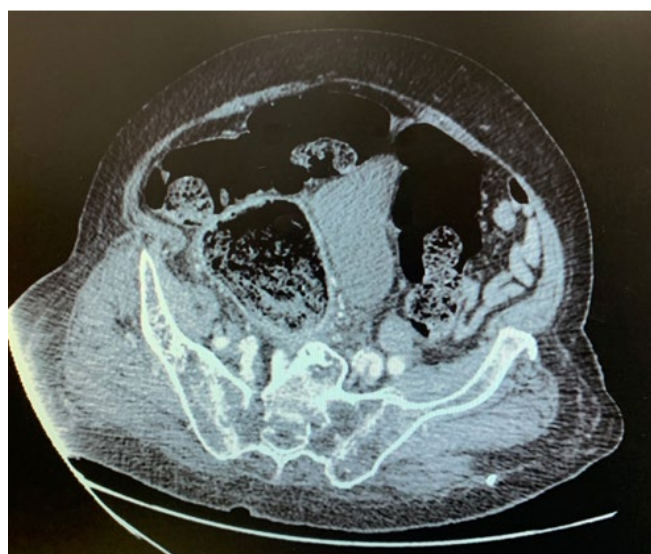


FIGURA 1

Síndrome de Ogilvie visualizado en TAC.

En el TAC de abdomen y pelvis de urgencias se objetiva gran dilatación de asas de intestino grueso desde ciego hasta sigma (hasta 10 cm de diámetro) con importante cantidad de heces en ampolla rectal (fecaloma). Durante 15 días se realiza tratamiento conservador sin respuesta, realizándose radiografía de abdomen que presenta dilatación fundamentalmente de intestino grueso, y escaso aire distal, compatible con diagnóstico de Síndrome de Ogilvie.

Se valoró realizar tratamiento con neostigmina intravenosa, pero se desestimó por dificultades para la monitorización cardiaca en cama de hospitalización, la cual es necesaria para este tratamiento.

Se decide finalmente iniciar tratamiento con linaclotide por vía oral, 1 comprimido de 145 mcg antes del desayuno. A pesar de la evolución tórpida del cuadro durante más de 2 semanas, tras 12 horas del inicio de dicho tratamiento se evidencia llamativa respuesta clínica con recuperación de motilidad y la subsiguiente mejoría clínica, dándose de alta 2 días después.

## Discusión

Linaclotide es un péptido agonista de la guanil ciclase del enterocito mínimamente absorbible. Estimula los canales del cloro y la secreción de fluidos a la luz intestinal. Y se ha visto que además de aumentar la secreción intestinal, aumenta el tránsito y reduce la hipersensibilidad visceral.

El tratamiento del síndrome de Ogilvie inicialmente es conservador. Si no responde a las 48 -72 horas, el tratamiento farmacológico de primera línea es neostigmina intravenosa y el siguiente paso descompresión colonoscópica o quirúrgica. A pesar de lo comentado, linaclotide v.o. puede ser una alternativa eficaz y segura a dicha patología sobre todo en pacientes con contraindicación al tratamiento de elección o falta de respuesta al mismo.

Consideramos este caso de interés para futuros estudios.

## CP-128. MALABSORCIÓN DE ÁCIDOS BILIARES CON DIAGNÓSTICO BASADO EN 75SEHCAT. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, FRUTOS MUÑOZ L, MARTÍN MARCUARTU P, TERCERO LOZANO M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

## Introducción

La diarrea crónica es un motivo de visita frecuente en las consultas, ya que en la población general hay una alta incidencia de diarrea crónica funcional, en torno al 5%. Una de sus causas es la malabsorción de ácidos biliares (MAB), que se considera una patología infradiagnosticada.

Consideramos gold standard la gammagrafía con 75SeHCAT, siendo la prueba diagnóstica con mayor precisión y grado de recomendación en Europa, con los índices más elevados de sensibilidad y especificidad, y una gran relación coste-beneficio.

Este se basa en la medición de ácidos biliares mediante el examen de retención abdominal de 75Se-homotaurocolato (75SeHCAT).

Objetivo: describir las características epidemiológicas, rendimiento diagnóstico de 75SeHCAT, gravedad de la MAB, así como respuesta al tratamiento.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen los pacientes estudiados con gammagrafía con 75SeHCAT en nuestro centro desde Junio 2018 hasta Mayo 2021.

## Resultados

Se incluyeron 44 pacientes. El 62,22% eran mujeres, con edad media de 52,31±16,25 años. Un 73,33% de los pacientes estaban inicialmente catalogados de síndrome de intestino irritable (SII) presentando diarrea de características funcionales. De todas las exploraciones realizadas un 64,44% de ellas fueron positivas en el estudio con 75SeHCAT, un 28,89% negativo y 6,67% con valores intermedios. (Figura 1)

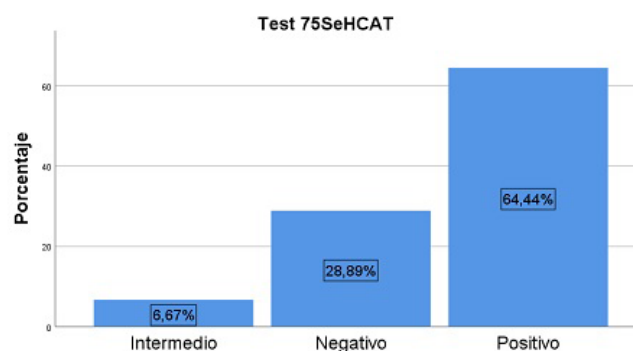


FIGURA 1  
Resultados de test 75SeHCAT.

El 6,67% tenían un grado de severidad leve, un 24,44% moderado y un 40% grave.

Un 37,78% de los pacientes estudiados estaban colecistectomizados. En el 71,11% tenían estudio con colonoscopia normal y 64,44% gastroscopia normal.

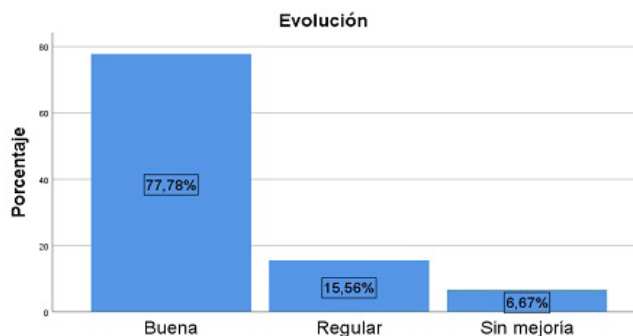


FIGURA 2  
Evolución clínica tras realización de tratamiento.



El tratamiento más empleado fue colestiramina 4g/12h en un 20% de los casos, seguido de 4g/8h o cada 24h, o colestiramina 3g/12h en un 13,33% cada uno, presentando buena evolución clínica tras el tratamiento en un 77,78% de los casos. (Figura 2) Uno de los casos presentó mala tolerancia a colestiramina, cambiando el tratamiento a colesevelam 625mg/8h con posterior buena evolución.

### Conclusiones

- La MAB presenta una elevada prevalencia siendo diagnosticada hasta en un 64,44% de los casos muchos de ellos diagnosticados de SII, lo que pone de manifiesto que es una patología infradiagnosticada
- Hasta en un 40% de los casos presentaban grado de severidad grave
- El 77,78% de los pacientes presentó buena respuesta al tratamiento con quelantes de ácidos biliares

### CP-129. MANEJO DEL VÓLVULO DE SIGMA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

VIDAL VÍLCHEZ B, ORTIZ SÁNCHEZ A, LÓPEZ SÁNCHEZ C, CABALLERO MATEOS A, BERDUGO HURTADO F

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

### Introducción

El vólvulo de sigma representa entre el 3 y el 5 % de todas las obstrucciones intestinales. El objetivo de este estudio fue evaluar manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con vólvulo de sigma así como la efectividad de los mismos y sus resultados a largo plazo.

### Material y método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyen los pacientes con vólvulo de sigma en el Hospital Universitario San Cecilio entre 2010 y 2020. Se analiza edad, sexo, método diagnóstico, tratamiento y tasa de recidiva.

### Resultados

Se incluyen 49 pacientes: 11 mujeres(22,4%) y 38 hombres(77,6%). La edad media fue 73 años(36-90). 5 pacientes(10,2%) fueron diagnosticados mediante radiografía abdominal, 2 mediante TC abdominal(4,1%) y 42(85,7%) mediante ambas. Se trató mediante colonoscopia descompresiva a 41 pacientes(83,7%) con resolución del cuadro agudo en 38(77,5%). De los no resueltos, uno falleció y dos se intervinieron de manera urgente(4,08%). Se realizó cirugía urgente como primer tratamiento por peritonitis en 3 pacientes(6,12%). 31 pacientes(63,3%) tuvieron recidiva del primer episodio. El tiempo medio entre recidiva fueron 183 días. La tasa de mortalidad fue del 16,3%. De los 8 pacientes que fallecieron 2 lo hicieron tras sigmoidectomía, 3 en el primer episodio y 3 en una de las recidivas sin llegar a cirugía.

### Conclusiones

El vólvulo de sigma era una causa poco común de obstrucción intestinal. El aumento de la esperanza de vida en los últimos años la convierte en una patología cada vez más frecuente.

Como refleja nuestro estudio, más de un 85% de pacientes necesitaron asociar la TC abdominal a la radiografía para el diagnóstico. El signo del "grano de café" está presente en menos del 60% y no permite identificarlo.

### CP-130. MEGACOLON CRÓNICO SECUNDARIO A ESTENOSIS ANAL CRÍTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

BRACHO GONZÁLEZ M, MORALES BERMÚDEZ AI, FERNÁNDEZ CORNAX A, BRAVO ARANDA AM

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

### Introducción

El megacolon representa una dilatación masiva del intestino grueso acompañada de dificultad para eliminar heces y gases. Puede ser congénito (enfermedad de Hirschsprung), con diagnóstico generalmente en la infancia temprana; o adquirido, más frecuente en ancianos. A su vez, el adquirido puede ser agudo (incluye el megacolon tóxico y el síndrome de Ogilvie) o crónico (incluyendo básicamente la enfermedad de Chagas y el megacolon secundario a estreñimiento crónico).



FIGURA 1

Radiografía simple de abdomen que muestra dilatación colónica marcada, con patrón de migas de pan en su interior



FIGURA 2

Corte sagital de TC abdomen que muestra severa dilatación de colon sigmoide con dimensiones de hasta 33 cm y un calibre de hasta 17 cm, con abundante material fecal en su interior, sin evidenciar líquido libre ni neumoperitoneo.

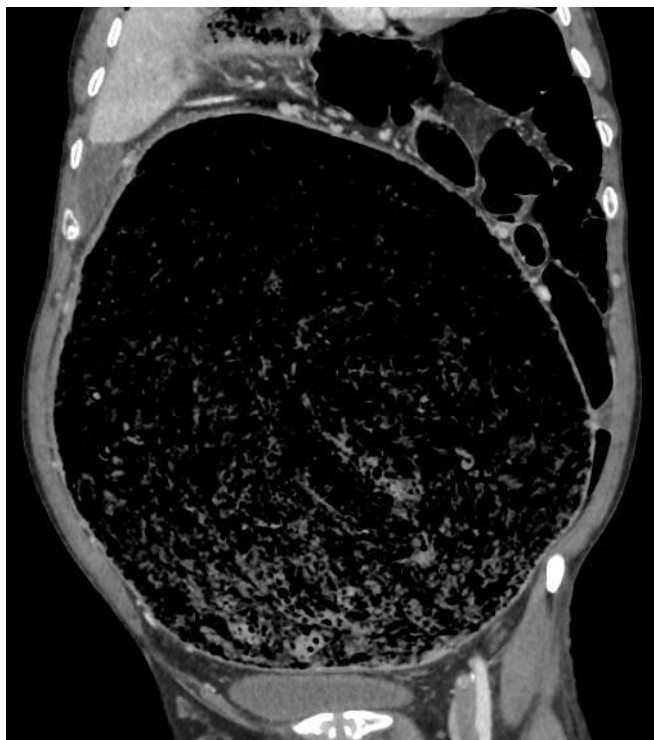


FIGURA 3

Corte coronal de TC abdomen que vuelve a demostrar la marcada dilatación de colon sigmoide con abundante material fecal en su interior.

## Caso clínico

Varón de 68 años. Sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Hiperplasia benigna de próstata como único antecedente personal.

Acude a Urgencias por dolor abdominal generalizado y distensión abdominal marcada, con tránsito a gases conservado y ausencia de vómitos. Hábito intestinal generalmente estreñido con disquecia y periodos alternantes de 2-3 días de deposiciones abundantes diarreicas.

Exploración física con timpanismo marcado y gran distensión abdominal, aunque sin defensa ni peritonismo. Al tacto rectal se evidencia anillo fibroso concéntrico a punta de dedo en canal anal.

Se realiza inicialmente analítica sanguínea que objetiva una elevación marcada de reactantes de fase aguda (leucocitos 19600/ $\mu$ L, neutrófilos 80%, PCR 218 mg/L) y radiografía simple de abdomen que muestra marcada dilatación colónica con patrón en migas de pan en su interior. Posteriormente, tomografía computarizada abdominal que evidencia severa dilatación de colon sigmoide con dimensiones de hasta 33 cm y un calibre de hasta 17 cm, con abundante material fecal en su interior, sin evidenciar obstrucción mecánica, líquido libre ni neumoperitoneo.

Se realiza dilatación digital de la estenosis anal y posteriormente rectoscopia con toma de biopsias de la estenosis y dilatación con balón hidroneumático, presentando el paciente abundantes deposiciones blandas durante todo el ingreso, con mejoría de la distensión abdominal y reducción progresiva de los parámetros inflamatorios analíticos.

## Discusión

El megacolon crónico secundario a estreñimiento puede deberse a hipomotilidad (inercia cólica) o a disquecia, por obstrucción a la salida rectal. En este subgrupo cabe mencionar las estenosis de canal anal, mayoritariamente secuelas postquirúrgicas (menos frecuentemente se deben a enfermedad de Crohn, radioterapia, isquemia o consumo de AINEs). En la mayoría de las ocasiones, el manejo sintomático con ablandadores de heces o suplementación con fibra puede ser suficiente. Pero, en algunos casos, la dilatación digital o las dilataciones endoscópicas con balón neumático o bujías pueden ser necesarias. En los casos más graves, la esfinterotomía o anoplastia quirúrgica puede ser la única solución.

## CP-131. MEGARRECTOSIGMA SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE CHAGAS

LÓPEZ PEÑA C, BERDUGO HURTADO F, VIDAL VÍLCHEZ B

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

## Introducción

El megacolon puede deberse a trastornos neurológicos, metabólicos y enfermedades sistémicas. A descartar, síndrome de Ogilvie, obstrucción mecánica y megacolon tóxico. Presentando en el

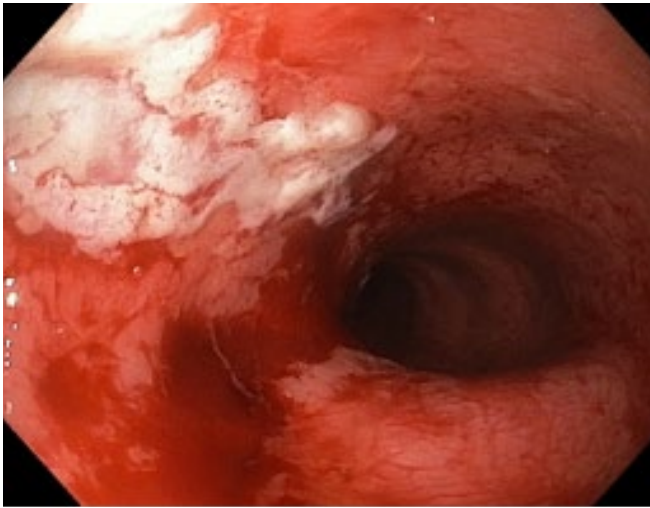


FIGURA 1

Mucosa eritematosa, friable y con presencia de ulceración fibrinada de extensión longitudinal.

último caso, datos de toxicidad sistémica así como de enfermedad intestinal inflamatoria crónica.

### Caso clínico

Varón de 50 años con antecedente de enfermedad de Chagas crónica asintomática, estrongiloidiasis y luego tratadas, asintomático hasta el momento. Acude a Urgencias por dolor abdominal, vómitos y estreñimiento de 24 horas de evolución. Analíticamente destaca: acidosis metabólica, leucocitosis de 20.000/  $\mu$ L y LDH 300 U/L.

Se realiza angio-TAC abdominal; objetivándose hallazgos sugerentes de colitis sigmoidea de probable etiología isquémica. Durante ingreso se inicia antibioterapia y se realiza colonoscopia incompleta por nucleación continua del endoscopio, apreciándose recto y sigma con marcada dilatación de la luz y mucosa ulcerada (Figura 1). Se toman biopsias informadas como colitis isquémica, PCR de CMV y VHS negativas.

Se amplía estudio mediante endoscopia virtual de colon con TC, en la que se evidencia megarrecto y megasigma de morfología

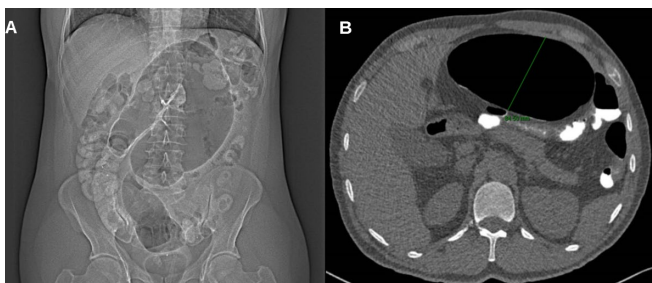


FIGURA 2

Corte coronal de endoscopia virtual de colon con TC (A); hallazgo de megasigma y megarrecto, sin signos de complicación. Corte axial (B); donde se evidencia calibre máximo alcanzado de la luz colónica en región de sigma, 84,5 mm.

tortuosa y redundante con un calibre máximo de 84.5 mm alcanzado en sigma (Figura 2). Tras completar antibioterapia empírica, pauta de laxantes y progresión dietética, evoluciona favorablemente por lo que se procede al alta hospitalaria pendiente de valoración por Cirugía Coloproctológica.

### Discusión

La afectación del colon por enfermedad de Chagas crónica es poco frecuente (10-20% de casos). Se afectan con más frecuencia el recto, el colon sigmoide y descendente. La patogenia consiste en la destrucción de las neuronas del sistema nervioso entérico. El intestino grueso presenta motilidad basal anormal, relajación alterada del esfínter anal, dilatación progresiva del colon y reducción de la contractilidad teniendo como resultado estreñimiento crónico y complicaciones: isquemia intestinal o ulceración de la mucosa. No se ha demostrado que el tratamiento con antitripanosomales afecte la progresión de la enfermedad digestiva. En nuestro paciente, realizamos control sintomático con laxantes hasta valoración por Cirugía Coloproctológica, ya que los pacientes sintomáticos pueden responder favorablemente a hemicolectomía.

### CP-132. MUTACIÓN EN PALB2: ¿CAUSA DE INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES EN CCR?

PÉREZ CAMPOS E, MORENO MORALED A I, DIÉGUEZ CASTILLO C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA

### Introducción

Aunque aún son escasos los datos sobre las variantes patogénicas en el gen PALB2 (no perteneciente a la familia genética MMR), se han visto relacionadas con una mayor predisposición a tumores ginecológicos (principalmente mama y ovario) y pancreáticos, sin demostrar asociación con un mayor riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal.

### Caso clínico

Paciente mujer de 30 años, diagnosticada de síndrome Lynch-like, intervenida dos años antes de CCR con pérdida de expresión para MHL1 y pMS2 en la inmunohistoquímica pero sin detección

APC	EPCAM	NRAS	RAD51D
ATM	FAM175A	NTHL1	RINT1
AXIN2	FLCN	PALB2*	RNF43
BARD1	GREM1	PIK3CA	RPS20
BMPR1A	MLH1	PMS2	SCG5
BRAF	MRE11	PMS2CL	SMAD4
BRCA1	MSH2	POLD1	STK11
BRCA2	MSH3	POLE	TP53
BRIP1	MSH6	PTEN	VHL
CDH1	MUTYH	RAD50	XRCC2
CHEK2	NBN	RAD51C	

TABLA 1

Panel de genes ampliado. / \* Mutación detectada en gen PALB2 (c.2964del; p).





FIGURAS 1 y 2

Masa heterogénea de 13x12x8 cm dependiente de ovario derecho, con escaso realce y baja atenuación por presencia de múltiples áreas de necrosis. Se aprecia además líquido libre en pelvis.

de mutaciones en los genes implicados en la vía reparadora del ADN mismatch repair (MMR) ni otros genes estudiados (BRCA1, BRCA2, MLH1, MSH2, MSH6, APC, MUTYH, BMPR1A, EPCAM, NTHL1, POLD1, POLE, PMS2, SMAD4). En seguimiento endoscópico y derivación a Ginecología por antecedentes familiares (madre con cáncer de mama, abuela materna con carcinoma de endometrio antes de los 40 años, tía materna intervenida de histerectomía, de la que se desconoce causa).

Acude a Urgencias por presentar molestias difusas en mesogastrio y flanco derecho, además de referir aumento del perímetro abdominal en las últimas semanas, y pérdida ponderal no cuantificada. No presenta alteraciones en el hábito intestinal ni clínica obstructiva similar a la del momento del diagnóstico de la neoplasia de sigma intervenida. A la exploración, presenta abdomen distendido con ruidos hidroaéreos presentes, percusión mate y molestias a la palpación de forma difusa, especialmente en flanco derecho, sin signos de peritonismo. En el TC urgente se evidencia una masa mamelonada y heterogénea de unos 13x12x8 cm dependiente de ovario derecho, con escaso realce y baja atenuación debido a la presencia de múltiples áreas de necrosis (Figuras 1 y 2), además de líquido libre moderado en pelvis. Bajo estos hallazgos, es intervenida de histerectomía, doble anexectomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica. El análisis anatomopatológico de la pieza informa de carcinoma mucinoso ovárico estadio IC1 G2.

## Discusión

El presente caso clínico plantea, dada la edad tan precoz del diagnóstico de CCR, la posible implicación de mutación en PALB2 en el riesgo incrementado de CCR. Además, sugiere la vía de carcinogénesis posible por condicionar inestabilidad de microsatélites. Estos hallazgos supondrían la necesidad de iniciar una vigilancia precoz para CCR y ginecológicos similar a la de los pacientes con síndrome de Lynch.

## CP-133. OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO SECUNDARIA A MASA ABDOMINAL GIGANTE.

VIDAL VÍLCHEZ B, LÓPEZ PEÑA C, MARTÍN LAGOS A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.



FIGURA 1

Corte coronal de TAC de abdomen: masa intraabdominal intraperitoneal de partes blandas de grandes dimensiones de unos 11 x 21,5 x 24 cm (AP x T x CC).

## Introducción

La obstrucción de intestino delgado puede ser de etiología funcional o, en el 80% de los casos, deberse a causas mecánicas. Dentro de éstas la más frecuente son las adherencias seguidas por las hernias, neoplasias malignas y, finalmente, trastornos inflamatorios e infecciosos.

## Caso clínico

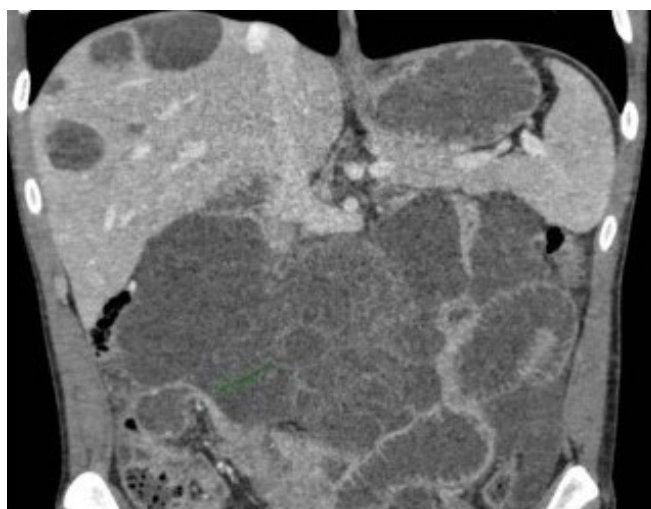


FIGURA 2

Corte sagital de TAC de abdomen: obstrucción de intestino delgado medio.

Varón de 27 años, sin antecedentes personales de interés, con cuadro de 48 horas de dolor abdominal cólico de inicio insidioso en mesogastrio con irradiación posterior al resto del abdomen. Asocia vómitos de contenido alimentario, ausencia de deposiciones y de ventoseo.

A la exploración: abdomen distendido, aumento de ruidos hidroaéreos, muy doloroso a la palpación y sensación de masa pétreo en mesogastrio de unos 5 cm de diámetro mayor. Analíticamente, presenta leucocitosis 10.760/ $\mu$ L y FN 88%. En TAC de abdomen con contraste, se evidencia obstrucción de intestino delgado medio con dos posibles puntos de obstrucción en flancos, probablemente por implantes tumorales (Figura 1) así como masa intraabdominal intraperitoneal de partes blandas de grandes dimensiones de unos 11 x 21,5 x 24 cm (AP x T x CC) con extensas áreas hipocaptantes en su interior que sugieren áreas necróticas y que se extiende desde hipocondrio izquierdo hasta pelvis desplazando órganos intraabdominales (Figura 2).

Se realiza exéresis de tumoración retroperitoneal y de múltiples implantes peritoneales, con resultado anatomopatológico de metástasis de teratocarcinoma testicular con componente teratomatoso maduro. Actualmente, el paciente se encuentra bajo tratamiento quimioterápico.

### Discusión

La enfermedad metastásica es la causa neoplásica más frecuente de obstrucción del intestino delgado. Suele ir precedida de una obstrucción parcial del intestino, aunque en ocasiones puede producirse de forma aguda una torsión del intestino alrededor de un depósito tumoral metastásico dando lugar a un vólvulo de intestino delgado. Los tumores que causan con mayor frecuencia metástasis peritoneales tienen su origen en colon, ovario, páncreas y estómago. En los tumores testiculares los teratomas con presentación en la edad adulta son los que tienen mayor potencial

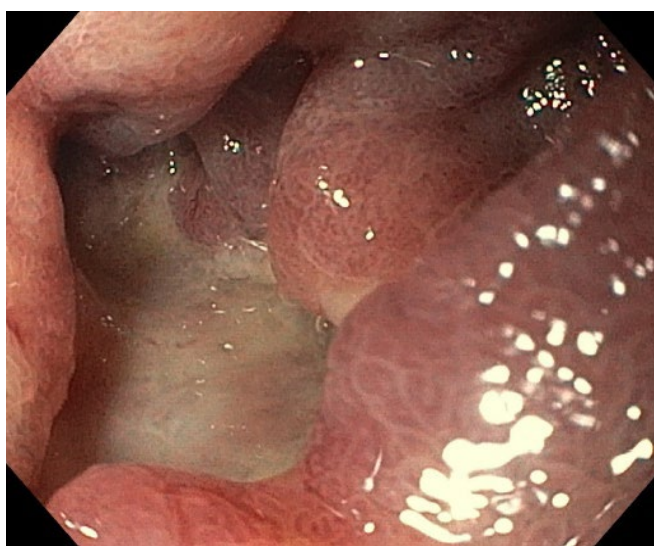


FIGURA 1

Imagen de endoscopia digestiva alta en la que se observa mucosa de duodeno ulcerada y luz intestinal estenosada.

metastásico.

### CP-134. OBSTRUCCIÓN DUODENAL METASTÁSICA POR CARCINOMA UROTELIAL DE VEJIGA

DÍAZ ALCÁZAR MDM

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

### Introducción

La afectación metastásica del intestino delgado es rara, y habitualmente se debe a tumores gastrointestinales.

### Caso clínico

Varón de 60 años con antecedente de carcinoma urotelial de vejiga de 2019, estadio T2N0M0, tratado con cirugía (cistectomía radical y derivación urinaria tipo Bricker) y quimioterapia. Consulta por dolor en epigastrio y vómitos de 10 días de evolución. Analíticamente destaca bilirrubina 0.43 mg/dl, GGT 851 U/l, FA 601 U/l, PCR 64 mg/L y 15880 leucocitos/ $\mu$ L. Se realiza ecografía abdominal y posterior colangiografía que muestran dilatación biliar sin objetivar la causa. Se realiza endoscopia digestiva alta por persistencia de vómitos, encontrando una úlcera excavada de 3 cm que estenosa la luz en la segunda porción duodenal. Se toman biopsias y el estudio inmunohistoquímico es positivo para citoqueratina 7, GATA3 y uroplaquina 2. Estos resultados son compatibles con metástasis de carcinoma urotelial de alto grado. Tomografía abdominal con contraste muestra dilatación de la cámara gástrica con engrosamiento duodenal y aumento de la densidad de la grasa adyacente, sin afectación vascular. Se plantea tratamiento quirúrgico, pero el paciente presenta deterioro progresivo del estado general y finalmente fallece.

### Discusión

Los tumores extradigestivos que más metastatizan en el duodeno son cáncer de pulmón, renal, melanoma y mama. Las metástasis tumorales en intestino delgado pueden manifestarse como obstrucción intestinal, sangrado o perforación. Se han descrito casos de obstrucción intestinal secundaria a metástasis de tumores de ovario, próstata, colon, sarcoma sinovial, tumores germinales testiculares u otros tumores genitales.

Los tumores de vejiga representan más del 90% de los tumores malignos del tracto urinario, y el 90% de ellos son carcinoma urotelial o de células transicionales. Estos tumores típicamente se extienden a ganglios linfáticos regionales, y de ahí a los pulmones, el hígado y los huesos. La extensión de los tumores de vejiga al tracto gastrointestinal es poco frecuente, y cuando se produce la afectación suele ser local en el recto. Sin embargo, dos series de casos de autopsias han mostrado que las metástasis intestinales, como en el caso presentado, podrían encontrarse en hasta el 13% de los pacientes con carcinoma urotelial de células transicionales.

### CP-135. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UN TRASPLANTADO RENAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE BURKITT INTESTINAL



APARICIO SERRANO A<sup>1</sup>, RUIZ RODRÍGUEZ AJ<sup>1</sup>, AMADO TORRES V<sup>1</sup>, LEIVA-CEPAS F<sup>2</sup>, MONROBEL LANCHO AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.<sup>2</sup>UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

## Introducción

Los trastornos linfoproliferativos postrasplante (TLPT) aparecen con el empleo de fármacos inmunosupresores y, dentro de ellos, el linfoma de Burkitt (LB) es raro.

## Caso clínico

Varón de 38 años, trasplantado renal en 2012 por enfermedad renal crónica tras glomerulonefritis membranoproliferativa, en tratamiento con tacrolimus y ácido micofenólico.

Acude a Urgencias por fiebre diaria de hasta 38°C, diarrea y dolor abdominal cólico postprandial de unos tres meses de evolución, de

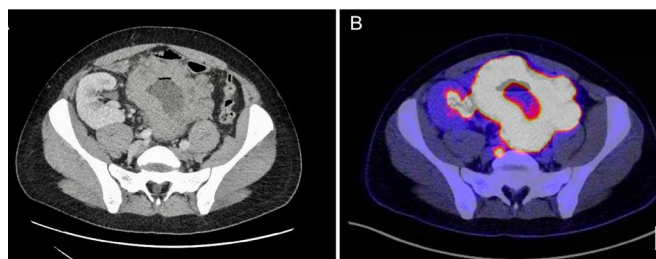


FIGURA 1

A) TC diagnóstico. B) PET-TC. Dilatación aneurismática de asa ileal pélvica que no condiciona dilatación retrógrada, con marcado engrosamiento parietal circunferencial hipermetabólico y numerosas adenopatías con elevada avidéz por 18F-fluorodesoxiglucosa (18F-FDG).



FIGURA 2

Colonoscopia. Exploración de últimos 20-30 cm de íleon terminal, donde se identifica mucosa de aspecto nodular, con áreas de pérdidas del patrón vellosa y formaciones pseudopolipoides milimétricas. La mucosa colónica presentaba aspecto normal con patrón vascular conservado y sin lesiones.

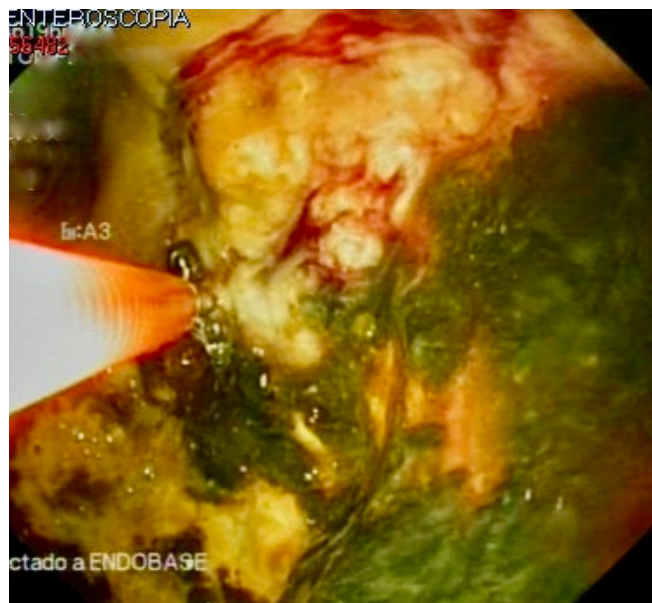


FIGURA 3

Enteroscopia de balón. Se realiza ileoscopia y mediante sobretubo y balón se alcanza un área de mucosa completamente ulcerada que disminuye la luz, friable al roce, con áreas fibrinadas y coágulos adheridos.

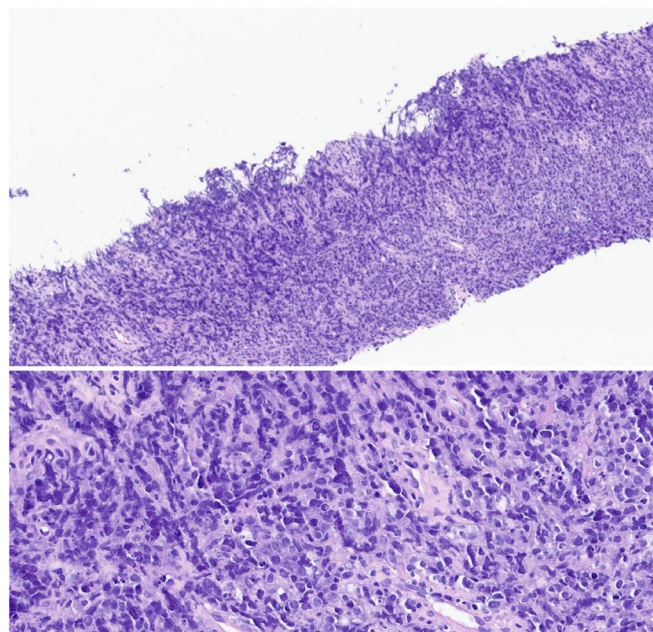


FIGURA 4

Histología con hematoxilina-eosina. Arriba, 4x. Abajo, 20x. Células B maduras, medianas y redondas con núcleos ovalados, varios nucleolos basófilos prominentes y cromatina gruesa. Presenta mitosis numerosas así como cuerpos apoptóticos y patrón de "cielo estrellado".



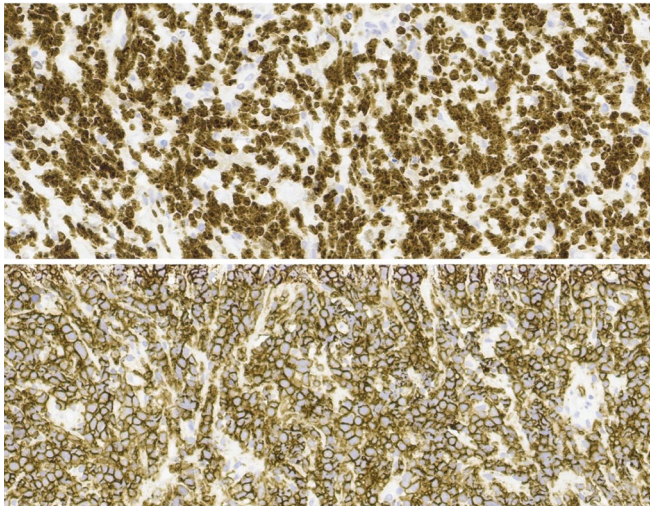


FIGURA 5

Arriba, tinción con ki67 positivo en aproximadamente el 100% (muy alto índice proliferativo), 20x. Abajo, inmunofenotipo CD20(+).

predominio en mesogastrio y flancos, y acompañado de náuseas y vómitos intermitentes con pérdida ponderal no cuantificada. La analítica mostraba discreto aumento de reactantes de fase aguda. Se realizó TC con contraste intravenoso urgente (**Figura 1A**), objetivando engrosamiento parietal y dilatación segmentaria de un segmento de íleon pélvico secundaria a numerosas adenopatías mesentéricas, retroperitoneales e ilíacas bilaterales, constituyendo conglomerados adenopáticos que desplazaban estructuras vasculares sin signos de infiltración.

Con la sospecha clínica y radiológica de linfoma intestinal, se realiza ileocolonoscopia con hallazgo de mucosa ileal nodular (**Figura 2**) y biopsias sin signos de malignidad. Presentaba IgG positiva e IgM negativa frente al virus de Epstein-Barr (VEB), con carga viral negativa. Se solicitó PET, apoyando la sospecha de linfoma intestinal (**Figura 1B**).

Se obtuvieron biopsias dirigidas mediante enteroscopia retrógrada con balón (**Figuras 3**), con resultado no concluyente. Sin embargo, el paciente desarrolla progresivamente obstrucción intestinal secundaria al conglomerado adenopático, manejada con antibioterapia empírica y corticoides. Finalmente se realizó biopsia percutánea de la masa pélvica, compatible con enfermedad linfoproliferativa monoforma de tipo LB (**Figuras 4 y 5**). El paciente inició tratamiento con esquema BURKIMAB, con respuesta favorable hasta el momento.

## Discusión

Los TLPT son una complicación conocida de los trasplantes de órgano sólido y ocurren en aproximadamente el 2% de todos los receptores, siendo la incidencia en el de riñón del 0,5 al 2,5%. Parecen relacionarse con el VEB y la mayoría ocurre en el primer año, cuando el grado de inmunosupresión es más alto.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS E INTERCONSULTA  
N = 43 (86%)

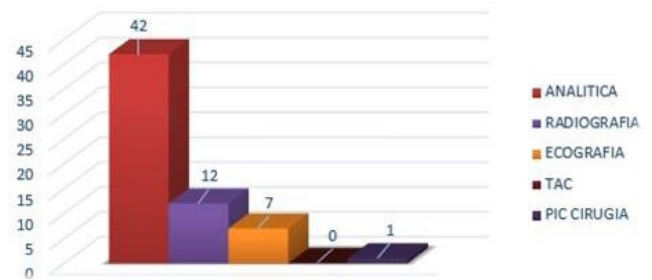


FIGURA 1

Pruebas complementarias e interconsultas.

DIAGNÓSTICO AL ALTA

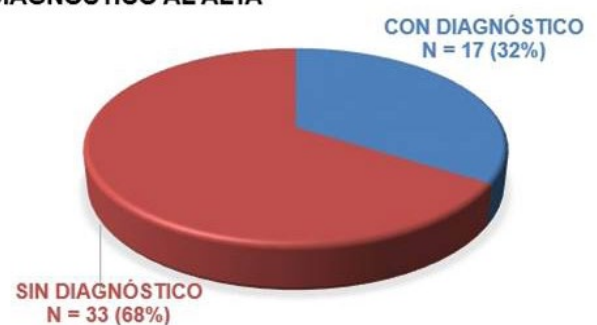


FIGURA 2

Diagnósticos al alta.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ABDOMINAL

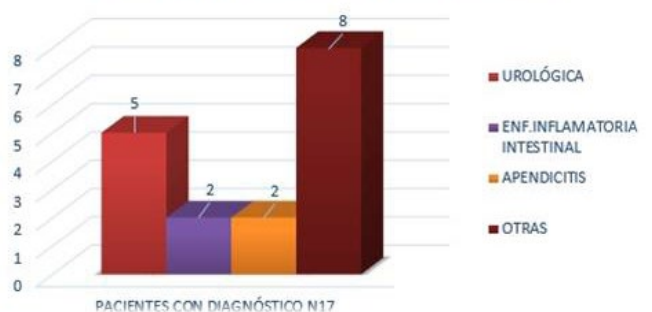


FIGURA 3

La clínica del LB es variable, pero deriva del crecimiento rápidamente progresivo de masas adenopáticas (neuropatías por compresión, dolor abdominal...) asociada a síndrome constitucional. El diagnóstico y la obtención de biopsias no deben demorarse, pues la respuesta a tratamiento precoz como el régimen intensivo específico BURKIMAB o la R-CHOP es excelente.

## CP-136. OPTIMIZAR EL DOLOR ABDOMINAL EN SERVICIOS DE URGENCIAS

MATEOS MILLÁN D<sup>1</sup>, SEVILLA MORENO I<sup>2</sup>



FIGURA 4

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. <sup>2</sup>UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

## Introducción

La Encuesta Nacional sobre dolor en las urgencias hospitalarias de los distintos hospitales del país, objetiva que el dolor abdominal es la segunda causa más frecuente de consulta. Nuestro objetivo es conocer los aspectos epidemiológicos del dolor agudo y su manejo en el servicio de urgencia (SU) de nuestro centro.

## Material y métodos

Realizamos un estudio observacional-ambispectivo, cuya población fueron pacientes que acudieron al SU en Febrero 2019 por dolor abdominal. Retrospectivamente, recogimos una serie de variables: clínico-epidemiológicas, tipo y número de pruebas realizadas, juicio clínico al alta y plan de actuación. Así mismo, se realizó un seguimiento prospectivo del paciente durante los 3 meses siguientes para valorar reingresos y/o diagnóstico final tras la valoración en consulta por especialista. Los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS 24.

## Resultados

N=50. Sexo: Mujeres 33 (66%). Hombres 17 (34%). Edad media: 37±18,5 (15-81). Hábitos tóxicos: Fumadores 10 (20%). Enolismo 10 (20%). Antecedentes abdominales: 15 (30%), siendo la diverticulitis y hernia de hiato lo más frecuente en 8 (47,17%)

## Conclusiones

El 68% de los pacientes que consultaron al SU por dolor abdominal, tras la realización de pruebas, no se filió la causa. Debemos concienciar a la población del uso racional de recursos sanitarios, así como a los sanitarios en la adecuada solicitud de pruebas complementarias, excesivas e innecesarias en ocasiones.

### CP-137. PANCOLITIS INMUNOMEDIADA GRAVE POR NIVOLUMAB: UN EFECTO ADVERSO INFRECUENTE

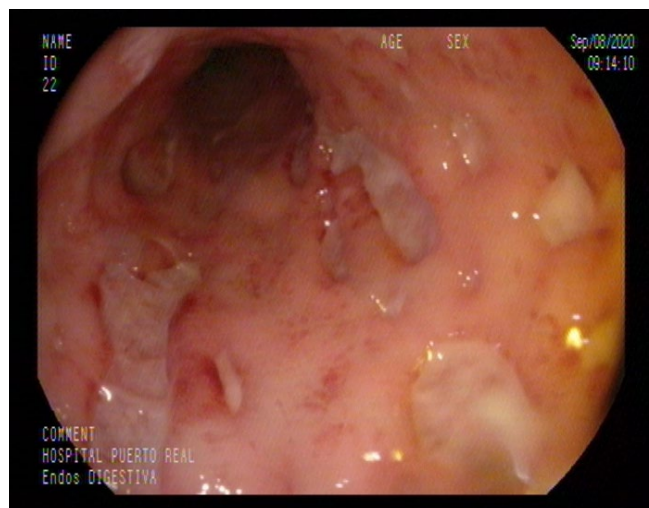


FIGURA 1

Pancolitis inmunomediada grave por Nivolumab (I).



FIGURA 2

Pancolitis inmunomediada grave por Nivolumab (II).

OLVERA MUÑOZ R, OSORIO MARRUECOS M, LISTÁN ÁLVAREZ JC

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

## Introducción

La inmunoterapia con immune checkpoint inhibitors (ICI) ha mejorado el pronóstico de muchas neoplasias malignas. Este tratamiento puede desencadenar efectos adversos inmunomediados en varios órganos, dentro de los cuales se encuentra el tracto gastrointestinal. Presentamos un caso de pancolitis inmunomediada grave por nivolumab.

## Caso clínico

Varón de 68 años con melanoma nodular intervenido en 2018 con márgenes quirúrgicos afectos. En 2019 se detecta progresión ganglionar y en julio 2020 metástasis cerebrales, comenzando entonces tratamiento con nivolumab.

Ingresa en septiembre de 2020 por cuadro de dolor abdominal, fiebre y diarrea sin productos patológicos. Al ingreso presenta elevación de reactantes de fase aguda, insuficiencia renal aguda e hiponatremia.

El estudio de heces (bacterias, micobacterias, parásitos y *Clostridium difficile*) es negativo. Se realiza colonoscopia para completar estudio.

La colonoscopia muestra una pancolitis grave con múltiples úlceras serpiginosas profundas fibrinadas. Se toman biopsias donde se observa infiltrado inflamatorio con predominio de neutrófilos, sin datos de infección por CMV.

Se establece el diagnóstico de exclusión de enterocolitis inmunomediada asociada a nivolumab (grado 3/4). Se suspende nivolumab y se inicia corticoterapia intravenosa sistémica con metilprednisolona a dosis de 1.5 mg/kg/día. Tras una semana del inicio del tratamiento remite la clínica, pautándose dosis descendente de corticoides y suspendiendo indefinidamente nivolumab.

**Discusión:** Nivolumab es un immune checkpoint inhibitors (ICI) con actividad anti-PD-1. La colitis es un efecto adverso raro en comparación con otro tipo de ICI como los anti-CTLA-4. El diagnóstico debe ser de exclusión, siendo necesario tener una alta sospecha clínica y establecer relación causa-efecto. Una vez establecida la gravedad del cuadro, hay que valorar suspender nivolumab e iniciar corticoterapia sistémica como primera línea de tratamiento. En caso de refractariedad, el tratamiento de rescate se basa en terapia inmunosupresora como infliximab.

### CP-138. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL CIRCUITO RÁPIDO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN NUESTRA ÁREA HOSPITALARIA.

NARANJO PÉREZ A, CORREIA VARELA ALMEIDA A, CASADO MONGE PG, TERNERO FONSECA J, GONZÁLEZ ZAMORANO S,

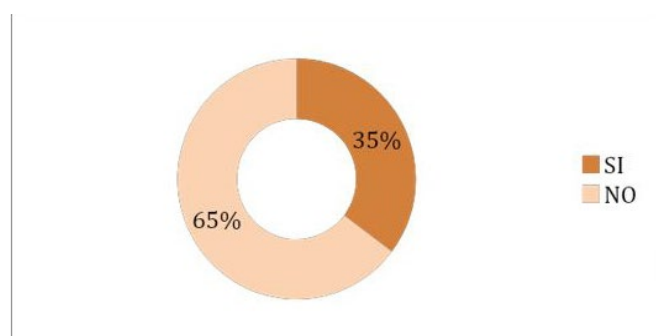


FIGURA 1

Pacientes que cumplen criterios de circuito rápido.

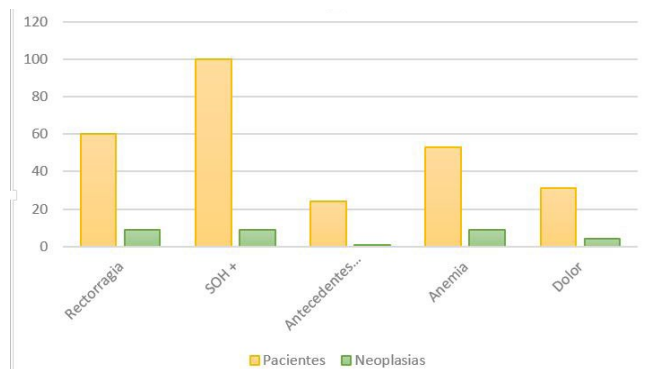


FIGURA 2

Motivo de solicitud del estudio.

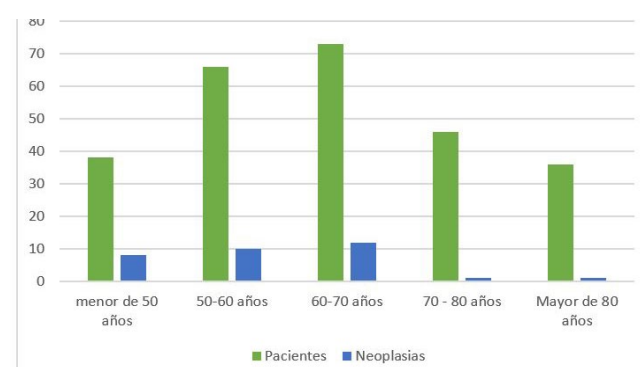


FIGURA 3

Distribución por edad de los pacientes.

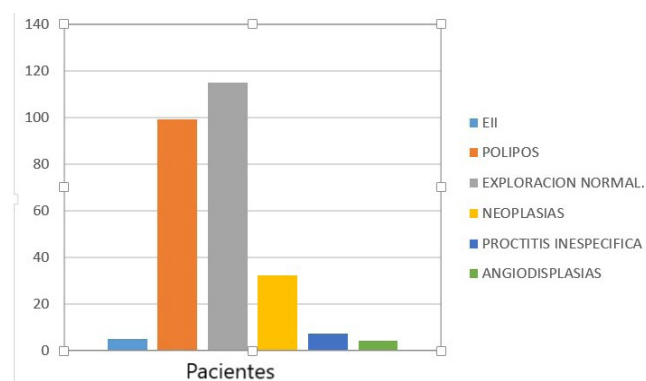


FIGURA 4

Resultados del estudio.

CALDERÓN CHAMIZO M, BEJARANO GARCÍA A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

### Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) presenta un notable incremento en la población. Se estima que el CCR causa 900.000 muertes anualmente debido principalmente a su diagnóstico tardío. Según el informe



que publica en 2020 la Sociedad Española de Oncología Médica, el CCR ocupa la segunda posición entre los cánceres responsables de mayor mortalidad.

Elaboramos un proyecto conjuntamente con atención primaria para el diagnóstico precoz del CCR, llamado circuito rápido de CCR. Se detectan pacientes de alto riesgo, basados en criterios de alarma establecidos, realizándose en estos casos una colonoscopia precoz.

Objetivo primario: evaluar la eficacia de los criterios de inclusión de este programa para la detección de CCR.

## Material y métodos

Se ha realizado análisis descriptivo univariante, tanto de variables sociodemográficas como clínicas. Para describir las variables cuantitativas con distribución normal se utilizó la media y la desviación típica, y la mediana y el rango intercuartílico si no seguían una distribución normal. Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, empleando gráficos de barras y/o sectores. Se incluyen todos los pacientes derivados a través del circuito rápido pertenecientes al área del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva entre los años 2019-2020.

Se utilizó una prueba de contraste de proporciones basada en el test Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) para contrastar la relación de dependencia entre las variables categóricas, se exigió una significación estadística del 5% ( $p < 0,05$ ). Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 24.0.

## Resultados

Tamaño de la muestra: 300 pacientes: 50% varones y 50% mujeres.

Se han diagnosticado 32 neoplasias (17 mujeres y 15 hombres), 10,67 % de la muestra.

De las neoplasias diagnosticadas, 24 pacientes cumplen criterios de derivación (75%).

Entre los pacientes con neoplasia el 12% son fumadores, el 15% consumen alcohol y 16% tienen antecedentes familiares.

Existe asociación estadística entre los pacientes que cumplen criterios de acceso a circuito rápido que presentan CCR.

## Conclusiones

A pesar de que la mayoría de los pacientes derivados para realización de colonoscopia no cumplen criterios de inclusión en el programa, que puede explicar la baja tasa de CCR diagnosticados en su totalidad, se ha concluido con diferencia estadísticamente significativa ( $P < 0,001$ ), que los pacientes que sí cumplen criterios de derivación tienen mayor probabilidad de tener un CCR. De esta forma se demuestra la eficacia de este circuito, siendo por lo tanto prioritario un mejor ajuste a los criterios de inclusión del programa para así diagnosticar un mayor número de CCR.

**CP-139.** SÍNDROME DE WILKIE O SÍNDROME DE PINZA AORTO-MESENTÉRICA, ¿TRASTORNO DE LA MOTILIDAD U

## OBSTRUCCIÓN MECÁNICA?

CAMPOS GONZAGA L<sup>1</sup>, AGUILAR MARTÍNEZ JC<sup>1</sup>, PAVÓN GUERRERO I<sup>1</sup>, ARANDA BLAZQUEZ R<sup>2</sup>, NAVARRETE VEGA N<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES



FIGURA 1

Transito esofagoduodenal compatible con síndrome de Wilkie.

DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. <sup>2</sup>UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

## Introducción

El síndrome de Wilkie (SW) es un síndrome infrecuente (0,013-0,3% de la población) que se manifiesta con síntomas de obstrucción intestinal alta, provocada por la compresión de la tercera porción duodenal debido a la disminución del ángulo existente entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 15 años sin antecedentes de interés, que acude por dolor abdominal y vómitos de meses de evolución con intolerancia oral progresiva, habiendo realizado tratamiento de forma empírica con antisecretores y procinéticos, sin presentar mejoría.

La exploración física, el estudio analítico y la EDA son anodinos. Se realiza cápsula endoscópica donde se observa leve distensión del duodeno y yeyuno. Angio-TC y enteroRNM sin hallazgos que justifiquen la clínica. En el estudio esofagoduodenal (EGD) se visualiza defecto de repleción parcial en la tercera porción duodenal, con dilatación proximal que sugiere el diagnóstico de SW (Figura 1).

Tras el hallazgo de dicho síndrome, fue valorada por Nutrición y Cirugía general, con indicación de tratamiento conservador con sonda nasoyeyunal en administración continua. La paciente toleró de forma excepcional la nutrición enteral, permitiéndole la ganancia de peso y aliviando los síntomas, incluyendo el dolor. A pesar de ello, dado que continuaba presentando síntomas a las tres semanas, se solicitó traslado a hospital de referencia, programándose duodenoyeyunostomía laparoscópica.

## Discusión

Se sugiere que el SW puede ser debido a la pérdida del tejido adiposo perivascular tras periodos de hipercatabolismo o desnutrición, lo cual justificaría la mejoría clínica de nuestra paciente tras la nutrición.

Su diagnóstico es complejo y en muchos casos tardío pudiendo suponer complicaciones serias para el paciente. El gold estándar para su diagnóstico es la TC, aunque en nuestro caso fue el EGD el que más información nos aportó.

En conclusión, destacamos que el SW es un problema infrecuente que afecta habitualmente a los pacientes con pérdida de peso, con escasa mejoría con fármacos procinéticos y cuyos síntomas parecen ocasionados por una angulación marcada de la AMS, lo cual hablaría más a favor de una obstrucción mecánica que de un trastorno de la motilidad.

## CP-140. TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN SÍNDROME DE COWDEN.

NAVARRO MORENO E, DIÉGUEZ CASTILLO C, HALLOUCH TATOU S

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE

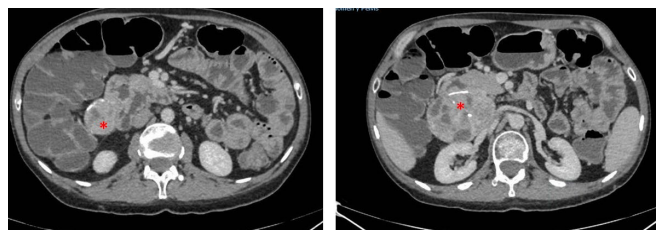


FIGURA 1

Masa de de aprox 8 x 6 x 8 cm con márgenes bien definidos, lobulados, y atenuación heterogénea con áreas quísticas y calcificaciones lineales en su interior y periféricas.

ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

## Introducción

El síndrome de Cowden es una poliposis hamartomatosa que implica un riesgo incrementado de cáncer colorrectal y otros tumores extraintestinales como cáncer de mama, endometrio, tiroides y SNC. Sin embargo, no hay una clara asociación con

cáncer de tracto gastrointestinal superior o páncreas. Por otra parte, los tumores neuroendocrinos (TNE), puede ser esporádicos o presentarse de forma múltiple en síndrome hereditarios como el MEN 1 caracterizado por TNE pancreáticos y duodenales junto con hiperplasia paratiroidea y adenomas hipofisarios; o el MEN2 definido por la presencia de cáncer medular de tiroides.

## Caso clínico

Paciente de 38 años con antecedentes personales de astrocitoma intervenido y síndrome de Cowden (mutación gen PTEN), con más de 100 pólipos colónicos hamartomatosos y poliposis gástrica hiperplásicos. Durante el seguimiento se detecta un nódulo tiroideo sospechoso de neoplasia por lo que se solicita TC de tórax para estudio de extensión. Como hallazgo incidental se observa una lesión dependiente de segunda porción duodenal, no visualizada en gastroscopia ni cápsula endoscópica previas. Se completa estudio con TC de abdomen y ecoendoscopia objetivando masa paraduodenal sin depender de ella ni infiltrarla, que sugiere neoplasia con características de baja agresividad (figura 1). Se presenta el caso en comité multidisciplinar decidiéndose resección quirúrgica de la masa. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica la cataloga como tumor neuroendocrino de probable origen pancreático bien diferenciado (G1) con metástasis en 2/10 ganglios extirpados, por lo que se deriva Oncología para completar tratamiento. El hecho de presentar un TNE pancreático y un tumor de tiroides hizo pensar en la posibilidad de que el paciente padeciese un síndrome MEN. Sin embargo, se comprobó que la determinaciones de calcio y PTH eran normales, la RMN cráneo de revisión por el astrocitoma no mostraba lesiones a nivel hipofisario y el análisis histológico tras la tiroidectomía fue de adenoma microfoliolar y no carcinoma medular.

## Discusión

Debido a la baja prevalencia de los síndromes hamartomatosos, las recomendaciones de cribado se basan en una baja evidencia científica (normalmente recomendaciones de consensos de expertos). En el síndrome de Cowden a pesar de la predisposición a multitud de neoplasias, no existe recomendación de vigilancia de tumores pancreáticos; aunque el American College Gastroenterology (ACG) sí recomienda la vigilancia a nivel duodenal. No obstante, a raíz del caso expuesto quizás debiera plantearse en el seguimiento la realización de pruebas de imagen para la vigilancia pancreática como en otras poliposis hamartomatosas mejor definidas como el síndrome de Peutz-Jeghers.

## CP-141. ÚLCERA RECTAL. UN RETO DIAGNÓSTICO.

MORALES BERMÚDEZ AI, BRACHO GONZÁLEZ M, ANGULO MCGRATH I, MONGIL POCE L

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

## Introducción

La proctitis es un proceso inflamatorio que afecta a la mucosa del recto. En su diagnóstico diferencial se incluye la enfermedad inflamatoria intestinal, radioterapia, isquemia o infecciones. Entre



FIGURA 1

Imagen endoscópica de úlcera rectal.



FIGURA 2

Imagen de TC donde se muestra engrosamiento a nivel de recto.

los agentes causantes de proctitis infecciosa se encuentran *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Treponema pallidum* o virus del herpes simple, todas consideradas enfermedades de transmisión sexual (ETS).

### Caso clínico

Varón de 43 años. VIH positivo en tratamiento antirretroviral con buena adherencia. Se solicita colonoscopia por clínica de rectorragia y dolor anal donde se objetiva una gran úlcera excavada de 5 cm en recto (Figura 1). Se toman biopsias para despistaje de neoplasia, que son compatibles con inflamación crónica sin presencia de atipias celulares. Pruebas de imagen (TC y RMN) donde se observa engrosamiento de recto medio e inferior sugestivo de neoplasia de recto sin afectación a distancia (Figura 2). Marcadores tumorales negativos. Se realiza nueva colonoscopia para toma de biopsias para estudio histológico y microbiológico detectándose PCR positiva para virus del papiloma humano genotipo 6 y *Chlamydia trachomatis*; la histología confirma negatividad para malignidad. Se prescribe tratamiento con doxiciclina con buena respuesta posterior, desapareciendo la clínica del paciente.

### Discusión

La proctitis de etiología infecciosa causada por gérmenes de transmisión sexual suele darse en pacientes homosexuales y en pacientes con infección por VIH, por lo que siempre debe ser una consideración diagnóstica en estos casos. La urgencia fecal, el exudado purulento o sanguinolento, la proctalgia y el tenesmo son las manifestaciones clínicas más frecuentes, simulando otras patologías como la enfermedad inflamatoria intestinal. Es fundamental un alto índice de sospecha para poder solicitar estudios endoscópicos, histológicos y microbiológicos de forma dirigida ya que un diagnóstico tardío conlleva un tratamiento inapropiado y aumento del riesgo de transmisión del patógeno.

### CP-142. UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

OLVERA MUÑOZ R, LISTÁN ÁLVAREZ JC, MARTÍN MANTIS E

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

### Introducción

La enterolitiasis o coprolitiasis consiste en la formación de cálculos a nivel intestinal. Se trata de una rara enfermedad que se asocia a situaciones de estasis intestinal crónico. Suele cursar



FIGURA 1

Coprolitos extraídos manualmente en el tacto rectal.





FIGURA 2

Obstrucción intestinal por enterolitiasis múltiple.

con sintomatología oclusiva, aunque también puede tener curso paucisintomático con dolor abdominal inespecífico o ser un diagnóstico incidental.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 64 años pluripatológica (hipertensión arterial, arteriopatía periférica severa, antecedente de ACV isquémico, anemia de trastornos crónicos e insuficiencia renal terminal en régimen de hemodiálisis) que acude a urgencias por cuadro de estreñimiento crónico agudizado de varios días de evolución. A la exploración presenta el abdomen distendido y timpánico, sin peritonismo. Al realizar tacto rectal se palpa ampolla rectal ocupada por múltiples cuerpos extraños que se extraen manualmente, observándose coprolitos de gran tamaño (Figura 1). La analítica sólo muestra elevación de reactantes de fase aguda (Leucocitos  $14000 \times 10^9/L$ , PCR 192 mg/L) y deterioro de la función renal (Cr 3.8 mg/dL) ya conocido. En la radiografía simple de abdomen se aprecian múltiples imágenes calcificadas de gran tamaño distribuidas de forma difusa por un marco cólico visiblemente dilatado. Finalmente se realiza TC de abdomen que confirma el cuadro de obstrucción intestinal, con marcada dilatación del colon a nivel de recto-sigma donde alcanza los 15 cm de diámetro, secundario a múltiples enterolitiasis intraluminales (Figura 2). No se observan dilatación del intestino delgado ni signos de complicación (sufrimiento de asas o perforación intestinal). Dada la situación basal de la paciente y la ausencia de datos de complicación, se opta por realizar un manejo conservador con tratamiento evacuante con macrogol y enemas de limpieza. La respuesta clínica fue buena, con resolución del proceso obstructivo y recuperación del tránsito intestinal normal, dándose de alta a la paciente sin necesidad de intervención quirúrgica.

### Discusión

Las enterolitiasis son formaciones calcificadas en la luz del tubo digestivo, mayormente de carbonato y oxalato cálcico, que se

producen en condiciones de estasis intestinal crónica (divertículos gigantes, aganglionismo, dolico megacolon, síndrome de Ogilvie...). El diagnóstico suele ser radiológico, aunque en ocasiones puede ser intraoperatorio. El tratamiento es quirúrgico cuando fracasa el manejo conservador o en casos de complicación. El tipo de intervencionismo depende de los hallazgos intraoperatorios (evacuación de litiasis, extracción mediante enterotomía e incluso resección intestinal en casos de isquemia o perforación).

En la mayoría de casos descritos en la literatura, la etiología se desconoce. En nuestro caso, el uso habitual de quelantes de fósforo se sugiere como un factor favorecedor.

### CP-143. VOZ GANGOSA COMO MANIFESTACIÓN DE PERFORACIÓN POSTPOLIPECTOMÍA

ANGULO MCGRATH I, MORALES BERMÚDEZ AI, MARTÍNEZ BURGOS M, BRAVO ARANDA AM

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

### Introducción



FIGURA 1

Coprolitos extraídos manualmente en el tacto rectal.

La colonoscopia es un procedimiento comúnmente realizado para el diagnóstico y tratamiento de muchas de las enfermedades del colon.

Aunque la mayoría de las complicaciones relacionadas con la colonoscopia son menores, también hay complicaciones de mayor complejidad que pueden comprometer la vida del paciente, siendo las más comunes la perforación (0.01- 0.6%) y la hemorragia (0.1- 6%).

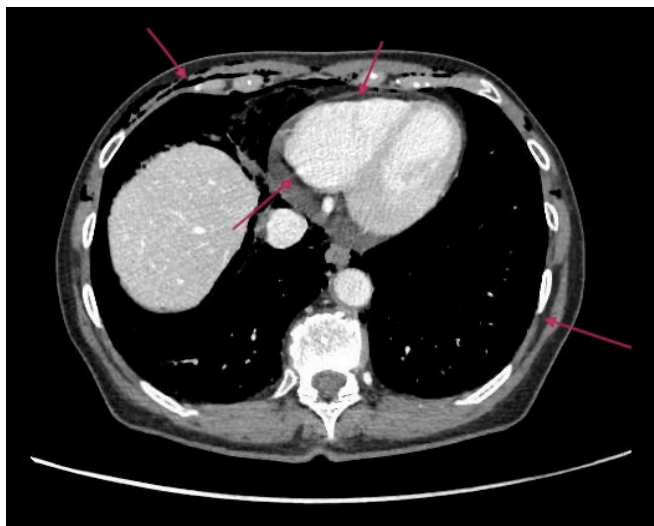


FIGURA 2

TC de tórax inferior y abdomen. Corte axial. Se identifica neumomediastino y enfisema subcutáneo.

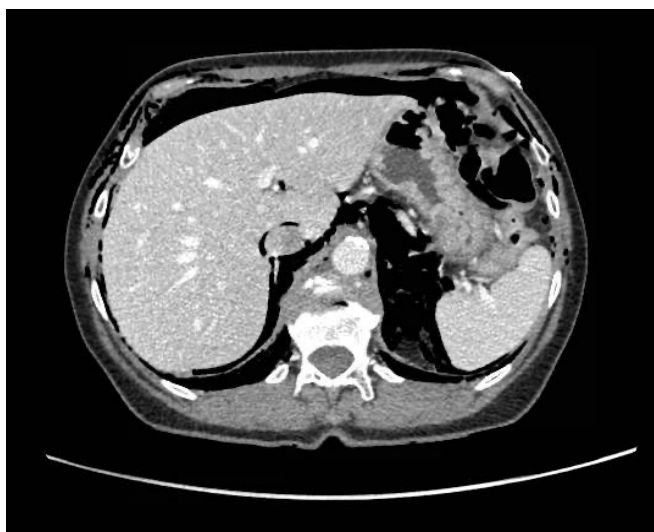


FIGURA 3

TC de abdomen. Corte axial. Neumoperitoneo.

## Caso clínico

Mujer de 71 años diagnosticada recientemente de neoplasia de recto, con hallazgo en colonoscopia diagnóstica de formación polipoide de unos 40 cm de diámetro mayor y área central deprimida en colon derecho. Se cita nuevamente para polipectomía compleja, que se realiza sin incidencias.

24 horas tras el procedimiento la paciente contacta telefónicamente con nuestra Unidad de Endoscopias por presentar voz gangosa, refiriendo molestias abdominales inespecíficas, sin otra clínica asociada, ante lo cual es recomendado a urgencias para valoración y descartar complicaciones.

Atendida en urgencias, inicialmente sin datos destacables en la exploración. Sin signos de irritación peritoneal a la exploración abdominal. En analítica sanguínea destaca PCR de 75.8. Se realiza radiografía de tórax (Figura 1) en la que se aprecian signos de enfisema subcutáneo que ascienden hasta cuello, neumomediastino y neumoperitoneo, procediéndose a TC de abdomen urgente (Figuras 2 y 3) en el que se aprecia neumoperitoneo extenso a todos los niveles incluyendo retroperitoneo, que diseca planos y se extiende a neumomediastino, y enfisema subcutáneo en pared toracoabdominal y raíz de miembros.

Se ingresa a cargo de Cirugía Digestiva, que dado el buen estado general de la paciente opta por manejo conservador, con buena evolución.

## Discusión

La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico frecuente, cuyas complicaciones asociadas suelen ser menores. No obstante, hay un porcentaje de las mismas de mayor complejidad que pudieran comprometer la vida del paciente, como es la perforación intestinal, cuya incidencia varía de 0,01% al 0,6%, después de colonoscopias diagnósticas, ascendiendo hasta el 5% en aquellas con fines terapéuticos.

Las manifestaciones clínicas en casos de perforación pueden ser muy variadas, siendo la más habitual el dolor abdominal. La presencia de voz gangosa es un síntoma anecdótico en este tipo de complicaciones ya que su presencia implica la disección de la laringe o cuerdas vocales por el aire. Nuestro objetivo con el caso expuesto es destacar que aunque se trate de un síntoma que pudiera pasar desapercibido tanto para el paciente como facultativo, su valoración nos lleva al diagnóstico de una complicación de gravedad para el paciente que precisa de intervención quirúrgica en un gran número de pacientes.