

43^o

Jornadas

de la Sociedad Canaria
de Patología Digestiva

Hotel AC Iberia
Las Palmas de Gran Canaria

29 y 30
Noviembre
2024



SCPD2024
www.scpd.info



SECRETARÍA TÉCNICA
Magna Congresos S.L.
jornadasSCPD@magnacongresos.es
www.magnacongresos.com
922 65 62 62





JUNTA DIRECTIVA

Presidenta:	Dra. Dácil Díaz Bethencourt	
Vicepresidenta 1:	Dra. Ana Cruz Bonilla	
Vicepresidenta 2:	Dra. Marta Soler Rodríguez	
Secretaria:	Dra. Violeta Malo de Molina	
Tesorero:	Dr. Miguel Moreno Sanfiel	
Vocales:	Dra. Silvia Morales González	Dr. Víctor Sosa de la Nuez
	Dra. Pilar Borque Barrera	Dra. Paola Saiz Udaeta
	Dra. Diana García Romero	Dr. Ramiro Rodríguez Pérez
	Dra. Silvia Acosta López	Dr. Idelfonso Quiñones Morales
	Dr. Alejandro Hernández Camba	Dra. Vanesa Ortega Quevedo
	Dra. Leticia Betancor Hernández	Dr. Elisaúl Suárez Zambrano

COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Ana Cruz Bonilla
Dra. Violeta Malo de Molina
Dr. Alberto Monescillo Francia
Dra. Leticia Betancor Hernández
Dra. Paola Saiz Udaeta
Dr. Jonás Rodríguez Castellot
Dra. Ana Castellot Martín

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Antonio González Rodríguez
Dr. Alberto Monescillo Francia
Dr. Salvador Baudet Arteaga
Dra. Emilia García García
Dr. Alejandro Hernández Camba
Dr. Antonio Zebenzuy Gimeno García
Dra. Marta Carrillo Palau



Secretaría Técnica:
Magna Congresos SL
jornadasSCPD@magnacongresos.es
www.magnacongresos.com
922 65 62 62



SCPD2024
www.scpd.info



VIERNES 29 DE NOVIEMBRE

15:15 CÓCTEL DE BIENVENIDA

16:15 INAUGURACIÓN

16:30 ESTADO ACTUAL Y TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA.

Moderador: Dr. Alexis González Almeida, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Ponente: Dr. Javier Molina Infante, Hospital Universitario de Cáceres

17:30 PAUSA CAFÉ

18:00 MESA REDONDA: GESTIÓN DE LISTAS DE ESPERA EN DIGESTIVO

Moderadora: Dra. Ana Castellot Martín, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria

“La evaluación de la eficiencia del uso de los fondos públicos en el ámbito sanitario-hospitalario”

Ponente: Dr. Manuel Carmona Adrados, Director de Contratación de la Agencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid

“Colaboración público-privado: marco, límites y realidad actual”

Ponente: Dr. José Manuel Baltar Trabazo, Ex-Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias

19:45 ASAMBLEA DE LA SCPD

21:00 CENA DE TRABAJO



SÁBADO 30 DE NOVIEMBRE

08:30 **SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES**

Moderadores: Dr. Víctor Sosa de la Nuez, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria
Dra. Ana Arencibia Almeida, CHU Nuestra Señora de la Candelaria de Tenerife

10:15 **CONFERENCIA: “Nuevas fronteras: gastroenteroanastomosis guiadas por ecoendoscopia”**

Moderadores: Dra. Ana Castellot Martín, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria
Dr. Jesús Rodríguez de León, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Ponente: Dr. Enrique Vázquez Sequeiros, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

11:15 **PAUSA CAFÉ**

11:45 **MESA REDONDA: CIRROSIS HEPÁTICA**

Moderadora: Dra. Paola Saiz Udaeta, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria

“Cirrosis hepática compensada: estratificación y manejo”

Ponente: Dr. Candido Villanueva Sánchez, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

“Trombosis portal y anticoagulación en cirrosis hepática”

Ponente: Dr. Alberto Monescillo Francia, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria

“Descompensación aguda y recompensación en cirrosis hepática”

Ponente: Dr. Rafael Bañares Cañizares, Hospital Gregorio Marañón, Madrid

13:30 **ALMUERZO DE TRABAJO**

15:30 **SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES**

Moderadores: Dr. Iñigo Ciordia Nalda, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria
Dra. Cristina Reygosa Castro, Hospital Universitario de Canarias

17:15 **PAUSA CAFÉ**



17:45 **MESA REDONDA: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Moderadores: Dra. Haidée Alemán González, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria
Dr. Jonás Rodríguez Castellot, CHU Insular Materno Infantil de Gran Canaria

“Tratamiento de la enfermedad perianal cuando fallan los anti-TNF”

Ponente: Dra. Pilar Nos Mateu, Hospital Universitario La Fe, Valencia

“Reparación quirúrgica para el cierre de fístulas perianales, ¿es posible?”

Ponente: Dr. Miquel Kraft Carré, Hospital Vall d’Hebrón, Barcelona

“Posicionamiento actual del tratamiento con fármacos biológicos”

Ponente: Dr. Fernando Gomollón García, Hospital Clínico Univesitario, Zaragoza

19:15 **CLAUSURA**



SCPD2024
www.scpd.info



Evento libre de humo de tabaco
Declarado de Interés Sanitario por el Servicio Canario de la Salud
(Expediente RIS-1157)

COMUNICACIONES







HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA INFRECUENTE EN LA TERCERA DÉCADA DE LA VIDA: A PRO- PÓSITO DE UN CASO

**Rebeca Infante Hernández (1), Hildo Alberto Rodríguez Santos (2), Mileidis Esther San Juan Acosta (3),
Silvia Morales González (3).**

(1) MIR 1.(2) MIR 3. (3) FEA Aparato Digestivo.

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife,
España.*

Introducción:

Las várices colónicas idiopáticas son malformaciones venosas congénitas muy infrecuentes, no asociadas a hipertensión portal. Tienen una incidencia aproximada de 0.07%. Afecta a ambos sexos por igual, habitualmente antes de la tercera década de la vida. Clínicamente, puede cursar sin síntomas o presentarse como hemorragia digestiva baja intermitente de escasa cuantía o hemorragia profusa de aparición espontánea o tras procedimientos quirúrgicos o endoscópicos. El gold standard para el diagnóstico es la angiografía mesentérica. El método diagnóstico de elección es la endoscopia. Su manejo en las formas no complicadas puede llevarse a cabo de forma conservadora, mientras que los sangrados abundantes y/o recurrentes, requerirán de procedimientos invasivos, bien quirúrgico (colectomía parcial) o radiológico intervencionista (embolización).

Caso Endoscópico:

Paciente varón de 22 años, con el diagnóstico conocido de várices colónicas idiopáticas, no asociadas a hipertensión portal; que acude al Servicio de Urgencias por presentar hematoquecia. En el examen físico destaca una leve palidez cutaneomucosa, siendo el resto de la exploración por aparatos sin hallazgos significativos. En los hallazgos analíticos se objetiva una hemoglobina de 12.5 gr/dl (previa de 15.4 gr/dl en última revisión analítica hace 10 meses).

Se realiza colonoscopia en la que se visualizan, a lo largo de todo el colon, numerosas dilataciones varicosas submucosas, de color azulado, que aumentan en grosor y frecuencia a medida que se aproximan al ciego. En la válvula ileocecal, concretamente en el haustra distal a la misma, se objetiva sangrado en jet continuo. Se realiza hemostasia endoscópica mediante hemoclips y polidocanol, sin lograr cese del sangrado. Se discute el caso en comité multidisciplinar de Digestivo, Cirugía General y Digestiva y Radiología Intervencionista, en donde se propone al paciente para colectomía subtotal. Durante la intervención, se realiza una sección distal al nivel de unión descendente-sigma asistida por colonoscopia intraoperatoria, y anastomosis íleo-sigmoidea. La intervención quirúrgica transcurre sin incidencias y el paciente presenta una evolución favorable, por lo que es dado de alta.

Conclusión:

Las várices colónicas idiopáticas son una causa rara de hemorragia digestiva baja y su manejo requiere un enfoque multidisciplinar. La colonoscopia y la angioTAC son pruebas de elección para el diagnóstico, y en algunos casos también permite un abordaje terapéutico definitivo. En este caso, al tratarse de un sangrado recurrente e incontrolable, el tratamiento curativo es la colectomía subtotal. El seguimiento se realiza mediante colonoscopia, recomendando también el estudio a familiares de primer grado.



ALTERNATIVA ENDOSCÓPICA A LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LAS DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS: TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL

Nira González Del Pino, Iñigo Ciordia Nalda, Víctor Manuel Sosa de la Nuez, Javier Cabrera Valencia, Pablo Alonso Castellano, Manuel Rodríguez Carmona, Jesús Rodríguez de León, Luis Peña Ferrera, Jonás Rodríguez Castellot, Ana Cruz Bonilla, Ana Castellot Martin

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La terapia de vacío endoluminal, método endoscópico y mínimamente invasivo para el tratamiento de dehiscencias anastomóticas. El sistema Eso-SPONGE o Endo-SPONGE con el sistema de vacío, drena la cavidad formada tras la dehiscencia anastomótica y evita reintervenciones quirúrgicas.

Objetivo: Analizar el uso de la terapia de vacío endoluminal en dehiscencias anastomóticas en nuestro hospital

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la terapia de vacío endoluminal desde enero 2023-mayo 2024. Se incluyeron variables clínicas, radiológicas y endoscópicas.

Resultados: 6 pacientes incluidos. Edad media 64 (52-74) años, varones 2/3 del total.

Todas las cirugías iniciales fueron por causa neoplásica, en 5 de ellas se realizó la terapia de vacío endoluminal antes del primer mes tras la cirugía, la otra a los 5 años. 4 colecciones periesofágicas y 2 perirrectales. Solamente una de ellas con criterios de infección al inicio del tratamiento. Las sesiones se repetían cada 2-3 días. El tratamiento fue realizado en la unidad de endoscopia con sedación a cargo del endoscopista. Uno de ellos se hizo ambulatoriamente siendo el resto con pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general, estancia media de 24 (11-57) días. Todos fueron dehiscencias tras cirugías oncológicas con al menos T3 en el estadiaje con afectación adenopática en 5 de ellos, sin selección, tras derivación desde el servicio de cirugía general. Se ha conseguido la resolución en todos ellos de la dehiscencia, evitando la cirugía de rescate. No se han presentado complicaciones asociadas a la técnica, consiguiendo éxito técnico y clínico en todos los casos, sin ningún exitus.

Conclusiones: La terapia de vacío endoluminal es segura, económica y útil en el tratamiento de la dehiscencia anastomótica, evitando cirugías y disminuyendo tiempo de ingreso.



EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA CPRE CON MATERIAL DE UN SOLO USO EN ISLAS NO CAPITALINAS: DESPLAZAMIENTO DE EQUIPO MÉDICO VS DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE

Manuel Rodríguez Carmona, Pablo Alonso Castellano, Nira González del Pino, Yoel Alejandro Zacapa Espinoza, Zuleima Marrero Ortega, Jonás Rodríguez Castellot, Luis Peña Ferrera, Ana Cruz Bonilla, Ana Castellot Martín.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: El acceso a pruebas diagnóstico-terapéuticas varía según la isla de residencia en el archipiélago. Los pacientes de islas no capitalinas a menudo deben ser trasladados a islas capitalinas para la realización de procedimientos como la Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), generando costes directos e indirectos significativos. El fenómeno de la “doble insularidad” influye en la equidad del acceso a los servicios de salud en regiones insulares.

Objetivo: Evaluar el coste económico de realizar CPRE con material de un solo uso en islas no capitalinas, desplazando el equipo médico desde islas capitalinas, y compararlo con el coste del traslado de pacientes a islas de referencia.

Material y Métodos: Análisis preliminar retrospectivo del coste asociados a CPRE con duodenoscopio desechable en isla no capitalina entre marzo y junio de 2024 con desplazamiento del equipo médico. Se calcula coste medio por procedimiento y se compara con estimación si se hubiera trasladado a hospital de referencia. Para la estimación de costes se aplican los precios publicados en Boletín Oficial de Canarias 77, jueves 18 abril 2024 (12151-12173) y los datos de series históricas de ambos centros.

Resultados: =31 procedimientos, 61% mujeres, edad = 65 (29-89); 21 hospitalizados y 10 ambulatorios; 87% coledocolitiasis y 13% ictericia neoplásica, 84% resolución.

Realizada en	CPRE hospitalizada		CPRE ambulatoria	
	Isla no capitalina	Isla capitalina	Isla no capitalina	Isla capitalina
Coste medio estimado por procedimiento €	8.000 €	19.000 €	4.700 €	4.500 €

Conclusión: Realizar CPRE con material de un solo uso en islas no capitalinas es una opción económicamente viable y adecuada para los pacientes y para el sistema de salud. La implementación de esta estrategia optimiza los recursos sanitarios en regiones insulares. Serán necesarios estudios prospectivos económicos y de satisfacción y calidad de vida, sobre todo para decidir continuidad de los procedimientos ambulatorios.



ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA CPRE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS: IMPACTO DE LA DOBLE INSULARIDAD

Manuel Rodríguez Carmona, Pablo Alonso Castellano, Nira González del Pino, Yoel Alejandro Zaca Espinoza, Zuleima Marrero Ortega, Jonás Rodríguez Castellot, Luis Peña Ferrera, Ana Cruz Bonilla, Ana Castellot Martín.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es esencial en el tratamiento de enfermedades biliopancreáticas. Los pacientes de islas no capitalinas a menudo deben ser trasladados a islas capitalinas para este procedimiento. El fenómeno “doble insularidad” influye en la equidad del acceso a los servicios de salud en regiones insulares. En 2024 comenzó la CPRE en un hospital no capitalino por personal del hospital de referencia.

Objetivo: Comparar tiempos de espera para CPRE antes y después de instaurar la técnica en un hospital insular no capitalino.

Material y Métodos: Se analizaron tiempos de espera desde indicación hasta CPRE de los pacientes en que se realizó CPRE entre marzo-julio de 2023 y 2024. Se calculó la media de días de espera para cada grupo y año.

Resultados: Ver tabla. Destacar que, en 2023, los pacientes hospitalizados esperaron una media de 16 días para CPRE y en 2024 la media de espera fue de 4 días. Estos resultados muestran una mejora significativa en los tiempos de espera para pacientes hospitalizados y ambulatorios en 2024.

	Pacientes	Edad	Hospit/ ambul	Tiempo espera hosp/amb	Coledocolitiasis	Ictericia obstructiva	Éxito técnico	Traslado
2023	16 (8 h y 8 m)	69 (31-90)	8/8	16 días /156 días	15 (93%)	1 (7%)	82%	100%
2024	31 (19m y 7h)	65 (29-89)	21/10	4 días /61 días	27 (87%)	4 (13%)	84%	9%

Conclusión: Trasladar técnicas especializadas de tercer nivel como la CPRE desde islas capitalinas a no capitalinas reduce claramente los tiempos de espera para el procedimiento, facilitando la atención de los pacientes en tiempo adecuado lo cual es especialmente importante en patología urgente. Es una muestra de cómo la optimización de los recursos disponibles y acercar la atención especializada a islas remotas puede ser una buena estrategia de gestión para reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud.



PROYECTO DE INNOVACIÓN DOCENTE MULTIDISCIPLINAR BASADO EN “TEAM BASED LEARNING ACTIVITIES” DIRIGIDO A ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA: RESULTADOS PRELIMINARES

Mileidis San Juan Acosta^{1,5*}, Marta Carrillo Palau^{2,6*}, Iván Ferraz Amaro^{3,6*}, Yvelise Barrios del Pino^{4*}

Servicio de Aparato Digestivo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria¹

Servicio de Aparato Digestivo Hospital Universitario de Canarias²

Servicio de Reumatología Hospital Universitario de Canarias³

Profesora Contratada Doctora Vinculada de Inmunología⁴

Profesora Asociada de Digestivo⁵

Venia Docend⁶

Departamento Medicina Interna, Dermatología y Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife*

Introducción:

El alumnado del Grado en Medicina suele caracterizarse por un alto rendimiento académico previo, lo que fomenta comportamientos competitivos e individualistas. Sin embargo, la práctica médica requiere habilidades como el razonamiento clínico, la colaboración en equipo, y la capacidad para manejar pacientes complejos mediante enfoques integrales y transversales. El Aprendizaje Basado en Equipos (Team-Based Learning, TBL) es una metodología que promueve la participación activa, la colaboración y el aprendizaje profundo en contextos complejos.

Objetivo:

Implementar y evaluar el impacto de actividades basadas en TBL en estudiantes de Medicina de segundo curso en la asignatura de Inmunología durante el curso académico 2024-2025, fomentando el aprendizaje colaborativo y el trabajo en equipo como parte de un proyecto de innovación docente (PITE) multidisciplinar de la Universidad de La Laguna (ULL).

Materiales y métodos:

La actividad consistió en identificar, a partir de referentes generacionales (música, cine, redes sociales), un personaje con una enfermedad inmunomediada (autoinmunidad, alergia, inmunodeficiencia o tratamiento inmunológico), describiendo los síntomas clínicos y profundizando en aspectos teóricos sobre la enfermedad. Se llevaron a cabo tres sesiones presenciales con dinámicas grupales dirigidas por un equipo docente multidisciplinar (2 digestivos, 1 inmunólogo y 1 reumatólogo). Las dinámicas incluyeron formación de equipos, técnicas de comunicación (uso de palabras clave, exposición oral), y reflexión estructurada mediante la técnica P.N.I. (Positivo, Negativo, Interesante). La evaluación se realizó con rúbricas específicas para cada fase y encuestas de satisfacción al finalizar.

Resultados:

Participaron 77 estudiantes (58% mujeres, edad media 20 años, rango 18-35), mayoritariamente de segundo curso (87%). Los resultados de la encuesta indicaron que:



- El 95% disfrutó trabajando en equipo.
- El 97% se sintió participe del proceso de aprendizaje.
- El 92% consideró la metodología innovadora.
- El 91% afirmó mejorar relaciones interpersonales y competencias para el trabajo en equipo.

El feedback final destacó aprendizajes sobre la organización y estructura de reuniones, respeto por opiniones diversas, flexibilidad para consensos y gestión del tiempo, valorando también el impacto de los “influencers” y la salud mental en el análisis de casos.

Conclusión:

El proyecto “Inmunología Colaborativa” ha demostrado ser una estrategia pedagógica efectiva, potenciando competencias interpersonales y fomentando el aprendizaje colaborativo en estudiantes de Medicina. Este modelo multidisciplinar de innovación docente es transferible a otras asignaturas y niveles educativos.

Limitación:

la doble vinculación asistencial y docente del profesorado debería llevar asignado tiempo de dedicación asignado en los servicios clínicos para este tipo de acciones de innovación educativa.

Palabras clave: Aprendizaje Basado en Equipos, Inmunología, Innovación Docente, Trabajo Colaborativo, TBL.



DISFAGIA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA ESOFAGITIS NECROTIZANTE

H. Manso, D. Ramallo, S. Correa, M. Vela, Y. Díaz.

INTRODUCCIÓN: La esofagitis necrotizante aguda (ENA) o esófago negro es un síndrome médico poco frecuente que se presenta en forma de hemorragia digestiva alta (HDA) en el 90% de los casos. Su etiología es desconocida, relacionándose con situaciones de hipoperfusión, obstrucción del tracto digestivo alto y malnutrición.

El perfil de paciente descrito en la literatura son varones de edad avanzada, generalmente con historia de patología cardiovascular, diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC). Su diagnóstico es endoscópico y se confirma mediante la obtención de biopsias. Se caracteriza por la presencia de mucosa esofágica negra friable que se extiende desde la unión esofagogástrica hasta el esófago proximal.

Su tratamiento es mediante medidas de soporte y control de las afecciones médicas subyacentes, junto con inhibidores de la bomba de protones (IBP) intravenosos para la supresión de la secreción ácida.

CASO CLÍNICO: Varón de 81 años con AP de patología cardiovascular que acude a urgencias por cuadro de impactaciones alimentarias en la última semana. Refiere disfagia progresiva a sólidos en los últimos 2 meses. Niega exteriorizaciones hemáticas. Niega cuadro constitucional. En gastroscopia inicial se observa mucosa friable y esfacelos necróticos compatibles con ENA y se toman biopsias ingresa en Digestivo y evoluciona de forma favorable con el inicio precoz de tratamiento de soporte e IBP intravenosos. Previo al alta se realiza nueva gastroscopia de control a los 6 días, donde se observó la recuperación de la mucosa esofágica.

CONCLUSIÓN: Se expone una forma de presentación poco frecuente de esofagitis necrotizante en un paciente cuyo único síntoma era la disfagia con episodios de impactación alimentaria, sin haber presentado episodios de (HDA).

En este caso, probablemente las impactaciones alimentarias, junto a la edad avanzada del paciente y sus comorbilidades han podido ser la causa de la necrosis esofágica aguda y, gracias a la endoscopia urgente y su manejo precoz tuvo una resolución favorable.



HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO SECUNDARIA A UN TUMOR NEUROENDOCRINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Jorge Negrín Rey, Carmen Iglesias Sobrino, Laura Arranz Hernández, Sheyla Correa Torres, Elisaul Suárez Zambrano, Mileidis San Juan Acosta, Silvia Acosta López, Pilar Borque Barrera
Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias digestivas de origen oscuro (HDOO) constituyen aproximadamente un 5-10% de las hemorragias digestivas, encontrándose en la mayoría de los casos el origen en el intestino delgado. La cápsula endoscópica supone la técnica diagnóstica de elección tras un estudio endoscópico negativo, consiguiendo encontrar la causa de la hemorragia hasta en un 60% de los casos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente 78 años conocido por nuestro servicio en 2018 por un primer episodio de HDOO. Se realiza en ese momento estudio endoscópico completo observándose como causa del sangrado varias erosiones en yeyuno distal-íleon proximal. En 2022 se realiza un angioTC que visualiza sangrado en yeyuno distal, descartándose sangrado activo por arteriografía.

En julio de 2023 tras un nuevo episodio de melenas con gastroscopia normal, se repite la cápsula que sugiere origen neoplásico del sangrado y se decide resección quirúrgica. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de tumor neuroendocrino bien diferenciado con infiltración de la grasa mesentérica (pT3Nx).

DISCUSIÓN

Los tumores de intestino delgado se detectan en la cápsula endoscópica como pólipos o masas en aproximadamente 70-80% de los casos y en forma de úlceras, en un 20-30% de los casos. Resulta difícil identificar el tipo de tumor, únicamente por la imagen de la cápsula.

Los tumores neuroendocrinos representan aproximadamente un tercio de los tumores de intestino delgado. El intestino delgado y en concreto el íleon es el lugar más común donde asientan estos tumores. Constituyen la segunda neoplasia avanzada más prevalente del tracto digestivo tras el cáncer colorrectal.

La incidencia está en aumento en los últimos años secundario a un aumento de las técnicas diagnósticas, entre las que se encuentra la cápsula endoscópica y la enteroscopia de doble balón. Pese a su ínfima incidencia, su prevalencia es significativa ya que se caracterizan por ser de lento crecimiento y larga supervivencia. Todo ello sumado a la presencia de síntomas inespecíficos, con frecuencia existe un retraso en el diagnóstico, que puede prolongarse incluso varios años o incluso décadas.

En el momento del diagnóstico, hasta un 50% de los pacientes presentan enfermedad diseminada. Las HDOO, indicación principal de la cápsula endoscópica, suele ser una forma de presentación más precoz y permitir un diagnóstico más temprano. Mientras que el desarrollo de síntomas obstructivos por estenosis de la luz por crecimiento tumoral o por invaginación, ocurren en lesiones avanzadas.



A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPO TRANSITORIO PERSISTENTE Y HDA

1. **Hildo Rodríguez Santos**, *Residente de 3er año de Digestivo del HUNSC*

2. **Claudia García-Granados Robayna**, *Residente de 2º año de MFYC del HUNSC*

Introducción

La fisiopatología del hipo aún hoy en día se desconoce, pero se argumenta un arco reflejo con aferencias conformadas por ramas de los nervios vago, frénico y simpático cervicales. Aquel hipo que dura más de 2 días se le conoce como persistente, y al que evoluciona durante más de 2 meses, incoercible o recurrente. Se han documentado más de 100 causas generadoras de hipo transitorio y persistente, principalmente de origen gastrointestinal. Sin embargo, al apenas generar repercusión clínica no suelen ser motivo de consulta.

Caso

Varón de 39 años de edad con antecedentes personales de ex bebedor de alcohol a dosis tóxicas hace 3 años que acude al SUH por vómitos en posos de café y dolor abdominal. Refiere comienzo de clínica de hipo hacía 4 días y hacía 2 días presentó tres episodios de vómitos en posos de café y una deposición melénica. Asociaba epigastralgia intermitente, pirosis y molestias retroesternales de larga data. Se realiza gastroscopia al paciente donde se evidencia ulceración generalizada y cuarteada de la mucosa de todo el esófago distal, compatible con esofagitis péptica grado D de Los Ángeles. A nivel precordial en el seno de las ulceraciones descritas se observa pequeño sangrado activo de muy bajo débito que se esclerosa con 2cc de adrenalina y 2,5 cc de polidocanol con cese de sangrado. La línea Z está situada a 35 cm de arcada dentaria y también presenta una úlcera recubierta de fibrina. Tiene una hernia de hiato de 3-4 cm. No se aprecian varices esofágicas. El estómago se encontraba lleno de posos de café que impidieron la valoración del fundus y algunas zonas del cuerpo gástrico. La mucosa gástrica visualizada de antro y cuerpo es normal. Píloro céntrico y permeable. En el bulbo duodenal se aprecia duodenitis no invasiva, con segunda porción duodenal normal. Ingresó en el servicio con los siguientes diagnósticos: Esofagitis péptica grado D de Los Ángeles, Úlcera esofágica con muy discreto sangrado activo, esclerosis endoscópica, hernia de hiato y duodenitis no erosiva. Se inicia tratamiento con bolo + perfusión de IBP.

Durante su ingreso el paciente permanece estable, sin nuevas exteriorizaciones hemáticas o dolor epigástrico/retroesternal, aqueja hipo intermitente persistente de 6 días de evolución sin mejoría a pesar de tratamiento específico con clorpromazina IV. Ante lo cual se solicita TC de abdomen para descartar patología tumoral o inflamatoria que irrite el nervio frénico o vago. En el TC TAP serie helicoidal tras introducción de CIV en fases arterial y venosa, se describe hernia de hiato por deslizamiento que contiene parte del fundus gástrico y que asocian cierto engrosamiento transmural del tercio distal esofágico y mínimo líquido libre adyacente, hallazgo que hace sospechar de patología tumoral vs. inflamatoria. Se encuentra adyacente a teórica localización de ramas del nervio vago derecho / tronco vagal posterior. Ante la persistencia clínica del hipo intermitente se inicia tratamiento con metoclopramida IV, logrando disminuir el componente inflamatorio de la lesión junto con el tratamiento inhibitorio de la bomba de protones. Tras 3 días de tratamiento se logra detención del hipo. Ante estabilidad del paciente se da el alta con tratamiento IBP a dosis máxima con Omeprazol 40 mg/12h, junto con tratamiento con clorpromazina 25 mg/8h y metoclopramida 10 mg cada 8h durante 10 días. Se continuará estudio ambulatorio en consulta rápida de digestivo para control evolutivo con gastroscopia de control y biopsias, tras lo cual valorar la necesidad de cirugía por hernia de hiato complicada. No obstante, el paciente permanece



actualmente en estudio pendiente de biopsias para diagnóstico diferencial preciso.

Discusión y conclusiones

Este caso nos aporta un ejemplo de hiipo desencadenado por la presencia de una hernia de hiato por deslizamiento, que contiene parte del fundus gástrico y que asocia engrosamiento transmural del tercio distal esofágico, como aparente causa mecánica que lo produce. Ante mejoría clínica de la epigastralgia, el dolor retroesternal y el control del hiipo persistente con el tratamiento antiácido prescrito, podemos considerar que, a priori, se ha logrado disminuir el componente inflamatorio de la lesión, logrando así un alivio significativo de los síntomas del paciente.



MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DUODENAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

S. Correa, H. Manso, C. Iglesias, L. Arranz, M. Vela, Y. Díaz

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Universitario Nuestra Señora do Candelaria, Tenerife

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva es una de las urgencias más frecuentes. Se ha descrito como una de sus causas las anomalías vasculares que suponen el 5% de las hemorragias digestivas. Entre ellas, se encuentra la malformación arteriovenosa, una anomalía congénita poco común, que se caracteriza por presentar conexiones directas entre el sistema venoso y arterial en ausencia de lecho capilar. En el tracto gastrointestinal se suele manifestar como hemorragia digestiva.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 35 años con AP de VIH y hemorragia digestiva alta en diciembre de 2023 secundaria a úlceras duodenales forrest III.

Acude a urgencias en agosto de 2024 por cuadro de melenas y hematemesis durante la mañana. Presenta Hb de 10.2 g/dl a su llegada (previa de 16). Se realiza gastroscopia urgente donde se objetivan úlceras duodenales forrest III (la mayor de 1.5 cm).

Durante el ingreso el paciente vuelve a presentar episodios de melenas y hematemesis con inestabilidad hemodinámica, donde se repite en dos ocasiones la gastroscopia que evidencia una de las úlceras forrest Ib precisando de tratamiento endoscópico. Además, se anemiza alcanzando niveles de Hb de 7 g/dl y llega a requerir intervención por la UVI. Dada la evolución clínica se decide realización de TAC de abdomen con contraste donde se objetiva una imagen sugestiva de malformación arteriovenosa con proliferación de vasos periduodenales, dependiente de la arteria mesentérica superior.

Finalmente, mediante RVI se decide colocación de coils en la arteria gastroduodena y la rama duodenal principal de la arteria mesentérica superior. Se objetiva con prueba de imagen posterior una disminución marcada de la proliferación de ramas arteriales dependientes de la arteria mesentérica superior que rodean al duodeno objetivado en estudio previo.

CONCLUSIÓN:

La malformación arteriovenosa duodenal es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta. Su localización influye en la alternativa terapéutica, en este caso la embolización suponía un alto riesgo por la posibilidad de migración a la porta y otros grandes vasos, se optó finalmente por la colocación de coils. En el caso de que este procedimiento terapéutico no hubiese resultado efectivo hubiese sido necesaria la intervención quirúrgica, específicamente por su localización una duodenopancreatectomía cefálica.



HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN DIVERTICULAR

Paula Moreno Martín, Mileidis San Juan Acosta

Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción:

Los divertículos duodenales son responsables del 0,14% del sangrado gastrointestinal superior (1). Presentamos el caso de una hemorragia secundaria a lesión vascular (vaso visible) en el interior de un divertículo duodenal, que fue tratada con éxito mediante endoscopia.

Caso clínico:

Paciente mujer de 87 años con fibrilación auricular anticoagulada con Edoxaban que acude a Urgencias por presentar deposiciones melénicas, con descenso de la hemoglobina hasta 7g/di, por lo que precisó tres concentrados de hematies. Se realizó gastroscopia urgente, con hallazgo de úlcera necrótica sobre la rodilla duodenal con sangrado babeante, sobre la que se realiza esclerosis endoscópica con 1,5cc de adrenalina. Se interrumpió la exploración por el hallazgo de un punto milimétrico sobre la úlcera sugestivo de perforación (posteriormente descartado mediante TC de abdomen). Se programó una gastroscopia "second look" tras 8 días para completar el estudio, encontrándose sobre la rodilla duodenal un saco diverticular amplio, en cuyo interior presenta pseudodivertículos de entre 2-4mm con mucosa normal. En el borde superior del divertículo duodenal se evidenció un vaso visible con estigmas de sangrado reciente, sobre el que se realizó hemostasia endoscópica con dos hemoclips e inyección de 1,5cc de adrenalina.

Conclusión:

La hemorragia diverticular duodenal es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta, suponiendo un desafío diagnóstico y terapéutico para el endoscopista.

Referencias: 1. Chen YY, Yen HH, Soon MS. Impact of endoscopy in the management of duodenal diverticular bleeding. Experience of a single medical center and a review of recent literature. *Gastrointest Endosc* 2007;66:831-5. DOI: 10.1016/j-gie.2007.06.001.



NECROSIS ESOFÁGICA Y DUODENAL AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO RARO.

Jorge Negrín Rey, Carmen Iglesias Sobrino, Cristina Suárez Montesdeoca, Mario De Bonis Encinoso, Hildo Alberto Rodríguez Santos, Javier García Solo De Zaldivar, Silvia Acosta López, Marta Soler Rodríguez, Dácil Díaz Bethencourt

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

INTRODUCCIÓN

La necrosis esofágica aguda (NEA) es una enfermedad rara, que se caracteriza principalmente por la aparición de mucosa esofágica negra en el esófago distal. Afecta más frecuentemente a hombres de edad avanzada con múltiples comorbilidades (insuficiencia renal, DM, DL, enfermedad coronaria, malnutrición).

Existen al menos 100 casos publicados de NEA, sin embargo, la existencia concomitante de necrosis duodenal se describe tan solo en 7 casos en la literatura revisada.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 71 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal brusco localizado en ambos hipocondrios, junto con náuseas y un vómito aislado.

Se realiza analítica con alteración del perfil hepático (GOT 552 UI/L, GPT 635 UI/L, GGT 290 UI/L, FA 103 UI/L).

Se realiza ecografía que objetiva presencia de coledoclitiasis sin datos de colecistitis.

Dada la sospecha intermedia de coledoclitiasis (BrT <4 y vía biliar no dilatada) se solicita una ecoendoscopia. Al intentar realizarla, se objetivan úlceras esofágicas por lo que se realiza una gastroscopia donde se visualizan úlceras necróticas a nivel del esófago inferior y duodenal con preservación del estómago, con alta sospecha de origen isquémico.

Ante los hallazgos endoscópicos se mantiene al paciente en dieta absoluta y se inicia nutrición parenteral total dada la severidad de las lesiones, además de iniciarse IBPs a dosis altas. Se repite la gastroscopia a los 10 días, donde se observa importante mejoría de las lesiones, algunas de ellas con cicatrización completa.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de NEA se realiza con una gastroscopia, sin ser necesaria la toma de biopsias.

Se puede realizar la toma de biopsias para descartar otras causas de esófago negro (melanosis, pseudomelanosis, melanoma esofágico, esofagitis pseudomembranosa o ingesta de carbón activo).

Si bien no existe un tratamiento específico de la necrosis esofágica y duodenal agudas, el manejo general consiste en hidratación intravenosa, nutrición parenteral y terapia agresiva con IBPs en perfusión continua hasta la mejoría clínica del paciente.

La colocación de una sonda nasogástrica está contraindicada debido al alto riesgo de perforación. En casos resistentes al tratamiento, habría que valorar la realización de una esofagectomía.

La mortalidad del proceso depende principalmente de la causa subyacente, pero puede llegar a alcanzar cerca del 40%.



HETEROTOPIA GÁSTRICA EN DUODENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

H. RODRÍGUEZ (1). L. NAVAZO (1). A. AMORÓS (1). P. BORQUE (1). S. MORALES (1). C. IGLESIAS (1). M. DE BONIS (1). H. MANSO (1). V. CASTRO (2).

1. Servicio de Ap. Digestivo Complejo Hospitalario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife, España.
2. Servicio de Anatomía Patológica Complejo Hospitalario Nuestra Señora de La Candelaria, Tenerife, España.

Introducción

La heterotopia de mucosa gástrica se define como la presencia de mucosa gástrica fuera del estómago. Es una patología no neoplásica cuyo origen es incierto, si bien se ha postulado un origen congénito. Ha sido descrita en esófago, duodeno, colon y en el divertículo de Meckel. La localización duodenal es muy poco frecuente, en torno al 1-2% de biopsias, y usualmente se trata de un hallazgo incidental

Caso endoscópico

Varón de 22 años, sin antecedentes de interés, que es remitido a la Unidad de Endoscopia, a raíz de una ferropenia sin anemia de 2 años de evolución, con escasa respuesta a ferrotterapia oral, sin presentar otra sintomatología asociada.

Como parte del estudio de la anemia, se realiza una endoscopia digestiva alta en la que se objetiva, en tercera/cuarta porción duodenal, una lesión excrecente de aspecto polipoideo, con base ancha y que mide unos 12-14 mm, en cuya cúspide presenta un patrón glandular desestructurado. Se toman biopsias de la lesión, obteniendo como resultado una mucosa duodenal con focos sugestivos de heterotopia gástrica con cambios inflamatorios inespecíficos, sin signos histológicos de malignidad.

Ante estos hallazgos al paciente se programa para realizar una mucosectomía en fragmentos, que transcurre sin incidencias. Posteriormente, la anatomía patológica del pólipo resecado confirmó el diagnóstico de heterotopia gástrica duodenal. Como resultado, en controles analíticos posteriores se evidenció la normalización de las cifras de ferritina.

Discusión

La heterotopia gástrica duodenal es una condición clínica muy poco prevalente en nuestro medio. A pesar de que, en muchas ocasiones, presenta un curso generalmente asintomático, se debe prestar atención a la aparición de complicaciones. Las formas de presentación pueden ser variadas: la más frecuente es polipoidea (73%), tanto únicos como pólipos múltiples, seguido de erosión mucosa (10%), eritema mucoso (8%) e, incluso, sin alteraciones mucosas macroscópicas.

El diagnóstico diferencial histológico se hace con la duodenitis péptica y la metaplasia gástrica. La diferencia radica en la presencia de células parietales en la heterotopia gástrica y la ausencia de estas en la duodenitis péptica. El aspecto endoscópico es otro dato a tener en cuenta, puesto que la duodenitis péptica se observa como erosiones o úlcera mientras que en la heterotopia frecuentemente se presenta como pólipos.

Aunque generalmente asintomática, puede ocasionar síntomas como dolor abdominal, hemorragia o ulceración debido a la secreción ácida del tejido gástrico ectópico. El manejo de la heterotopia gástrica depende de la sintomatología del paciente. En casos asintomáticos, puede no requerir tratamiento, mientras que en aquellos con complicaciones se pueden emplear tratamiento farmacológico o, en raros casos, resección quirúrgica o endoscópica.



¿CMV CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR HIPERTENSIÓN PORTAL?

Zuleima Ortega Marrero, Nira González Del Pino, Jonás Rodríguez Castellot, Javier Cabrera Valencia, Pablo Alonso Castellano, Manuel Rodríguez Carmona, Yoel Alejandro Zacapa Espinoza, Luis Peña Ferrera, Ana Cruz Bonilla, Ana Castellot Martín

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: La tercera causa más frecuente de esofagitis es la infecciosa, tras el reflujo gastroesofágico y la esofagitis eosinofílica. El microorganismo más frecuente es la Candida, seguida del virus herpes simple y del citomegalovirus (CMV). Los principales factores de riesgo es la inmunosupresión (VIH, trasplante de órgano y el uso de inmunosupresores). El síntoma más frecuente es la odinofagia, siendo inusual la hemorragia digestiva como forma de presentación.

Endoscopia: Paciente varón de 69 años con antecedente de cirrosis hepática, manejo en otro país sin conocer situación basal ni etiología de la misma. Acude al servicio de urgencias con shock hemorrágico tras hematemesis y rectorragia franca, lactacidemia, ictericia marcada y ascitis moderada. Se realiza endoscopia digestiva alta en la que se objetivan desde tercio medio hasta tercio distal 4 cordones varicosos de gran tamaño, que no desaparecen con insuflación, con puntos rojo cereza en su superficie.

Sobre ellos se identifican 3 úlceras esofágicas de gran tamaño, de unos 20-25mm, ocupando el 50% de la circunferencia esofágica, poco profundas, con fondo de fibrina y bordes regulares, con vaso visible en una de ellas. Se sospechó posible infección por CMV y se realizó cepillado de las lesiones con estudio microbiológico positivo para citomegalovirus, se inició tratamiento intravenoso con valganciclovir y somatostatina.

Conclusiones: A pesar de la inmunosupresión presente en cirróticos, la reactivación de un CMV esofágico es infrecuente, así como la hemorragia digestiva alta secundaria a ulceración de las varices esofágicas. Debe sospecharse su presencia ante la aparición de úlceras esofágicas.



LA MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA PROACTIVA DEL FÁRMACO ADALIMUMAB, PERO NO LA DETERMINACIÓN DE HLA-DQA1*05, PREDICE EL RESULTADO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LA PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO.

A. Morant1, B. Vera1, I. Alonso-Abreu1, M. Vela2, L. Ramos1, A. Franco3, C. Reygosa1, Y. Barrios3, JS. Medina-Chico 1, F. Gutiérrez4, A. Jiménez4, M. Carrillo-Palau1.

1 Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias 2 Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria. 3 Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de Canarias 4 Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias

Antecedentes

Los fármacos anti-TNF han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero un porcentaje significativo de pacientes presentan falta de respuesta primaria o secundaria. La monitorización terapéutica de fármacos (TDM) es una herramienta valiosa para optimizar el manejo del paciente. El gen HLA-DQA1*05 se ha investigado como un marcador potencial de inmunogenicidad y pérdida de respuesta a la terapia anti-TNF. Este estudio prospectivo y multicéntrico tuvo como objetivo evaluar el impacto clínico de la determinación de los niveles de adalimumab (ADA) y los anticuerpos anti-adalimumab (Abs) en pacientes con EII y la influencia del alelo HLA-DQA1*05 en la respuesta y el mantenimiento del tratamiento con ADA durante un seguimiento de 24 meses.

Métodos

Se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con ADA entre octubre de 2020 y octubre de 2022. Se registraron datos demográficos y características de la EII. Índice de actividad clínica, proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal (FC), endoscopia o actividad radiológica, Evaluación Médica Global (GPA) y PRO (por IBDQ-9) se recogieron prospectivamente al inicio del estudio y al mismo tiempo que los niveles de ADA: semana 4, 10, 30, 12 meses y 24 meses. Se genotipó HLA-DQA1*05 al inicio del estudio. Se utilizó el coeficiente de Pearson para evaluar las correlaciones entre los niveles de ADA y la actividad de la enfermedad.

Resultados

Se incluyeron en total 170 pacientes, de los cuales en el momento actual disponemos de datos con seguimiento a 24 meses de 127 de ellos (edad 43 años \pm 17, 57% mujeres), pendientes de completar el estudio a nivel prospectivo. Los pacientes con EII (78% Enfermedad de Crohn, 21% Colitis Ulcerosa y 1% Colitis Indeterminada) iniciaron ADA, el 82% sin tratamiento previo con anti-TNF y el 38% lo iniciaron combinado con inmunomodulador. Al inicio del estudio, el 80% tenía una enfermedad activa (GPA=1); la PCR y la CF fueron 10,72 \pm 17,85 mg/L y 568 \pm 775 μ g/g; el PRO al inicio del estudio fue 63 \pm 8,6. Se determinó HLA en 167 pacientes, de los cuales 71 (42%) fueron positivos para HLA-DQA1*05. Encontramos una correlación positiva entre la puntuación PRO y los niveles de Hb y albúmina, y una correlación negativa con el índice Harvey, el índice Mayo, el FC y la PCR en la semana 0. Los niveles de ADA al final de la inducción se correlacionaron con los niveles de ADA durante el seguimiento. La concentración sérica de ADA >7 μ g/ml en las semanas 4 y 10 se correlacionó con una mejor respuesta clínica en los puntos temporales correspondientes (p <0,001). Los pacientes con niveles de ADA >7 μ g/ml en la semana 10 demostraron un mejor control de la enfermedad a los 12 y 24 meses. La positividad de HLA-DQA1*05 no se correlacionó con niveles del fármaco, desarrollo de



reacciones adversas o Abs durante el período de observación. Se observó una mejora significativa en los PRO en los pacientes que iniciaron tratamiento con ADA.

Conclusión

La monitorización temprana del nivel de fármaco de Adalimumab puede mejorar el tratamiento de los pacientes con EII. Niveles de ADA $>7 \mu\text{g/mL}$ se asocian con una mejor respuesta clínica a corto y largo plazo, independientemente del HLA-DQA1*05.



LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES DE INFLIXIMAB, PERO NO LA DETERMINACIÓN DE HLA DQ A105* ES ÚTIL PARA PREDECIR LA RESPUESTA CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

B.Vera1, A. Morant1, M.Carrillo-Palau1, M.Vela2, L.Ramos1, A.Franco3, C.Reygosa1, Y.Barríos3, JS.Medina-Chico1, A.Hernández-Pérez1, A.Jiménez4, I. Alonso-Abreu1.

1Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias

2Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Ntra.Sra.de La Candelaria.

3Servicio de Inmunología. Hospital Universitario de Canarias

4Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias.

Antecedentes: Los anti-TNF son útiles en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero el fallo primario y secundario supera el 40%. La monitorización de los niveles de fármaco y sus anticuerpos (ATIs), así como el genotipo HLA-DQA1*05 como predictores de inmunogenicidad, podrían ser útiles para optimizar el manejo de los pacientes. Objetivo: evaluar el impacto clínico de la determinación de los niveles de Infliximab (IFX) y ATIs en pacientes con EII, y la influencia del alelo HLA-DQA1*05 sobre la respuesta y persistencia del tratamiento con IFX.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, prospectivo; se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con IFX entre octubre 2020-octubre 2022. Se registraron datos demográficos, características de la EII y datos clínicos, analíticos y endoscópicos de actividad basal y en las semanas 6, 14, 30 y a los 12 meses, junto a la medición de niveles y ATIs de IFX. Se determinó la tipificación genómica HLA-DQA1*05.

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes, de los cuales en el momento presente se dispone de seguimiento a los 24 meses de 35 (edad media: 45 años \pm 17; 46% mujeres), con EII (43% Enfermedad de Crohn, 51% Colitis Ulcerosa y 6% Colitis Indeterminada) que iniciaron tratamiento con IFX (90% naïve a anti-TNF; 43% iniciaron IFX combinado con tratamiento inmunomodulador). 91% enfermedad activa (VGS=1), y 857% CF>150mg/kg, PRO basal 59,22 \pm 8,72. Se determinó la presencia HLA en 91 pacientes, de los que 35 (38,5%) fueron HLA-DQA1*05 positivos. Al estratificar por niveles, los pacientes con una concentración sérica IFX >3 en semana 6 se correlacionó con: IMM asociado al inicio (p=0,014), PCR<5 (p=0.002), CF <150 (p=0.018), VGS =0 (p=0.010) en semana 6. Asimismo, también se relacionó con VGS0= en semana 14. Niveles de IFX>7 μ g/mL en la semana 6 se relacionaron con mejor control de la enfermedad en semana 6: PCR <5mg/L (p=0,008), CF <150 mg/kg (p=0,011), VGS =0 (p=0,0016, y en semana 14: VGS =0 (p=0,042).) Los niveles de IFX >7 μ g/mL en semana 14 se relacionaron con una enfermedad más estable (VGS=0) y CF <150 en semana 14 (p=0,001 y p=0,0015 respectivamente) y en semana 30 (VGS =0 p=0,019 y CF<150 p=0.027).). El mantenimiento de niveles >3 a los 12 meses, se relacionó con CF <150 a los 12 meses (p=0,001) En el análisis cuantitativo, de forma global, mayores niveles de IFX en semana 6, se relacionaban con mejor control de la inflamación en semana 6 (PCR <5, CF <150, VGS =0), semana 14, semana 30 y 12 meses (CF <150, VGS=0) y PCR <5) 37 (40% pacientes suspendieron IFX) de los cuáles 32 pacientes en el primer 1 año. La suspensión precoz se relacionó con CF >150 en sem 0 (0=0,01), PCR >5 en sem 0 y enfermedad activa en sem 6, sem 14, sem 30. La suspensión de IFX se correlacionó con niveles <3 y <7 en semana 6 (p<0,001 y p<0,001) y semana 14 (p=0,039 y p<0,001) respectivamente

Conclusion: La monitorización temprana de los niveles de fármaco de IFX (en semana 6 y semana 14, al finalizar la inducción) puede optimizar la asistencia a los pacientes con EII. Nuestro estudio muestra que los niveles de IFX>7 μ g/mL están asociados a una mejor respuesta clínica a corto y largo plazo, así como persistencia del fármaco, independientemente de HLA-DQA1*05.



IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA: ESTUDIO CASO-CONTROL

Pablo Alonso, Héctor López, Mónica Peñate, Alberto Fernando Monescillo, Tomás Tosco-Nuñez 2, Nira González, Manuel Rodríguez, Yoel Zacapa, Zuleima Ortega, Nayra Hernández, Jonás Rodríguez, Inigo Ciordia, Haidée Alemán, Rita Quevedo, Ana Cruz Bonilla.

1 Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria 2 Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria

Introducción: La Enfermedad Inflamatoria Intestinal es una patología crónica del tubo digestivo. Cursa con brotes y debe descartarse una infección por Citomegalovirus si son refractarios.

Objetivos: En pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal e infección por Citomegalovirus, analizar sus características, factores de riesgo y evolución posterior.

Pacientes y método: estudio retrospectivo caso-control analizando 50 casos y 50 controles aleatorios con brote de EII entre enero de 2018 y diciembre de 2023. La infección se diagnosticó por PCR en mucosa colónica. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y complicaciones.

Resultados: No encontramos diferencias en cuanto al sexo y tipo de Enfermedad Inflamatoria. Encontramos diferencias significativas ($p < 0,05$) entre casos y controles: edad en el episodio: 51 y 41 años; edad al diagnóstico EII: 47 y 36 años; clínica de diarrea con sangre 90% (45) vs 32% (16); tratamiento IS previo 30% (15) vs 16% (8); indicación del clínico de la biopsia 70% (35) vs 60% (30); diagnóstico en paciente hospitalizado 52% (26) vs 12% (6). Encontramos el debut de la Enfermedad Inflamatoria en ese episodio 16% (8) vs 30% (15) y una colonoscopia completa 24% (12) vs 72% (36). En el análisis multivariante son factores de riesgo independientes el tratamiento con metilprednisolona intravenosa, la gravedad clínica moderada-grave y la corticorrefractariedad

Conclusiones: en nuestros pacientes se asocia al tratamiento con metilprednisolona intravenosa, gravedad clínica moderada-grave y corticorrefractariedad; cuando la indicación para la toma de biopsia se basa en criterios clínicos; y no conlleva futuras escaladas terapéuticas, aunque si mayores tasas de colectomía.



OPTIMIZACIÓN DE LA INDUCCIÓN DEL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB MEDIANTE MODELO FARMACOCINÉTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

F. Pérez-González; B. Del Rosario-García; I. Alonso-Abreu; M. Carrillo-Palau; C. Reygosa; JS. Medina-Chico; S. Medina-Heras; F. Benítez-Zafra; A. Morant-Domínguez; B. Vera-Santana; F. Gutiérrez-Nicolás; M. Hernández-Guerra; L. Ramos.

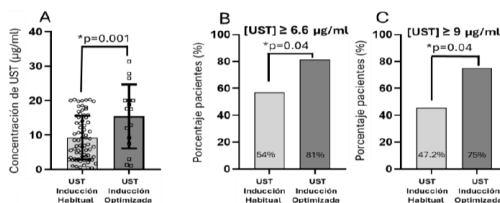
Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Antecedentes: La monitorización terapéutica y el modelo farmacocinético, implementados en el tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, mejoran la eficacia y reducen los efectos secundarios de los fármacos. Recientemente, se han establecido niveles de Ustekinumab (UST) asociados con objetivos terapéuticos, principalmente durante la inducción, planteando la necesidad de una adecuada optimización de esta fase para mejorar la respuesta al tratamiento con UST. Objetivos: Evaluar la efectividad de la optimización proactiva de las dosis de UST mediante modelización farmacocinética durante la inducción (concentración objetivo en la semana 8) en el tratamiento de la EII con UST.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo comparativo sobre pacientes diagnosticados de EII que iniciaron tratamiento con UST divididos en 2 grupos: pauta habitual de inducción (dosis inicial de UST por vía endovenosa ajustada a peso) o pauta optimizada de inducción (tras dosis inicial de UST por vía endovenosa ajustada a peso se realiza medición de concentraciones de UST a las 4 semanas y según modelo farmacocinético (incluyendo variables de peso, talla y valor de albumina sérica) se ajusta la pauta de inducción). La concentración plasmática de UST se realizó mediante ELISA a las 4 semanas en grupo optimizado y a las 8 semanas del inicio de tratamiento en todos los pacientes. Se revisaron los datos relacionados con la EII y la situación clínica de los pacientes en el momento de inicio del tratamiento con UST.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes; 72 pacientes en el grupo con pauta habitual (hombres 52.8%; enf. Crohn 59.2%; uso biológico previo 95.8%; calprotectina fecal >150g/kg 61.5%) y 16 pacientes en el grupo optimizado (hombres 56.3%; enf. Crohn 68.8%; uso biológico previo 93.88%; calprotectina fecal >150g/kg 68.8%), sin diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos. La concentración media de UST al final de inducción (8 semanas) fue significativamente mayor en los pacientes con optimización mediante modelo farmacocinético frente a la pauta habitual (15.4 [10.4-20.3] µg/ml vs 9.2 [7.7-10.7] µg/ml; p<0.0018) (Fig. A). En el grupo optimizado, 6 pacientes (37.5%) recibieron dosis adicionales endovenosas de UST (3 pacientes 1 dosis y 3 pacientes 2 dosis endovenosas de UST antes de la semana 8). La tasa de pacientes que logran una concentración de UST ≥ 6.6 µg/ml (relacionado con remisión bioquímica a la semana 12 y 24) y ≥ 9 µg/ml (asociado con la durabilidad del tratamiento ≥ 12 meses) es significativamente mayor en el grupo optimizado frente a los que reciben la pauta habitual (Fig. B y C).

Conclusiones: La pauta optimizada del tratamiento con UST mediante ajuste proactivo de, basado en modelos farmacocinéticos, logra una concentración diana de UST en la inducción lo que permite garantizar la eficacia del tratamiento.





HEPATITIS A RECURRENTE COLESTÁSICA

Paula Moreno Martín, Francisco Javier García Solo de Zaldivar, Paco Pérez Hernández

Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

INTRODUCCIÓN:

La hepatitis A recurrente es una manifestación atípica de la infección por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya prevalencia se estima en torno al 1,5%-20% (1). El mecanismo fisiopatológico más aceptado mediante el cual se desarrolla una recurrencia es en el cual el VHA no es eliminado completamente en la primera fase de la hepatitis, por lo que es capaz de tener una nueva replicación y ocasionar un segundo episodio de enfermedad. Esto podría explicarse en pacientes con alteración de la inmunidad, como es el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La gravedad de los síntomas y las anomalías bioquímicas son esencialmente las mismas que las observadas durante la enfermedad inicial, excepto por una tendencia a una mayor colestasis (2). El manejo de la infección es sintomático y de soporte.

CASO CLÍNICO:

Paciente varón de 25 años, con antecedente de infección VIH con buen control, que acude al servicio de urgencias por cuadro pseudogripal de unos 10 días de evolución, con mialgias, astenia, náuseas con inapetencia a la comida y algún vómito alimentario aislado. Los tres primeros días, presentó fiebre de hasta 40°C. Posteriormente presenta coluria, acolia e ictericia. Ha tenido relaciones sexuales de riesgo en los últimos dos meses. No ha tomado medicamentos nuevos, productos de herbolario, productos de gimnasio. No tatuajes recientes, ni piercings, ni transfusiones.

Se realiza una analítica urgente, donde destaca: Bilirrubina total de 10.39 mg/dl (a expensas de directa con 7.89 mg/dl), GOT/GPT 798/2311 U/L, GGT/FA 175/237 U/L, Leucocitos 10330 (N 3220, L 5570, M 1290), TP 84%, INR 1.09. Ante estos datos, la principal sospecha es de hepatitis aguda sin criterios de gravedad. Se realizan serologías virales, con anticuerpos anti-VHA IgM e IgG positivos. Consta un resultado previo positivo para la IgG unos 7 meses antes y otro negativo 10 meses antes. Con ello, se asume el diagnóstico de hepatitis A recurrente colestásica.

Ante la ausencia de datos de gravedad y la buena evolución del paciente, se decide el alta con control en consultas externas, resolviéndose el cuadro de manera satisfactoria, con normalización de todos los parámetros hepáticos.

CONCLUSIÓN: La hepatitis A recurrente es rara, si bien no parece alterar el pronóstico benigno de la enfermedad.

REFERENCIAS: 1. Muñoz-Matinez SG, Diaz-Hemández HA, Suárez-Flores D, Sánchez-Ávila JF, Gambea-Dominguez A, García-Juarez I, « al. Manifestaciones atípicas de la infección por el virus de la hepatitis A. Rev Gastroenterol Mex. 2018;83(2) 134-43. 2. Cuthbert JA. Hepatitis A: old and new. Clin Microbiol Rev. 2001 Jan; 14(1):38-58, doi: 10.1128/CMR. 14.1.38-58.2001. Erratum in: Clin Microbiol Rev 2001 Jul; 14(3):642. PMID: 11148X02; IMCID: PMC88961



LINFOMA FOLICULAR DUODENAL PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO RARO

Laura Martín Meneses, Carmen Iglesias Sobrino, Lucía Navazo Bermejo, Pilar Borque Barrera, Silvia Morales González, Laura Díaz Hernández

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los Linfomas No Hodgkin (LNH), el linfoma folicular es el segundo más frecuente en los países occidentales y Estados Unidos, representando el 35% de los LNH. Sin embargo, el linfoma folicular gastrointestinal representa menos de un 4% de todos los linfomas foliculares, siendo en este caso, la localización más frecuente el duodeno.

En 1997 se diagnosticó el primer caso de Linfoma folicular duodenal primario. Posteriormente, se han ido publicando informes de casos o series de casos aislados. Incluyéndose como subtipo de linfoma folicular en la clasificación de tumores linfoides y hematopoyéticos de la OMS en 2016. Debido a su rareza, no se han publicado directrices con respecto al diagnóstico y el manejo de estos pacientes.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con clínica larvada de años de evolución de dispepsia y pirosis refractario a tratamiento crónico con Omeprazol. Se solicita una gastroscopia. A nivel de la segunda porción duodenal se observa un área de mucosa engrosada con punteado blanquecino llamativo, con posible relación con patología linfática. Se toman biopsias. Finalmente, la anatomía patológica confirma el diagnóstico de linfoma folicular con patrón nodular grado I-II.

Se presenta el caso en comité de tumores. Se decide tratamiento con radioterapia ya que se trata de un Linfoma No Hodgkin folicular duodenal primario de localización única sin afectación nodal. Posteriormente, tratamiento de mantenimiento con Rituximab. En la gastroscopia de control, 18 meses después se objetiva remisión completa.

DISCUSIÓN

El linfoma folicular duodenal primario se caracteriza por ser localizado, sin compromiso nodal, presenta un inmunofenotipo similar al del linfoma folicular nodal, expresando positividad de CD20, CD79a, CD10, BCL-6, BCL-2 y BACH2, y muestran una falta de expresión para los marcadores CD5, CD23, CD43, ciclina D1, MUM-1, Blimp-1 y células T. Así como la típica traslocación t(14:18)(q32;q21). A diferencia del resto de linfomas foliculares nodales, casi siempre es diagnosticado en estadio temprano (estadio I y II de la Clasificación Ann Arbor).

Suelen ser asintomáticos. En el caso de presentar sintomatología esta suele ser en forma de dolor abdominal, náuseas, vómitos y en ocasiones hemorragia digestiva alta. No existe predilección en cuanto al sexo, aunque se observa una ligera tendencia hacia el sexo femenino y suele diagnosticarse entre los 50 y los 70 años.

El manejo de elección en los casos publicados varía desde observación durante al menos 6 años hasta manejo con rituximab en monoterapia o combinación con radioterapia, siendo este último, el tratamiento elegido en los pacientes sintomáticos.



DOCTOR, ME DUELE LA RODILLA

Carmen Iglesias Sobrino, Jorge Negrín Rey, Hildo Rodríguez Santos, Carmen Yolanda Rodríguez Díaz

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

INTRODUCCIÓN

El riesgo de complicaciones de clases específicas de medicamentos para las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) se puede mantener bajo respetando las contraindicaciones. Los pacientes con EII con frecuencia desarrollan infecciones graves resultantes de la enfermedad en sí o de su tratamiento. En concreto, los antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF) promueven todo tipo de infecciones graves y oportunistas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 50 años con AP de pancolitis ulcerosa diagnosticada en 2016, en tratamiento con Adalimumab 40 mg cada 2 semanas desde 2021. El paciente acude al servicio de urgencias de nuestro centro por inflamación progresiva de la rodilla izquierda, acompañada de eritema y dolor de 48 horas de evolución. Como único antecedente relevante, refiere caída sobre la misma rodilla con pequeña erosión cutánea 2 semanas antes del inicio del cuadro. Desde el servicio de urgencias se realiza artrocentesis diagnóstica donde se evidencia líquido hemático no inflamatorio. Además, se infiltra tratamiento anestésico y analgésico. En un primer momento el paciente es dado de alta del servicio de urgencias. Ante la ausencia de mejoría, el paciente consulta de nuevo. En esta ocasión, el paciente presenta mayor tumefacción, eritema de predominio en la zona patelar y aumento de la temperatura local. A la exploración física destaca un endurecimiento en la zona poplíteo y el tejido celular subcutáneo de todo el miembro inferior izquierdo. Ingres a cargo de Reumatología con sospecha clínica de bursitis de origen infeccioso. Se inicia antibioterapia empírica y ante la evolución tórpida, se contacta con el servicio de traumatología para lavado quirúrgico de la bursa. Tras 3 semanas de antibioterapia endovenosa el paciente es dado de alta.

DISCUSIÓN

La bursitis séptica es una enfermedad frecuente. Debido a su localización subcutánea y a la exposición a traumatismos locales, las bursas superficiales, olecraneana, prepatelar e infrapatelar son las más afectadas. Ocurre con más frecuencia en varones entre la cuarta y la quinta décadas de la vida, en profesiones en las que se ejerce presión sobre las bursas. Los factores de riesgo sistémicos son la diabetes mellitus, el abuso de alcohol, la inmunosupresión, el tratamiento con corticoides a dosis elevadas y la insuficiencia renal. Las principales manifestaciones clínicas son fiebre, tumefacción, celulitis peribursal y afección de la piel que rodea la bursa. *Staphylococcus aureus* es el responsable de hasta el 80% de los casos, y otros gérmenes implicados con menor frecuencia son *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus agalactiae*, anaerobios y gramnegativos. El tratamiento se basa en el uso temprano y apropiado del antibiótico, aspiraciones frecuentes y duración del tratamiento basada en los resultados de los cultivos de las aspiraciones. La mayoría de los casos de bursitis séptica tienen buen pronóstico, con evolución favorable con el tratamiento indicado. Sin embargo, puede complicarse por coexistir o producir artritis séptica por contigüidad.

También se puede producir una extensión a los tejidos blandos adyacentes con desarrollo de fascitis necrosante. Aunque inusual, la osteomielitis puede ocurrir en el hueso adyacente a la bursa infectada. En general la recuperación es completa en la mayoría de los pacientes, sin secuelas ni recurrencias.



PRESENTACIÓN ENDOSCÓPICA EN 'BOCA DE PEZ' DE UN CASO DE TUMOR MUCINOSO PAPI-LAR INTRADUCTAL

Pablo Alonso 1, Javier Cabrera 2, Nira González 1, Manuel Rodríguez 1, Zuleima Ortega 1, Yoel Zacapa 1, Violeta Malo De Molina 1, Jonás Rodríguez 1, Luis Peña 1, Alberto Monescillo 1, Carlos Sánchez 1, Ana Cruz 1

1. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria
2. Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa

Los tumores papilares mucinosos intraductales (TMPI) son lesiones intraductales que presentan un epitelio se-cretor de mucina y que pueden desarrollar papilas proyectadas hacia la luz de los ductos pancreáticos. Tienen mayor prevalencia en hombres entre 60-70 años y se localizan con frecuencia en la cabeza del páncreas. Los TMPI producen el signo patognomónico llamado "boca de pez" que consiste en la visualización de mucina a través de la papila duodenal.

Presentamos el caso de un varón de 70 años ingresado a cargo de medicina interna por un síndrome constitu-cional con pérdida de unos 20 kilos y un fracaso renal agudo con vómitos y anemia. Se realiza una endoscopia digestiva alta (EDA) en la que se objetiva con el gastroscopio una secreción de moco que no se consigue identificar el origen. Durante el mismo proceso se cambia a un duodenoscopio para conseguir visualizar la papila y es cuando se objetiva que proviene de la papila mayor (Imagen 1) y la menor (imagen 2) la secreción de moco. Tras esta prueba se realiza una ecoendoscopia (imagen 3) y una tomografía computarizada (imagen 4) en el que se confirma la presencia en la cabeza del páncreas de un TMPI de rama principal que produce una dilatación del Wirsung.

La boca de pez es uno de los pocos hallazgos patognomónicos que nos podemos encontrar a la hora de reali-zar una endoscopia. En este caso ha sido clave a la hora de realizar el diagnóstico orientando al médico en las siguientes pruebas complementarias a solicitar.



SARCOMA DE KAPOSI, INUSUAL CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Yoel Alejandro Zacapa Espinoza, Nira González Del Pino, Carlos Rodríguez Bolaños, Javier Cabrera Valencia, Pablo Alonso Castellano, Manuel Rodríguez Carmona, Zuleima Ortega Marrero, Luis Peña Ferrera, Jonás Rodríguez Castellot, Ana Cruz Bonilla, Ana Castellot Martin

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

Introducción: El sarcoma de Kaposi es una neoplasia de células endoteliales linfática que se asocia con frecuencia con el virus herpes 8 (HHV8), siendo más frecuente en los hombres. La afectación gastrointestinal es más frecuente en pacientes VIH positivo, siendo generalmente de curso silente, diagnosticándose tardíamente y comportando peor pronóstico.

Endoscopia: Mujer de 82 años, con antecedentes de hipertensión, DM2 y deterioro cognitivo por angiopatía mieloide. Ingreso en traumatología por fractura de cadera que requirió intervención quirúrgica. Se objetivan lesiones cutáneas violáceas, asintomáticas, de predominio en piernas, que se biopsian. Posteriormente presenta dolor abdominal y melenas con anemia. Se realiza endoscopia digestiva alta en la que se objetivan en cuerpo y antro múltiples lesiones sobrelevadas, eritematosas, de aspecto vascular, de unos 10mm en cuerpo proximal la mayor, con ulceración central, estigmas de sangrado reciente y se toman biopsias. Se optó por actitud conservadora dada la situación basal de la paciente. La anatomía patológica gástrica y de la piel confirman infiltración de ambos órganos por sarcoma de Kaposi. Finalmente se desestimó tratamiento oncoespecífico y falleció meses después.

Conclusiones: Aunque la afectación gastrointestinal por el sarcoma de Kaposi no es frecuente, su presentación como hemorragia digestiva alta no es habitual. Debemos añadirlo al diagnóstico diferencial al encontrar lesiones de aspecto vascular en la mucosa digestiva aunque no tengamos diagnóstico de inmunosupresión previa.



AFECTACIÓN COLÓNICA EN CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO

Autores: Pablo Alonso, Nira González, Manuel Rodríguez, Zuleima Ortega, Yoel Zacapa, Jonás Rodríguez, Luis Peña, Ana Cruz.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas de Gran Canaria

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente y el que mayor número de muertes causa en la población femenina en España. Las metástasis se localizan habitualmente en el hígado, los pulmones y el sistema óseo. Sin embargo, la afectación colorrectal debido a este tipo de cáncer es rara. Por lo general, el cáncer de mama lobulillar y el tipo mixto (que combina características de carcinoma ductal invasivo y lobulillar) son los que más frecuentemente dan lugar a metástasis gastrointestinales extrahepáticas.

Presentamos el caso de una mujer de 63 años con antecedentes de carcinoma lobulillar de mama infiltrante (pT1c N3a M0) diagnosticado en 2013, tratado inicialmente con cirugía, quimioterapia y radioterapia; posteriormente con hormonoterapia hasta 2020. La paciente sufre una recaída en 2022 con afectación hepática para la que se inicia tratamiento con abemaciclib y letrozol; sustituyendo (por efectos secundarios) el primero por palbociclib.

Ingresa en el mes de septiembre de 2024 por un deterioro de la función renal de origen prerrenal y un cuadro de fiebre con bacteriemia aislando en los hemocultivos un *Streptococcus equinus*. Dada las características de la bacteria se solicita un ecocardiograma para descartar una endocarditis (que se descartó) y una endoscopia digestiva baja (EDB) para descartar una neoplasia colónica. En la EDB se objetiva en colon transverso e izquierdo hasta unos 35 centímetros del margen anal mucosa edematosa, eritematosa (imágenes 1 y 2), friable a la toma de biopsias, sin aftas ni ulceraciones. La anatomía patológica reveló que la mucosa estaba infiltrada por un carcinoma pobremente diferenciado con morfología focal en anillo de sello con el estudio de inmunohistoquímica (IHQ) compatible con origen lobulillar mamario con receptores de estrógenos y progesterona negativos, Ki 67: 20%, p53 negativa, Ck 19 positiva y E-cadherina negativa.

Las metástasis a nivel del tracto gastrointestinal no son frecuentes, siendo ligeramente mayor a nivel gástrico que colónico. No tienen una clínica específica y la apariencia endoscópica no es característica por lo que la toma de biopsias es fundamental para el estudio de la morfología celular y la inmunohistoquímica (uso de los marcadores) ya que estas nos dan un diagnóstico como en este caso y pueden **ayudar a la toma de decisiones del tratamiento**.



NO TODO LO QUE PARECE NEOPLÁSICO LO ES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Laura Martín Meneses, Carmen Iglesias Sobrino, Cristina Suárez Montesdeoca, Javier García Solo de Zaldívar, Silvia Acosta López, Ana Arencibia Almeida, Luis Cejas Dorta

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

INTRODUCCIÓN

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una manifestación rara de la infección por *Chlamydia trachomatis* causada por los serotipos L1, L2 y L3, con linfadenopatía inguinal y proctitis.

Su incidencia ha ido aumentando en los últimos años debido al auge de prácticas sexuales de riesgo como el “chem sex”, sobre todo entre la población homosexual con infección por VIH concomitante y recepción anal reciente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 45 años con AP de infección por VIH A2 en seguimiento por medicina interna. En terapia antirretroviral con carga viral indetectable y CD4 270.

Acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal difuso, con predominio en hemiabdomen izquierdo de 20 días de evolución, con hiporexia y tendencia al estreñimiento brusca. Pérdida de 5 Kg y rectorragia autolimitada.

Se realiza TC abdomen-pelvis con contraste objetivándose un engrosamiento heterogéneo rectal sugestivo de proceso neofornativo. Se realiza colonoscopia con hallazgos compatibles con proctitis de aspecto infeccioso; sin visualizarse patología sospechosa de malignidad. Se toman muestras para cultivo, screening de ETS y anatomía patológica. El screening de ETS mostró positividad para *C.trachomatis* (serotipo L2b, compatible con LGV).

DISCUSIÓN

Una vez se produce la infección por *C.trachomatis*, existe un periodo de incubación de 2 semanas, tras lo que aparecen pápulas, pústulas o úlceras genitales indoloras. A los 2 meses, durante la infección secundaria, aparece la clínica digestiva (supuración, proctalgiya, estreñimiento, rectorragias, tenesmo).

Con respecto al diagnóstico, la PCR es el método de elección, siendo capaz de discernir entre los distintos serotipos. El diagnóstico clínico, basado meramente en la anamnesis y la exploración física, deriva en un tratamiento empírico para otras ETS, lo que puede conllevar complicaciones a largo plazo.

El tratamiento de elección del LGV es Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 21 días, no solo 7 días como ocurre en otras infecciones por *C.trachomatis*.

En conclusión, se trata de una enfermedad en claro auge en nuestra población, en situación de infradiagnóstico. La colonoscopia precoz, permite caracterizar las lesiones y su extensión, permitiendo la toma de muestras para estudios inmunohistoquímicos y moleculares específicos.

COLABORAN

abbvie

sanofi

REGENERON

Lilly

 FARMASIERRA
LABORATORIOS
CALIDAD E INNOVACIÓN

AstraZeneca 

 IPSEN

 TILLOTTS PHARMA
ZERIA GROUP

 Pfizer

ALFASIGMA 

 Salvat



SCPD2024
www.scpd.info



SECRETARÍA TÉCNICA
Magna Congresos S.L.
jornadasSCPD@magnacongresos.es
www.magnacongresos.com
922 65 62 62