

RECTORRAGIA MASIVA EN PACIENTE CON ILEITIS DE CROHN

B. del Val Oliver, L. Abenza Oliva, L. Serrano Díaz, M. Gómez Lozano, C. Marín Bernabé, D. García Belmonte, R. Gómez Espín, I. Nicolás de Prado, E. Egea de Simón, AM. García Albert, FJ. Rodríguez Gil, JJ. Martínez Crespo

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

Introducción:

La hemorragia digestiva severa —aquella que produce un descenso brusco de hemoglobina $\geq 2\text{g/dL}$ por debajo del valor basal, o que precisa trasfusión de ≥ 2 concentrados de hematíes en 24h— es una complicación rara aunque con alta tasa de recurrencia en pacientes con enfermedad de Crohn que requiere de una rápida intervención, pudiendo a precisar resección intestinal del tramo implicado.

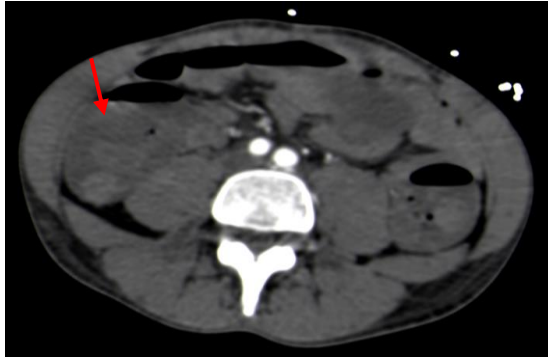
Caso clínico:

Varón de 29 años que ingresa por cuadro de 3 meses de evolución de dolor abdominal con distensión, meteorismo y digestiones pesadas. No asocia cambios en el ritmo intestinal, aunque sí pérdida de 9Kg de peso desde el inicio de la clínica, ofreciendo un aspecto demacrado. En estudio radiológico, endoscópico e histológico se evidencia lleitis de Crohn activa con patrón fistulizando como causa del cuadro suboclusivo.



TAC abdomino-pélvico con contraste oral e iv: Marcado engrosamiento de la pared de un segmento largo de ileon terminal (flecha roja) con importante alteración de la grasa adyacente

Se inicia tratamiento con esteroides iv a dosis plenas, así como suplementos de nutrición enteral, a lo que responde favorablemente. Además, dada la agresividad del brote, tras estudio pre-antiTNF normal, se inicia durante el ingreso tratamiento con azatioprina y posteriormente infliximab, sin presentar complicaciones durante la infusión de este último. 24h después, presenta brusco empeoramiento con dolor, diarrea y rectorragia masiva. Se realiza colonoscopia urgente, sin encontrar el punto de sangrado por abundante contenido hemático en colon. Ingresa en UCI para mantener estabilidad hemodinámica, donde se transfunden 4 concentrados de hematíes, 3 de plasma y 1g de fibrinógeno. Se practica AngioTC de Arteria Mesentérica, que sospecha punto de sangrado en colon derecho, sometiéndose a continuación a cirugía urgente con hemicolectomía derecha + resección 15 cm de ileon terminal. Tras postoperatorio favorable, es finalmente dado de alta.



AngioTC fase arterial (1) y venosa (2): Contenido denso intraluminal con localización mayormente central en asas de colon ascendente y descendente. Excepción de un foco ligeramente **mas denso con localización periférica, que está en contacto con la pared posterior del tercio medio del colon derecho** y que además es el punto denso mas proximal, pudiendo sugerir un coágulo en el punto de sangrado.

Comentarios:

No hay consenso acerca de la secuencia de tratamiento de la hemorragia severa en el enfermo de Crohn dado que, al contrario de lo que sucede en la Colitis Ulcerosa, en estos pacientes la cirugía no es curativa. Después de estabilizar al paciente, la endoscopia suele ser el primer procedimiento para localizar y tratar la fuente de sangrado, sin embargo, suele ser difícil localizar el foco debido a la presencia de numerosas lesiones. Aunque algunos autores abogan por el tratamiento médico (azatioprina, infliximab) tras haber obtenido resultados satisfactorios en algunos pacientes, el porcentaje de recurrencia es elevado. La cirugía es inevitable en aquellos que presentan hemorragia masiva con inestabilidad hemodinámica. Previo a la intervención, la arteriografía mesentérica puede ser de gran utilidad al permitir una resección más limitada.

RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN LA REGIÓN DE MURCIA DEL GRUPO GEMEII.

García-Albert. AM¹, García-Paredes R¹, Torrella Cortés E², Martínez Jiménez T³, Angel Rey JM³, García-Tercero I⁴, Martínez-Pascual C⁵, Castillo Espinosa JM⁵, Andreu Plaza. JL⁶, Torregrosa Lloret M⁴, Chacón Martínez. S², Rodríguez Lozano. A⁶.

Sección de Aparato Digestivo, HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA ¹. Sección de Aparato Digestivo HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER DE MURCIA ². Sección de Aparato Digestivo HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ DE LORCA ³. Servicio de Aparato Digestivo COMPLEJO HOSPITALARIO DE CARTAGENA⁴. Sección de Aparato Digestivo HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DE CARTAGENA⁵. Sección de Aparato Digestivo HOSPITAL VIRGEN DEL CASTILLO DE YECLA⁶.

INTRODUCCIÓN

La recurrencia postquirúrgica de la Enfermedad de Crohn es un problema frecuente. La gravedad de la recurrencia endoscópica, correlaciona con el posterior desarrollo de recurrencia clínica, su gravedad y también con complicaciones y necesidad de reintervención.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio es describir las características de los pacientes con enfermedad de Crohn intervenidos, determinando parámetros preoperatorios asociados con la intervención, y características asociadas con la recurrencia postquirúrgica de la enfermedad, evaluando la recurrencia endoscópica mediante el Índice de Rutgeerts en los 12 meses tras la cirugía.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio longitudinal retrospectivo multicéntrico en la Región de Murcia de 6 hospitales. Incluye los pacientes intervenidos de Enfermedad de Crohn Ileo-Cecal entre enero de 2008 y enero de 2013. Variables: datos sociodemográficos, tabaco, clasificación de la enfermedad (Montreal), gravedad de la enfermedad, tipos de tratamiento previos a intervención, causa de intervención, monitorización endoscópica en el año de la intervención, tratamiento previo y tras la cirugía y necesidad de intensificación terapéutica en función de la actividad endoscópica tras cirugía. El análisis estadístico se ha realizado mediante programa Epi info: análisis bivariante de asociación entre las diferentes variables recogidas y las variables resultados definidas por la necesidad de cirugía, la recurrencia postquirúrgica y la respuesta al tratamiento médico tras la cirugía.

RESULTADOS

Se incluyeron 71 pacientes: (49 hombres y 22 mujeres) con edad media de 35,8 años (DS: 13,2). Fenotipo inflamatorio 27%, estenosante 24% y fistulizante 49% (Figura 1). Fumadores al diagnóstico 49%. Índice de Rutgeerts endoscópico al año de cirugía: 75% i0-i1; 25% superior a i1 (Figura 2). En el análisis bivariante los hallazgos positivos para asociación fueron: corticodependencia prequirúrgica y presencia de actividad endoscópica al año de la cirugía (Rutgeerts >i0) con OR=3,24 (IC 1,04-10,07); tratamiento biológico previo a Cirugía con Infliximab y recurrencia Rutgeerts >i0 con OR = 5,9583 (IC 1,5707-22,6018) (Tabla I). No se ha obtenido significación en la asociación entre sexo, edad, patrón fenotípico (Montreal), tabaco o causa de cirugía con recurrencia endoscópica al año de cirugía.

CONCLUSIONES:

Solo el 25% de nuestros pacientes presentaron índice de recurrencia endoscópica al año de la cirugía de alto riesgo de progresión (i2-i4 de Rutgeerts). En nuestro medio la corticodependencia previa a la cirugía se asocia con actividad endoscópica al año de la intervención, junto con el tratamiento con Infiximab previo a la cirugía.

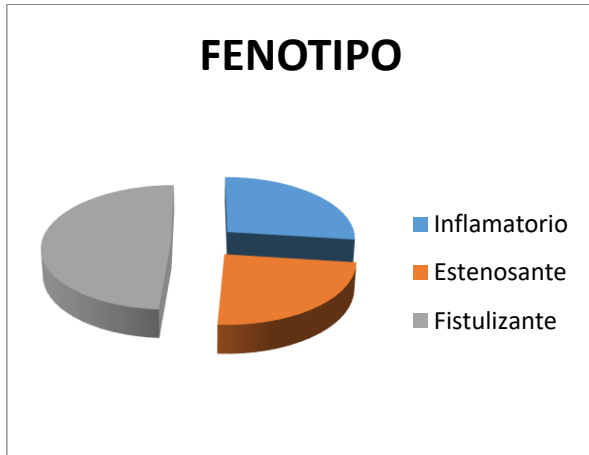


Figura 1

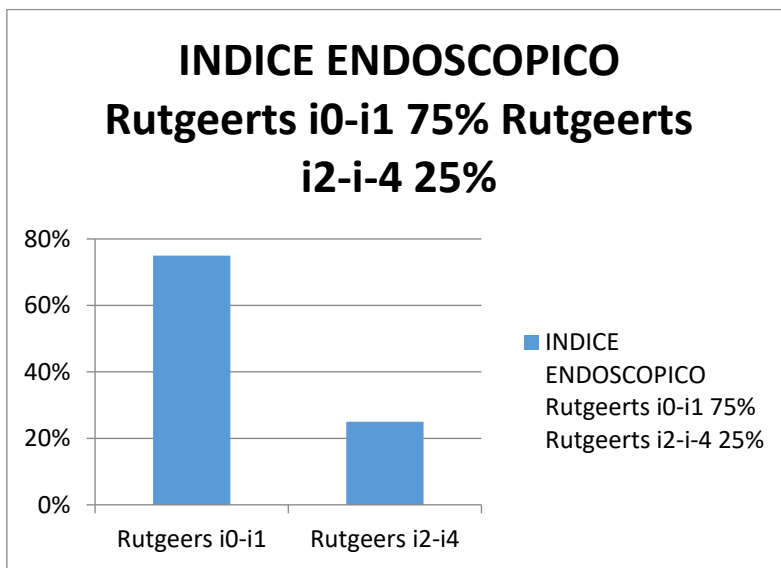


Figura 2

ANÁLISIS BIVARIANTE : HALLAZGOS POSITIVOS PARA ASOCIACIÓN	
Corticodependencia + recurrencia postquirúrgica Rutgeerts >i0	OR= 3.24 ((IC 1,04-10,07)
Tratamiento biológico previo a Cirugía con Infiximab y recurrencia Rutgeerts >i0	OR = 5,9583 (IC 1,5707-22,6018

Tabla I

APENDICITIS EPIPLOICA COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Tomás Pujante, Paula; Sánchez Torres, Antonio; Jiménez Sánchez, Andrés Francisco, Iglesias Jorquera, Elena; Carrilero Zaragoza Gabriel; Estrella Diez, Esther; Antón Ródenas, Gonzalo

INTRODUCCIÓN:

La apendicitis epiploica, puede simular diversos cuadros abdominales, algunos de ellos quirúrgicos. Presentamos dos casos, uno de ellos con diagnóstico inicial de diverticulitis aguda y otro de ellos como apendicitis aguda.

CASO CLÍNICO

El primer caso se trata de un varón de 66 años, que consulta en urgencias por dolor abdominal intenso de inicio súbito, localizado en fosa iliaca izquierda de 2 días de evolución.

A la palpación abdominal presenta dolor en fosa iliaca izquierda, con defensa voluntaria y blumberg positivo.

Análíticamente cabe destacar la elevación discreta de PCR, siendo el resto normal.

Ecografía de abdomen resulta normal. Debido a la persistencia del dolor, se decide ingreso del paciente, con diagnóstico de sospecha de diverticulitis aguda, iniciándose antibioterapia.

Durante su ingreso, se realiza TC abdominal ante la persistencia de dolor, que informa de apendicitis epiploica

El segundo caso se trata de un varón de 30 años, que consulta por dolor abdominal en fosa iliaca derecha, de 24 horas de evolución.

A la exploración, presenta dolor en fosa iliaca derecha con signos de irritación peritoneal. Ante la sospecha de apendicitis aguda, se solicita TC de abdomen que es concluyente para apendangitis.



Imagen izquierda: en plano coronal y axial se observa lesión ovalada de contenido graso bien definida, hallazgo típico de apendicitis epiploica. Imagen derecha: lesión nodular grasa en fosa iliaca derecha sugestiva de apendangitis.

DISCUSIÓN:

La apendicitis epiploica es un infarto isquémico de un apéndice epiploico causado por torsión o trombosis espontánea de la vena de drenaje central del apéndice. Se trata de una condición benigna y autolimitada.

Se presenta como un dolor de inicio agudo/ subagudo, localizándose en cuadrante inferior izquierdo en el 60-80% de los pacientes, simulando diverticulitis aguda, pero también puede presentarse en cuadrante inferior derecho, simulando una apendicitis aguda.

El TC constituye el método de elección para el diagnóstico.

Los pacientes pueden ser manejados de manera ambulatoria con antiinflamatorios orales. La antibioterapia no está indicada ya que puede conducir a necrosis grasa aséptica.

BIBLIOGRAFÍA:

-Pines BR, Beller J. Primary torsion and infarction of the appendices epiploicae. Arch Surg 1941; 42:775

-Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, et al. Insights into epiploic appendagitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8:45.

-Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis--clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Surg 2007; 7:11.

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE UN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA CON HALLAZGO INESPERADO

Blanca Martínez Andrés, José Francisco Sánchez Melgarejo, José María Rubio Mateos, Silvia Chacón Martínez, Emilio Torrella Cortés, Enrique Pérez-Cuadrado Robles, Paloma Bebia Conesa, Jose Luis Rodrigo Agudo, Pilar Esteban Delgado, Enrique Pérez-Cuadrado Martínez.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con brotes de actividad de intensidad variable. La complicación más grave es aquella que deriva en la necesidad de realizar una proctocolectomía total por refractariedad al tratamiento médico habitual.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 41 años diagnosticado de CU a los 17 años sin tratamiento ni seguimiento por decisión propia. En Abril de 2016 consulta por dolor abdominal y deposiciones sanguinolentas iniciándose tratamiento ambulatorio con mesalazina y corticoides 30 mg vo. Tras persistir clínica, ingresa en nuestro servicio como brote de CU. Se inicia tratamiento con corticoides a dosis plenas y se realiza rectoscopia con datos de rectitis ulcerosa con actividad severa. Tras empeoramiento de clínica se realiza estudio pre- antiTNF con la idea de iniciar tratamiento biológico lo antes posible. Se solicita como de manera habitual serología, dando resultado positivo para VIH. Tras consultar con servicio de infecciosas, detectan infección reciente y comienzan con tratamiento antiretroviral por su parte, a la vez que por la nuestra iniciamos dosis estándar de IFX a la que el paciente presenta respuesta insuficiente. Tras informar al paciente de su reciente infección por VIH, el paciente rechaza totalmente la idea de cirugía profiláctica, encontrándose en situación depresiva. Valorado por psiquiatría y tras empeoramiento de la clínica, se realiza inducción acelerada de IFX sin mejoría por lo que conjuntamente con el paciente, se decide realizar cirugía programada con colectomía total. En quirófano, evidencian megacolon tóxico con perforación durante la manipulación por lo que se reconvierte a colectomía subtotal hasta tercio medio de colon sigmoide e ileostomía terminal en FID con fístula mucosa en sigma. Al octavo día postoperatorio, empeoramiento clínico y analítico que precisa de nueva intervención evidenciando evisceración y colecciones interasas que se lavan y drenan con refuerzo de ileostomía y fístula mucosa. Tras 50 de ingreso, el paciente se mantiene estable pudiéndose dar de alta.

CONCLUSIONES

El control del brote y el mantenimiento de la remisión mediante tratamiento médico es lo ideal en la EII, porque generalmente implica menor riesgo y proporciona la mejor calidad de vida posterior. No obstante, los fármacos disponibles tienen limitaciones. La cirugía, en ocasiones supone la única alternativa o la alternativa preferente. En nuestro caso, el diagnóstico reciente de VIH hizo que el paciente se negara en un principio a esta alternativa, por lo que el tratamiento se veía más limitado a intensificación de biológicos.

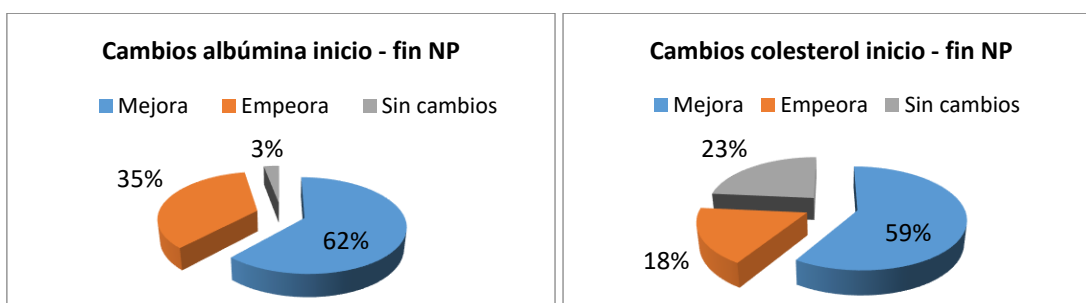
EMPLEO DE NUTRICIÓN PARENTERAL COMO APOYO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

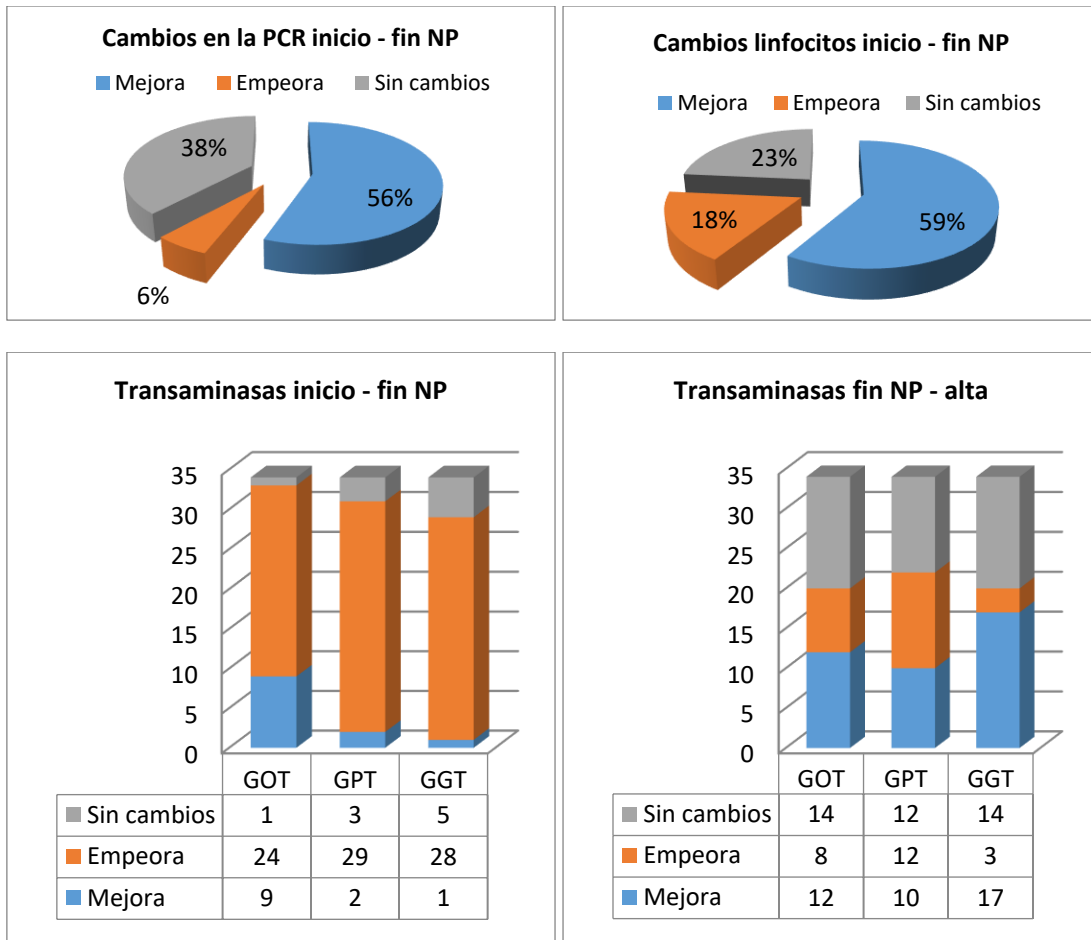
Del Val Oliver B; García-Talavera Espín NV, Sánchez Álvarez C, Serrano Díaz L, Gómez Lozano M, Gómez Sánchez MB, Monedero Saiz T ; Hospital Reina Sofía de Murcia

Introducción: El soporte con nutrición parenteral está indicado en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) con brote leve-moderado en situación de malnutrición energético-proteica o en aquellos con brote grave, cuando esté contraindicada la nutrición enteral por intolerancia alimentaria con vómitos, hemorragia intestinal masiva, perforación, megacolon tóxico, fístulas entéricas proximales, íleo paralítico u obstrucción intestinal. Nos proponemos revisar las indicaciones de NP en los pacientes de nuestro hospital, así como el beneficio obtenido tras la misma.

Material y método: Se registraron todos los pacientes ingresados por brote de EII entre 2011-2015 que precisaron nutrición parenteral. Se analizaron las variables demográficas (edad, género y subtipo de EII) y bioquímicas (albúmina, colesterol total, GOT, GPT, GGT, linfocitos totales, PCR) al ingreso, al inicio y final de la nutrición parenteral, y al alta hospitalaria, así como el destino final de estos pacientes (mejoría/cirugía/éxito).

Resultados: De los 540 ingresos registrados por brote de EII, 34 (6.3%) han precisado nutrición parenteral (3 de ellos en dos ocasiones distintas durante este periodo). El 47% eran hombres, la edad media fue de 40.4 ± 5.3 años, con el 53% de enfermos de Crohn y el 47% de colitis ulcerosa. La estancia media hospitalaria de los pacientes ha sido de $29,71 \pm 4.38$ días, recibiendo nutrición parenteral una media de $18,9 \pm 4,10$ días. Los motivos recogidos fueron: intolerancia oral (2), hemorragia masiva (10), perforación/fístula (5), obstrucción/estenosis (4), megacolon tóxico (1), íleo post-cirugía (6), reposo intestinal (6). Se han registrado complicaciones derivadas de la nutrición parenteral (flebitis o malposición de la vía) tan sólo en el 14,7% de los casos. Respecto a la evolución de los parámetros analíticos, hemos observado una mejoría notable de los niveles de albúmina (61.8%) y colesterol (58.8%), así como un descenso de la PCR (55.88%) y un aumento del recuento linfocitario (58.8%) . En cambio, las transaminasas en general parecen empeorar con la nutrición parenteral, manteniéndose estables o mejorando con su retirada. De nuestros pacientes, 28 (82.3%) presentaron mejoría, 4 (11.8%) precisaron cirugía, y 2 (5.9%) fallecieron durante el ingreso.





Discusión: Según las últimas recomendaciones de ESPEN (2009) y GETECCU (2015), la nutrición no debe utilizarse como tratamiento primario en pacientes con EII para permitir el reposo intestinal, ya que este no ha demostrado ser más eficaz. Sin embargo, aquellos pacientes en los que la nutrición enteral no es posible por los motivos arriba indicados, la nutrición parenteral permite mejorar el estado nutricional y disminuir las consecuencias de la desnutrición. Como autocrítica/reflexión, mencionar que a pesar de estas recomendaciones, en 6 (17,6%) de nuestros pacientes, al no presentar mejoría inicial con tratamiento médico intensivo, se optó por el empleo de la nutrición parenteral para permitir el reposo intestinal, obteniendo tras ello un resultado satisfactorio con manejo conservador en 4 de ellos.

Conclusiones: Hemos observado un beneficio en el empleo de la nutrición parenteral durante la estancia hospitalaria en nuestros pacientes, a pesar de ser una terapia no exenta de riesgos.

DERMATOMIOSITIS COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Tomás Pujante, Paula; Álvarez Higuera, Francisco Javier; Carrilero Zaragoza, Gabriel; Iglesias Jorquera, Elena; Muñoz Tornero, María; Estrella Diez, Esther; Antón Ródenas, Gonzalo; Egea Valenzuela, Juan

INTRODUCCIÓN:

La dermatomiositis (DM) es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida caracterizada por la presencia de miopatía proximal simétrica junto a lesiones cutáneas típicas.

Las lesiones dérmicas se caracterizan por su tonalidad violácea y su distribución alrededor de los ojos (exantema heliotropo) y de las prominencias óseas (pápulas de Gottron).

En un 15-20% de los pacientes se presenta con disfagia, debido a la miopatía de la musculatura estriada orofaríngea.

La DM puede ser un síndrome paraneoplásico que se asocia al diagnóstico de diferentes tumores.

CASO CLÍNICO:

Varón de 60 años, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, que acude a urgencias por presentar desde hace 1 mes, cuadro de astenia, debilidad muscular y mialgias en brazos y piernas. Además refiere disfagia a sólidos y aparición reciente de erupción cutánea de coloración violácea en manos, rodillas y párpados. Pérdida de peso no cuantificada en el último mes.

Analíticamente destaca elevación de CPK (2679 UI/ml), sin más hallazgos analíticamente relevantes.

Se decide ingreso del paciente para estudio del cuadro clínico.

Durante su ingreso, se solicita autoinmunidad que resulta negativa; TC toraco-abdomino-pélvico sin hallazgos patológicos; gastroscopia que muestra neoformación gástrica que abarca prácticamente toda la cavidad gástrica, a excepción de fundus. Las biopsias de dicha neoformación resultan concluyentes para adenocarcinoma gástrico.

Se realiza ecoendoscopia para estadificación de la tumoración y se interviene mediante gastrectomía subtotal.

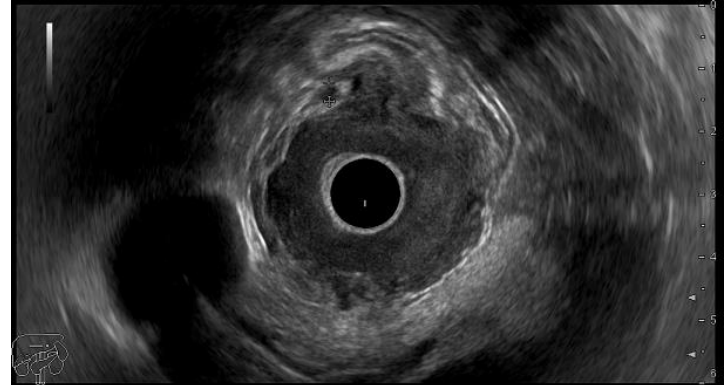
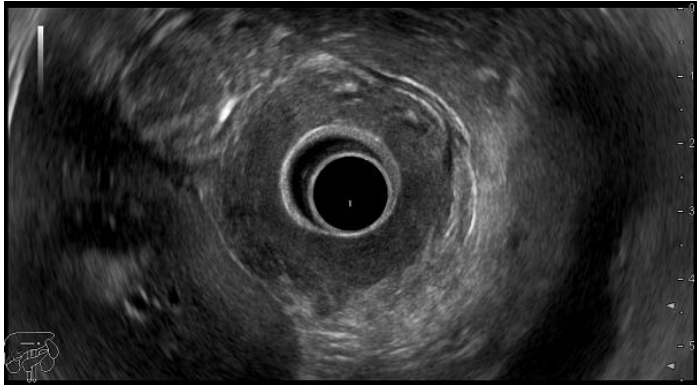


Imagen superior: Neoformación gástrica, que comprende curvatura menor, cara anterior, incluyendo incisura angularis, y parte de cara posterior de cuerpo y antro. **Imagen inferior:** USE que evidencia engrosamiento irregular y caótico de la pared gástrica, con pérdida de la linealidad de las capas, invasión de la muscular propia (4ª capa hipocogénica), incluso desflecando la serosa en algunos segmentos (pérdida visualización de la 5ª capa hiperecogénica).

DISCUSIÓN: La frecuencia de asociación de DM y neoplasia varía entre un 10 y un 50% según diversos autores.

El adenocarcinoma de cuello uterino, pulmón, ovarios, páncreas, vejiga y estómago representan aproximadamente el 70% de los cánceres asociados con miopatías inflamatorias.

La neoplasia puede aparecer antes, simultáneamente o después del cuadro de miositis, con una diferencia de incluso años. En nuestro caso, fue diagnosticado simultáneamente.

BIBLIOGRAFÍA:

-Plotz PH, Dalakas M, Leff RL, et al. Current concepts in the idiopathic inflammatory myopathies: polymyositis, dermatomyositis, and related disorders. Ann Intern Med 1989; 111:143.

- Morris P, Dare J. Juvenile dermatomyositis as a paraneoplastic phenomenon: An update. J Pediatr Hematol Oncol. 2010;32:189--91