

Figura 1 Imagen lítica en cuerpo de esternón y partes blandas.

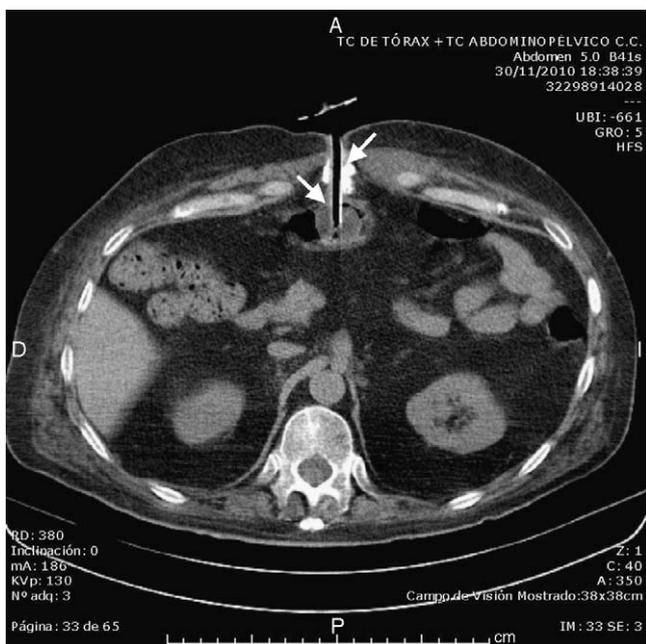


Figura 2 Sonda de gastrostomía atravesando el apéndice xifoides.

antecedentes de aspiración³. Se clasifican en menores⁴⁻⁶ (infección o sangrado de la herida, fuga, úlcera gástrica o cutánea, neumoperitoneo, íleo, enclavamiento en duodeno, persistencia de la fístula tras extracción de la sonda, etc.) y mayores⁴⁻⁶ (como fascitis necrosante, perforación esofágica o gástrica, fístula colocutánea o salida inadvertida de la sonda). Al revisar la literatura médica no hemos encontrado descrito ningún caso de osteomielitis y/o celulitis secundaria a PEG como el que aquí presentamos.

Bibliografía

1. DeLegge MH. <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/uptodate/contents/extrarenal-manifestations-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease/contributors>. Uptodate. Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) placement: justifying the intervention [actualizado 11/8/2010] [consultado 19/2/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Shin JH, Park AW. Updates on percutaneous radiologic gastrostomy/gastrojejunostomy and jejunostomy. *Gut Liver*. 2010;4 Suppl 1:S25-31.
3. DeLegge MH. Uptodate. <https://ws001.juntadeandalucia.es/bvsspa/uptodate/contents/extrarenal-manifestations-of-autosomal-dominant-polycystic-kidney-disease/contributors>. Prevention and management of complications from percutaneous endoscopic gastrostomy [actualizado 11/8/2010] [consultado 19/2/2011]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
4. Galaski A, Peng WW, Ellis M, Darling P, Common A, Tucker E. Gastrostomy tube placement by radiological versus endoscopic methods in an acute care setting: a retrospective review of frequency, indications, complications and outcomes. *Can J Gastroenterol*. 2009;23:109-14.
5. Bordes J, Hornez E, Kenane N, Carrere C, Asencio Y, Goutorbe P. The complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Crit Care*. 2008;12:422.
6. Schrag SP, Sharma R, Jaik NP, Seamon MJ, Lukaszczuk JJ, Martin ND, et al. Complications related to percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes. A comprehensive clinical review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2007;16:407-18.

Aida Selfa Muñoz*, Rosario del Pilar López Segura, María Eloísa Cervilla Sáez de Tejada, Angel Palacios Pérez y Francisco Javier Salmerón Escobar

Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aidasale@hotmail.com (A. Selfa Muñoz).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.03.009

Intoxicación aguda por cinitaprida

Acute cinitapride poisoning

Sr. Director:

He leído con atención el artículo sobre la eficacia y la seguridad de cinitaprida (Portincasa et al¹) y la carta al direc-

tor aclaratoria sobre la seguridad cardíaca de cinitaprida (Mearin et al²). Quisiera aportar una experiencia reciente en nuestro centro que añade nuevos datos al respecto.

Se trata de una paciente de 59 años con antecedente de dislipidemia y asma bronquial, que seguía control en digestivo por dispepsia. La paciente refirió cambio en el ritmo deposicional, por lo que se solicitó una colonoscopia programada. La paciente seguía tratamiento con cinita-

prida 1 mg/8h. Durante la preparación de la colonoscopia la paciente confundió la solución laxante con la cinitaprida, y tomó 16 mg de cinitaprida en una hora. Unas horas después se dio cuenta del error y acudió a urgencias. La paciente no refería ningún síntoma. La exploración física por aparatos fue normal. El ECG mostró RS sin alteraciones de interés. Se practicó una analítica con hemograma, bioquímica y coagulación, que no detectó anomalías. Se monitorizó el ECG durante 4 h. La paciente permaneció asintomática y el monitor de ECG no mostró ninguna alteración. A la paciente le fue dada el alta. Posteriormente ha seguido control en consultas externas sin mostrar ningún nuevo síntoma atribuible a la sobreingesta de cinitaprida.

Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica y no he encontrado ningún otro caso de intoxicación o sobredosificación de cinitaprida. Dada la elevada dosis ingerida por nuestra paciente (16 veces la dosis habitual), y la ausencia de efectos adversos cardiológicos, creemos que nuestro caso puede contribuir a sostener la hipótesis de la seguridad cardíaca de cinitaprida.

Bibliografía

1. Portincasa P, Mearin F, Robert M, Plazas MJ, Mas M, Heras J. Eficacia y tolerabilidad de cinitaprida en el tratamiento de los pacientes con dispepsia funcional y vaciamiento gástrico enlentecido. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:669-76.
2. Mearin F, Plazas MJ, Mas M, Heras J. Seguridad cardíaca de cinitaprida. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:614.

Francisco José Castro^{a,*}, José Saavedra^b,
Francisco López^a, Soledad Herrera^a y Ernest Bragulat^a

^a Servicio de Urgencias y Medicina Interna, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Hospital General, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Digestivo, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Hospital General, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose.castro@pssjd.org (F.J. Castro).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.04.008

Diagnóstico endoscópico de una invaginación por divertículo de Meckel

Endoscopic diagnosis of intussusception due to Meckel's diverticulum

Sr. Director:

El divertículo de Meckel es la anomalía más frecuente del intestino delgado, generalmente es asintomático. El sangrado, la obstrucción y la inflamación son los síntomas más frecuentes. La inversión del divertículo de Meckel en la luz intestinal, puede provocar invaginación, generalmente en niños mayores y tras una larga historia de síntomas. La colonoscopia es el método diagnóstico estándar para el sangrado intestinal bajo o sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, sin embargo no ha sido empleado como exploración diagnóstica de divertículo de Meckel.

Niño de 10 años remitido al servicio de gastroenterología por episodios intermitentes de dolor abdominal y diarrea acuosa. La sintomatología comenzó 2 meses antes, con periodos de tiempo asintomáticos. No refiere ni pérdida de peso ni sangrado rectal.

En el examen físico, se encontró un adecuado desarrollo ponderoestatural para su edad, con buena coloración de piel y mucosas. El abdomen era blando, depresible, doloroso a la palpación difusa. Sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos normales.

Parámetros analíticos bioquímicos y hemograma normal. La ecografía abdominal mostró dilatación y engrosamiento de la pared del íleon distal.

Se consideró como posible diagnóstico una enfermedad inflamatoria intestinal. En los hallazgos de la colonoscopia se observó al llegar al ciego una masa en forma de dedo de

guante invertido, protruyendo a través de la válvula ileocecal. La mucosa rectal de alrededor era normal (fig. 1).

El enema de bario mostró reflujo del contraste en un inusual íleon largo sin defectos de repleción.

Teniendo en cuenta los hallazgos endoscópicos de invaginación ileocecal, se realizó una laparotomía que confirmó el diagnóstico. Se procedió a desinvaginación ileocólica manual. La cabeza de la invaginación era un divertículo de Meckel localizado a 80 cm de la válvula ileocecal (fig. 2), realizándose resección del mismo y anastomosis terminoterminal. La anatomía patológica reveló la presencia de tejido pancreático ectópico y ulceración de la mucosa ileal adyacente.

El paciente fue dado de alta sin incidencias y en el seguimiento posterior no volvió a presentar dolor abdominal.

El 80-90% de las invaginaciones son idiopáticas y se producen generalmente antes de los dos años (un 50% ocurre entre los 2 y 6 meses). En una minoría de casos (menos del 10%) se identifica una cabeza patológica desencadenante de la invaginación, especialmente en niños mayores de 5 años¹.

El dolor abdominal intermitente y el sangrado rectal es la sintomatología más habitual de presentación del divertículo de Meckel, siendo la obstrucción intestinal y la invaginación formas menos frecuentes^{2,1}.

Sin embargo, en niños más mayores, con episodios de dolor abdominal intermitente sin otra sintomatología, puede ser ocasionados por invaginaciones sucesivas ante la presencia de un Meckel como punto patológico desencadenante³. Hay autores que relacionan la presencia de mucosa pancreática ectópica en el divertículo de Meckel, con una mayor incidencia de invaginación intestinal^{4,5}.

La cabeza de la invaginación puede ser diagnosticada con ecografía, enema de bario, laparoscopia o laparotomía⁶. Los métodos endoscópicos (colonoscopia e ileoscopia)