

Por la forma clínica de presentación, debemos realizar un diagnóstico diferencial con entidades como el síndrome de Mallory Weiss (desgarro mucoso) y el síndrome de Boerhaave (rotura transmural de la pared esofágica), sin olvidarnos de la cardiopatía isquémica o una disección aórtica².

La tomografía axial computarizada (TAC) es la prueba de imagen más usada para confirmar el diagnóstico y excluir otras causas de dolor torácico agudo³.

La endoscopia muestra una coloración azulada de la mucosa esofágica. En ocasiones un coágulo que protruye hacia el interior de la luz del esófago.

El tratamiento conservador es el de elección, con administración de sueroterapia intravenosa y dieta absoluta durante las primeras 72 horas tras el evento hemorrágico⁴.

El hematoma esofágico espontáneo es una patología infrecuente. La triada clásica de dolor torácico, disfagia y hematemesis no aparece en todos los pacientes, obligándonos a la realización de pruebas de imagen como TAC o endoscopia digestiva alta para el correcto diagnóstico. Requiere habitualmente un tratamiento conservador y el pronóstico es generalmente excelente⁵.

Financiación

No se ha recibido financiación de ningún tipo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al servicio de Aparato Digestivo del Hospital Infanta Cristina de Badajoz y del Hospital de Mérida.

Bibliografía

1. Hirano K, Yamamichi N, Fujishiro M. Esophageal hematoma: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012;27:1642.
2. Iñarrairaegui M, Jiménez FJ. Hematoma esofágico gigante, posible relación con dosis pequeñas de aspirina. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:460-3.
3. Jaliha A, Jamaludin AZ. Intramural hematoma of the esophagus. *Am J Emerg Med.* 2008;26:e841-2.
4. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural hematoma of the esophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000;12:1151-62.
5. Lubelc JS, Mahindra P. Spontaneous submucosal esophageal hematoma: A cause of severe thoracic back pain. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10:A23.

Elena García Martos*, Tomás García Guerrero, Javier Carro Rossell y Carlos Jiménez Jaén

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egamar50@hotmail.com (E. García Martos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.012>

Tumor sólido pseudopapilar de páncreas con diagnóstico preoperatorio por ecoendoscopia



Solid pseudopapillary tumor of the pancreas diagnosed by preoperative endoscopic ultrasound

Sr. Director:

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (SPT) o tumor de Frantz presenta un comportamiento benigno con un bajo potencial de malignidad incluso en aquellos con enfermedad metastásica¹⁻⁴. En la mayoría de los casos se presenta con clínica inespecífica, algunos de ellos son completamente asintomáticos y el diagnóstico es incidental en pruebas de imagen solicitadas por otros motivos¹⁻⁶. Su resección quirúrgica es el tratamiento de elección, siendo en la mayoría de los casos curativa¹⁻⁴.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada a través de ecoendoscopia (USE) y punción biopsia con aguja fina (BAAF).

Mujer de 26 años sin antecedentes de interés y sin clínica pancreática, estudiada en cirugía tras un

traumatismo torácico. En RMN se objetiva de forma incidental una lesión pancreática de 12 mm aproximadamente, homogénea e hipoeoica, de bordes bien definidos y realce posterior, que sugiere un origen quístico, confirmándose dichas características con estudio ultrasonográfico abdominal. Se completa el estudio con USE, donde se observa un páncreas con parénquima homogéneo y lesión hipoeoica en cola de 15,5 × 11,4 mm de diámetro, con contenido heterogéneo (estructuras hipoeoicas en el interior), que plantea dudas acerca del origen de la lesión (fig. 1). Se descarta comunicación con el Wirsung y se toman muestras mediante BAAF de 22G ProCore vía transgástrica. En el estudio citológico se observan células con formación pseudopapilar características del SPT y se confirma el diagnóstico con tinción positiva para progesterona, CD56, CD 10 y vimentina (fig. 2). Se realizó estudio de extensión sin detectar enfermedad a distancia, por lo que se decide su resección quirúrgica, mediante pancreatocistomía distal por laparotomía, y se confirma dicho diagnóstico.

El SPT es un tumor poco frecuente (1% de los tumores pancreáticos^{3,6}) que afecta principalmente a mujeres jóvenes entre los 20-30 años¹⁻⁶ y su localización más habitual es la cola del páncreas²⁻⁶. Se consideran neoplasias de bajo nivel de malignidad y su pronóstico es bueno. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica^{1-4,6}. No es adecuado realizar una enucleación y tampoco es necesario realizar una linfadenectomía amplia. No están indicadas la quimioterapia

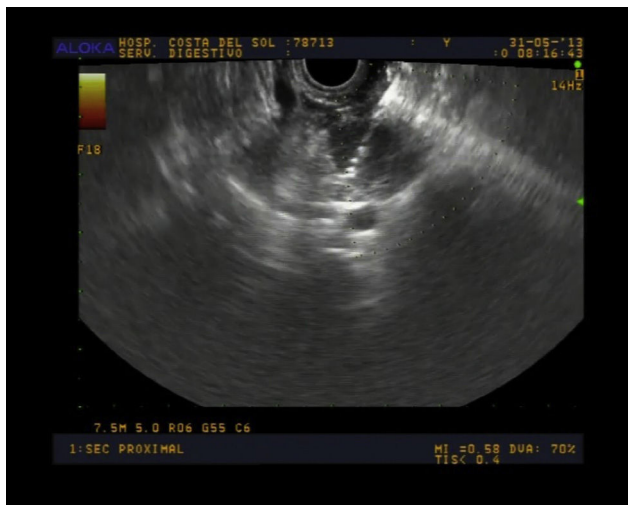


Figura 1 Imagen de la punción biopsia con aguja fina por ecoendoscopia en la que se puede ver la lesión quística hipoechoica con contenido heterogéneo y aguja de punción en su interior.

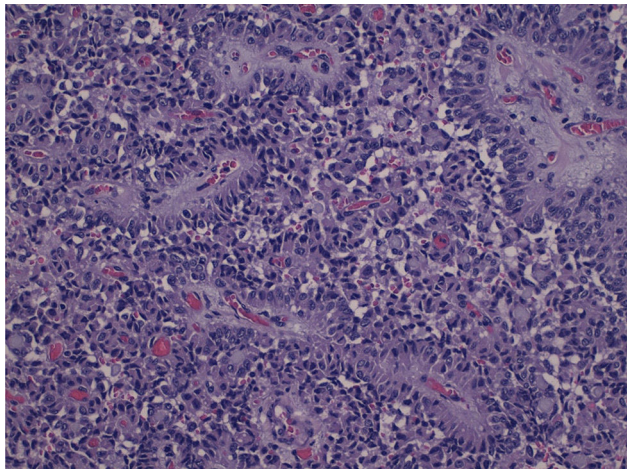


Figura 2 Anatomía patológica de la muestra en la que se observan células neoplásicas monomorfas pobremente cohesivas que forman estructuras sólidas, aunque con predominio de estructuras pseudopapilares, compuestas por ejes de tejido fibrovascular rodeados por una hilera de células con citoplasma claro, núcleos apicales, cromatina granular, nucléolo evidente y escasa atipia citológica.

ni la radioterapia⁶. Su correcto diagnóstico preoperatorio es esencial para adecuar el mejor tratamiento y no sobre ni infratratarse al paciente, sin embargo es difícil debido a su similitud con otras lesiones quísticas¹⁻³. De hecho, solo el 25-50% de los pacientes se diagnostican correctamente antes de la cirugía^{2,3}.

Típicamente en ecografía, TC y RM se muestra como una masa heterogénea bien delimitada con componentes sólidos y quísticos, generalmente con cápsula y a veces con calcificaciones. También por USE son inespecíficas, generalmente como un tumor bien definido anecoico con cápsula que en la mayoría de las ocasiones es una masa sólida o bien un tumor mixto (sólido y líquido) y menos frecuentemente quístico⁵. En ocasiones el diagnóstico no queda claro y es necesario

realizar biopsia. La punción por vía percutánea guiada por TC se ha visto hoy en día sustituida por la vía ecoendoscópica: bien usando la punción aspiración con aguja fina (PAAF) o la BAAF. El caso presentado nos hace ver la importancia de la USE y la BAAF en el diagnóstico y clasificación de las lesiones pancreáticas, sobre todo en las de menor tamaño como ocurría en nuestro caso, en el que tanto la RMN como la ecografía abdominal no aportaron un diagnóstico etiológico claro.

La USE parece ser la mejor prueba de imagen para el estudio de lesiones quísticas pancreáticas, debido a su mayor capacidad para caracterizar estas lesiones, detectar comunicación con el Wirsung y nódulos murales, y mediante la PAAF de obtener muestra para estudio citológico y bioquímico⁷. La sensibilidad de la USE-PAAF es del 75%^{2,3,5,7}. En un estudio del 2013 comparan el incremento diagnóstico de la USE+/-PAAF en lesiones quísticas pancreáticas con respecto al TC y la RMN, se observa un incremento diagnóstico del 36% con respecto al TC y del 54% con la RMN. Además la USE demuestra ser considerablemente más sensible en la predicción de malignidad en lesiones de menor tamaño (<3 cm) que el TC (59 vs 5%), por lo que sobre todo para estas lesiones ofrece más información y debería ser una prueba que se hiciera de inicio⁷.

Gracias a la PAAF se obtiene material para estudio citológico. Para lesiones quísticas se ha visto que en el 81% de los casos se obtiene una adecuada celularidad y en un 68% de ellos se obtiene un diagnóstico citológico⁷. Para lesiones sólidas pancreáticas se ha descrito una sensibilidad del 86,9% y especificidad del 95,9%⁸. Se ha demostrado que disponer de un citólogo en la sala aumenta esta sensibilidad pero no siempre es posible. Para solventar este problema se ha desarrollado la BAAF, cuyas principales ventajas son la obtención de mayor cantidad de material, con una mejor preservación de la arquitectura celular, y así poder realizar técnicas citológicas e identificar marcadores tumorales específicos⁹. La BAAF ofrece similar rentabilidad diagnóstica, complejidad de la técnica y complicaciones con respecto a la PAAF¹⁰. Con una media de 3 pases se obtiene material óptimo para el estudio citológico de la lesión (90%)^{2,9,10}. Se puede abordar las lesiones pancreáticas por vía transgástrica o transduodenal. Para la BAAF se usan habitualmente agujas TruCut de 19G pero, debido a la rigidez inducida por la aguja, a la fricción mecánica del mecanismo de disparo y a la desviación de la punta del USE requerida para posicionar la lesión, tiene limitaciones en cabeza de páncreas y duodeno⁹. Para solventar esta limitación se han desarrollado las agujas flexibles, y más recientemente las agujas ProCore, con tecnología de bisel inverso que ofrecen una mayor flexibilidad y simplicidad en la técnica y mayor beneficio en la vía transduodenal^{9,10}. En nuestro caso se realizó una BAAF con una aguja de 22G ProCore (Cook Medical, Limerick, Irlanda) por vía transgástrica, que permitió el correcto estudio citológico de la lesión y su diagnóstico.

Bibliografía

1. Theodossios P, Spiros P. Solid Pseudopapillary Tumors of the Pancreas: Review of 718 Patients Reported in English Literature. *J Am Coll Surg*. 2005;200:965-72.

2. Maimone A, Luigiano C, Baccarini P, Fornelli A, Cennamo V, Polifemo A, et al. Preoperative diagnosis of a solid pseudopapillary tumour of the pancreas by Endoscopic Ultrasound Fine Needle Biopsy: A retrospective case series. *Dig Liv Dis*. 2013;45:957-60.
3. Álvarez LF, Mejía JC, Hoyos SI. Neoplasias quísticas del páncreas. *Rev Colomb Cir*. 2012;27:63-78.
4. Patil TB, Shrikhande SV, Kanhere HA, Saoji RR, Ramadwar MR, Shukla PJ. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: a single institution experience of 14 cases. *HPB*. 2006;8:148-50.
5. Bang JY, Hebert-Magee S, Trevino J, Ramesh J, Varadarajulu S. Randomized trial comparing the 22-gauge aspiration and 22-gauge biopsy needles for EUS-guided sampling of solid pancreatic mass lesions. *Gastrointest Endosc*. 2012;76:321-7.
6. Vassos N, Agaimy A, Klein P, Hohenberger W, Croner RS. Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) of the pancreas: case series and literature review on an enigmatic entity. *Int J Clin Exp Pathol*. 2013;6:1051-9.
7. Khashab MA, Kim K, Lennon AM, Shin EJ, Tignor AS, Amateau SK, et al. Should we do EUS/FNA on patients with pancreatic cysts? The incremental diagnostic yield of eus over CT/MRI for prediction of cystic neoplasms. *Pancreas*. 2013;42:717-21.
8. Puli SR, Bechtold ML, Buxbaum JL, Eloubeidi MA. How good is endoscopic ultrasound y guided fine-needle aspiration in diagnosing the correct etiology for a solid pancreatic mass? A meta-analysis and systematic review. *Pancreas*. 2013;42:20-6.
9. Bang JY, Varadarajulu S. Procore and flexible 19 gauge needle can replace trucut biopsy needle? *Clin Endosc*. 2013;46:503-5.
10. Bang JY, Hebert-Magee S, Trevino J, Ramesh J, Varadarajulu S. Randomized trial comparing the 22-gauge aspiration and 22-gauge biopsy needles for EUS-guided sampling of solid pancreatic mass lesions. *Gastrointest Endosc*. 2012;76:321-7.

María del Carmen García Gavilán^a,
Isabel María Méndez Sánchez^{a,*}, Andrés Sánchez Yagüe^a,
Luis Robles Cabeza^b, Ana M Betancourt Zambrano^b,
Martha González Bárcenas^a,
María Ángeles Romero Ordoñez^a,
María del Carmen López Vega^a y Andrés Sánchez Cantos^a

^a Unidad de Digestivo, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

^b Unidad de Anatomía Patológica, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Hospital Costa del Sol, Marbella, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marigarciajavilan@hotmail.es
(I.M. Méndez Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.020>

Hepatitis aguda por extracto de té verde



Acute liver injury induced by green tea extracts

Sr. Director:

La hepatotoxicidad aguda por productos naturales supone el décimo grupo terapéutico responsable de la misma en España por delante de analgésicos y ansiolíticos según el Registro Español de Hepatotoxicidad. Esto es debido en parte a la falsa sensación de inocuidad en la población general por tratarse de remedios «naturales» y a la difícil regulación de su venta en herboristerías. Más del 50% de los casos de hepatotoxicidad ocurren en mujeres con edad media de 45 años¹.

A continuación comunicamos el siguiente caso clínico visto en nuestro hospital. Se trata de una mujer de 39 años procedente de Ecuador y residente en Madrid desde hacía 4 años, que acudió a urgencias por epigastralgia, Artro-mialgias y fiebre de 10 días de evolución. El cuadro se acompañaba de náuseas y estreñimiento desde hacía 4 días. No había realizado viajes recientes ni había tenido contacto con niños ni con animales, ni contaba prácticas sexuales de riesgo. Negaba también ingesta de alcohol o setas. Como único antecedente había estado ingiriendo 3 l diarios de extracto de té verde en infusión con intención de perder peso desde hacía un mes, adquirido en herbolario.

Entre sus antecedentes personales destacaba esteatosis hepática, sobrepeso y apendicectomía. No tomaba medicación habitualmente.

A su llegada a urgencias la tensión arterial era de 100/60 mmHg, la frecuencia cardiaca de 130 latidos

por minuto y la temperatura de 39 °C. Se apreciaba dolor en epigastrio e hipocondrio y flanco derechos, sin megalias.

Los estudios analíticos mostraron: 2.040 leucocitos con el 79% de neutrófilos, hemoglobina 14,5 g/dl, 66.000 plaquetas, glucosa 97 mg/dl, urea 15 mg/dl, creatinina 0,4 mg/dl, bilirrubina total de 3,8 mg/dl (indirecta de 0,8 mg/dl), GPT 195 U/l, GOT 166 U/l, fosfatasa alcalina 492 U/l, GGT 658 U/l, LDH 1.178 U/l; albúmina 2,4 g/dl, proteínas totales 4,7 g/dl, sodio 128 mmol/l, potasio 3,7 mmol/l; INR 0,96; colesterol 102 mg/dl, triglicéridos 281 mg/dl; ferritina 559 ng/ml; cobre en orina normal; alcoholemia negativa; frotis con neutrofilia y marcada cayadosis.

Se realizaron serologías para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus IgM, *Leishmania*, hepatitis A, B, C y E y VIH, todas ellas negativas. El estudio de autoinmunidad fue también negativo (incluyendo ANA, anti-músculo liso, antimitocondriales, anti-transglutaminasa y anti-LKM), así como el estudio para hemocromatosis. El proteinograma fue normal. El test de embarazo y los hemocultivos fueron negativos.

En la ecografía abdominal se observó una vesícula distendida sin signos de colecistitis y esteatosis hepática leve, sin alteraciones en el estudio Doppler ni existencia de esplenomegalia. La radiografía de tórax no mostró alteraciones.

Habiéndose excluido razonablemente otras entidades causantes del cuadro actual, se diagnosticó finalmente de hepatitis tóxica en relación al consumo de té verde. No obstante se realizó también escala de valoración de tipo CIOMS/RUCAM para evaluar imputabilidad del té verde, con resultado de 8 puntos, siendo por tanto el diagnóstico altamente probable.

La paciente presentó evolución favorable con terapia analgésica y progresiva reintroducción de dieta oral, con resolución espontánea del cuadro y normalización de