



## ROTURA ACCIDENTAL DE UN BALÓN DE SENGSTAKEN-BLAKEMORE

**Sr. Director:** La hemorragia varicosa (HV), la más grave de las producidas por la hipertensión portal (HTP), continúa siendo un desafío clínico incuestionable. A pesar de los notables avances de las últimas décadas, la mortalidad secundaria a HV sigue siendo elevada. Aunque en franco desuso, las técnicas de taponamiento con balón (TB) constituyen aún una medida de inestimable utilidad como tratamiento transitorio en casos de HV masiva. Sin embargo, dichas técnicas no están exentas de complicaciones. Presentamos el caso de un paciente que fue tratado con un balón de Sengstaken-Blakemore (BSB) por una HV incontrolable, haciendo especial hincapié en las complicaciones relacionadas con su uso prolongado, como sucedió en este caso.

Varón de 65 años de edad, con alcoholismo crónico como único antecedente de interés, que consultó en otro centro por presentar hematemesis sin repercusión biológica. Una endoscopia, realizada en las primeras 12 h tras la infusión continua de somatostatina, mostró el origen esofágico del sangrado; se realizó tratamiento con inyecciones esclerosantes con aparentes buenos resultados. Sin embargo, se produjo un resangrado precoz con grave inestabilidad hemodinámica refractaria a resucitación con hemoderivados y fármacos presores, que obligaron al TB. Durante las siguientes 72 h no pudo ser retirada la tracción ni desinflarse los balones de la sonda, por situación mantenida de shock hemorrágico. Tras producirse la rotura accidental del BSB, se decidió colocar una nueva y trasladar al paciente a nuestro hospital. A su ingreso se detectó ascitis y una infección espontánea de ésta (906 células/ml con 97% de polimorfonucleares neutrófilos y 0,7 g/dl de proteínas) sin aislamiento microbiológico. Las radiografías mostraron un BSB correctamente colocado, con el balón gástrico inflado, y el extremo de otra alojada en el epigastrio (fig. 1).

Se procedió a una nueva endoscopia, inicialmente con el BSB colocado tras liberarlo de su tracción y hacer el vacío en ambos balones. Se puso de manifiesto un desgarramiento profundo, ancho y de recorrido serpeiginoso que afectaba a casi la mitad esofágica inferior, continuándose subcardialmente con una úlcera de unos 3 × 5 cm, redondeada, de fondo limpio y aspecto isquémico, en la zona de decúbito del balón gástrico. En este momento se retiró el BSB correctamente situado. Había varices medianas en el tercio distal del esófago y el desgarramiento parecía erosionar el dorso de una de ellas en la zona supracardial; se realizó escleroterapia con polidocanol en dicho punto. Finalmente, se extrajo con asa de polipectomía el extremo roto del BSB alojado en la cavidad gástrica, y se comprobó que estaba constituida por la zona correspondiente al balón gástrico junto con su extremo fenestrado distal. La evolución fue favorable y se constató unos 10 días después la tendencia a la resolución de las lesiones. Igualmente, se documentó la resolución de la ascitis neutrocítica tras la antibióterapia empírica.

Son bien conocidas las complicaciones asociadas al uso del BSB. Las más frecuentes son la neumonía por aspiración y las lesiones esofago-gástricas traumáticas o isquémicas. Sin embargo, se han comunicado otras menos frecuentes, aunque catastróficas y generalmente mortales<sup>1-3</sup>. Generalmente, es su mala posición<sup>4</sup> o su uso prolongado el que se asocia a éstas, hasta el punto de que algunos autores recomiendan la comprobación radiográfica, e incluso ecográfica<sup>5</sup>, de la sonda antes de inflar por completo el balón gástrico. No se pretende en esta escueta carta revisar la metodología del TB en la HV<sup>6</sup> pero sí nos gustaría reflexionar brevemente sobre algunos aspectos relacionados con ello.

El BSB tiene una indicación actual muy limitada en la HV: es un tratamiento temporal que hace «de puente» hacia una terapia más definitiva<sup>7</sup>. Sin embargo, es previsible que su manejo, aunque sólo eventualmente, sea requerido por el personal médico dedicado a este tipo de pacientes, que debe estar entrenado en su inserción, manipulación y cuidados<sup>8</sup>, y en el conocimiento de las complicaciones que contrarrestan su inestimable eficacia. Como recomendaciones generales, se establece que es preferible usar el TB durante menos de 12 h y nunca más de 24 h (en el caso que presentamos se hace constar que esto no fue posible), que se debe intentar prescindir de la función del balón esofágico y de la tracción por peso con sistema de poleas (se estima que añade poca efectividad y muchas complicaciones), que los pacientes que precisan un BSB deben ser valorados de forma precoz en un centro con capacidad de aportar una so-

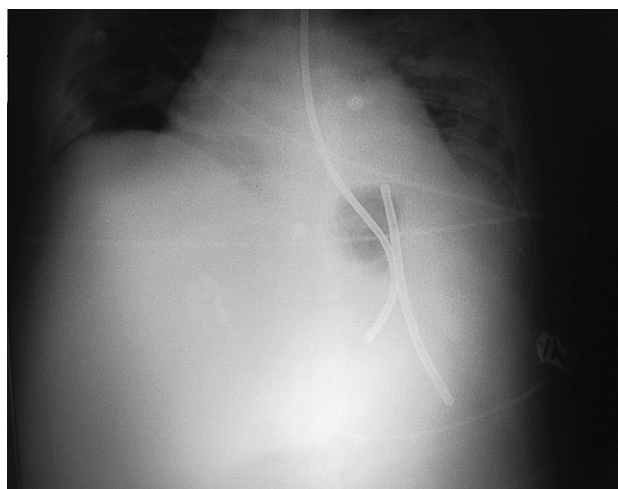


Fig. 1. La radiografía de abdomen mostró una sonda de Sengstaken-Blakemore correctamente insertada y el extremo distal de otra alojada en el epigastrio.

lución definitiva al problema, y que el manejo integral de la hemorragia por HTP exige una valoración cautelosa de sus complicaciones, junto con la de los riesgos y beneficios de las terapias disponibles para su control. En nuestro caso, la rotura del BSB es la nueva aportación que hacemos a la larga lista de iatrogenia asociada a las técnicas de TB.

ÁLVARO GIRÁLDEZ GALLEGO, CLAUDIO TRIGO SALADO, EDUARDO LEO CARNERERO Y ANTONIO GARRIDO SERRANO  
Servicio de Aparato Digestivo. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

## BIBLIOGRAFÍA

- Rodhe M, Lenler-Petersen P. Ventricular fibrillation caused by a misplaced Sengstaken tube. *Ugeskr Laeger*. 2006;168:288-9.
- Chong CF. Esophageal rupture due to Sengstaken-Blakemore tube misplacement. *World J Gastroenterol*. 2005;11:6563-5.
- Kelly DJ, Walsh F, Ahmed S, Synnott A. Airway obstruction due to a Sengstaken-Blakemore tube. *Anesth Analg*. 1997;85:219-21.
- Chien JY, Yu CJ. Images in clinical medicine. Malposition of a Sengstaken-Blakemore tube. *N Engl J Med*. 2005;352:7E.
- Lin AC, Hsu YH, Wang TL, Chong CF. Placement confirmation of Sengstaken-Blakemore tube by ultrasound. *Emerg Med J*. 2006;23:487.
- Christensen T. The treatment of oesophageal varices using a Sengstaken-Blakemore tube: considerations for nursing practice. *Nurs Crit Care*. 2004;9:58-63.
- Russo MW. Variceal Bleeding. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2002;5:471-7.
- Dearden JC, Hellawell GO, Pilling J, Besherdas K, Van Someren N. Does cooling Sengstaken-Blakemore tubes aid insertion? An evidence-based approach. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16: 1229-32.



## PANCREATITIS AUTOINMUNE. DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO Y NECESIDAD DE SUBESPECIALIZACIÓN EN LA ESPECIALIDAD DE APARATO DIGESTIVO

**Sr. Director:** La especialidad de aparato digestivo, como prácticamente toda la medicina, ha presentado en los últimos años un gran incre-

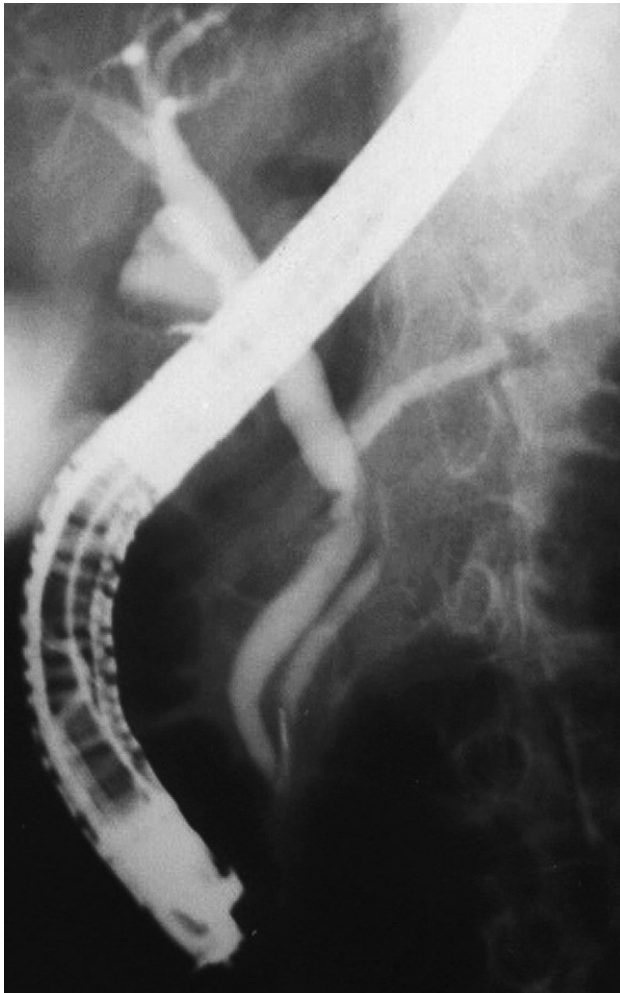


Fig. 1. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un caso de pancreatitis autoinmune. El catéter está en el conducto pancreático. Se observa una estenosis leve del colédoco. El Wirsung también está cortado a la altura de la cabeza pancreática.

mento en conocimientos teóricos y en el desarrollo de técnicas complejas. De tal forma que es preciso definir qué aspectos y procedimientos son comunes a los gastroenterólogos en general y cuáles son las áreas de capacitación específica o subespecialidades en que debe dividirse<sup>1</sup>. Algo similar a lo que ocurrió con la gastroenterología cuando se independizó, como especialidad, de la medicina interna. Este concepto no debería sólo aplicarse a la formación de los residentes, sino que es preciso que en el ámbito hospitalario, tanto autonómico como estatal, pudieran definirse estas áreas. Aunque, quizás cargados de emotividad, los gastroenterólogos queramos seguir dedicados a todas las enfermedades digestivas, hay que reconocer que incluso en los hospitales de nivel II no es posible dominar todas las estrategias y terapias para los pacientes que se tratan, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la hepatitis crónica B y C o la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), entre otras. Hemos revisado recientemente un caso, ocurrido en el año 2001 en nuestro hospital, que quizás podría haber tenido otro desenlace de haber contado con una unidad biliopancreática, o haber podido remitir a una de estas unidades a la paciente.

Se trata de una mujer de 65 años sin antecedentes médicos o quirúrgicos de interés que consultó por presentar un dolor crónico en el epigastrio. En la analítica se constató una colestasis bioquímica leve con bilirrubina normal. En una ecografía abdominal transcutánea se observó una masa en la cabeza pancreática. Este hallazgo se confirmó en una tomografía computarizada. No se apreció dilatación de la vía biliar ni pancreática. En aquellos momentos no se disponía en el centro de resonancia magnética y se decidió realizar una CPRE (fig. 1). Se apreció una estenosis leve tanto del colédoco como del Wirsung. Este signo del «doble conducto cortado»

se interpretó como probablemente neoplásico. La citología, tanto de la vía biliar como del conducto pancreático, fue negativa para malignidad. Aunque en el hospital se disponía de CPRE<sup>2</sup>, no había cirugía biliopancreática, y se remitió a la paciente a otro centro. Se realizó una biopsia pancreática intraoperatoria, en la que no se observó malignidad. No se llevó a cabo ningún otro acto quirúrgico en la intervención. Sin embargo, la paciente tuvo complicaciones postoperatorias graves y falleció.

Al revisar recientemente este caso, hemos llegado a la conclusión de que la paciente muy probablemente presentaba una pancreatitis autoinmune, entidad bien definida actualmente<sup>3,4</sup>, pero también conocida en aquel año<sup>5,6</sup>. Un tratamiento esteroideo habría sido suficiente para lograr la mejoría de la paciente.

Es verdad que el diagnóstico de pancreatitis autoinmune puede ser difícil<sup>7</sup>, pero para resolver ciertos casos hace falta una actualización continua, así como la serenidad y la experiencia que da el enfrentarse frecuentemente a situaciones similares.

Las áreas de capacitación específica o subespecialidades, además de proporcionar ayuda a los pacientes, pueden contribuir a optimizar los recursos y extraer el máximo rendimiento. Por ejemplo, una unidad de intestino delgado en la que se combinen la cápsula endoscópica y las diversas modalidades de enteroscopios o una unidad biliopancreática con CPRE y ecoendoscopia. A veces, en hospitales de nivel II se dispone de estas técnicas, pero su utilización es dispersa.

En mi opinión, parte de la excelencia que se pide para el Sistema Nacional de Salud pasa por el impulso de estas áreas de capacitación, donde se llegue al conocimiento y el dominio de todas las enfermedades de un sistema orgánico y que haga posible remitir casos como el que se ha comentado, que la prednisona, fármaco barato y antiguo, hubiera solucionado.

JESÚS GARCÍA-CANO

Sección de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Piqué J, Arroyo V, Planas R, Pérez-Mateo M, Prieto J. La formación de especialistas en aparato digestivo. ¿Llegó el momento de la revisión? *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:427-36.
2. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Pérez Sola A, Morillas Ariño J. Tratamiento endoscópico de la ictericia obstructiva en un hospital de nivel II del Sistema Nacional de Salud. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:287-91.
3. Torrent-Guas F. Pancreatitis autoinmune: una enfermedad con entidad propia. *GH Continuada.* 2005;4:22-5.
4. Molero X, Vaquero E, Gómez JA, Alonso A, Guarner L. Nuevos horizontes en los mecanismos de la lesión aguda y crónica del páncreas. *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:437-46.
5. Taniguchi T, Seko S, Azuma K, et al. Autoimmune pancreatitis detected as a mass in the tail of the pancreas. *J Gastroenterol Hepatol.* 2000;15:461-4.
6. Okazaki K, Uchida K, Ohana M, et al. Autoimmune-related pancreatitis is associated with autoantibodies and a Th1/Th2-type cellular immune response. *Gastroenterology.* 2000;118:573-81.
7. Nakazawa T, Ohara H, Sano H, et al. Difficulty in diagnosing autoimmune pancreatitis by imaging findings. *Gastrointest Endosc.* 2007;65:99-108.



## HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELÍACA DEL ADULTO

**Sr. Director:** Hemos leído con especial interés el artículo publicado por Pazo et al en su revista<sup>1</sup>. Es bien conocido que dentro de las manifestaciones atípicas de la enfermedad celíaca se encuentran las alteraciones de las pruebas de laboratorio hepáticas, que en algunos casos son la única manifestación de la enfermedad<sup>2,3</sup>. Nos han parecido interesantes los hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos y la superposición que puede realizarse del inmunofenotipo del infiltrado