



## PERFORACIÓN DE VÍSCERA HUECA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA

**Sr. Director:** La cocaína produce preferentemente alteraciones cardiovascular o neurológicas, y las digestivas son excepcionales. Entre éstas se incluyen las úlceras gástricas, los infartos viscerales, la isquemia intestinal, la perforación de víscera hueca y la fibrosis retroperitoneal<sup>1</sup>. Presentamos un caso de un varón de 41 años que ingresa en nuestro hospital por una parada respiratoria de origen desconocido. Entre sus antecedentes destaca la adicción a drogas por vía parenteral e inhalatoria y ser VIH<sup>+</sup>. Durante su estancia hospitalaria comienza con dolor abdominal brusco de intensidad creciente, que se acompaña de distensión abdominal. Tras la realización de una radiografía simple de tórax y abdomen se evidencia un neumoperitoneo con sospecha de perforación de víscera hueca (fig. 1). Ante los hallazgos descritos se decide una intervención quirúrgica urgente donde se aprecian microperforaciones colónicas de probable origen isquémico, por lo que se realizó una colectomía subtotal y una ileostomía. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa de una colopatía isquémica grave compatible con isquemia por cocaína. Presenta una evolución postoperatoria sin incidencias, con posterior seguimiento en consultas, y está pendiente de reconstrucción del tránsito intestinal.

El aumento del consumo de cocaína en nuestro país, que actualmente es el mayor consumidor mundial (prevalencia del consumo anual del 26% de la población), hace que las complicaciones asociadas sean cada vez más numerosas y frecuentes<sup>2</sup>.

El consumo de cocaína favorece la vasoconstricción de las arterias esplánicas, la formación de trombos y la agregación plaquetaria. Su mecanismo fisiopatológico se realiza a través del bloqueo de la reabsorción de neurotransmisores, lo que provoca un aumento de la estimulación de los receptores alfaadrenérgicos<sup>3</sup>.

Las perforaciones intestinales asociadas al consumo de cocaína son más frecuentes en el intestino delgado que en el colon, sin asociación aparente con la vía de administración<sup>4</sup>.

Se debe sospechar ante cualquier dolor abdominal en un paciente joven con historia de consumo habitual de cocaína, para lo cual es útil el test de detección en orina<sup>5</sup>.

LUIS TALLÓN AGUILAR<sup>a</sup>,  
MARÍA DOLORES CASADO MAESTRE<sup>a</sup>,  
FRANCISCO LÓPEZ BERNAL<sup>a</sup>,  
ANTONIO MANUEL PUPPO MORENO<sup>b</sup>  
Y JOSÉ MARÍA SOUSA VAQUERO<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Unidad de Cirugía General. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

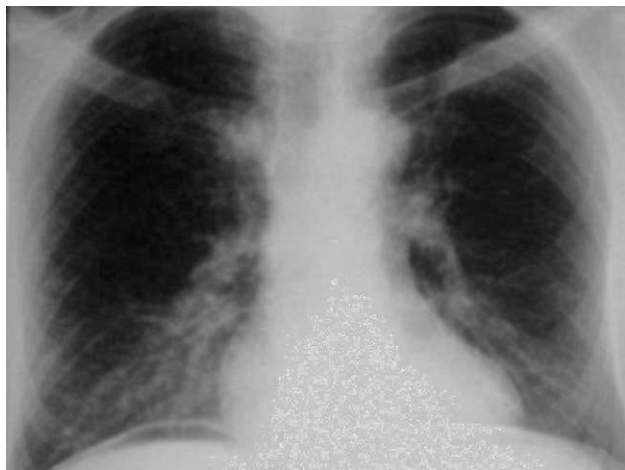


Fig. 1. Radiografía de tórax donde se aprecia un neumoperitoneo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez AB, Linares P, Vivas S, Castañón C, Herrera A, López-Cuesta D, et al. Isquemia intestinal en un adulto joven asociada al consumo de cocaína. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:639.
- Memoria anual de la Fiscalía Antidroga 2004.
- Priego P, Rodríguez G, Galindo J, García D, Losa N, Cabañas J, et al. Isquemia de tronco celiaco y mesentérica superior tras ingesta de cocaína. *Rev Esp Enf Dig*. 2006;98:964-8.
- Ruiz M, Catá T, Moll JL, Puella JM. Cocaína e isquemia intestinal: aportación de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Esp*. 2003;73:136-7.
- Glauser J, Queen JR. An overview of non-cardiac cocaine toxicity. *JEM*. 2007;32:181-6.



## FÍSTULA COLOCUTÁNEA TRAS LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

**Sr. Director:** La fístula colocutánea es una complicación infrecuente de la realización de una gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), cuyos síntomas pueden presentarse inmediatamente o tras el recambio de ésta<sup>1-3</sup>. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de esta rara complicación.

Varón de 89 años de edad, con enfermedad de Alzheimer, sin otros antecedentes de interés, portador de una PEG. El paciente fue remitido a nuestra unidad de endoscopia para el recambio de la PEG 6 meses después de su colocación. Tres días después del recambio, el paciente fue remitido de nuevo a nuestro hospital al presentar diarrea grave tras la administración de nutrición por sonda y salida de material fecal a través de ésta, sin signos de peritonitis. Se realizó un estudio radiográfico con gastrografía a través de la sonda que demostró su localización dentro del colon transverso, sin comunicación con el peritoneo ni con el estómago (fig. 1). Con el



Fig. 1. Estudio radiográfico que muestra el paso de contraste directamente al colon a través de la gastrostomía endoscópica percutánea.

diagnóstico de una fístula colocolútea se procedió a retirar la PEG. Se realizó tratamiento conservador, administrándose nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica, con buena evolución del paciente. Debido a la imposibilidad de alimentación oral, dada la enfermedad de base del paciente, un mes después se colocó una nueva PEG, sin incidencias y con un adecuado funcionamiento. Posteriormente se ha realizado otro recambio de la sonda, esta vez sin incidencias.

La PEG es una técnica que permite una adecuada nutrición en pacientes que precisan soporte nutricional por vía enteral de forma prolongada y que presenta un bajo índice de complicaciones. Entre éstas, de forma infrecuente, puede producirse una fístula colocolútea. El mecanismo por el que esta complicación puede producirse consiste en la introducción del trocar de punción a través del colon en su camino desde la pared abdominal hacia el estómago durante la realización de la PEG<sup>1,2</sup>. Los síntomas generalmente son advertidos tras la tracción y la retirada de la sonda al realizar el recambio, por lo que inicialmente esta complicación puede pasar desapercibida. Así, la sonda recambiada avanzaría sólo hasta el colon, manteniendo el trayecto colocolúteo<sup>1,2</sup>. Los síntomas se presentan en forma de diarrea tras la administración de la nutrición o salida de material fecal por la sonda. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de esta complicación, algunos autores proponen una historia previa de cirugía abdominal o la presencia de un megacolon o una transposición subdiafragmática del colon, insistiéndose en una adecuada transluminación de la pared abdominal durante la realización de la técnica<sup>1</sup>. En general, se recomienda un tratamiento conservador, retirando la sonda para conseguir el cierre del trayecto fistuloso, aunque hay casos de tratamiento quirúrgico descritos en la literatura médica<sup>1</sup>.

Debido al empleo cada vez más frecuente de esta técnica, es previsible un aumento de la incidencia de sus complicaciones, por lo que conviene que éstas sean conocidas por los clínicos.

SARA GARCÍA-MORÁN, ELENA GENTO PEÑA,  
FEDERICO SÁEZ-ROYUELA GONZALO  
Y JUAN CARLOS PÉREZ ÁLVAREZ

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Yagüe. Burgos. España.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Friedmann R, Feldman H, Sonnenblick M. Misplacement of percutaneously inserted gastrostomy tube into the colon: report of 6 cases and review of the literature. *J Parenter Enteral Nutr.* 2007;31:469-76.
2. Sakai H, Inamori M, Sato T, Tomimoto A, Akiyama T, Akimoto K, et al. Colocutaneous fistula after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Digestion.* 2007;75:103.
3. Gyökeres T, Burai M, Hamvas J, Varsányi M, Mácsai M, Paput L, et al. Conservative vs. endoscopic closure of colocutaneous fistulas after percutaneous endoscopic gastrostomy complications. *Endoscopy.* 2003;35:246-7.



## ACLARAMIENTO VIRAL EN LA HEPATITIS POR EL VIRUS B, CEPA SALVAJE, TRAS EL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN ALFA-2A PEGILADO

**Sr. Director:** La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es un problema de salud de primer orden a escala mundial. En el 95% de los casos la infección se resuelve, pero en un 5% se cronifica. Las manifestaciones clínicas y los hallazgos serológicos e histopatológicos, así como la gravedad, son muy variables: desde lesiones mínimas hasta cirrosis y carcinoma hepatocelular. Los factores relacionados con el virus, como su genotipo, la persistencia en intensidad de su replicación y la aparición de determinadas mutaciones, desempeñan un papel relevante en la historia natural de la enfermedad<sup>1</sup>.

El interferón alfa-2a pegilado está indicado en el tratamiento de la hepatitis B crónica con AgHBe positivo o negativo en adultos con una enfer-

medad hepática compensada y evidencia de replicación viral, ALT aumentada e inflamación de hígado comprobada histológicamente y/o fibrosis<sup>2</sup>.

El interferón alfa-2a pegilado tiene un efecto antiviral, antiproliferativo e inmunomodulador. Ha demostrado su eficacia en la supresión de la replicación viral e induce una remisión de la enfermedad hepática<sup>3,4</sup>. Se han observado casos en los que durante el tratamiento con interferón se producen incrementos transitorios de las transaminasas y un descenso de la carga viral, que podrían indicar un aclaramiento del virus<sup>3</sup>.

A continuación describimos la respuesta y la tolerancia del tratamiento con interferón alfa-2a pegilado en un caso de hepatitis crónica por el VHB, cepa salvaje, en el que se produjo una elevación de las transaminasas y un aclaramiento viral.

Varón de 41 años de edad, con antecedentes de esclerosis múltiple recurrente y remitente, en tratamiento con interferón beta-1b desde julio de 2002 hasta febrero de 2004. Hace años, sin recordar la fecha exacta, el paciente había sido diagnosticado de hepatitis por el VHB tras una donación.

En abril de 2002 acude al servicio de aparato digestivo por presentar una elevación de las transaminasas en una analítica de control. Se confirma su hepatitis crónica B, variante salvaje, con replicación activa, carga viral > 200.000 copias/ml y valores de transaminasas 2-3 veces superiores al valor normal. En marzo de 2005 se decide iniciar tratamiento con interferón alfa-2a pegilado en dosis de 180 µg a la semana, tras la realización de una biopsia hepática con estadio histológico P2 L1 F1.

Se recogieron los siguientes datos previamente y durante el tratamiento: ALT, AST, GGT, AgHBs, AchHBs, AchHBe, AgHBe y AchHBe y carga viral. Los datos analíticos recogidos se muestran en la tabla I.

En septiembre de 2006, tras realizar una serología, se detectó que el AgHBs había negativizado y no se detectaba ADN-VHB. En noviembre de 2006 se finalizó el tratamiento tras considerar la curación. En marzo de 2007 el AgHBs continuaba siendo negativo y el resto de analítica estaba dentro de la normalidad.

En los pacientes con hepatitis B crónica es importante valorar el grado de replicación del virus. La fase replicativa se caracteriza por la presencia en suero de marcadores de replicación (AgHB y ADN-VHB) y por la presencia en el hígado de antígeno de la nucleocápside intrahepatocitarios (HbcAg)<sup>1</sup>.

La seroconversión de AgHBe a anti-HBe constituye un punto de inflexión en la historia natural de la hepatitis B crónica. La seroconversión es más probable a corto plazo en pacientes con enfermedad hepática más activa, con transaminasas más altas, mayor actividad inflamatoria histológica y menor replicación viral<sup>1,3</sup>. Este patrón se observa en períodos de exacerbación, pero sólo una tercera parte de dichos períodos van seguidos de seroconversión HBe<sup>1</sup>. Los pacientes con seroconversión del AgHBe tienen un riesgo significativamente menor de sufrir una enfermedad hepática terminal y muerte<sup>5</sup>.

Se ha descrito en la bibliografía que durante el tratamiento con interferón alfa-2a pegilado en pacientes con AgHBe pueden aparecer elevaciones de las transaminasas muy superiores a las basales que podrían considerarse indicadoras de una respuesta favorable, con mayor probabilidad de respuesta virológica y aclaramiento viral<sup>3</sup>. En el paciente descrito este patrón se muestra evidente.

Algunos estudios podrían indicar que alargar el tiempo de tratamiento en algún subgrupo de pacientes sería beneficioso<sup>3</sup>. En nuestro caso, prolongar el tratamiento más de 48 semanas lo fue.

La tolerancia al interferón alfa-2a pegilado fue muy buena, sin que el paciente presentara alteraciones físicas y manteniendo los parámetros hematimétricos estables.

Probablemente, el interferón alfa-2a pegilado mantuvo controlada las dos enfermedades del paciente, ya que no apareció ningún brote de esclerosis múltiple durante el tratamiento. Al mes de finalizar el tratamiento, el paciente presentó un brote de su esclerosis múltiple con disminución de la visión en el ojo izquierdo y, posteriormente, una vejiga neurógena. En enero de 2007 comensó de nuevo su tratamiento para esta enfermedad con interferón beta-1b.

M. PILAR LÓPEZ LÓPEZ<sup>a</sup>, JOSÉ PABLO RINCÓN FUENTES<sup>b</sup>,  
SUSANA RABELL IÑIGO<sup>a</sup>,  
CRISTINA GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO<sup>a</sup>,  
FRANCISCO JAVIER RODRÍGUEZ GIL<sup>c</sup>,  
VANESSA JORGE VIDAL<sup>a</sup>, SENADOR MORÁN SÁNCHEZ<sup>b</sup>  
Y M. ISABEL NICOLÁS DEL PRADO<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

<sup>c</sup>Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.