

3. Parkinson M, O'Neill SM, Dalton JP. Endemic human fasciolosis in the Bolivian Altiplano. *Epidemiol Infect.* 2007;135: 669–74.
4. Alatoon A, Sheffield J, Gander RM, Shaw J, Cuvuoti D. Fascioliasis in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2008;112:483–5.
5. Arjona R, Riancho JA, Aguado JM, Salesa R, Gonzalez-Macias J. Fascioliasis in developed countries: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine.* 1995;74:13–23.
6. Callahan CM, Vincent AL, Greene JN, Sandin RL. Infectious causes of malignancy. *Cancer Control.* 1999;6:294–300.
7. Vazquez-Elizondo G, Zavala-García C, Elizondo J, Lizardi-Cervera J. Infestación por *Fasciola hepatica* en la vía biliar. *Fund Clínica Medica Sur.* 2007;14:26–30.

José de Jesús Herrera Esquivel*, Santos Ramírez Medina y Juan Carlos Grimaldi Esquivel

Instituto de Enfermedades Digestivas, Morelia Michoacán, México

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: instituto.med@gmail.com

(J.d.J. Herrera Esquivel).

URL: <http://www.enfermedadesdigestivas.com.mx>

(J.d.J. Herrera Esquivel)

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.01.014

Papel de la ultrasonografía endoscópica en el diagnóstico de la tuberculosis ganglionar

Role of endoscopic ultrasonography in the diagnosis of lymph node tuberculosis

Sr. Director:

La tuberculosis (TBC) es una infección crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Puede afectar a cualquier edad y no hay una clara predilección por sexo. La prevalencia es más alta en poblaciones menos desarrolladas y es una de las enfermedades asociadas al sida. Habitualmente se localiza en los pulmones pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano (TBC extra-

pulmonar): ganglios linfáticos, médula ósea, hígado, riñón, meninges, pericardio y tracto gastrointestinal¹.

El desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas, como por ejemplo la ultrasonografía endoscópica, nos permite abordar algunas de estas localizaciones de más difícil acceso para poder emitir un diagnóstico microbiológico definitivo.

Caso 1. Se trata de un varón de 32 años, natural de Pakistán, intervenido de perforación duodenal hace un año que ingresa en nuestro servicio por epigastralgia, fiebre y síndrome general. La exploración física es normal salvo pequeñas adenopatías inguinales bilaterales. En la analítica no se detectan alteraciones significativas y las serologías (VHB, VHC, VIH, lúes, *Toxoplasma*) fueron negativas. La prueba intradérmica de la tuberculina fue positiva siendo los cultivos en esputo y orina para el bacilo de Koch negativos. La gastroscopia fue normal y el escáner abdominal detectó adenopatías retroperitoneales de aspecto patológico.

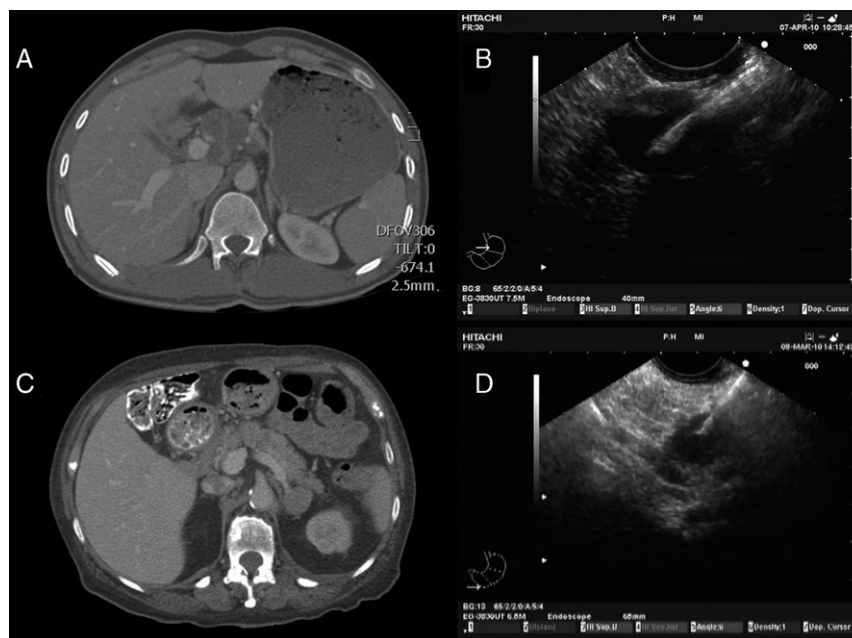


Figura 1 A-D) Composición de escáner abdominal.

gico, la mayor de 32 mm, en torno al tronco celiaco con calcificaciones puntiformes periféricas (fig. 1A). Se realiza ecoendoscopia y punción con aguja fina de 22 G enviando muestra a citología y microbiología (fig. 1B). El informe anatomopatológico es compatible con necrosis y en el cultivo de microbiología se aisló *M. tuberculosis*. En la actualidad se encuentra en tratamiento antituberculostático con buena evolución clínica.

Caso 2. Se trata de una mujer de 77 años que ingresa por síndrome general con pérdida de 15 kg y fiebre. En el examen físico destaca su estado febril, signos de deshidratación mucocutánea y palidez siendo el abdomen normal. En la analítica presenta una leve anemia normocítica con discreta insuficiencia renal ya conocida. Los marcadores tumorales fueron normales así como las serologías para VHB, VHC, lúes, CMV e VIH. Los hemocultivos, el urocultivo y los parámetros de autoinmunidad también fueron negativos. En el escáner abdominal se encontraron adenopatías necróticas de aspecto patológico en ligamento gastrohepático de 25 mm de diámetro y nódulo suprarrenal izquierdo sólido de 27 mm (fig. 1C). Se realizó una punción con aguja fina de 22 G (fig. 1D) mediante ultrasonografía endoscópica con cultivo positivo de la muestra ganglionar para *M. tuberculosis* por lo que en la actualidad se encuentra en tratamiento médico antituberculostático sin evidencias de complicaciones clínicas.

La incidencia de la tuberculosis extrapulmonar ha aumentado progresivamente incluso en países industrializados, lo cual se ha atribuido a la inmigración desde áreas endémicas y a la epidemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. El diagnóstico habitualmente es difícil y requiere de métodos de diagnóstico invasivos no exentos de complicaciones para demostrar la presencia de la micobacteria causante.

La ultrasonografía endoscópica es una técnica mínimamente invasiva que emplea un transductor de alta frecuencia incorporado en el extremo distal del endoscopio. Esta técnica permite obtener una imagen de alta resolución de la pared gastrointestinal y de estructuras adyacentes a la misma así como realizar una punción con aguja fina en tiempo real². Numerosos estudios han probado su utilidad para conseguir un diagnóstico microbiológico de confirma-

ción, empleando una técnica mínimamente invasiva y segura para los pacientes³⁻⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Campillos Paez MT, San Laureano Palomero T, Duro Mota E, Causín Serrano S. Tuberculosis ganglionar. *Medicina General*. 2001;35:529–32.
2. Bhutani MS, Logroño R. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology for diagnosis above and below the diaphragm. *J Clin Ultrasound*. 2005;33:401–11.
3. Berzosa M, Tsukayama T, Davies SF, Debol SM, Cen Y-Y, Mallery S. Endoscopia ultrasound-guided fine needle aspiration for the diagnosis of extra-pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010;14:578–84.
4. Songür Y. Endoscopic ultrasound-guided needle aspiration cytology of tuberculous lymphadenitis: demonstration of acid-fast bacilli. *Cytopathology*. 2010;21:64–8.
5. Hussain T, Salamat A, Farooq MA, Hassan F, Hafeez M. Indications for endoscopic ultrasound and diagnosis on fine-needle aspiration and cytology. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2009;19:223–7.
6. Puri R, Vilman P, Sud R, Kumar M, Taneja S, Verma K, et al. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology in the evaluation of suspected tuberculosis in patients with isolated mediastinal lymphadenopathy. *Endoscopy*. 2010;42:462–7.

Ana Belén Díaz Roca^{a,*}, Ángel José Calderón García^a, Fernando Menéndez Blázquez^a, Sonia Blanco Sampascual^a, Víctor Manuel Orive Cura^a y Sofía Ibarra Ugarte^b

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Basurto, Bilbao, España

^b Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Basurto, Bilbao, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cabana@euskalnet.net (A.B. Díaz Roca).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.12.007

Dolor abdominal recurrente en una paciente con síndrome de intestino irritable

Recurrent abdominal pain in a patient with irritable bowel syndrome

Sr. Director

Mujer de 47 años, natural de Marruecos, sin hábitos tóxicos, diagnosticada de síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento en el año 2008. Se realizó una colonoscopia que fue normal. En febrero de 2009 ini-

cia un cuadro de dolor abdominal subagudo cólico en fosa ilíaca izquierda (FII) y empeoramiento de su estreñimiento, sin fiebre, vómitos, pérdida de peso ni otra sintomatología acompañante. Se realizó una analítica en la que no se encontró anemia, leucocitosis ni marcadores de actividad aguda. La TAC abdominal no mostró enfermedad digestiva ni otros hallazgos excepto útero bicornue. El tránsito intestinal y la ecografía ginecológica fueron normales. Por persistencia del dolor abdominal y la negatividad del estudio, se realizó laparoscopia exploradora que sólo reveló adherencias en la FII, procediéndose a su liberación. Tras la intervención quirúrgica, la paciente estuvo asintomática con desaparición del dolor abdominal. En enero de 2010 inició un nuevo cuadro de dolor abdominal subagudo en fosa ilíaca dere-