

tratamiento, debiendo individualizarse en cada paciente. La importancia del caso reportado es el buen resultado en una fístula de larga evolución tras tratamiento con sellante de fibrina y clips endoscópicos, por lo que este tratamiento podría ser utilizado como una primera aproximación, ya que el uso de otros sistemas como el sistema OVESCO o el Overstitch no están disponibles en todos los centros.

Conflicto de intereses

Los autores confirmamos no tener conflictos de intereses ni haber recibido ninguna financiación para la elaboración de este trabajo.

Bibliografía

1. Dudrick SJ, Maharaj AR, McKelvey AA. Artificial nutritional support in patients with gastrointestinal fistulas. *World J Surg.* 1999;23:570-6.
2. Meguid MM, Campos ACL. Preface: surgical management of gastrointestinal fistulas. *Surg Clin North Am.* 1996;76:1035-80.
3. Rose D, Yarborough MF, Canizaro PC, Lowry SF. One hundred and fourteen fistulas of the gastrointestinal tract treated with total parenteral nutrition. *Surg Gynecol Obstet.* 1986;163:345-50.
4. Eisendrath P, Cremer M, Himpens J, Cadière GB, Le Moine O, Devière J. Endotherapy including temporary stenting of fistulae of the upper gastrointestinal tract after laparoscopic bariatric surgery. *Endoscopy.* 2007;39:625-30.
5. Papavramidis ST, Eleftheriadis EE, Papavramidis TS, Kotzampassi KE, Gamvros OG. Endoscopic management of gastrocutaneous fistula after bariatric surgery by using a fibrin sealant. *Gastrointest Endosc.* 2004;59:296-300.
6. Toussaint E, Eisendrath P, Kwan V, Dugardeyn S, Devière J, Le Moine O. Endoscopic treatment of postoperative enterocutaneous fistulas after bariatric surgery with the use of a fistula plug: report of five cases. *Endoscopy.* 2009;41:560-3.
7. Kothari TH, Haber G, Sonpal N, Karanth N. The over-the-scope clip system-a novel technique for gastrocutaneous fistula closure: the first North American experience. *Can J Gastroenterol.* 2012;26:193-5.
8. Gallego Pérez B, Rodríguez Gil FJ, García Belmonte D, Marín Bernabé CM, Martínez Crespo JJ, Martínez Prieto C. Treatment of a gastrocutaneous fistula with the OVESCO System after gastrotomy button displacement. *Gastroenterol Hepatol.* 2012;35:609-10.
9. Armengol-Miro JR, Dot J, Abu-Suboh Abadia M, Masachs M, Salord JC, Armengol Bertoli J, et al. New endoscopic suturing device for closure of chronic gastrocutaneous fistula in an immunocompromised patient. *Endoscopy.* 2011;43 Suppl 2.

Alfonso Alcalde Vargas*, Salvador Sobrino Rodríguez, Angela Araujo Míguez y Juan Manuel Bozada García

Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonavsc@hotmail.com
(A. Alcalde Vargas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.05.008>

Enterolitiasis con reservorio ileoanal

Enterolithiasis with ileoanal pouch

Sr. Director:

La formación de litiasis en el interior del intestino es un fenómeno poco frecuente, que se denomina enterolitiasis primaria. Estas litiasis pueden dividirse en enterolitos verdaderos, cuando se forman por la precipitación de sales biliares y sales minerales, y falsos enterolitos, cuando se forman por agregación de sustancias alrededor de un *nidus* exógeno, generalmente un producto ingerido¹.

Presentamos el caso de un varón de 65 años de edad, con dolor abdominal crónico. Como antecedentes destaca colitis ulcerosa con colectomía subtotal por megacolon tóxico 11 años atrás y amputación rectal con *anastomosis ileoanal con reservorio* en J un año más tarde. Desde entonces, con seguimiento irregular en otro centro, precisa en al menos 2 ocasiones dilatación con balón de la anastomosis ileoanal por estenosis moderada.

Acude a nuestro hospital por presentar, desde hace 2 años, molestias abdominales, diarrea sin productos patológicos y sensación de masa en el hemiabdomen inferior, con pérdida ponderal significativa, con franco deterioro en los últimos meses.

Al ingreso el paciente presenta cierto grado de desnutrición calórica, siendo la exploración de abdomen normal, con

una cicatriz hipogástrica. El tacto rectal mostraba mínima estenosis de la anastomosis, siendo el resto de la exploración anodina. Analíticamente solo presentaba una anemia ferropénica leve.

La radiografía de abdomen mostraba dilatación de múltiples asas de intestino delgado así como 2 imágenes cálcicas en pelvis (fig. 1 A). Se realizó una reservorioscopia en la que se evidenciaron, a 5 cm de margen anal, 3 enterolitos de entre 4 y 6 cm, redondeados, de coloración pardusca, que obturaban la luz, con alguna lesión por decúbito en la pared intestinal. No existían datos de reservoritis. Se intentó sin éxito fragmentar endoscópicamente las litiasis con un litotriptor con cesta. Para caracterizar mejor el cuadro se realizó una TC que mostraba 3 formaciones circulares, laminadas «en capas de cebolla», de densidad cálcica en la parte distal del íleon. También se apreciaron 2 litiasis vesicales de menor tamaño y colelitiasis múltiple no complicada (fig. 1 B).

Finalmente, ante el fracaso del tratamiento endoscópico, se recurrió a la cirugía, realizándose una enterotomía proximal y extracción de las 3 litiasis. En el mismo acto se realizó una cistolitotomía abierta. El posterior estudio bioquímico reveló la siguiente composición: estearato y palmitato cálcico, asociado a ácido palmítico y proteínas en el caso de los enterolitos, oxalato cálcico y ácido úrico en las litiasis vesicales.

No presentó complicaciones posquirúrgicas y desde entonces se encuentra asintomático. Sigue tratamiento con

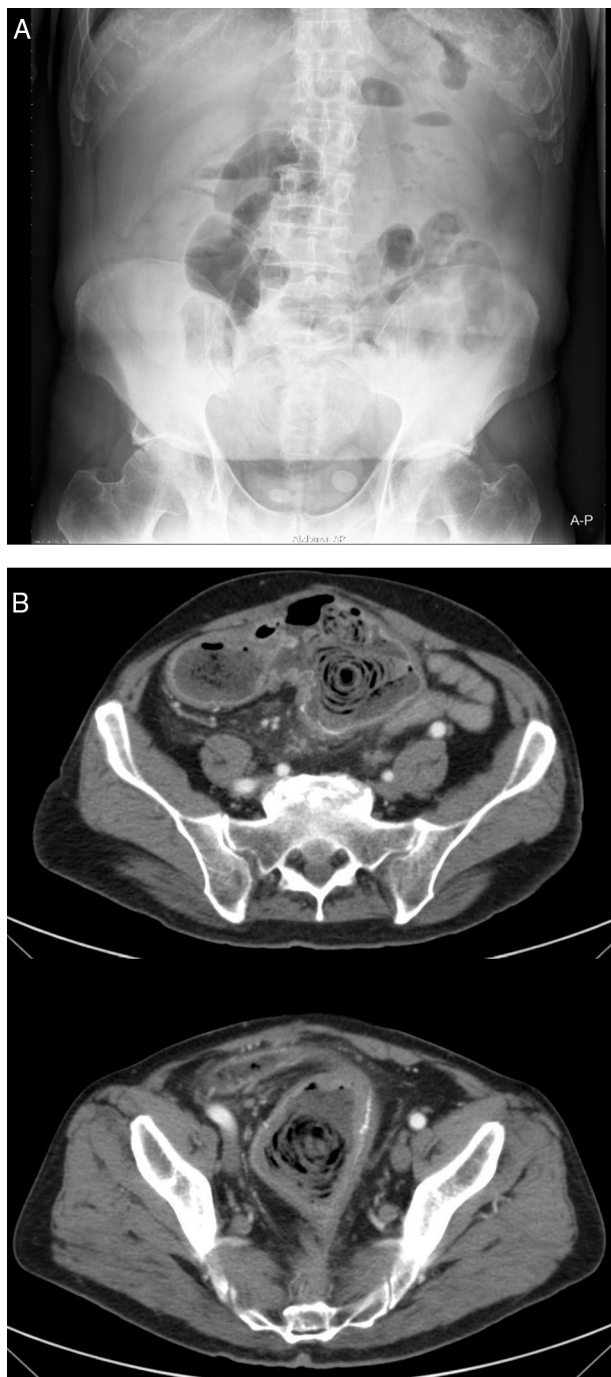


Figura 1 A) Se aprecian 2 imágenes cálcicas en pelvis, que no se corresponden con los hallazgos de la reservorioscopia, dado su pequeño tamaño. Posteriormente se aclaró se trataban de litiasis vesicales. B) En la TC de abdomen se observaron 3 imágenes intraluminales, 2 de ellas de entre 56 y 60 mm, laminadas, con calcificación en su pared.

rifaximina, con objeto de disminuir el sobrecrecimiento bacteriano en el reservorio y con ello la formación de nuevos enterolitos.

La enterolitiasis es una entidad extraña, apenas descrita en pacientes con ileostomías continentales. Solo se han reportado, hasta el momento de escribir este manuscrito,

4 casos de enterolitiasis en pacientes con ileostomías de Kock^{1,2} y nunca antes en el reservorio ileoanal.

Para que se produzca la precipitación de las sales es preciso que exista cierto grado de estasis, habiéndose descrito en: zonas excluidas del tránsito, hipomotilidad o estenosis. Dicha estasis favorece el sobrecrecimiento bacteriano, que en este ambiente propicio es capaz de escindir las sales biliares en formas no solubles, que finalmente precipitan iniciando el proceso de litiasis^{1,3-5}. Desde el punto de vista clínico los enterolitos pueden ser asintomáticos, o bien provocar cuadros de suboclusión intestinal intermitente, obstrucción o más rara vez sangrado y perforación. En dichos casos se han intentado diversas estrategias, desde endoscopia a la cirugía abierta^{2,6,7}.

Nuestro paciente presentaba una discreta estenosis de la anastomosis ileoanal, que pensamos fue el motivo de la estasis en el reservorio y la formación de los enterolitos; el seguimiento irregular explica el enorme tamaño de los enterolitos, que alcanzaron los 60 y 56 mm, lo que supone uno de los mayores tamaños descritos para una enterolitiasis⁸. No dilucidamos un mecanismo común en la formación de las litiasis entéricas y vesicales.

Bibliografía

1. Fox ER, Chung T, Laufer I. Enteroliths in a Continent ileostomy. *Am J Roentgenol.* 1988;150:105-6.
2. Geller A, Clain JE, Lewis BS, Gostout CJ. Enteroliths in a Kock continent ileostomy: endoscopic diagnosis and management. *Gastrointest Endosc.* 1998;48:306-8.
3. Yavuz N, Ergüney S, Ögüt G, Alver O. Enteroliths developed in a chronically obstructed afferent loop coexisting with gastric remnant carcinoma: Case report and review of the literature. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21:495-8.
4. Klingler PJ, Seelig MH, Floch NR, Branton SA, Metzger PP. Small-intestinal enteroliths-unusual cause of small-intestinal obstruction: report of three cases. *Dis Colon Rectum.* 1999;42:676-9.
5. Shivathirthan N, Maheshwari G, Kamath D, Haldar P. Enterolithiasis complicating eosinophilic enteritis: A case report and review of literature. *World J Gastrointest Surg.* 2009;301:68-70.
6. Khan A, Schreiber S, Hopkins W, Berkelhammer C. Enterolith-induced perforation in small bowel carcinoid tumor. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:261.
7. Jones MW, Koper B, Weatherhead WF. Crohn's Disease with enterolith treated laparoscopically. *JSLs.* 2005;9:339-41.
8. Falk VS. Enterolith small bowel obstruction (pseudogallstone ileus) [carta]. *Arch Surg.* 1974;108:749.

Enrique Montero Mateos^{a,*}, Santiago Rodríguez Suarez^a, Jose Manuel Herrera Justiniano^b, Eduardo Leo Carnerero^b, Claudio Trigo Salado^b y María Dolores de la Cruz Ramírez^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emonteromateos@gmail.com (E. Montero Mateos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.06.006>