

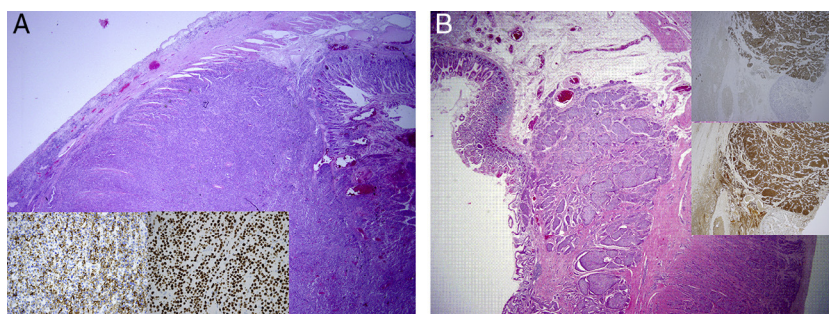


Figura 2 A) HE X20. Linfoma MALT. A la derecha de la imagen se identifica la mucosa intestinal y a la izquierda la subserosa. Las 2 fotografías pequeñas corresponden a inmunohistoquímica (IHQ X400) positiva para CD70 (izquierda) y Ki67 > 90% (derecha). B) HE X20. Tumor carcinóide. A la izquierda se aprecia la mucosa de íleon y a la derecha la muscular. Las 2 fotografías pequeñas corresponden a IHQ X20 para cromogranina positiva (arriba) y sinaptofisina (abajo).

Bibliografía

- Kim SJ, Choi CW, Mun YC, Oh SY, Kang HJ, Lee SI, et al. Multicenter retrospective analysis of 581 patients with primary intestinal non-hodgkin lymphoma from the Consortium for Improving Survival of Lymphoma (CISL). *BMC Cancer*. 2011;11:321.
- Niederle MB, Niederle B. Diagnosis and treatment of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors: Current data on a prospectively collected, retrospectively analyzed clinical multicenter investigation. *Oncologist*. 2011;16:602–13.
- Zar N, Garmo H, Holmberg L, Hellman P. Risk of second primary malignancies and causes of death in patients with adenocarcinoma and carcinoid of the small intestine. *Eur J Cancer*. 2008;44:718–25.
- McGregor DH, Cherian R, Weston AP, Lawson L, McAnaw MP. Adenocarcinoid of ileum and appendix, incidentally discovered during exploratory laparotomy for gastric MALT lymphoma, with subsequent diffuse prostatic metastases: report of a case with light, immunohistochemical, and electron microscopic studies. *Dig Dis Sci*. 1999;44:87–95.
- Taylor WS, Vaughan P, Trotter S, Rajesh PB. A rare association of pulmonary carcinoid, lymphoma, and sjogren syndrome. *Ann Thorac Surg*. 2013;95:1086–7.
- Czapiewski P, Majewska H, Tomaszewski D, Biernat W. Coexistence of tumor let and marginal zone B-cell lymphoma in the lung. *Pathol Res Pract*. 2010;206:508–10.
- Gisbert JP. *Helicobacter pylori*-related diseases: dyspepsia, ulcers and gastric cancer. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34 Suppl 2:S15–26.

Edel Berroa de la Rosa^a, Laura Casadiego Matarranz^b, Rafael Aparicio Duque^c, María Jesús Peñarrubia Ponce^d, Javier Ortiz de Solórzano Aurusa^e y Luis Fernández Salazar^{e,*}

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^d Servicio de Hematología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^e Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisfernalsal@gmail.com (L. Fernández Salazar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.07.005>

Duodenitis isquémica en paciente pluripatológico

Ischemic duodenitis in a patient with multiple comorbidities

Sr. Director:

Las alteraciones isquémicas duodenales se han descrito en pocos casos en pacientes con ateromatosis severa de las arterias esplánicas¹. Este hallazgo es infrecuente debido a que el duodeno sufre la falta de irrigación de la arteria mesentérica superior a través de colaterales pancreático-duodenales².

Se describe el caso de una paciente mujer de 70 años que acude al hospital por melenas y dolor abdominal de 10 h de evolución. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal y miocardiopatía isquémica crónica. Cinco años antes tuvo un episodio de colitis isquémica. En la exploración física, la presión arterial es de 92/58 mm Hg y la frecuencia cardiaca de 102 latidos/min, el abdomen está distendido, es doloroso a la palpación de manera difusa y presenta disminución de los ruidos hidroaéreos. En la analítica sanguínea destaca anemia microcítica e hipocrómica con Hb de 7,3 g/dl, leucocitosis y elevación de proteína C reactiva. Tras estabilizar a la paciente con reposición hidroelectrolítica y transfusión de hematíes, se realiza gastroscopia. En ella se visualiza



Figura 1 Imagen endoscópica de la segunda porción duodenal mostrando aplanamiento de pliegues y ulceraciones de aspecto necrótico.

desde segunda porción duodenal y hasta la introducción total del endoscopio en tercera porción, afectación continua de la mucosa con aplanamiento de pliegues, ausencia de motilidad, úlceras extensas y profundas con apariencia necrótica y hemorragia mucosa, todo ello indicativo de cambios isquémicos (fig. 1), tomándose muestras de biopsia. La paciente presenta mal estado general y el cuadro se complica con un episodio de neumonía por broncoaspiración, evolucionando desfavorablemente con descompensación de su enfermedad de base y falleciendo 48 h más tarde sin realizarse más pruebas diagnósticas para evaluación de vascularización abdominal ante el pronóstico fatal de la paciente. Las biopsias revelaron infiltración inflamatoria y proliferación de fibroblastos. Otras causas de duodenitis erosiva que pueden ocasionar una apariencia endoscópica semejante, como vasculitis, amiloidosis, enfermedades granulomatosas, ingestión de irritantes gástricos, alcohol o infiltración por linfoma fueron excluidos con la anamnesis y el estudio histológico. Por tanto, diagnosticamos el caso de duodenitis de origen isquémico.

Los cambios isquémicos en el duodeno son muy raros debido a la presencia de importante circulación colateral

que vasculariza este territorio². La existencia de este hallazgo tiene un pronóstico ominoso ya que determina ateromatosis severa de las arterias esplánicas abdominales con insuficiente circulación colateral³. El diagnóstico de isquemia mesentérica aguda no siempre es sencillo, al no presentar ningún hallazgo clínico ni analítico específico⁴, siendo fundamental un alto índice de sospecha para establecer un diagnóstico precoz. El dolor y distensión abdominal en pacientes ancianos con antecedentes personales de enfermedad cardiovascular suele ser una presentación común⁵. La manifestación como sangrado digestivo es infrecuente y los hallazgos endoscópicos de infarto intestinal pueden añadir un importante índice de sospecha⁶, como en nuestro caso, con signos evidentes de isquemia y necrosis.

Bibliografía

1. Seno H, Mikami S, Komatsu K, Kadota S, Yazumi S, Chiba T. Ischemic duodenitis. *Endoscopy*. 2005;37:91.
2. Okuyama Y, Kawakami T, Ito H, Otsuka H, Enoki Y, Nishimura M, et al. A case of ischemic duodenitis associated with superior mesenteric artery syndrome caused by an abdominal aortic aneurysm. *Case Rep Gastroenterol*. 2011;5:278–82.
3. Force T, MacDonald D, Eade OE, Doane C, Krawitt EL. Ischemic gastritis and duodenitis. *Dig Dis Sci*. 1980;25:307–10.
4. Debus ES, Müller-Hülsbeck S, Kölbel T, Larena-Avellaneda A. Intestinal ischemia. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26:1087–97.
5. Finucane PM, Arunachalam T, O'Dowd J, Pathy MS. Acute mesenteric infarction in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:355–8.
6. Arroja B, Canhoto M, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, Vasconcelos H, et al. Acute mesenteric ischemia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102:327–8.

Noelia Alcaide^{a,*}, Lorena Sancho del Val^a, Pablo Bachiller-Luque^b y Manuel Pérez-Miranda^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: noelialcaide@hotmail.com (N. Alcaide).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.07.002>

Evisceración espontánea del intestino delgado a través de la vagina

Spontaneous small bowel evisceration through the vagina

Sr. Director:

La evisceración espontánea a través de la vagina fue inicialmente descrita en 1907 por McGregor. Es una urgencia

que requiere de diagnóstico temprano y resolución quirúrgica inmediata¹. La tasa de mortalidad asociada es del 6%; sin embargo, la incidencia de la morbilidad es más alta cuando se produce la estrangulación del intestino a través del defecto vaginal².

Se trata de una paciente de 62 años que acudió a urgencias refiriendo dolor en la porción baja del abdomen acompañado de sangrado genital y protrusión de asas intestinales. La paciente tenía antecedente de histerectomía abdominal total sin complicaciones por enfermedad uterina benigna con corrección de prolapsos genital hacía 14 meses.