

Tabla 2 Índice de Charlson⁹

Enfermedad	Puntuación asignada
Cardiopatía isquémica	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1
Enfermedad vascular periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1
Enfermedades del tejido conjuntivo	1
Úlcera gastroduodenal	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes mellitus	1
Hemiplejía	2
Insuficiencia renal moderada/severa	2
Diabetes mellitus con lesión de órganos diana	2
Tumor o neoplasia sólida/leucemia/linfoma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida	6

reingreso. El índice de Charlson parece ser una herramienta que evalúa de una manera más global la susceptibilidad a presentar morbilidad en la población hospitalizada. Este sistema de puntuación asigna un valor según la presencia de 19 comorbilidades del paciente a las que se les asigna una puntuación y en función de la edad (tabla 2)⁹. Se ha demostrado el valor predictivo de dicho sistema de puntuación en pacientes intervenidos por cirugía colorrectal electiva⁷. Por todo ello, hemos iniciado un estudio prospectivo para evaluar esta herramienta clínica en pacientes de nuestra especialidad.

En conclusión, la edad de los pacientes es de gran importancia en el porcentaje de reingresos hospitalarios. El uso de sistemas de puntuación que evalúen de manera global las enfermedades asociadas del paciente permitirán, junto a la edad, predecir más adecuadamente qué pacientes tienen un riesgo elevado de reingresar en el hospital.

Bibliografía

1. Alonso Martínez JL, Llorente Díez B, Echegaray Agara M, Urbieto Echezarreta MA, Gonzalez Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *Ann Med Int.* 2011;18:248-54.
2. Shu Ch, Lin YF, Hsu NC, Ko WJK. Risk factors for 30-day re-admission in general medical patients admitted from the emergency department: A single center study. *Int Med J.* 2012;42:677-82.
3. Ansari MZ, Collopy BT, Booth JL. Hospital characteristics associated with unplanned readmissions. *Aust Health Rev.* 1995;18:63-75.
4. Escobar MA, García-Egido AA, Carmona R, Lucas A, Márquez C, Gómez F. Representación del Grupo para la Atención Médica Integral y Continuada de Cádiz-Hospital de día Médico Polivalente [Decrease in hospitalizations due to polyvalent medical day hospital]. *Rev Clin Esp.* 2012;212:63-74.
5. O'Brien DP, Senagore A, Merlino J, Brady K, Delaney C. Predictors and outcome of readmission after laparoscopic intestinal surgery. *World J Surg.* 2007;31:2430-5.
6. Reddy DM, Townsend Jr CM, Kuo YF, Freeman JL, Goodwin JS, Riall TS. Readmission after pancreatectomy for pancreatic cancer in Medicare patients. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:1963-74.
7. Schneider EB, Hyder O, Brooke BS, Efron J, Cameron JL, Edil BH, et al. Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: impact of length of stay relative to other clinical factors. *J Am Coll Surg.* 2012;214:390-8.
8. Abellan Lucas M, Balague Ponz C, Pallares Segura JL, Carrasquer Puyal A, Hernández Casanovas P, Martínez Sánchez MC, et al. Postoperative morbidity and mortality factors after laparoscopic resection for colon cancer in octogenarians. *Cir Esp.* 2012;90:589-94.
9. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.

David Parés*, Jaime Jimeno y Rolando Orbeal

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: david.pares@pssjd.org (D. Parés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.05.003>

Colitis por *Aeromonas hydrophila* como primera manifestación de un cáncer de colon



Aeromonas hydrophila colitis as the initial presentation of colon cancer

Sr. Director:

Aeromonas hydrophila (*A. hydrophila*) es un bacilo gram-negativo, anaerobio facultativo, no esporulado catalasa y oxidasa positiva, ubicuo del medio acuático y colonizador habitual del tracto gastrointestinal¹. Sin embargo, no

es universalmente aceptado como patógeno gastrointestinal, sobre todo debido a la ausencia de un brote de gastroenteritis aguda donde se haya identificado como agente único causal, así como por la imposibilidad de reproducir la enfermedad gastrointestinal *in vitro* tras el aislamiento bacteriano¹.

Se presenta el caso de una mujer de 77 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia, que acude a urgencias por dolor abdominal difuso e intenso, de instauración brusca, seguido de diarrea con productos patológicos (moco y sangre) y vómitos biliosos. En los 2 días previos al ingreso había presentado aumento del número de deposiciones sin productos patológicos. A la exploración física destaca abdomen doloroso a la palpación en todos los cuadrantes, con ruidos de lucha y sin peritonismo. En los análisis de



Figura 1 Tomografía computarizada (TC) abdominal que muestra engrosamiento concéntrico parietal de colon sigmoide y descendente, compatible con colitis segmentaria.

sangre destaca leucocitosis (19.800 mil/mm³) con neutrofilia (80%) y una proteína C reactiva de 29,1 mg/L, mientras que en la radiografía de abdomen se observa dilatación de asas de intestino grueso con ausencia de aire en ampolla rectal y niveles hidroaéreos en colon sigmoide. Se solicita TC abdominal urgente (fig. 1) que muestra un engrosamiento concéntrico parietal del colon descendente y sigmoide, con datos de ingurgitación vascular, líquido libre en la gotiera parietocólica izquierda y en el fondo de saco de Douglas, así como adenopatías mesentéricas subcentimétricas. Ante la sospecha de colitis isquémica se instauro tratamiento con sueroterapia y analgesia. En el coprocultivo, se aísla *A. hydrophila* (resistente a amoxicilina/clavulánico y ampicilina, sensible a cefotaxima y ciprofloxacino), por lo que se pauta tratamiento antibiótico con ciprofloxacino. Se reinterroga a la paciente, que reconoce la ingesta de agua no clorada de pozo en la semana previa al ingreso. Se realiza colonoscopia en el 6.º día de ingreso, tras mejoría clínica de la paciente, explorándose hasta colon transverso distal, sin progresar a tramos más proximales por afectación endoscópica grave y riesgo de iatrogenia. Desde ampolla rectal a 35 cm de margen anal la mucosa colónica es normal, y desde este nivel hasta colon transverso la mucosa presenta afectación inflamatoria circunferencial, con úlceras en sacabocados y marcada friabilidad, con áreas mame-lonadas violáceas, de aspecto pseudotumoral, desde 35 a 40 cm del margen anal. El análisis histológico reveló

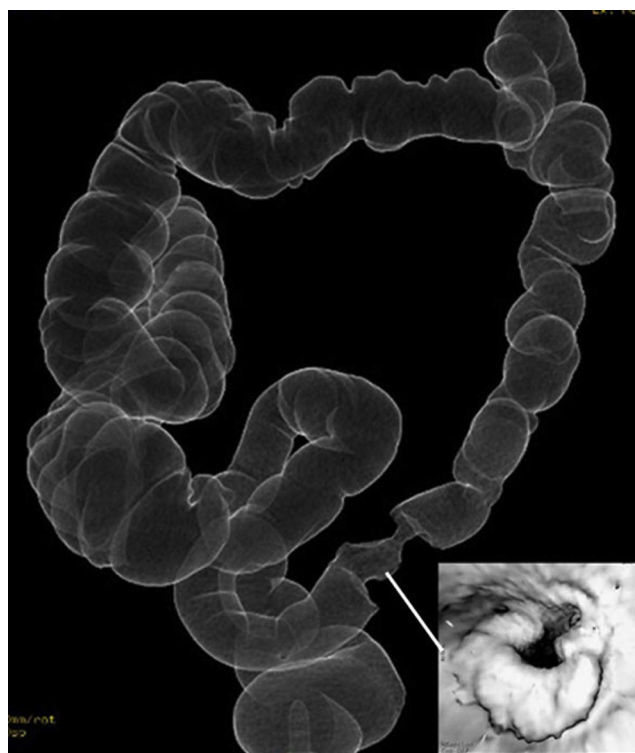


Figura 2 Colonografía por TC, realizada al mes del ingreso hospitalario, donde se evidencia una lesión en «corazón de manzana» de 5 cm de longitud, en la unión del sigma-colon descendente, sugestiva de malignidad, sin afectación mucosa a otros niveles.

áreas amplias de ulceración con abundantes polimorfonucleares y material necrótico, evidenciándose en las muestras del segmento de aspecto pseudotumoral un adenocarcinoma infiltrante ulcerado. Antes de la cirugía, se realiza colonografía por TC (fig. 2) a las 4 semanas del ingreso, observándose una lesión estenosante en colon descendente con el patrón clásico de imagen en «corazón de manzana», sin afectación mucosa evidente en otros tramos.

A. hydrophila es un microorganismo ubicuo del medio acuático, declarado en 1998 como patógeno contaminante de agua potable¹. Afecta a personas sanas en cualquier franja etaria y en mayor medida a huéspedes inmunodeprimidos. La forma de presentación más frecuente es la diarrea secretora aguda, aunque se han descrito de manera excepcional otras presentaciones clínicas atípicas como colitis segmentaria, remediando a una colitis isquémica, o sobreinfección en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal²⁻⁴. Hasta la fecha, solo hemos encontrado una referencia bibliográfica donde se ha relacionado como manifestación inicial de un cáncer de colon⁵. Se podría pensar que la interacción de varios factores, tales como toxinas bacterianas, la deshidratación, la hipoperfusión y la alteración de la barrera epitelial colónica podrían haber dado lugar a esta presentación atípica. El caso clínico de esta carta expone el diagnóstico de un adenocarcinoma colónico clínicamente silente, desenmascarado por una colitis segmentaria grave por *A. hydrophila*, añadiendo evidencia del papel de este microorganismo como patógeno gastrointestinal.

Bibliografía

1. Janda JM, Abbot SL. The genus *Aeromonas*: Taxonomy, pathogenicity and infection. *Clin Microbiol Rev.* 2010;23:35–73.
2. Holthouse D, Chen F, Leong R, Chleboun J, Hallam L. *Aeromonas hydrophila* colitis mimicking ischaemic colitis in an elderly woman. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:1554–5.
3. Ahishali E, Pinarbasi B, Akyuz F, Ibrisim D, Kaymakoglu S, Mungan Z. A case of *Aeromonas hydrophila* enteritis in the course of ulcerative colitis. *Eur J Inter Med.* 2007;18:430–1.
4. Doman DB, Golding MI, Goldberg HJ, Doyle RB. *Aeromonas hydrophila* colitis presenting as medically refractory inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 1989;84:83–5.
5. Cook MA, Nedunchezian D, Phillips M. Colonic carcinoma manifesting as *Aeromonas* colitis. *J Clin Gastroenterol.* 1994;18:242–3.

Daniel Vara-Brenes^{a,*}, Antares Santiago-Cuñer^b, José María Mateos-Rodríguez^a, Miguel Fernández-Bermejo^a y Javier Molina-Infante^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: varabrenesdaniel@gmail.com (D. Vara-Brenes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.09.003>

Retención inadvertida y asintomática de una cápsula endoscópica en un divertículo de Zencker



Inadvertent and asymptomatic retention of an endoscopic capsule in a Zencker diverticulum

Sr. Director:

Actualmente se está experimentando un aumento tanto en la variedad como en las características y especificaciones entre las diferentes cápsulas endoscópicas; muchas de estas diferencias están basadas en diferentes mecanismos de transmisión de imágenes. Presentamos una complicación muy infrecuente en la literatura, como es la retención de una cápsula dentro de un divertículo de Zenker, con el detalle añadido y no descrito hasta la fecha de suceder de forma inadvertida y asintomática, hasta pasados 34 días, que fue expulsada y recuperada.

Caso clínico

Varón de 80 años con antecedentes de espondiloartrosis e ictus hemisférico izquierdo. Es remitido para estudio con cápsula endoscópica por anemia ferropénica, con gastroscopia diagnóstica de hernia de hiato esofágico y colonoscopia total con diverticulosis izquierda no complicada.

Acude ambulatoriamente a la cita, donde se le administra una cápsula endoscópica MiroCam® Model MC 1000. Previamente se confirma la activación y adecuada carga de la batería y el receptor y la activación de la cápsula por el paciente.

A las 9 h de la ingestión se le retiran las antenas y el receptor y se inicia la descarga en el ordenador.

El paciente refiere no haber realizado ninguna defecación en este periodo. Antes de marcharse se realiza una radiografía de abdomen, en la que no se observa la cápsula ni otros signos de posibles complicaciones.

Tras la descarga de las imágenes se observa la manipulación de la cápsula por el paciente, su cara y su boca, pero tras su ingestión no se graba ninguna otra imagen.

Se comprueba el normal funcionamiento del receptor, las baterías y la normalidad de las primeras imágenes emitidas por la cápsula.

El paciente no presenta complicaciones y mantiene un ritmo intestinal normal.

Treinta y cuatro días después nos llama el paciente porque ha presentado un vómito y nos trae la cápsula que ha expulsado con el contenido alimentario.

Realizamos radiografía de abdomen y tórax, que resultan normales. El estudio esofagogastroduodenal con sulfato de bario demuestra un divertículo faringoesofágico de Zencker de mediano tamaño que había pasado inadvertido (figs. 1 y 2).

Discusión

La visualización del tracto digestivo mediante el uso de cápsula endoscópica es uno de los procedimientos más seguros y es realizado de forma rutinaria. La retención de la cápsula es la principal complicación descrita en el 1-2% de los procedimientos; existen casos de retención en divertículos del intestino delgado^{1,2}, pero la retención en divertículos esofágicos es excepcional y solo unos pocos casos han sido publicados²⁻⁴.

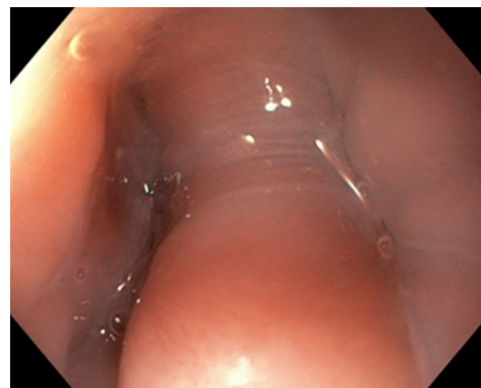


Figura 1 Imagen endoscópica.