

9. Nota informativa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Diacereína: la evaluación europea concluye que el balance beneficio-riesgo es desfavorable. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; 2009 [consultado 15 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH.FV.30-2013-diacereína.pdf>.

Óscar Esteban Jiménez^{a,*}, Cristina Navarro Pemán^b,
Francisca González Rubio^c
y M. Carmen Malo Aznar^d

^a Centro de Salud Gallur, Gallur, Zaragoza, España

^b Centro de Farmacovigilancia de Aragón, Zaragoza, España

^c Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza, España
^d Servicio de Drogodependencias y Vigilancia en Salud Pública de Aragón, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: oscarej@hotmail.com
(Ó. Esteban Jiménez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.01.004>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Extracción endoscópica de cuerpos extraños múltiples, grandes y cortantes. Transitando los límites de la endoscopia



Endoscopic retrieval of multiple large sharp foreign bodies from the stomach. Testing the limits of endoscopy

La ingestión accidental o intencionada de cuerpo extraño es una de las urgencias más prevalentes de nuestra especialidad. En la mayoría de las ocasiones el manejo ha de ser conservador ya que generalmente los objetos pasarán a través del tracto intestinal sin incidencias¹. La necesidad de extracción estará condicionada principalmente por las características del objeto ingerido como el tamaño y la forma, la presencia de filos, las puntas o los bordes cortantes o el tiempo transcurrido desde la ingesta. Aspectos como la situación clínica del paciente o la localización del objeto en los diferentes tramos del tubo digestivo, también influirán en el manejo. Consideraciones especiales merecen algunos objetos como por ejemplo pilas e imanes, en donde la extracción es prácticamente obligada, o paquetes de droga donde precisamente esta estaría contraindicada por el riesgo de rotura e intoxicación. Una situación frecuente es la ingestión de objetos metálicos y/o cortantes con intención autolítica, sobre todo en pacientes reclusos o psiquiátricos. En el caso de objetos grandes, puntiagudos o cortantes la extracción es obligada, generalmente vía endoscópica, reservando la opción quirúrgica en caso de imposibilidad de extracción endoscópica por el riesgo de complicaciones, o por el tamaño o características del objeto en sí^{2,3}. Presentamos a continuación un caso excepcional de extracción endoscópica de múltiples objetos cortantes de tamaño considerable.

Varón de 37 años, recluso acude a urgencias tras la ingesta de múltiples cuerpos extraños metálicos. El paciente había sido sometido a varias endoscopias previamente⁴, y a cirugías gástricas por situaciones similares. Clínicamente no refería síntomas. En la radiografía simple abdominal se identifican un objeto metálico, de bordes cortantes y de 14 cm de longitud y, al menos, otros 2 objetos afilados y

planos de al menos 20 mm de anchura máxima. A pesar de las limitaciones de la endoscopia se consideró la forma más segura de extracción quedando avisado el equipo quirúrgico por si necesitásemos de su intervención.

Con el paciente anestesiado, intubado y en quirófano, la endoscopia se realizó (fig. 1A) con un gastroscopio convencional modelo Olympus GIF-H190[®] de 9,2 mm de calibre externo y 2,8 mm de canal de trabajo, y un gastroscopio terapéutico de 2 canales modelo Olympus GIF-2T160[®] de 13,2 mm de calibre exterior y 2,8 y 3,7 mm en los canales de trabajo, un sobretubo US endoscopy[®] de 2 cm de calibre interno y una campana de caucho protectora para los objetos más anchos que el sobretubo que se fijó en la punta del endoscopio⁵. Con este equipo se logró la extracción

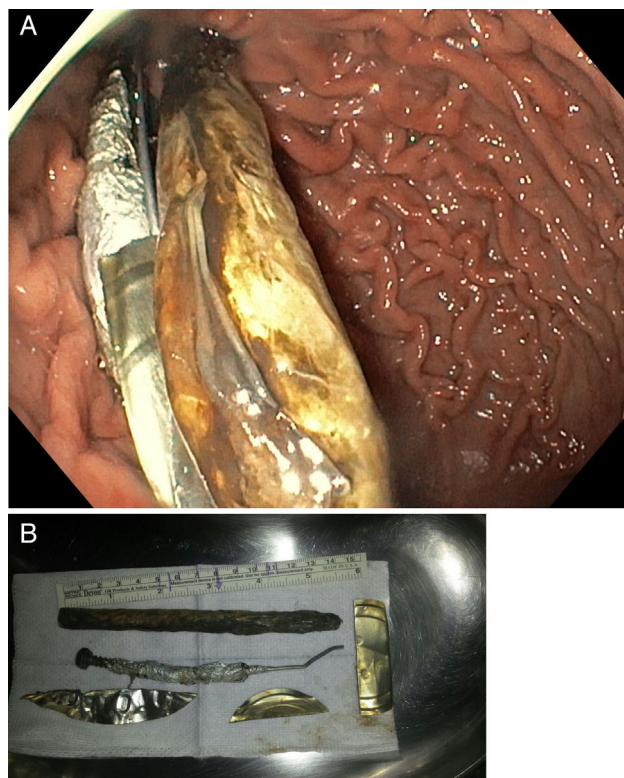


Figura 1 A) Visión endoscópica de cavidad gástrica en cuyo interior se encuentran los cuerpos extraños. B) Cuerpos extraños.

completa de múltiples cuerpos extraños cortantes (fig. 1B). Se optó por extraer en primer lugar los objetos de mayor tamaño, los alargados y cortopunzantes, por ser técnicamente más compleja la extracción y mayor su potencial de producir complicaciones sobre la pared gástrica. Posteriormente se extrajeron las placas planas, comenzando por las de mayor tamaño y, finalmente, las de menores diámetros.

Los 2 objetos de mayor tamaño se extrajeron con un asa de polipectomía y un endoscopio convencional, a través del sobretubo. El tercero, uno de los objetos planos y afilados, de menor longitud, pero mayor anchura, se impactó en el tercio medio del sobretubo, estando sujeto por un asa de polipectomía convencional y una pinza de ratón grande, ambas a través del gastroscopio de doble canal, durante el proceso de extracción del mismo, dificultando la manipulación a partir de ese momento. Ante la duda sobre si su extremo inferior sobresalía por debajo del sobretubo permaneciendo aún en cavidad gástrica, lo que haría muy arriesgada la extracción en bloque en ese momento, comprobamos con fluoroscopia digital Siemens Arcadis Varic®, que estaba totalmente incluido por el sobretubo, pudiendo extraerse en bloque con este, sin complicaciones. Los objetos de menor tamaño se extrajeron finalmente con ayuda de la campana de caucho fijada a la punta del endoscopio, e igualmente con asa y pinza.

Tras la ingesta de cuerpo extraños metálicos, cortantes o afilados hay que considerar e individualizar el método de extracción (endoscópico o quirúrgico) teniendo en cuenta las posibilidades de éxito, posibles complicaciones y experiencia del endoscopista que vaya a realizar el procedimiento. Se recomienda la protección de la vía aérea mediante intubación orotraqueal, y en el caso de la endoscopia es de elección el endoscopio flexible de visión frontal de único o doble canal^{2,4}.

Bibliografía

1. Weiland ST, Schurr MJ. Conservative management of ingested foreign bodies. *J Gastrointest Surg.* 2002;6:496–500.
2. ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc.* 2011;73:1085–1091.
3. Palta R, Sahota A, Bemarki A, Salama P, Simpson N, Laine L. Foreign-body ingestion: Characteristics and outcomes in a lower socioeconomic population with predominantly intentional ingestion. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:426–33.
4. Li ZS, Sun ZX, Zou DW, Xu GM, Wu RP, Liao Z. Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: Experience with 1088 cases in China. *Gastrointest Endosc.* 2006;64:485–92.
5. Tierney WM, Adler DC, Conway JD, Diehl DL, Farraye FA, Kantsevov SV, et al., ASGE Technology Committee. Over-tube use in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2009;70:828–34.

José Luis Ariza-Fernández*, Margarita Úbeda-Muñoz y Eduardo Redondo-Cerezo

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jse.luis@hotmail.com

(J.L. Ariza-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.011>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Adenoma with pseudoinvasion – A crucial differential diagnosis for invasive adenocarcinoma



Adenoma con pseudoinvasión- un diagnóstico diferencial crucial para el adenocarcinoma invasivo

A 69-year-old man underwent colonoscopy following a positive fecal occult blood test, in which a 20 mm pedunculated polyp with thick stalk (Fig. 1A) was found in the distal sigmoid colon. The polyp was resected by conventional snare polypectomy without complications. The microscopic evaluation revealed a mixed polyp (Fig. 1B) with hyperplastic glands, low-grade dysplastic areas and focal superficial high-grade dysplasia, containing many lobules of crypts and glands in the polyp stalk, enclosed by bundles and fascicles of muscularis mucosae. These lobules had an area of continuity with the superficial mucosa as well as identical cytological (with only slight focal atypia) and immunohistochemical (strong positivity for E-Cadherin) features compared with the superficial glands of the polyp. Complex and defective muscularis mucosae without des-

moplasia surrounded the lobules, sometimes rimmed by sparse lamina propria with inflammation. Some glands had abundant extracellular mucus. Signs of remote hemorrhage with hemosiderin deposition and vascular congestion were observed throughout the stalk (Fig. 2). A diagnosis of adenoma with misplaced epithelium (pseudo-invasion) was made.

Pseudo-invasive adenomatous polyps result from trauma and prolapse of adenomatous epithelium in areas of defective or weak muscularis mucosae into their stalk.¹ They are rare lesions and may be unfamiliar to some endoscopists.²

The distinction between pseudoinvasion and invasive carcinoma by endoscopic and morphologic examination may be very difficult.³

The pathological criteria of misplaced epithelium in hyperplastic as well as adenomatous polyps include: typical localization in the sigmoid colon; presence of crypts in the submucosa and/or stalk more often lobular and well defined than irregular; invariable circumscription of the glands by lamina propria and a defective muscularis mucosae with fibromuscular splaying; frequent vascular congestion, signs of recent hemorrhage and focal or obvious continuity with the superficial mucosal epithelium; occasional chronic inflammation and/or granulation tissue and hemosiderin