



SCIENTIFIC LETTER

Suboptimal endoscopic examination due to lack of gastric distension: How best to manage this situation? A case report



Exploración endoscópica subóptima por falta de distensión gástrica. ¿Como podemos manejar esta situación? A propósito de un caso

This is a 54-year-old male patient with a previous history of an 8 mm gastric neuroendocrine tumor treated with EMR. The following year the patient underwent a monitoring upper GI endoscopy. In our Unit, endoscopies are usually performed under deep sedation with propofol. During the procedure, a new 6 mm pseudodepressed lesion (IIa+IIc) was detected in the proximal body of the stomach. However, the lesion could not be properly evaluated because the insufflated air was lost through the mouth, and it prevented the gastric cavity from distending. Biopsies were taken and showed another well-differentiated neuroendocrine tumor (G1).

A new therapeutic upper GI endoscopy was scheduled. As in the previous examination, the lost air through the mouth prevented the gastric cavity from distending and performing the

treatment with a proper view. The nurse in charge of the sedation, who was aware of the endoscopic problem, performed the Sellick maneuver. Then, the stomach could be properly distended, and the lesion could be easily removed with EMR. The histology showed a well differentiated neuroendocrine tumor (G1), with favorable prognostic factors and free margins.

In his original description, Sellick stated that “the maneuver consists of a temporary occlusion in the upper end of the esophagus by giving backward pressure using the index and the thumb fingers on the cricoid cartilage against the cervical spine”¹ (Fig. 1). This maneuver can be easily learned.² Although its effectiveness is controversial,³ it is still used in the sequence of immediate orotracheal intubation in patients with absence of fasting to avoid regurgitation and reduce the risk of bronchoaspiration. In the case we are presenting, the occlusion of the esophageal lumen prevented the loss of air through the mouth and allowed a correct gastric distension.

We believe that this incident is not exceptional, since the Sellick maneuver could help overcome this uncomfortable situation. We have performed this easy maneuver in similar cases with the same positive results. However, this technique requires some learning and should be carried out by anaesthesiologists or nurses trained in sedation, both skilled in this technique and its potential complications and side effects.

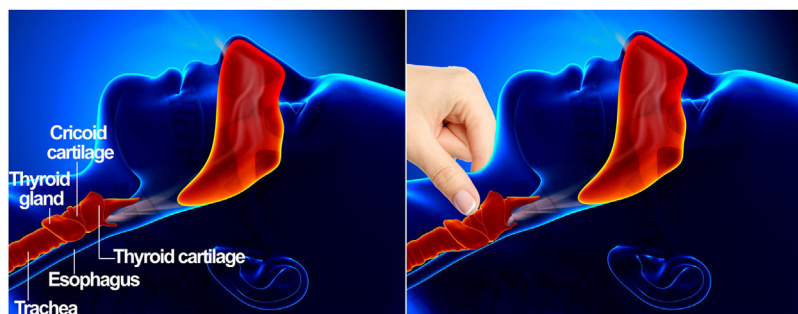


Figure 1 Schematic representation of the Sellick maneuver.

References

1. Sellick BA. Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anaesthesia. *Lancet*. 1961;2:404–6.
2. Beckford L, Holly C, Kirkley R. Systematic review and meta-analysis of cricoid pressure training and education efficacy. *AORN J*. 2018;107:716–25.
3. Birenbaum A, Hajage D, Roche S, Ntoub A, Eurin M, Cuvillon P, et al. Effect of cricoid pressure compared with a sham procedure in the rapid sequence induction of anesthesia: the IRIS randomized clinical trial. *JAMA Surg*. 2019;154:9–17.

Montserrat Cornet-Vilallonga^{a,*}, Joaquim Profitós^a,
Marta Rodríguez-Cornet^b, Manuela Ramos-Prada^c,
Ignasi Puig^c

^a Endoscopy Unit, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, Spain

^b Department of Anaesthesia, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona, Spain

^c Endoscopy Unit, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Barcelona, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: mcornet@gmail.com

(M. Cornet-Vilallonga).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.11.024>

0210-5705/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Colecistitis xantogranulomatosa como causa de falso positivo en PET



False positive PET results due to xanthogranulomatous cholecystitis

Las metástasis en la vesícula biliar (VB) son muy infrecuentes. El melanoma maligno es su origen más común¹. Presentamos una paciente con antecedentes de melanoma y captación patológica en la VB en PET-TC. Se intervino con el diagnóstico preoperatorio de metástasis de melanoma en VB, pero la histología final fue inesperada.

Mujer, 38 años, diagnosticada en agosto de 2015 de melanoma maligno en la espalda. Fue tratada con resección amplia y biopsia de ganglio centinela (Breslow: 2 mm, Clark: III, sin ulceración, mitosis: < 1/mm², estadio Ib:pT2aN0M0). En septiembre de 2018, se autopalpó adenopatía axilar izquierda, se realizó PAAF informada como metástasis de melanoma. Se practicó linfadenectomía axilar izquierda con infiltración tumoral en 4 de los 14 ganglios extirpados. La paciente recibió radioterapia en la axila izquierda (50 Gy). En enero de 2019, inició tratamiento con nivolumab. En enero de 2020, se realizó PET-TC, donde apareció una lesión hipermetabólica de 23 mm en el hilio hepático (SUV: 9,3), que causaba dilatación de la VB. En la RM, observamos masa polipoidea en VB, con diámetro de 23 mm, hipointensa en T1, e hiperintensa y no homogénea en T2, hallazgos compatibles con cáncer de vesícula biliar (CVB) o metástasis. El contenido vesicular era hiperintenso en T1 e hipointenso en T2, compatible con contenido hemorrágico (fig. 1A y B). Todos los estudios analíticos fueron normales. En comité multidisciplinar oncológico se decidió cirugía.

En la intervención apreciamos una VB dilatada con pared engrosada e inflamación de la placa hiliar. Se realizó colecistectomía más resección de 1,5 cm de parénquima hepático para asegurar margen libre. Las secciones histológicas mostraron infiltrado inflamatorio linfoplasmocítico en la pared de la VB, acompañado de abundantes histiocitos, que contenían pigmento marrón en su citoplasma y formaban nódulos (fig. 1C). Se observaron erosiones y úlceras de la mucosa con importante componente inflamatorio agudo formando abscesos. En los estudios histológicos e inmunohis-

toquímicos no se observó infiltración tumoral. El diagnóstico histológico final fue colecistitis xantogranulomatosa (CXG).

El melanoma maligno es una de las formas más agresivas de cáncer de piel. La PET-TC en melanoma maligno presenta una elevada precisión para la detección de metástasis, pero la experiencia de PET-TC en metástasis de VB es muy corta¹.

La CXG es una enfermedad inflamatoria benigna de la VB, relativamente infrecuente (1,3-5,2% de las VB extirpadas), que ocurre predominantemente en personas de mediana edad y ancianos^{2,3}. La patogenia no está clarificada, pero la más aceptada es que tras un proceso inflamatorio y una reacción granulomatosa, se produce extravasación de bilis a la pared de la VB^{2,3}. Ese proceso inflamatorio, focal o difuso, produce un engrosamiento macroscópico de la pared de la VB similar a una neoplasia^{2,3}. Las manifestaciones clínicas de CXG son las observadas en la colecistitis aguda/crónica, pero algunos pacientes son asintomáticos como ocurrió en nuestra paciente. Es difícil distinguir entre CVB y CXG por técnicas de imagen, lo que puede implicar la realización de resecciones hepáticas innecesarias que presentan mayor morbilidad que la colecistectomía^{2,3}.

La PET-TC no es totalmente específica para las lesiones malignas de VB². Un metaanálisis de 2015 de PET en CVB obtuvo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 78%. Solo existían 22 falsos positivos que se produjeron en lesiones inflamatorias benignas como CXG, tuberculosis, adenomiomatosis, o colecistitis aguda, y ocurren debido a la absorción del FDG en las células inflamatorias²⁻⁴. Nishiyama et al. evaluaron la correlación entre PCR y niveles de 18F-FDG en VB, comprobando que la especificidad de la PET para el diagnóstico de CVB es del 80% si la PCR es normal, pero del 0% si la PCR está elevada⁵, sin embargo, nuestra paciente tenía niveles normales de PCR cuando se realizó la PET.

Los 8 casos publicados de falso positivo de PET en CXG, incluido nuestro caso, no permiten extraer muchas conclusiones. Seis eran mujeres y 2 hombres. La edad media fue 60 años (rango: 38-76). Cuatro presentaron dolor abdominal y 3 fueron hallazgos incidentales. La PCR fue siempre normal, datos que no concuerdan con los hallazgos de Nishiyama et al.⁵; 3 presentaron elevación de CA19-9, y solo el 50% (4/8) presentaba preoperatoriamente colelitiasis. El SUV de la PET fue alto en todos los casos, excepto en uno. En los 7