

PC-246

Una causa infrecuente de rectorragia: enfermedad de Dieulafoy rectal

M.D.R. García Martín, M.J. Molina Hernández, C. Navarro Ceballos, J. Rodríguez Salazar, J. García Martínez, S. Domínguez Mendoza, L.D.R. Evangelista Cabrera

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

Introducción: La enfermedad de Dieulafoy es causa de hemorragia súbita y grave de origen arterial. Supone menos del 2% del sangrado de origen gastrointestinal. La localización más frecuente es el estómago (70%), aunque puede aparecer en cualquier tramo del aparato digestivo. El origen rectal es extremadamente infrecuente.

Caso clínico: Mujer de 88 años con antecedentes de HTA. Hernia de hiato. Anemia crónica. Carcinoma urotelial de vejiga (2009) tratado con cirugía y radioterapia. Situación basal: independiente actividades básicas, salvo baño. Deambulación autónoma con andador. Continente fecal. Sonda vesical permanente desde carcinoma vesical. Sin deterioro cognitivo. Vive en residencia. Tratamiento: ácido acetilsalicílico 100 mg/día, omeprazol 20 mg/día, hierro 1/día. Acude por rectorragia aguda no muy abundante en residencia. Se observa sangre roja con la deposición y anemización. Se ingresa para estudio. Exploración física: afebril: PA 115/60. FC 92 lpm. Regular estado general. ACP: rítmica. ABD: sin alteraciones. EEII: edemas bimaletolares. Analítica: Hb: 8,4 g/dl microcítico hipocrómico. Resto normal. Se inicia el estudio con colonoscopia: llegan a 20 cm de margen anal sin poder progresar por estenosis por bridas por cirugía abdominal y radioterapia. A las 48 h sangrado más abundante y repercusión hemodinámica. Se decide TAC abdominal: discreto engrosamiento de la pared recto-sigma. Posteriormente sangrados intermitentes muy abundantes. Se realiza gastroscopia (normal) y se repite colonoscopia, que no muestra hallazgos agudos. Se solicita aortografía abdominal sin sangrado activo. A las pocas horas nuevo sangrado masivo de sangre roja con shock hipovolémico secundario, realizándose colonoscopia urgente en la unidad de reanimación, donde se objetiva enfermedad de Dieulafoy rectal con vaso visible sangrante arterial. Se realiza hemostasia completa con esclerosos y clips. La paciente mejora progresivamente y recupera su basal.

Discusión: La enfermedad de Dieulafoy implica sangrado arterial abundante de origen digestivo, que lleva a menudo a una grave inestabilidad hemodinámica si no se aborda de forma urgente. Presenta una importante dificultad diagnóstica, ya que no se objetiva el punto de origen si el paciente no está sangrando activamente en ese momento. Si se logra visualizar permite generalmente un abordaje terapéutico con hemostasia, que en la mayoría de las ocasiones resuelve el caso.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.392>

PC-247

Ceguera unilateral por gastroenteritis: a propósito de un caso

M. Taveras Bretón, K. Reynoso de los Santos, S. Rodríguez Ordoñez, J.A. López Vázquez, J.M. Ortega Morente, L. Morillo Blanco, T. Alonso Fernandez

Hospital Nuestra Señora de la Montaña, Cáceres, España

Objetivo: Dar a conocer el singular caso en el que una gastroenteritis es la puerta de entrada y causa de pérdida de visión por endoftalmitis endógena (EE) por *Listeria monocytogenes* (LM).

Método: Paciente de 83 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, prótesis mitral mecánica y fibrilación auricular, portador de marcapasos, anemia perniciosa, mieloma múltiple. En tratamiento con acecumarol, mirtazapina, bromazepam, linagliptina, cianocobalamina, olmesartán/hidroclorotiazida. Valoración geriátrica: independiente para todas las ABVD y AIVD; no deterioro cognitivo; soltero, vivía solo en casa. Acudió a urgencias por diarrea verdosa y fiebre de 4 días de evolución que no mejoró tras medidas conservadoras e ingresó con diagnóstico de gastroenteritis aguda con deshidratación moderada. Se inició tratamiento con sueroterapia y ceftriaxona, desapareciendo rápidamente la fiebre y la diarrea. Al segundo día del ingreso presentó dolor intenso y gran disminución de la visión en ojo derecho; fue valorado por oftalmología, diagnosticándose una EE. Se realizó tratamiento intravítreo y colirios reforzados. El hemocultivo fue positivo para *L. monocytogenes* sensible a gentamicina/ampicilina que se añadió al tratamiento. El paciente mejoró desde el punto de vista gastrointestinal, pero la visión empeoró y se le administró nuevamente tratamiento antibiótico intravítreo; finalmente se procedió a la vitrectomía por escasa respuesta, llegando a perder la visión del ojo derecho.

Resultados: Analíticas de sangre y orina sin hallazgos significativos.

Hemocultivo: *Listeria monocytogenes* sensible ampicilina y gentamicina.

Coprocultivo: flora habitual.

Cultivo intraocular: negativo.

Imágenes: Rx de torax y TAC cerebral poco relevantes.

Conclusión: La listeriosis ocular es extremadamente rara, habiéndose registrado en la literatura médica algo más de una veintena de casos. La gravedad de la EE dependerá de la virulencia del germen, y sus consecuencias, del pronto diagnóstico a través de los cultivos y precoz tratamiento, aunque, en su gran mayoría, terminan con la pérdida permanente de la visión del ojo afectado.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.04.393>

PC-248

Enterocolitis por citomegalovirus en paciente inmunocompetente

R. Blasi Martínez, M. Montoya Martínez, A. Seguí Grivé, O. Sabartes Fortuny, M. Arellano Perez, N. Ronquillo Moreno, M.A. Marquez Lorente

Hospital del Mar, Barcelona, España

Objetivos: Describir el caso clínico de una paciente inmunocompetente con enterocolitis aguda por CMV.

Métodos: Se describen antecedentes, valoración geriátrica, sintomatología, pruebas complementarias y evolución de la paciente.