

4. García-Cortés M, Andrade RJ, Lucena MI, González-Grande R, Camargo R, Fernández-Bonilla E, et al. Hepatotoxicity due to commonly-used drugs. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;28:461-72.
5. Lucena MI, Carvajal A, Andrade RJ, Velasco A. Antidepressant induced hepatotoxicity. *Expert Opin Drug Saf.* 2003;2:249-62.
6. Davis M. Hepatotoxicity of antidepressants. *Int Clin Psychopharmacol.* 1991;6:97-103.
7. Minondo Amuchastegua L, Egiguren Urrosolo L, Zapata Morcillo E, Castiella Eguzkiza A. Chlorpromazine-induced cholestatic hepatitis in intractable hiccups. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:103.
8. Maille F, Duvoux C, Cherqui D, Radier C, Zafrani ES, Dhumeaux D. Auxiliary hepatic transplantation in iproniazid-induced subfulminant hepatitis. Should iproniazid still be sold in France? *Gastroenterol Clin Biol.* 1999;23:1083-5.
9. Gollini C, Dallari R, Cervi F, Mengoli M. Iproniazid-induced acute hepatitis. *Recenti Prog Med.* 1992;83:354-5.
10. Navarro VJ, Senior JR. Drug related hepatotoxicity. *N Engl J Med.* 2006;354:731-9.



SEUDOCARCINOMA DE COLON POR COLITIS ISQUÉMICA TRAS UN TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

Sr. Director: En la práctica clínica habitual se han descrito diversas entidades que pueden simular clínica y radiológicamente un cáncer de colon¹, como procesos infecciosos (tuberculosis intestinal, actinomicosis abdominal, colitis por citomegalovirus), lipomas, endometriosis, etc.^{2,4}. En conjunto, pueden encuadrarse bajo el concepto de «seudocarcinoma»¹. Aunque las referencias bibliográficas son poco numerosas (MEDLINE: Colonic pseudo carcinoma; lesion mimicking colonic carcinoma), se recogen casos de pseudocarcinoma de colon provocados por colitis isquémica (CI)^{1,5-7}. Aportamos un caso de una paciente con pseudocarcinoma de colon por colitis isquémica que, como aspecto novedoso, puede relacionarse con la braquiterapia de cérvix uterino que la había recibido previamente.

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de osteoporosis, talasemia menor y demencia tipo Alzheimer; apendiceptomizada; seguía tratamiento con donezepilo. Había sido diagnosticada hacía 2 años de carcinoma de cuello uterino de células escamosas no queratinizante y poco diferenciado (estadio Ib-2) que no había sido intervenido, para el que había seguido tratamiento oncológico con radioterapia y braquiterapia intracavitaria. Ingresó en el servicio de medicina interna por una alteración del ritmo intestinal habitual, con estreñimiento, deposiciones con moco y sangre y dolor hipogástrico. En la anamnesis refirió pérdida de apetito y pérdida de peso no cuantificada. En el examen físico destacaba una leve palidez mucocutánea, signos de emaciación y una discreta distensión abdominal en la fosa ilíaca izquierda, con dolor pero sin signos de peritonismo. No se palpaban masas ni organomegalias, y en el tacto rectal la ampolla se encontraba vacía. En las pruebas complementarias, destacan los siguientes parámetros: hemoglobina 9,7 g/dl, hematocrito 30%, VCM 63 fl, HCM 21 pg, hierro 42 mg/100 ml, ferritina 713 ng/ml, transferrina 108 mg/100 ml), 20.000/ml leucocitosis (93% neutrófilos) y 559.000 plaquetas/ml. La bioquímica general, hepática, el perfil tiroideo, los marcadores tumorales, el proteinograma, el análisis sistemático de orina, la radiografía de tórax y el electrocardiograma no presentaron alteraciones significativas. Se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen, que mostró un segmento de colon sigmoideos con una pared notablemente engrosada, una luz fija y un engrosamiento de la grasa circundante, y se practicó un enema opaco, en el que se observaba una estenosis en la unión rectosigmoidea con escaso paso de contraste (fig. 1). La colonoscopia localizó la estenosis a 30 cm del recto, que no permitía el paso del endoscopio en la exploración. Las biopsias tomadas durante la colonoscopia eran indicativas de una etiología isquémico-actínica. La paciente fue tratada con antibioterapia de

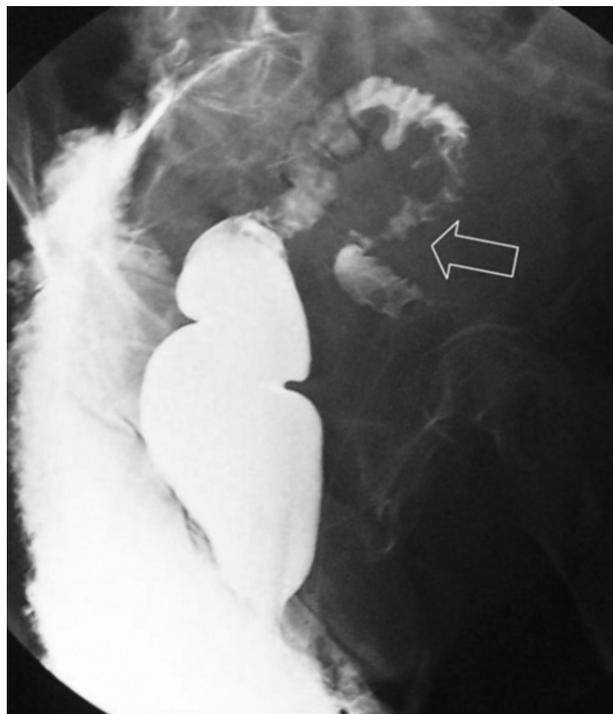


Fig. 1. Estenosis de colon sigmoideas en «corazón de manzana».

amplio espectro, sueroterapia, alimentación parenteral y antiinflamatorios durante 3 semanas, sin experimentar una clara mejoría, por lo que se le realizó una laparotomía, encontrándose una estenosis casi completa de 8 cm de longitud adherida al peritoneo parietal, que fue resecada, realizándose posteriormente un anastomosis terminoterminal. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de CI.

La CI es la forma más frecuente de isquemia intestinal; aparece como resultado de un flujo vascular inadecuado para responder a las demandas metabólicas del intestino, y se suele desarrollar sin la oclusión de los vasos de gran tamaño⁸. Es un proceso de prevalencia desconocida, fundamentalmente por las dificultades diagnósticas que implica, con formas que pueden resolverse sin consultar al médico y con otras que son erróneamente atribuidas a una etiología infecciosa o inflamatoria. El diagnóstico precisa un alto índice de sospecha. La CI es mucho más frecuente en pacientes de edad avanzada, ya que son los que presentan un mayor número de factores de riesgo para ello (arteriosclerosis, diabetes mellitus, hipertensión arterial, diálisis, arritmias, consumo de fármacos, como digital, diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos, etc.)⁹. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor abdominal y la rectorragia, especialmente en las formas graves, en las cuales, por oclusión de un vaso principal, se produce una isquemia transmural que evoluciona a la necrosis de la pared y la perforación de asas; en los casos en que los vasos obstruidos son pequeños o se produce una baja perfusión de la pared, sólo se afectan la mucosa y la submucosa, las manifestaciones son menos intensas y la evolución menos grave. Este segundo proceso puede presentarse simulando una estenosis maligna del colon, como en este caso.

Nuestra paciente no presentaba factores de riesgo cardiovascular ni enfermedad arteriosclerótica clínicamente significativa, y no había sido intervenida de los grandes vasos abdominales. Tampoco tomaba medicación que pudiera relacionarse con la isquemia intestinal. Creemos la etiología del proceso es atribuible a la radiación ionizante que la paciente había recibido para tratar el cáncer de cérvix, ya que es una complicación descrita para este tipo de tratamientos por la capacidad que tiene esta radiación de lesionar la microcirculación, provocando daño endotelial, trombosis de la luz vascular y, por tanto, isquemia de la pared intestinal^{10,11}.

A la vista de este caso, creemos que el diagnóstico de CI debe tenerse presente en los pacientes con sospecha clinicoradiológica de cáncer de colon, especialmente si son mayores y tienen factores de riesgo, entre

los que incluiríamos el antecedente de tratamiento radioterápico abdominopélvico.

JOSÉ BARQUERO-ROMERO^a, GEMA GARCÍA GARCÍA^a
E ISAAC AMBEL ALBARRÁN^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

^bServicio de Cirugía General. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Morales García D, Bernal Marco JM, Naranjo Gómez A. Colic ischemia mimicking carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97:66-7.
- Huang CJ, Huang TJ, Hsieh JS. Pseudo-colonic carcinoma caused by abdominal actinomycosis: report of two cases. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19:283-6.
- García Marcos S, Borrego FJ, Martínez de la Victoria JM, Sánchez Perales C, García Cortes MJ, Pérez del Barrio P, et al. Ileocecal tuberculosis during hemodialysis simulating carcinoma of the colon: *Nefrologia.* 2001;21:314-8.
- Varras M, Kostopanagiotou E, Katis K, Farantos C, Angelidou-Manika Z, Antoniou S. Endometriosis causing extensive intestinal obstruction simulating carcinoma of the sigmoid colon: a case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002;23:353-7.
- Brandt LJ, Katz HJ, Wolf EL, Mitsudo S, Boley SJ. Simulation of colonic carcinoma by ischemia. *Gastroenterology.* 1985;88:1137-42.
- Barbosa Rodríguez JL, Fernández González MC, Gallego Hernández A, Paya Pardo JM, Ruiz de León San Juan A. Ischemic colitis simulating cancer. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1981;60:395-8.
- Nguyen KT, Place CR, Mackie KW. Localized colonic ischemia simulating annular carcinoma. *Can Assoc Radiol J.* 1987;38:141-2.
- Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of intestinal ischaemic disorders. *BMJ.* 2003;326:1372-6.
- Korotinski S, Katz A, Malnick SD. Chronic ischaemic bowel diseases in the aged: go with the flow. *Age Ageing.* 2005;34:10-6.
- Israeli D, Dardik H, Wolodiger F, Silvestri F, Scherl B, Chessler R. Pelvic radiation therapy as a risk factor for ischemic colitis complicating abdominal aortic reconstruction. *J Vasc Surg.* 1996;23:706-9.
- Stukenborg GJ, Keim J, Theodorescu D. Cancer incidence after localized therapy for prostate cancer. *Cancer.* 2006;107:991-8.



ROTURA ESOFÁGICA ESPONTÁNEA COMO INICIO DE UNA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Sr. Director: El término «rotura esofágica» define la pérdida de solución de continuidad de la pared esofágica en todo su espesor, de tal forma que se establece una comunicación entre la luz esofágica y los tejidos que la rodean¹. Las causas de rotura esofágica son muy variadas, desde las de origen intraluminal hasta las de origen extraluminal, pasando por las roturas espontáneas². La rotura esofágica secundaria al vómito, descrita como síndrome de Boerhaave, representa aproximadamente el 21% de los casos, y es la segunda causa en el global de las roturas³.

A continuación presentamos el caso de un varón de 35 años, sin antecedentes personales de interés que, tras la ingesta de fabes, acude a urgencias por presentar intolerancia alimentaria, disfagia y vómitos de repetición asociados a un dolor abdominal localizado en el epigastrio. La

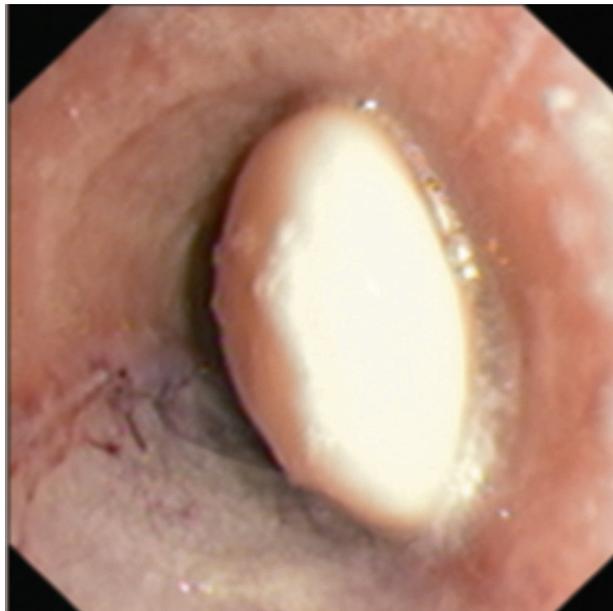


Fig. 1. Fabe en esófago medio.



Fig. 2. Extracción de fabe con asa de diatermia.

exploración física era normal, y no se detectaron alteraciones en la analítica y la radiografía de tórax de urgencias.

Se realizó una gastroscopia, que demostró la presencia de una fabe, a 35 cm de la arcada dentaria (fig. 1), que se extrajo con asa de diatermia (fig. 2). Debajo del cuerpo extraño se observó un desgarramiento muy profundo de 5 cm de longitud, de fondo fibrinoso, con un coágulo rojo adherido en su porción más distal (figs. 3 y 4). Posteriormente, se solicitó una tomografía computarizada (TC) cervicotorácica, que puso de manifiesto la presencia de una lengüeta que rodea al esófago en todo su trayecto intratorácico, así como una pequeña cantidad de neumomediastino de localización posterior, en relación con la perforación esofágica. Se solicitó un estudio esofagogastroduodenal (EGD), y se realizó la prueba con contraste hidrosoluble, sin observar fuga de contraste.