

diagnóstico y tratamiento correcto. En los casos de diverticulitis no perforadas el tratamiento antibiótico junto con el reposo digestivo es de gran utilidad. Cuando existen abscesos intraabdominales el drenaje percutáneo obtiene buenos resultados^{1,10,11}.

En las formas crónicas, que se manifiestan como dolor crónico o alteraciones de la motilidad pueden ser útiles los analgésicos y reguladores de la motilidad intestinal¹⁰. Algunos autores son partidarios de las resecciones profilácticas debido a la gravedad de algunas complicaciones, como la perforación, si bien otros autores afirman que no ha demostrado mayores beneficios¹², además de que en la mayoría de los casos se trata de pacientes de edad avanzada con múltiples enfermedades asociadas.

En conclusión, los divertículos de yeyuno constituyen una enfermedad rara, con múltiples manifestaciones clínicas que, por su baja incidencia y el poco conocimiento, se diagnostica de forma errónea, lo que retarda el manejo adecuado y aumenta la mortalidad debida a las complicaciones tardíamente identificadas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Woods K, Williams E, Melvin W, Sharp K. Acquired jejunoileal diverticulosis and its complications: A review of the literature. *Am Surg.* 2008;74:849-50.
2. Patel V, Jefferis H, Spiegelberg B, Iqbal Q, Prabhudesai A, Harris S. Jejunal diverticulosis is not always a silent spectator: A report of 4 cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2008;14:5916-9.
3. Kassahun W, Fangmann J, Harms J, Bartels M, Hauss J. Complicated small-bowel diverticulosis: A case report and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:2240-2.
4. Koger KE, Shatney CH, Dirbas FM, McClenathan JH. Perforated jejunal diverticula. *Am Surg.* 1996;62:26-9.

5. Pedraza NF, Roa A. Diverticulosis of the jejunum: Complications and management. Case presentation and literature review. *Rev Colomb Cir.* 2010;25:48-55.
6. Balducci G, Dente M, Cosenza G, Mercantini P, Salvi P. Multiple giant diverticula of the foregut causing upper gastrointestinal obstruction. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3259-61.
7. Staszewicz W, Christodoulou M, Proietti S, Demartines N. Acute ulcerative jejunal diverticulitis: Case report of an uncommon entity. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6265-7.
8. Motos-Mico J, Velasco-Albendea FJ, Ferrer-Marquez M, Ferrer-Ayza M, Rosado-Cobian R. Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal perforada. *Gastroenterol Hepatol.* 2014;37:467-8.
9. Sánchez-Pérez MA, Muñoz-Juárez M, Moreno-Paquentín E, Luque-de León E, Torreblanca-Marín MA. Diverticulitis yeyunal y abdomen agudo. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47:553-6.
10. García LJ, Otero J, Santamarina L, Pérez A. Diverticulitis yeyunal. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cir Esp.* 2005;77:357-8.
11. Ker-Kan T, Jody Zhiyang L, Choon-Kiat H. Emergency surgery for jejunal diverticulosis: Our experience and review of literature. *ANZ J Surg.* 2011;81:358-61.
12. Liu CY, Chang WH, Lin SC, Chu CH, Wang TE, Shih SC. Analysis of clinical manifestations of symptomatic acquired jejunoileal diverticular disease. *World J Gastroenterol.* 2005;11:5557-60.

Elena Romera-Barba*, Silvia Gálvez Pastor, Maria Inmaculada Navarro García, Nuria María Torregrosa Pérez, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vazquez-Rojas

Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: percentila@hotmail.com (E. Romera-Barba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.04.016>
0210-5705/

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

Gastroenteritis eosinofílica en una paciente adolescente: un diagnóstico poco común



Eosinophilic gastroenteritis in a teenager: A rare diagnosis

Los trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios comprenden un grupo de entidades clínicas poco frecuentes (exceptuando la esofagitis eosinofílica), con un espectro clínico amplio. Creemos de interés el caso, por los escasos casos publicados a la edad de la paciente, y la gravedad del cuadro en su comienzo.

Paciente de sexo femenino de 15 años que ingresó por cuadro de vómitos y dolor abdominal de 3 meses de evolución, empeorando en las últimas 48 h, acompañándose de tetania de las 4 extremidades y dolor retroesternal.

Entre sus antecedentes personales destacaban síntomas digestivos catalogados como posible trastorno alimentario con epigastralgia, que motivó distintas consultas. No ingesta de tóxicos, fármacos ni conductas purgativas. Diagnosticada de infección por *Helicobacter pylori* con test del aliento y tratada con triple terapia. No alergias ni enfermedades familiares de interés.

A su ingreso, destacaba el regular estado general, vómitos incoercibles, tetania y dolor abdominal, la analítica de inicio mostró hiperglicemia sin cetonemia, leucocitosis discreta con fórmula normal, PCR 0,6 mg/dl y VSG 26 mm, analítica de deshidratación (urea 55 mg/dl y creatinina de 1,5 mg/dl) y una alcalosis inicialmente respiratoria y, posteriormente, metabólica. Se procedió a corrección hidroelectrolítica, administración de ondansetrón, omeprazol y diazepam. A las pocas horas empeoramiento clínico-analítico con alcalosis metabólica severa (pH máximo de 7,73; CO₃H 38,4 mmol/l y EB 17,6) hipopotasemia e hipocloremia



Figura 1 Imagen de píloro abierto, donde se observa la estenosis de la punta bulbar.

que motivó su traslado a la unidad de semicríticos. Precisó de reposición hidroelectrolítica, tratamiento con acetazolamida, bomba de insulina y nutrición parenteral por vía periférica durante 3 días. En el momento de la mejoría clínica, con tolerancia progresiva a fórmula enteral polimérica, se realizó una fibrogastroscoopia que mostró lesiones de esofagitis péptica severa grado C desde el tercio medio hasta cardias, con erosiones confluentes sin producir estenosis, estómago normal y estenosis en zona pilórica. Las biopsias informaron de eosinofilia sin presencia de malignidad. Se realizó TC abdominal que descartó masa e informó de engrosamiento de las paredes de píloro y bulbo. A los 7 días y a fin de obtener más información de la zona estenosada se realizó, en otro centro, una ecoendoscopia que mostró imágenes anilladas en esófago medio y distal con estómago normal, y presencia de estenosis en punta bulbar con segunda porción duodenal normal (fig. 1). Las biopsias informaron de fibrosis y edema con más de 60 eosinófilos/CGA en esófago medio y distal, estómago normal (sin *Helicobacter pylori* ni parásitos), y en punta bulbar, edema y fibrosis en lámina propia y más de 100 eosinófilos/CGA, hallazgos compatibles con gastroenteritis eosinofílica (fig. 2). Se completó posteriormente el estudio descartando causas de eosinofilia secundaria.

Con dicho diagnóstico y afectación clínica obstructiva, se inició tratamiento con budesonida oral (9 mg/día) y mantenimiento con azatioprina (previa determinación de actividad de la tiopurina metiltransferasa), además de tratamiento con omeprazol, siendo la evolución de la paciente hasta el momento satisfactoria.

Los trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios (TGIEP) abarcan un grupo de enfermedades que se caracterizan por los síntomas que provoca la anormal infiltración de eosinófilos en cualquier parte del tubo digestivo, en ausencia de otras causas secundarias, y que puede afectar a distintas capas. En función de la localización y de su infiltración puede dar diversidad de síntomas, siendo su tratamiento y evolución variable en función de dichos

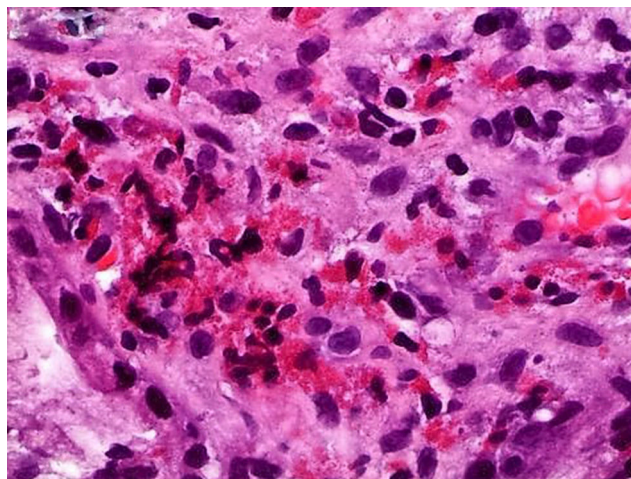


Figura 2 Imagen AP de la mucosa de bulbo duodenal con la presencia de más de 100 eosinófilos en campo de gran aumento (CGA).

parámetros¹. Los últimos estudios en EE.UU. informan de prevalencias² en gastritis eosinofílica 6,3/100.000, gastroenteritis eosinofílicas 8,4/100.000, colitis 3,3/100.000 y 57/100.000 en esofagitis eosinofílicas (EoE). Se describen a cualquier edad, pero la gran mayoría son en la tercera década y con predominio en las mujeres, siendo en global poco frecuente en edades precoces como nuestro caso.

Entre la patogénesis se describe un mecanismo mixto³, los eosinófilos son activados por la eotaxina y por alérgenos estimulando las células T *helper* y formando IgE e IL5 con posterior desgranulación de mastocitos liberando histamina y serotonina, y provocando la contracción del músculo liso digestivo. La clínica^{1,4} variará según el tracto gastrointestinal afectado y las capas. Si la afectación es mucosa, presentan dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y malabsorción. Si afecta muscular, clínica de obstrucción, y si es serosa puede provocar ascitis. En nuestra paciente la afectación de esófago y bulbo, y la infiltración hasta muscular provocó la clínica obstructiva. Nuestra paciente no presentó eosinofilia ni antecedentes de alergia. La eosinofilia se presenta entre el 20-80% de los casos, siendo más común en la forma serosa. La comorbilidad alérgica es muy frecuente hasta una 45% de sujetos. El diagnóstico se confirma por biopsia que nos informará del recuento de eosinófilos por CGA y el número de capas afectadas⁵.

El tratamiento dependerá de la zona afectada y de su infiltración, en nuestra paciente se desestimó el tratamiento dietético⁶, y se optó por usar budesonida oral⁴ y mantenimiento con azatioprina por la posibilidad de recaídas, y omeprazol para tratar su esofagitis péptica.

Consideramos interesante el caso, teniendo en cuenta la edad, la forma grave de comienzo en una adolescente con antecedentes de síntomas digestivos catalogados como posible trastorno alimentario, que nos hizo dudar al inicio de su organicidad, y la afectación severa que obliga a pensar en tratamiento inmunosupresor a largo plazo.

Bibliografía

1. Lucendo AJ. Eosinophilic diseases of the gastrointestinal tract. *Scand J Gastroenterol.* 2010;45:1013–21.
2. Jensen ET, Martin CF, Kappelman MD, Dellon ES. Prevalence of eosinophilic gastritis, gastroenteritis and colitis: Estimates from a national administrative database. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62:36–42.
3. Powell N, Walker MM, Talley NJ. Gastrointestinal eosinophils in health, disease and functional disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010;7:146–56.
4. Prussin C, Gonsalves N. Eosinophilic gastroenteritis. *UpToDate.* 2014.
5. Hurrell JM, Genta RM, Melton SD. Histopathologic diagnosis of eosinophilic conditions in the gastrointestinal tract. *Adv Anat Pathol.* 2011;18:335–48.
6. Lucendo AJ, Serrano Montalban B, Arias A, Redondo O, Tenias JM. Efficacy of dietary treatment for inducing disease remission in eosinophilic gastroenteritis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61:56–64.

Lluïsa Masiques Mas^{a,*}, Maria Teresa Coll Sibina^b, Josep Sans Tojo^b, Romina Conti^b y Miriam Cuatrecasas^c

^a *Unidad de Gastroenterología Infantil, Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona, España*

^b *Servicio de Pediatría, Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona, España*

^c *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico y Provincial, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: imasiques@fhag.es, imasiques@gmail.com (L. Masiques Mas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.gastrohep.2016.04.014>
0210-5705/

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

Cápsula endoscópica: diagnóstico de hemangioma capilar lobulillar



Capsule endoscopy: Diagnosis of lobular capillary haemangioma

El hemangioma capilar lobulillar (también llamado granuloma piogénico) es una lesión vascular benigna de la piel o de membranas mucosas, caracterizado por un rápido crecimiento y una superficie friable^{1,2}. La afectación de la piel es mucho más frecuente que la de la mucosa, donde los sitios predominantes son las encías y la cavidad oral³. Muy infrecuentemente se desarrollan en el tracto gastrointestinal⁴. Se presenta el caso de una mujer de 52 años sin antecedentes de interés, que ingresa derivada desde consultas externas por hemoglobina de 4,5 g/dl. Como únicos síntomas presentaba astenia y un único episodio de hematoquecia.

Se realiza gastroscopia donde únicamente se detecta una mucosa con eritema parcheado en el antro y cuerpo, sin otras lesiones asociadas. En la ileocolonoscopia se visualizan en sigma orificios diverticulares aislados, sin datos de sangrado. Se realiza, entonces, cápsula endoscópica, y se aprecia en yeyuno la existencia de una formación sobreelevada de aspecto polipoide y mucosa erosionada en el vértice de su superficie, de 1 cm de tamaño (fig. 1). Dado que podría relacionarse con el cuadro clínico de la paciente, se decide llevar a cabo la resección del segmento de intestino delgado descrito y se realiza anastomosis quirúrgica látero-lateral. El resultado histológico reveló un hemangioma polipoide (hemangioma capilar lobulillar) en la mucosa, ulcerado superficialmente y con signos de sangrado, sin signos de malignidad.

La indicación más común de la cápsula endoscópica es la evaluación de sospecha de sangrado procedente de intestino delgado, incluyendo la anemia ferropénica o la hemorragia de origen oscuro. Sin embargo, incluso con el empleo

de la cápsula endoscópica puede ser difícil identificar la causa del sangrado en el intestino delgado. Anormalidades vasculares pueden llegar a ser encontradas en el tracto gastrointestinal^{5,6}. Algunas lesiones están presentes desde el nacimiento o estar presentes como parte de síndromes, sin embargo, la mayoría son adquiridas a lo largo de la vida.

La etiopatogenia del hemangioma capilar lobulillar es desconocida. Puede ocurrir en cualquier edad, siendo más frecuente en niños y adultos jóvenes entre la segunda y/o tercera década de la vida². Siendo la edad del caso presentado mayor. La superficie de dicha lesión puede ulcerarse y tienen gran facilidad para el sangrado. De hecho, clínicamente, cuando existe afectación gastrointestinal pueden ser desde asintomáticos hasta presentarse con sangrado

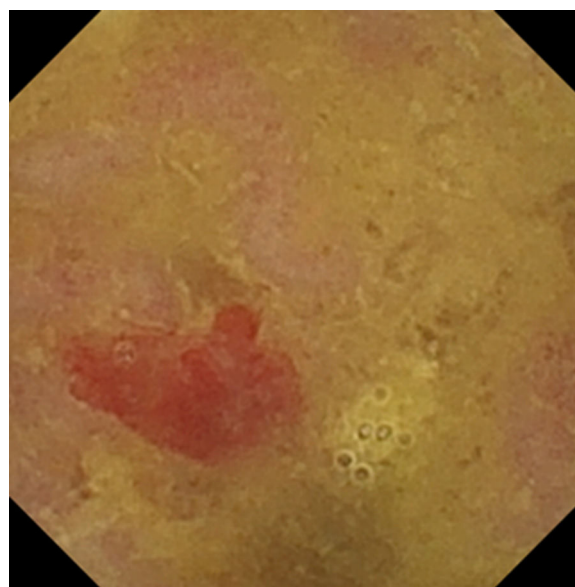


Figura 1 Imagen cápsula endoscópica: lesión vascular compatible con hemangioma capilar lobulillar.