

9. Hwang DW, Lee JH, Lee SY, Song DK, Hwang JW, Park KM, et al. Early experience of laparoscopic complete en bloc excision for choledochal cysts in adults. *Surg Endosc.* 2012;26: 3324–9.
10. Farelo GA, Cerofolini A, Rebonato M, Bergamaschi G, Ferrari C, Chiappetta A. Congenital choledochal cyst: Video-guided laparoscopic treatment. *Surg Laparosc Endosc.* 1995;5:354–8.
11. Ouaiissi M, Kianmanesh R, Belghiti J, Ragot E, Mentha G, Adham M, et al. Working Group of the French Surgical Association. Todani Type II Congenital Bile Duct Cyst: European Multicenter Study of the French Surgical Association and Literature Review. *Ann Surg.* 2015;262:130–8.

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aylhin10@gmail.com
(A. López-Marcano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.09.003>
0210-5705/

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

Aylhin López-Marcano*, Roberto de la Plaza-Llamas,
José Manuel Ramia, Farah Al-Shwely,
Jhonny Gonzales-Aguilar
y Anibal Medina Velasco

Invaginación colocolica por anisakiasis, una causa infrecuente de obstrucción intestinal



Colonic intussusception caused by anisakiasis. A rare cause of obstruction

La invaginación intestinal es una causa poco frecuente de obstrucción en adultos. La localización más frecuente es el intestino delgado, representando la colocolica solo el 5% del total. La mayoría se deben a una causa subyacente, siendo las lesiones neoplásicas la causa más frecuente en el colon. Las causas benignas son infrecuentes, siendo la anisakiasis colónica una etiología excepcional^{1,2}.

Mujer de 48 años que acude a urgencias por dolor cólico mesogástrico de 24 h de evolución. Refiere náuseas, sin vómitos y ausencia de tránsito intestinal. A la exploración se identifica una masa palpable y dolorosa a nivel periumbilical. Analíticamente destaca elevación de reactantes de fase aguda, leucocitosis moderada, pero ausencia de eosinofilia. Se realiza una TC con la sospecha de una tumoración complicada, y se evidencia una invaginación colocolica de etiología incierta, con líquido libre en fosa ilíaca derecha y fondo de

saco de Douglas, así como datos de sufrimiento intestinal (fig. 1). Se descarta la realización de una colonoscopia por sospecha de neoplasia complicada, y ante los hallazgos de la TC, se decide intervención urgente. En la laparotomía se observa una invaginación colocolica desde el inicio del colon ascendente hasta el transverso, estando respetado el ciego. Se realiza una hemicolectomía derecha con buena evolución postoperatoria. La anatomía patológica identificó una estructura filiforme y blanquecina compatible con el parásito anisakis, localizado en la mucosa del colon ascendente (fig. 2), así como marcado edema e infiltrado inflamatorio eosinofílico, causando una invaginación colocolica (fig. 3).

La anisakiasis colónica es infrecuente. La mayoría suelen localizarse en el colon derecho, y una minoría asienta en sigma y recto^{1,3}. La explicación a esto parece ser la distancia desde la puerta de entrada, ya que la larva tiene que migrar desde la boca al colon, y además, su supervivencia se ve afectada por los cambios de pH que existen a lo largo del tracto gastrointestinal^{3,4}. Por otro lado, las invaginaciones colocolicas, es decir la introducción de un segmento de colon dentro de la luz del segmento contiguo, son muy raras, y suelen ser de etiología maligna. Por todo ello, la anisakiasis es una causa excepcional de invaginación colocolica. Solo han sido descritos en la literatura 6 casos de

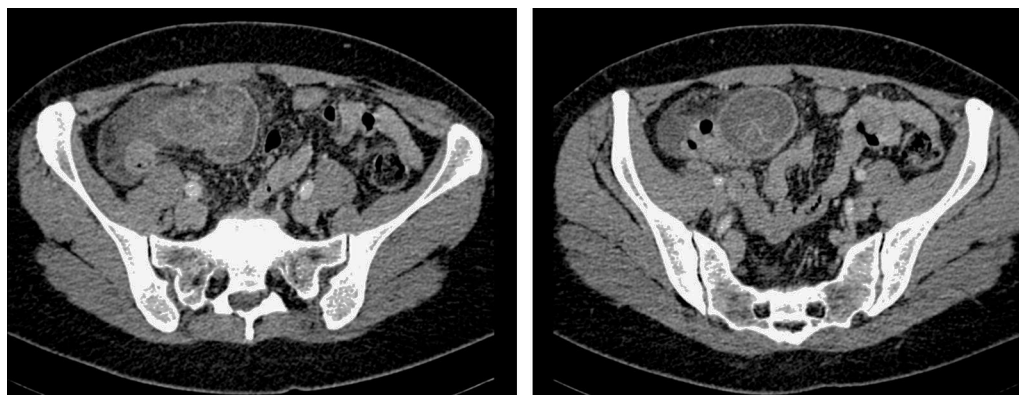


Figura 1 Corte axial de la TC, que muestra la típica imagen arriñonada y en diana.

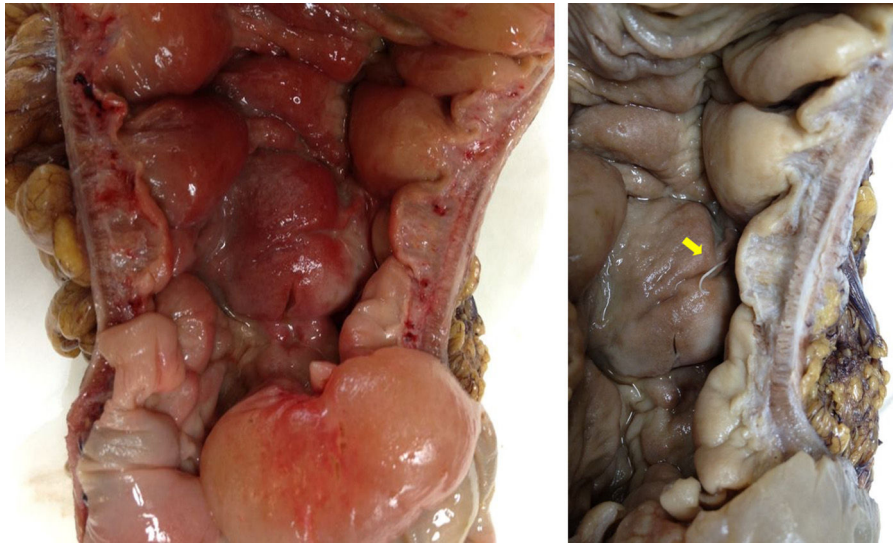


Figura 2 Pieza en fresco, y pieza fijada en formol con presencia del parásito.

invaginación colocolica debida a anisakiasis, además del presente caso^{1,4-8}.

El diagnóstico correcto es difícil, especialmente en ausencia de antecedente de ingesta de pescado. En caso de sospecha diagnóstica, la colonoscopia puede ser empleada para reducir la intususcepción y confirmar el diagnóstico de anisakiasis³. La ecografía puede ser de utilidad para el diagnóstico de invaginación, pero la TC es el método de elección,

pues permite valorar correctamente la localización de la invaginación, datos de obstrucción y viabilidad intestinal⁵. Existen 3 patrones visibles en la TC que se consideran patognomónicos de invaginación: lesión en diana (masa de tejido blando intraluminal con densidad grasa periférica debido al mesenterio invaginado), lesión en forma de riñón (masa bilobulada con atenuación periférica alta debida a la pared del intestino adelgazada) o lesión con áreas de atenuación

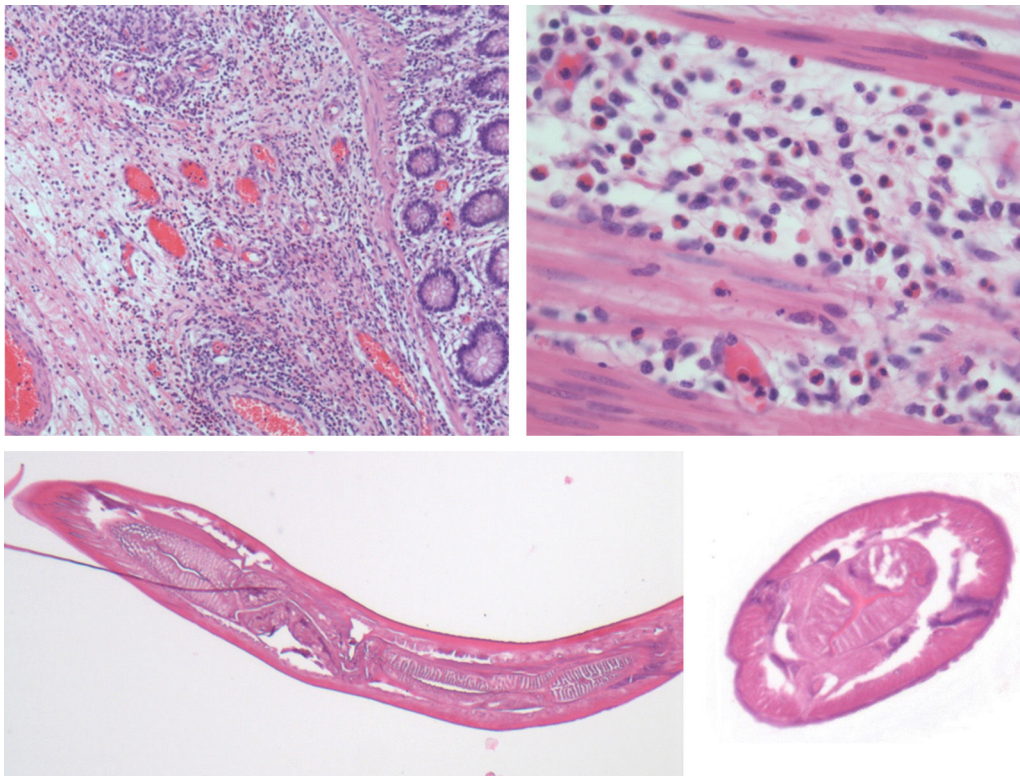


Figura 3 Colitis eosinofílica con importante edema e infiltrado inflamatorio, con presencia de eosinófilos. Corte longitudinal y transversal del parásito.

alternantes debido a la pared del intestino, mesenterio, líquido, gas y contraste².

Cuando se sospecha el diagnóstico, el tratamiento puede ser conservador, con dieta absoluta, fluidoterapia, anti-helmínticos y con corticoides para disminuir el edema parietal, además de la reducción endoscópica de la intussuscepción, pero en ausencia de un diagnóstico definitivo, el tratamiento óptimo no está claramente establecido. La cirugía suele ser necesaria en la mayoría de los casos por obstrucción, perforación o por la sospecha de lesiones subyacentes malignas, ya que el anisakis produce tumoraciones submucosas que constituyen la causa de la invaginación y obligan a un diagnóstico diferencial histológico^{1,4,5}.

Bibliografía

1. Yorimitsu N, Hiraoka A, Utsunomiya H, Imai Y, Tatsukawa H, Tazuya N, et al. Colonic intussusception caused by anisakiasis: A case report and review of the literature. *Intern Med.* 2013;52:223–6.
2. Mancebo Aragoneses L, Moral Cebrián I, Castaño Pascual A, Sanz Cerezo MJ, Alegre Bernal N, Delgado Galán M. Invaginación intestinal en el adulto. *Emergencias.* 2005;17:87–90.
3. Zuloaga J, Arias J, Balibrea JL. Anisakiasis digestiva. Aspectos de interés para el cirujano. *Cir Esp.* 2004;75:9–13.
4. Miura T, Iwaya A, Shimizu T, Tsuchiya J, Nakamura J, Yamada S, et al. Intestinal anisakiasis can cause intussusception in adults: An extremely rare condition. *World J Gastroenterol.* 2010;16:1804–7.
5. Piscaglia AC, Ventura MT, Landolfo G, Giordano M, Russo S, Landi R, et al. Chronic anisakidosis presenting with intestinal intussusception. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014;18:3916–20.
6. Kanisawa Y, Kawanishi N, Hisai H, Araya H. Colonic anisakiasis: An unusual cause of intussusception. *Endoscopy.* 2000;32:S55.
7. Sugiyama S, Tanigawa T. A case of anisakiasis of the colon causing intussusception. *J Jpn Surg Assoc.* 2000;61:714–7.
8. Mitani M, Sugiura M, Kondoh K. A case of intussusception caused by anisakiasis of the sigmoid colon. *J Jpn Surg Assoc.* 1994;55:2841–4.

Alicia Ruiz de la Hermosa*, Carlos Ortiz Johansson, Maria Luisa de Fuenmayor, Isabel Casado Fariñas y Jose Benito Seoane González

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciaruiz9@hotmail.com (A. Ruiz de la Hermosa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.09.002>
0210-5705/

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

Pólipo único colónico como forma de presentación de linfoma del manto



Single colonic polyp as a presentation of mantle cell lymphoma

El linfoma del manto fue descrito en 1991 y reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como enfermedad en 1994, es un tipo de linfoma de células B no Hodgkin, que se origina de los linfocitos B situados en la zona del manto del ganglio linfático, se caracteriza por la expresión de marcadores de la línea B (CD19, CD20 y CD5), donde CD3, CD10 y CD23 son negativos y hay sobreexpresión de ciclina D1 asociada a la presencia de la translocación t (11; 14)¹. El linfoma de células del manto es un tipo poco frecuente de linfoma no Hodgkiniano de células B, que representa del 3 al 10% de todos los linfomas no Hodgkin². Su incidencia en España es muy baja (0,5 por cada 100.000 habitantes y año)³, afectando con mayor frecuencia a varones (2/1) y a mayores de 60 años. Es un linfoma agresivo, con una supervivencia media entre 3-5 años tras el diagnóstico¹, pero gracias a los avances terapéuticos y las estrategias intensivas, la supervivencia se ha duplicado en la última década (60% a los 5 años)⁴.

La afectación gastrointestinal es infrecuente, en un 10-25%; siendo la forma más común la poliposis linfomatosa múltiple, en la que se identifican múltiples pólipos linfoides en intestino grueso y delgado. Suelen afectar a la región

ileocecal, aunque pueden presentarse desde el estómago hasta el recto⁵. Afectan a colon y recto en el 90%, intestino delgado en el 69%, estómago en el 57% y duodeno en el 52%⁶. Su diagnóstico endoscópico es infrecuente. Hay descritos casos con invasión microscópica y mucosa normal a la exploración⁴.

Presentamos el caso de un varón de 41 años, con antecedentes de hipercolesterolemia. Consulta en digestivo por aumento del número de deposiciones y rectorragia de varios días de evolución, sin otra sintomatología acompañante, niega pérdida de peso, dolor abdominal y fiebre. A la exploración física se palpa una esplenomegalia. Analíticamente presenta una marcada elevación de la LDH, siendo el resto de parámetros bioquímicos y del hemograma normales. Se solicita una colonoscopia en la que apreciamos una formación polipoidea sésil (fig. 1) friable y ulcerada, de unos 30-40 mm localizada en ciego, de la que se toman múltiples biopsias, no se puede franquear válvula ileocecal a pesar de varios intentos. Con los resultados obtenidos solicitamos una TC toraco-abdominal con contraste iv (fig. 2), que objetiva múltiples adenopatías retropectorales mediastínicas, mesentéricas, retroperitoneales y pélvicas, además de un gran conglomerado/masa que engloba a los vasos del retroperitoneo superior.

El resultado histológico (fig. 3) de las biopsias endoscópicas muestra una proliferación linfoide atípica con fuerte expresión CD20, CD5 y ciclina D1 en más del 75% de la población de linfocitos B, compatible con infiltración por linfoma no Hodgkin B de células del manto. Se completa el estudio con un PET/TC que evidencia una afectación