

Helena Ferreira^{a,*}, Teresa São Simão^a, Iris Maia^b, Ana Maia^b, João Castro^c, Belarmino Gonçalves^d y Armando Pinto^b

^a Departamento de Pediatria, Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

^b Departamento de Pediatria, Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal

^c Departamento de Cirurgia Pediátrica, Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal

^d Departamento de Radiología Intervencionista, Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: helena-of@hotmail.com (H. Ferreira).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.03.008>

0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Ischemic enteritis with unusual presentation



Enteritis isquémica con presentación inusual

The authors present the case of an 83-year-old woman submitted a month before to a total gastrectomy for gastric adenocarcinoma who admitted to the emergency department with hematemesis. After resuscitation and hemodynamic stabilization an upper endoscopy was performed that showed a regular esophagojejunal anastomosis in healing process; however, in the efferent jejunal loop the mucosa appeared edematous, of purplish appearance, with superficial ulceration and exudate, and friability with spontaneous bleeding (Fig. 1). Biopsies were performed. With the suspicion of ischemic enteritis a CT angiography was performed that revealed a conglomerate of jejunal loops with wall thickening and increased uptake of the mucosa, with tightness and twist of the mesenteric vessels (Fig. 2). The arterial vessels seemed patent, however the mesenteric veins had become globular with aspects suggestive of an ischemic process by venous congestion. The patient then underwent laparotomy where was noted migration/herniation of entero-enteric anastomosis of the "Y-en-Roux" to the supramesocolic floor through the mesocolon, confirming the presence of mesenteric torsion and venous congestion conditioning edema and endoluminal bleeding. The ischemic segment was resected and new

anastomosis were performed. The patient was discharged after 14 days under oral nutrition. Later, histology evaluation confirmed the diagnosis of ischemic enteritis (Fig. 3).

In the literature there are rare cases of ischemic enteritis, particularly non-duodenal ischemia, documented by endoscopy, since most of the cases are diagnosed by imaging, and especially surgery.¹ Ischemic enteritis can be classified as either occlusive or nonocclusive. Embolism and thrombosis of the superior mesenteric artery causes this disease



Figure 2 CT angiography with globular mesenteric veins with aspects suggestive of an ischemic process by venous congestion.



Figure 1 Efferent jejunal loop with edematous and congestive mucosa, friability and purplish appearance, findings suggestive of an ischemic process.

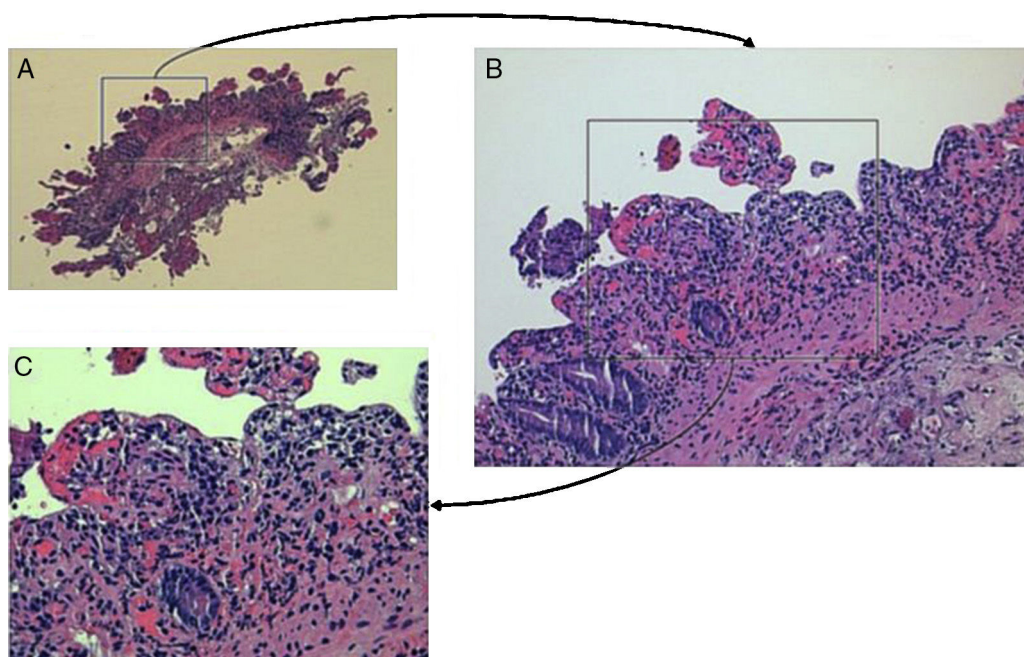


Figure 3 Enteric mucosa with acute inflammation, intestinal villi atrophy, epithelial detachment, and crypt atrophy (HE, A – 40 $\times$; B – 200 $\times$; C – 400 $\times$).

entity in 30% and 25% of all patients, respectively.² Nonocclusive ischemic enteritis occurs in 25% of all patients.² The jejunum is affected in 20% of all patient and the ileum in 45–55% of all patients.² This condition, although infrequent, primarily affects people over 60, especially with diffuse atherosclerotic disease.³ However, cases at earlier ages are described primarily in the context of autoimmune diseases.⁴ Given its high mortality rate, early diagnosis is crucial to the prognosis.⁵ However, because most patient has unspecific symptoms such as pain and abdominal distension, the diagnosis is often delayed. Contrast-enhanced imaging can establish the diagnosis in a significant percentage of cases, however emergent surgery is performed in most cases to diagnosis and possibly treatment.¹ The endoscopic diagnosis is rarely made, except where blood loss is observed, usually hematochezia.⁶ Hematemesis as a form of presentation is extremely rare.⁷ Internal hernia after gastrectomy with Roux-Y reconstruction is likely underreported (5% in a series of 298 patients underwent gastrectomy for cancer with Roux-Y reconstruction).⁸ A high degree of suspicion for internal hernia should be maintained in patients presenting with emesis or abdominal pain after gastrectomy with Roux-Y reconstruction, especially after laparoscopic or total gastrectomy. Closure of mesenteric defects after laparoscopic and total gastrectomy should be considered when technically feasible. In our case due to surgical foregoing, the presence of an esophageal-jejunal anastomosis facilitated due to the presence of hematemesis proximal paresis of

secondary loops to ischemia. In this case the endoscopic findings suggestive of ischemia allowed the rapid treatment of the patient, improving their prognosis. To our knowledge this is the first case described in the context of total gastrectomy for gastric carcinoma (Fig. 3).

Bibliografía

1. Kawakami K, Ishida K, Inoue T, Higuchi K. Endoscopic findings of ischemic enteritis. *Intern Med.* 2015;54:1943–4.
2. Clavien PA. Diagnosis and management of mesenteric infarction. *Br J Surg.* 1990;77:601–3.
3. Delikoukos S, Christodoulidis G, Zacharoulis D, Poultsidi A, Hatzitheofilou C. Multiple small bowel ruptures due to ischemic enteritis: a case report. *World J Gastroenterol.* 2006;12:4262–3.
4. Park JH, Jung YS, Kim YK, Lee YM, Hwang JH, Kim KU, et al. A case of Churg-Strauss syndrome with interstitial perforation. *Tuberc Respir Dis.* 2009;66:374–9.
5. Renner P, Kientle K, Dahlke MH, Heiss P, Pfister K, Stroszczyński C, et al. Intestinal ischemia: current treatment concepts. *Langenbecks Arch Surg.* 2011;396:3–11.
6. Seno H, Mikami S, Komatsu K, Kadota S, Yazumi S, Chiba T. Ischemic duodenitis. *Endoscopy.* 2005;37:91.
7. Subramanyam K, Kolb WG. Upper gastrointestinal hemorrhage from ischemia of an interposed jejunal segment in the esophagus. *Am J Gastroenterol.* 1988;83:68–70.
8. Kelly KJ, Allen PJ, Brennan MF, Gollub MJ, Coit DG, Strong VE. Internal hernia after gastrectomy for cancer with Roux-Y reconstruction. *Surgery.* 2013;154:305–11.

Armando Peixoto^{a,*}, Regina Gonçalves^a, David Paiva^b,
Guilherme Macedo^a

^a Gastroenterology Department, Centro Hospitalar de São João, Oporto WGO Training Center, Porto Medical School, University of Porto, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319, Porto, Portugal

^b Pathology Department, Centro Hospitalar de São João, Oporto WGO Training Center, Porto Medical School, University of Porto, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319, Porto, Portugal

* Corresponding author.

E-mail address: armandoafp5@gmail.com (A. Peixoto).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.03.007>

0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. All rights reserved.

Alucinaciones por omeprazol. No tan raras como se cree



Omeprazole-induced hallucinations. Not as rare as you might think

A propósito de una reacción adversa muy infrecuente asociada al consumo de omeprazol —la aparición de alucinaciones acústicas— consulto una magnífica revisión muy reciente publicada en *Gastroenterology* sobre los riesgos potenciales asociados al uso de IBP a largo plazo¹, sin encontrar nada al respecto. Tampoco encuentro nada en otra revisión reciente en español². Sigo buscando en PubMed y hallo unas pocas referencias bibliográficas sobre alucinaciones asociadas al uso de omeprazol³⁻⁵, por lo que parece que se trata de una reacción adversa extraordinaria, reportada muy pocas veces en la literatura, además, en español.

El omeprazol, comercializado desde 1989, es un fármaco eficaz y seguro, con pocos efectos secundarios, el más común de los cuales parece ser la diarrea, seguida de náuseas/vómitos, dolor abdominal y cefalea⁶. Excepcionalmente, pueden aparecer síntomas psicóticos agudos, en forma de delirium⁷ y anomalías en la percepción visual^{3,4} y auditiva⁵, es decir, alucinaciones. En todos los casos publicados las ilusiones o alucinaciones han aparecido en pacientes mayores, entre los 77 y 92 años³⁻⁵.

El caso en cuestión es el de un varón de 36 años, con antecedentes de hernia de hiato y esofagitis péptica, sin antecedentes psiquiátricos ni problemas otológicos, que presentaba sintomatología de ERGE, por lo que se le aconsejó tratamiento con 40 mg al día de omeprazol. A las 48 h de iniciar el mismo, el paciente refiere empezar a tener alucinaciones auditivas, en forma de insultos y frases malintencionadas por parte de su esposa y amigos más próximos, con los que se enfadaba y tenía comportamientos extraños y agresivos. Las alucinaciones aparecían de forma intermitente y el paciente mantuvo dicho tratamiento durante unas 6 semanas, tras las cuales, ante la sospecha de que se trataba de un efecto adverso, dejó el tratamiento. A los 4 días desaparecieron completamente aquellas. Alternativamente, se le prescribió esomeprazol, con muy buen control de la sintomatología de reflujo y sin que aparecieran nuevas alucinaciones, hasta la fecha.

Aparentemente, la excepcionalidad del caso radicaba, además del efecto adverso en sí, en la edad tan temprana del paciente en el que aparecieron las alucinaciones en

comparación con otras comunicaciones, y en la duración del mismo, tanto tiempo como el paciente consumió el omeprazol.

Sin embargo, las cosas no iban a ser como parecían. Puesto en contacto con una editora médica conocida, la Dra. Marta Pulido, a la que, desde aquí, agradezco su ayuda y perspicacia, me recomendó que consultara la herramienta online eHealthMe.com (<http://www.ehealthme.com>), en la que se pueden consultar las reacciones adversas de más de 45.000 fármacos y suplementos, comunicadas por los propios pacientes que las sufren a la americana *Food and Drug Administration* (FDA) desde 1977.

Consultando esta fuente de información⁸, hasta el 4 de mayo de 2017, 168.361 pacientes habían comunicado haber tenido algún efecto secundario estando tomando omeprazol, de los cuales 981 (el 0,58%) habían sido alucinaciones, el 0,09% eran auditivas, que aparecían de forma más frecuente en el primer mes de tratamiento, 49,12%, y a los 60 o más años (61,09%).

Según esta misma fuente, los efectos secundarios más frecuentes asociados al uso del omeprazol fueron: náuseas 10.097 informes, fatiga 7.968 informes, dificultad para respirar 9.131 informes, diarrea 9.089 informes, debilidad 7.968 informes, náuseas y vómitos 7.322 informes, dolor 7.196 informes, mareo 7.107 informes y fiebre 6.633 informes. Por cierto, que las alucinaciones asociadas al resto de los IBP aparecen con una frecuencia similar, incluido el esomeprazol magnésico 0,48%; 0,05% de tipo auditivo, siendo el lansoprazol el que parece asociarse a una mayor aparición de alucinaciones —0,71%—; 0,15% de tipo auditivo.

Aparte de lo dicho, la referida aplicación online de la FDA permite conocer las interacciones que se han comunicado entre diferentes medicamentos y las enfermedades que se han relacionado con las mismas a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la llamada de atención de hace unos años respecto a las interacciones del omeprazol en los efectos antiplaquetarios del clopidogrel (que reduce), con el consiguiente riesgo de enfermedad coronaria e infarto de miocardio⁹. Según esta fuente, hasta el 26 de abril de 2017, 2.765 pacientes que estaban tomando ambos fármacos informaron de algún efecto secundario, de los cuales 119 (4,78%) fueron un infarto de miocardio y 65 (2,61%) una hemorragia digestiva, ambos en el primer mes de tratamiento.

Por todo lo dicho recomiendo que, a la hora de documentarse o informarse acerca de posibles efectos adversos de fármacos, o interacciones entre ellos, se consulte esta magnífica herramienta online de la FDA.