

Resolución endoscópica de perforación gástrica con penetración a páncreas por espina de pescado



Endoscopic resolution of gastric perforation with pancreas penetration by a fish bone

La ingesta de cuerpos extraños (CE) es causa frecuente de indicación de endoscopia digestiva urgente. Más del 80% de los CE que llegan al estómago pasarán el tubo digestivo hasta su expulsión, salvo aquellos de gran tamaño que pueden quedarse alojados en la cavidad gástrica. Aun así, menos del 1% provocarán complicaciones graves como la perforación de la pared gástrica o alcanzar órganos adyacentes como el páncreas¹. Presentamos un caso de resolución mediante endoscopia digestiva de esta grave complicación.

Paciente varón de 60 años con antecedentes de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, que acude al servicio de urgencias en 2 ocasiones por dolor epigástrico y retroesternal. En la segunda valoración, tras una semana de evolución, el dolor se ha ido incrementando en intensidad progresivamente, y asocia fiebre de 38 °c en los últimos 2 días. Presenta a la exploración física dolor difuso en hemiabdomen superior sin signos de irritación peritoneal. En la analítica presenta únicamente leucocitos de $11,9 \times 10^3/\text{mm}^3$ (75,1% PMN) y elevación de PCR (94,23 mg/l) con hemograma y perfiles hepático, amilasa y lipasa dentro del rango del laboratorio.

Se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdominal donde se observan cambios inflamatorios en la grasa peripancreática, y de la adyacente al antro gástrico, píloro y bulbo duodenal. Se objetiva una imagen lineal de al menos 3 cm que, desde la luz del antro se dirige a la cabeza pancreática, con engrosamiento de ambas estructuras (figs. 1a y b). Se realiza gastroscopia visualizando en antro, techo de la región antro-pilórica, mucosa edematosa con fibrina que tras lavar permite visualizar punta de espina de pescado que se atrapa y extrae con pinza sin incidencias (figs. 1c y d).

Tras la extracción del CE la evolución clínica es favorable, inicialmente con dieta absoluta y antibioterapia iv, con posterior tolerancia dieta oral y alta hospitalaria al quinto día del ingreso. En su valoración ambulatoria a los 15 días del alta hospitalaria se encuentra asintomático, y se realiza a las 4 semanas del ingreso TAC y gastroscopia de control demostrándose «*restitutio ad integrum*».

Los CE afilados o puntiagudos son aquellos que pueden penetrar en la pared del tracto digestivo e incluso migrar a órganos adyacentes. Los más frecuentes son los palillos de dientes, espinas de pescado y huesos de pollo. Además, en muchas ocasiones ingeridos de forma incidental, incluso sin ser consciente por la persona afectada, como en nuestro caso. Las áreas más probables de impactación y perforación son aquellas de estrechamiento fisiológico del tracto digestivo, como región pilórica, curvas duodenales, ángulo de Treitz o válvula ileocecal². Las complicaciones asociadas van desde su alojamiento completo en la pared gástrica, simulando o no tumores subepiteliales, pseudo-tumores

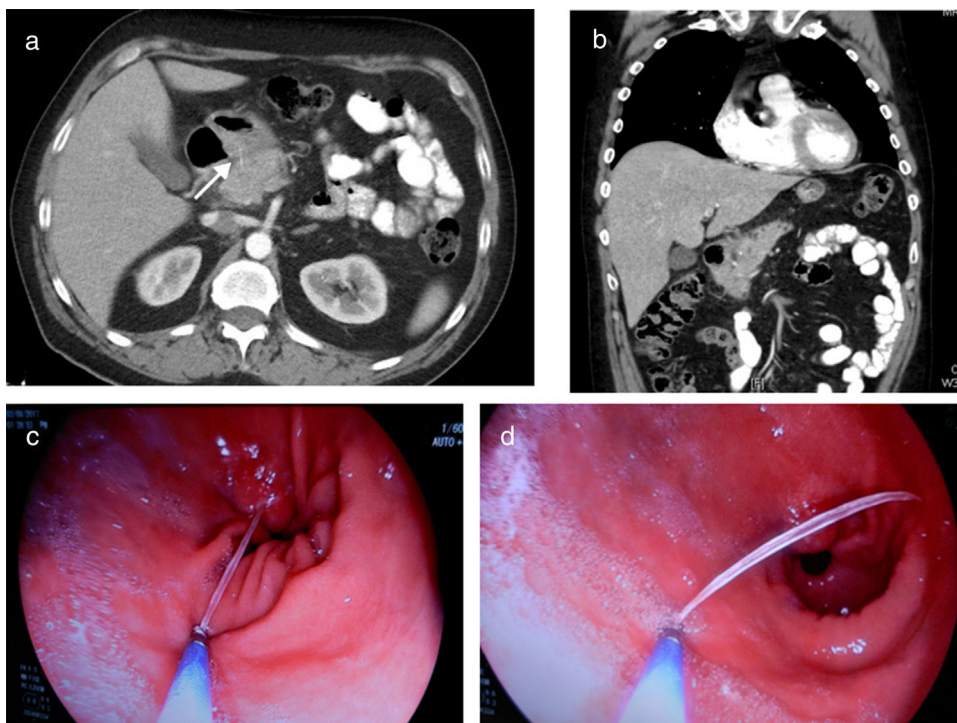


Figura 1 a y b) Imágenes de la TAC toraco-abdominal donde se observa desflecamiento y aumento de la densidad de la grasa peripancreática, y de la adyacente al antro gástrico, región pilórica y bulbo duodenal, con imagen lineal (flecha) de al menos 3 cm que desde la luz del antro se dirige a la cabeza pancreática, con engrosamiento de ambas estructuras; c y d) Imágenes de gastroscopia de la extracción de la espina de pescado con pinza.

pancreáticos con o sin obstrucción biliar o abscesos hepáticos³⁻⁵.

Su diagnóstico inicial es fundamentalmente por la imagen. Si bien debe existir una alta sospecha diagnóstica, dado que la clínica puede ser larvada y no siempre por un cuadro clínico de dolor abdominal persistente y progresivo, incluso con fiebre. La prueba de elección es la TAC que podrá evaluar la complicación y detectar el CE, como una imagen radiopaca en el seno del área con signos radiológicos de inflamación o complicación, en un gran porcentaje de los casos, dadas las diferentes reconstrucciones en diferentes planos que se pueden realizar⁵.

Su tratamiento de forma clásica ha sido quirúrgico, si bien cada vez se publican más casos de manejo endoscópico, siendo en su mayoría sencillo, rápido y sin complicaciones². Si el CE ha penetrado profundamente y no es visible desde la luz digestiva, está descrito su resolución con la ayuda de técnicas de ecoendoscopia para su detección y de disección submucosa para su extracción^{3,4}. En nuestro caso el CE estaba incluido en la pared gástrica si bien todavía se observaba la ulceración proximal por donde penetró y con una pinza de biopsia se pudo atrapar por su punta proximal y extraer. Llama la atención la rápida mejoría clínica del paciente tras su extracción, hecho que se repite en la literatura^{4,5}.

En conclusión, ante el diagnóstico de un CE afilado o puntiagudo que penetra o perfora el aparato digestivo el intento de su resolución por endoscopia digestiva antes de la opción quirúrgica, es de elección dada la menor agresividad y alta posibilidad de resolución.

Bibliografía

1. Chong LW, Sun CK, Wu CC, Sun CK. Successful treatment of liver abscess secondary to foreign body penetration of the alimentary tract: A case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2014;20:3703–11.
2. Bargiggia S, Redaelli L, Vailati C, Tagliabue F, Airoidi A, Parente F. Pancreatic pseudotumor caused by toothpick ingestion. *Gastrointest Endosc.* 2015;82:179–80.
3. Lim C, Cosman P, Bassan M. Multi-modality endoscopic management of a submucosal pancreas-perforating gastric foreign body. *Endoscopy.* 2016;48:E323–4.
4. Li Y, Zhang L, Nie YQ. Embedded fish bone in the stomach mimicking a submucosal tumor. *Gastrointest Endosc.* 2017;85:262–3.
5. Kim SW, Kim SW, Song SK. Gastric pseudotumoral lesion caused by a fish bone mimicking a gastric submucosal tumor. *J Gastric Cancer.* 2014;14:204–6.

Óscar Núñez Martínez*, Cecilia Sanz García,
Irene Pérez Enciso, Leticia Holguera Ortiz
y José María Alberdi Alonso

Servicio de Digestivo, Hospital Universitario La Moraleja de Sanitas, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: onumar@gmail.com

(Ó. Núñez Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.11.002>
0210-5705/

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

Acute infection due to *Mycobacterium marinum* in a patient with ulcerative colitis and metabolic syndrome on infliximab therapy



Infección aguda por *Mycobacterium marinum* en un paciente con colitis ulcerosa y síndrome metabólico bajo tratamiento con infliximab

Opportunistic infections by atypical mycobacteria are rare complications of anti-tumor necrosis factor (TNF)- α therapy. We report the case of a patient with ulcerative colitis and metabolic syndrome on infliximab who developed a cutaneous infection caused by *Mycobacterium marinum*.

A 54-year-old man was diagnosed with ulcerative rectosigmoiditis in 1999 and treated with topical and oral mesalazine with poor therapeutic adherence. There was a history of obesity, type 2 diabetes mellitus, depressive syndrome and chronic heavy alcohol intake of 120 g ethanol/day over the last 35 years. In November 2011, he was admitted to the hospital because of a severe flare of ulcerative colitis (UC). Contrast-enhanced ultrasound showed extension of inflammation up to the splenic flexure and severe hepatic steatosis. High-dose intravenous corticosteroids were ineffective. After screening for latent infections, an excellent

clinical response was obtained with infliximab at standard induction doses. Before the second infusion dose of infliximab, the patient presented with history of fever (39 °C) and appearance of a painful indurated erythematous nodule on the back of the left hand with subsequent sporotrichoid spread to the arm (Figures 1 and 2). He was not aware of any trauma but reported to take care of a fish tank at home. A skin biopsy showed positivity for non-tuberculous mycobacteria and culture yielded growth of *M. marinum*. Treatment with ethambutol (1200 mg/day) and rifampin was prescribed, but after identification of the causative organism, rifampin was substituted by clarithromycin (500 mg twice daily), and infliximab was stopped. During the next 4 years, the clinical course was characterized by intermittent clearance and reappearance of the cutaneous infection with negative and positive cultures, thus requiring multiple antimicrobial combinations. In April 2014, quadruple treatment with clarithromycin, trimethoprim-sulfamethoxazole, ethambutol and rifampin (600 mg/day) was given. Definitive clearance of the lesions and negative cultures for *M. marinum* were achieved in February 2016. During this 4-year period, remission of the UC was maintained with mesalazine, although in May 2016, the patient presented a mild flare, which was successfully treated with beclomethasone dipropionate. Treatment with azathioprine was started. At present, the UC is in remission, and there are no signs of cutaneous infection.