

Bibliografía

1. Gurvits GE. Black esophagus: Acute esophageal necrosis syndrome. *World J Gastroenterol.* 2010;16:3219–25.
2. Kanaparthy C, Singhal S, Guillaume C, Sharma S, Anand S. Acute gastrointestinal necrosis: "black esophagus" or "black gut". *Trop Gastroenterol.* 2011;32:323–6.
3. Hichem Loghmani M, Ben Mansour W. L'oesophage noir: à propos d'un cas. *La Tunisie Medicale.* 2018;96:142–7.
4. Lamers CR, Mares WGN, Bac DJ. Black esophagus: A case series and literature review of acute esophageal necrosis. *Scand J Gastroenterol.* 2018;53:1421–4.
5. Groenveld RL, Bijlsma A, Steenvoorde P, Ozdemir A. A black perforated esophagus treated with surgery: Report of a case. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5:199–201.

Elena Aranda Escaño^{a,*}, Mikel Prieto Calvo^{a,b}, Arkaitz Perfecto Valero^a, Miriam Tellaeché de la Iglesia^a, Mikel Gastaca Mateo^{a,b,c} y Andrés Valdivieso López^{a,b,c}

^a Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

^b Unidad de Cirugía Hepatobiliar, Retroperitoneo y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

^c Departamento de Cirugía, Radiología y Medicina Física, Universidad del País Vasco, Bizkaia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

elenamaria.arandaescano@osakidetza.eus

(E. Aranda Escaño).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.07.010>

0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endometriosis colónica que simula tumor carcinoide cecal



Colonic endometriosis mimicking a caecal carcinoid tumour

Los tumores del apéndice cecal representan un subconjunto de neoplasias colónicas cuyo diagnóstico precoz supone un desafío clínico. Representan el 0,5% de todos los tumores gastrointestinales y su pronóstico depende del tipo de lesión, siendo la variedad más frecuente el tipo carcinoide¹. La participación del apéndice en la endometriosis es rara, ya que constituye solo el 3% de todos los casos de endometriosis, y aún menos frecuente es su aparición intraluminal, dificultando su diagnóstico y llegando a simular enfermedad tumoral apendicular². Con relación a esta última situación, queremos presentar el caso de una mujer de 43 años con antecedentes de hipotiroidismo debido a tiroiditis autoinmune y gastritis atrófica con tumores neuroendocrinos

gástricos resecaados mediante endoscopia, que en una TAC de doble contraste de seguimiento se diagnostica de una lesión lobulada en el ciego adyacente a la válvula ileocecal, con captación de contraste de aproximadamente 27 × 21 × 20 mm, sugestiva de lesión tumoral (fig. 1).

La paciente no presentaba clínica abdominal, pérdida de peso, rectorragia o alteración del ritmo deposicional, tampoco alteraciones analíticas y su exploración física era anodina.

Se complementó el estudio mediante colonoscopia evidenciándose un *ostium* apendicular protruyente con aspecto inflamatorio del que se realizó una biopsia, moviéndose dicha protrusión de forma global. La anatomía patológica de la biopsia informa de colitis congestiva crónica con edema de la propia lámina y actividad aguda mínima, con eosinofilia local moderada. El caso se presentó en el comité multidisciplinario y debido a los antecedentes del paciente se decidió realizar una cirugía oncológica de la lesión.

Se realizó hemicolectomía derecha laparoscópica, sin observarse ninguna alteración extraluminal o exofítica,

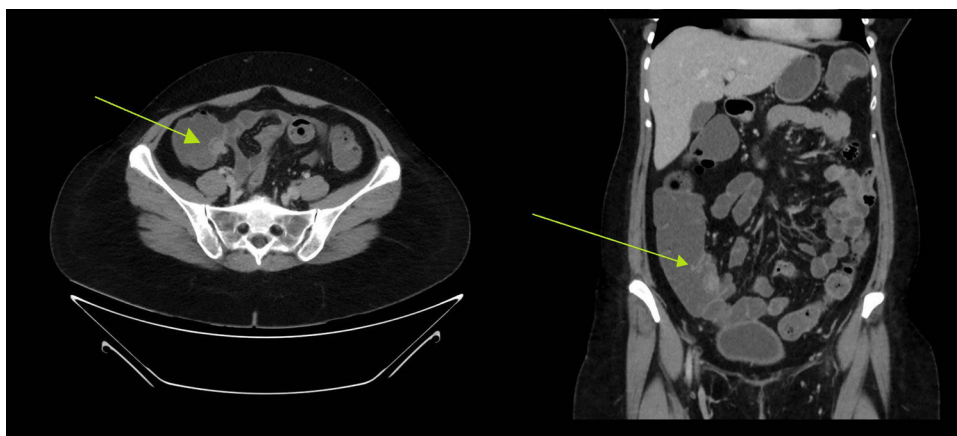


Figura 1 Imagen de endometriosis que simula lesión carcinoide cecal. Corte transversal y coronal de la TAC de doble contraste donde se diagnosticó de una lesión lobulada en el ciego adyacente a la válvula ileocecal de aproximadamente 27 × 21 × 20 mm, sugestiva de lesión tumoral carcinoide. La flecha verde indica dicha lesión.

siendo dada de alta a domicilio al sexto día postoperatorio.

La anatomía patológica informa de lesión tumoral en el *ostium* apendicular compatible con endometriosis en la base de la implantación del apéndice cecal, descartando enfermedad tumoral maligna. La paciente se encuentra asintomática en los seguimientos posteriores de revisión.

La endometriosis es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina cuya patogenia genera controversia, postulándose 3 teorías: la metaplasia celómica, la menstruación retrógrada y la ectopia endometrial por difusión a través de vasos linfáticos y sanguíneos³.

Puede clasificarse como pélvica o extrapélvica, siendo la pélvica limitada a las trompas de Falopio, ovarios y peritoneo pélvico cercano, mientras que la extrapélvica incluye la endometriosis intestinal en sistema urinario, piel, pulmones, hígado, incluso cardíaca⁴.

La endometriosis del tracto gastrointestinal representa del 3 al 15% de los casos⁵, y se localiza con mayor frecuencia en la región rectal-sigmoidea, presentando en ocasiones una sintomatología inespecífica, incluyendo rectorragia, hematoquecia, dolor y obstrucción que puede llevar a realizar un despistaje de procesos tumorales.

La participación del apéndice en la endometriosis es infrecuente, representando entre el 2-3% de las endometriosis digestivas y un 1% del porcentaje global de las endometriosis⁵, muchas de ellas diagnosticadas tras la realización de una apendicectomía por sospecha de apendicitis. El caso que describimos, debido a los antecedentes digestivos de la paciente, pruebas de imagen y anatomía patológica inespecífica, orientamos el caso ante una posible lesión tumoral apendicular, probablemente un tumor carcinóide, al ser este el de mayor frecuencia¹. Se decidió realizar una hemicolectomía derecha laparoscópica, y es finalmente en el resultado anatomopatológico cuando se revela el verdadero diagnóstico, una endometriosis en la base de implantación cecal.

La literatura describe la afectación por endometriosis apendicular fundamentalmente a nivel del cuerpo y punta, afectando a la capa serosa o submucosa, siendo muy infrecuente su afectación endoluminal⁵ y su localización en el *ostium* apendicular. Su similitud en las pruebas de imagen con un tumor carcinóide, junto con su localización, y el carecer de una imagen patognomónica para su diagnóstico, dificultan la sospecha de esta enfermedad previa

a su cirugía. Si bien en nuestro caso, la endometriosis se encontraba en el *ostium* apendicular, esta puede presentarse como apendicitis aguda, perforación intestinal, intususcepción o como hemorragia digestiva baja, puede llegar a simular procesos oncológicos como mucocelos apendiculares o tumores carcinoides. Resaltamos el barajar entre las opciones diagnósticas de lesiones ileocecales y apendiculares a la endometriosis, si bien constituye un desafío diagnóstico preoperatorio, pero puede ayudar a evitar cirugías radicales o innecesarias.

Bibliografía

1. Landry C, Woodall C, Scoggins C, McMasters K, Martín R. Analysis of 900 appendiceal carcinoid tumors for a proposed predictive staging system. *Arch Surg.* 2008;143:664-770.
2. Molina GA, Ramos DR, Yu A, Paute PA, Llerena PS, Alexandra Valencia S. Endometriosis Mimicking a Cecum Mass with Complete Bowel Obstruction: An Infrequent Cause of Acute Abdomen. *Case Rep Surg.* 2019;2019:7024172, <http://dx.doi.org/10.1155/2019/7024172>.
3. Cobo Vázquez C, Marcacuzco Quinto A, Manrique Muncio A, Justo Alonso I, Caso Maestro O, Calvo Pulido J, et al. Endometriosis apendicular Nuestra experiencia en los últimos 11 años. *Clin Invest Gin Obst.* 2018;45:151-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2017.03.003>.
4. Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24:411-40.
5. Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdog I. An unusual cause of acute appendicitis: Appendiceal endometriosis. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:54-7.

Javier Gómez Sánchez*, Marisol Zurita Saavedra, Cristina Gonzalez Puga, Javier Gutierrez Sainz y Benito Mirón Pozo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Javiergomezsanchez.jg@gmail.com (J. Gómez Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.06.006>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Púrpura trombocitopénica inmune asociada a colitis ulcerosa inactiva en tratamiento crónico con adalimumab

Immune thrombocytopenic purpura associated with inactive ulcerative colitis in chronic treatment with adalimumab

Hemos leído con gran interés la carta de Brunet et al. aparecida en su revista¹. Como comentan los autores, la púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es una manifestación



extraintestinal hematológica rara en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En nuestro caso, presentamos una paciente con colitis ulcerosa de años de evolución en la que la PTI apareció a pesar de estar en tratamiento crónico con adalimumab y sin actividad digestiva, lo que añade una especial excepcionalidad y nos hace reflexionar sobre las distintas posibilidades etiopatogénicas del cuadro.

Mujer de 54 años diagnosticada de colitis ulcerosa izquierda en 2006. En su evolución figuraba tratamiento con mesalazina y azatioprina desde 2012, con ingreso en 2013 por brote grave sin respuesta a infliximab, que se resolvió con adalimumab a pauta habitual, siendo intensificada a 40 mg semanal en otoño del 2014 por actividad clínica.