

crita en la literatura lipomas que presenten ulceración de la mucosa y ocasionen hemorragia gastrointestinal². La toma de biopsias en estos casos es controvertida, ya que puede aumentar el riesgo de sangrado y los posibles fallos en el muestreo no permiten excluir la presencia de malignidad.

La intususcepción intestinal es la introducción de un segmento proximal de intestino en otro más distal; representa solo el 1-5% de las obstrucciones intestinales y puede ser ocasionada tanto por causas malignas (linfomas, adenocarcinomas) o benignas, como lipomas intraluminales. El diagnóstico de intususcepción se confirma con pruebas de imagen, de las que la TC es la más sensible y específica (83-100%). El hallazgo característico es la presencia de colon dentro de colon o de íleon dentro de colon, como se observó en el caso presentado. La TC también pone de manifiesto, en su caso, la existencia de oclusión proximal y sufrimiento de asas intestinales^{3,4}.

Debido a su naturaleza benigna, la mayoría de los lipomas de colon no requieren de tratamiento, salvo cuando existe duda diagnóstica, presencia de síntomas o tamaño mayor de 2 cm. La resección endoscópica asistida por *endoloops* o endoclips puede ser una opción terapéutica en manos experimentadas. Es recomendable hacer una ultrasonografía endoscópica previa para determinar el tamaño, bordes, vascularización, capa de origen y extensión de la serosa o muscular dentro del pedículo y para minimizar el riesgo de perforación^{1,2}. Por otra parte, la resección quirúrgica es el tratamiento más extendido de los lipomas de colon: está indicada en casos de lipomas gigantes, sésiles, sospecha de malignidad, complicaciones graves (obstrucción, intususcepción intestinal, perforación o hemorragia) o afectación de la capa muscular o serosa (en los cuales está contraindicada la resección endoscópica). Hoy en día, se realizan principalmente resecciones segmentarias del colon con abordaje laparoscópico o abierto, con una baja tasa de complicaciones^{2,5}.

Podemos concluir que los lipomas de colon gigantes son hallazgos infrecuentes en las colonoscopias de rutina y que es excepcional la coexistencia de dos complicaciones en un mismo paciente, además con características endoscópicas indistinguibles de una lesión neoplásica. Por tanto, ante el hallazgo de un lipoma gigante, debemos prestar especial

atención a sus características endoscópicas, valorar su resecabilidad con empleo de ultrasonografía endoscópica, puesto que la probabilidad de complicaciones futuras es alta y que estas pueden ser potencialmente graves.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores declara conflictos de interés.

Bibliografía

1. Crocetti D, Sapienza P, Sterpetti AV, Paliotta A, Gori DE, Pedullà A, et al. Surgery for symptomatic colon lipoma: A systematic review of the literature. *Anticancer Res.* 2014;34:6271-6. Review.
2. Chehade HH, Zbibo RH, Nasreddine W, Abtar HK. Large ileocecal submucosal lipoma presenting as hematochezia, a case report and review of literature. *Int J Surg Rep.* 2015;10:1-4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.03.007>.
3. Yakan S, Caliskan C, Makay O, Denecli AG, Korkut MA. Intussusception in adults: Clinical characteristics, diagnosis and operative strategies. *World J Gastroenterol.* 2009;15:1985-9, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1985>.
4. Cordeiro J, Cordeiro L, Pôssa P, Candido P, Oliveira A. Intestinal intussusception related to colonic pedunculated lipoma: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2019;55:206-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.01.042>.
5. Yaman İ, Derici H, Demirpolat G. Giant colon lipoma. *Ulus Cerrahi Derg.* 2013;31:102, <http://dx.doi.org/10.5152/UCD.2013.15.28>.

Verónica Martín Domínguez*,
José Andrés Moreno-Monteagudo
y Cecilio Santander

Servicio de Aparato Digestivo e Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: veronicamartin29@yahoo.es
(V. Martín Domínguez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.05.025>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Absceso secundario a úlcera péptica complicada resuelto mediante drenaje guiado por ecoendoscopia con prótesis de aposición luminal



Abscess secondary to complicated peptic ulcer managed by endoscopic ultrasound-guided drainage with a lumen-apposing metal stent

Presentamos el caso de una paciente, mujer, de 67 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Ingresó al Servicio de Aparato Digestivo por un cuadro clínico de dolor

epigástrico de seis días de evolución, por el que ya había consultado en Urgencias cinco días antes, siendo dada de alta a domicilio por la normalidad de las pruebas complementarias (analítica, ecografía abdominal) y el buen control del dolor con analgesia. En esta ocasión, en la analítica presentaba una leve elevación de enzimas hepáticas (AST 64 U/L, ALT 104 U/L, GGT 143 U/L, fosfatasa alcalina 187 U/L) y elevación de reactantes de fase aguda (proteína c reactiva > 350 mg/L, fibrinógeno 1.000 mg/dL), la ecografía abdominal fue nuevamente normal. Durante el ingreso se consiguió un buen control del dolor, permaneciendo la paciente con buen estado general y para completar el estudio, se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal que se realizó al cuarto día de ingreso. En dicha prueba, se objetivó

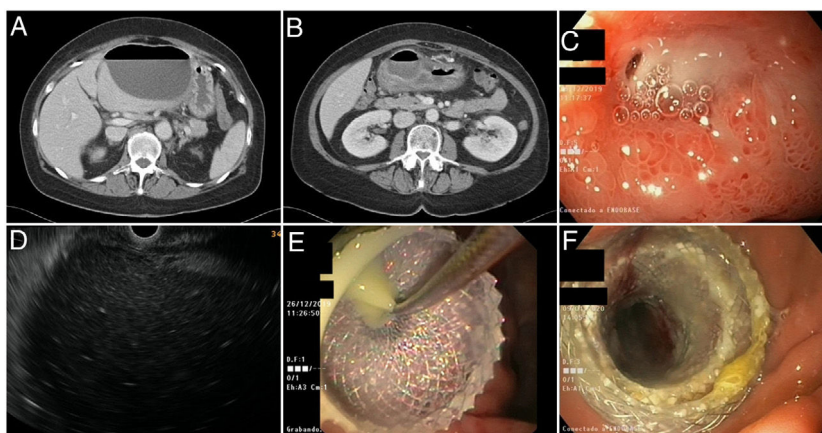


Figura 1 A-B) Imágenes de TC abdominal que manifiestan una colección hipodensa de gran tamaño con nivel hidroaéreo compatible con absceso, que muestra contacto con el lóbulo hepático izquierdo y con el antro gástrico. C) Primera gastroscopia. Úlcera en bulbo duodenal con un orificio en su interior sugestivo de perforación. D) Imagen de ecoendoscopia de la colección abdominal desde el antro gástrico. E) Momento de implantación de la prótesis de aposición luminal Hot-Axios® con drenaje de material purulento. F) Revisión a la semana, prótesis abierta que permite acceso a una cavidad ya sin material purulento.

una colección intraabdominal con un nivel hidroaéreo, de gran tamaño (12 x 14 cm) en contacto con lóbulo hepático izquierdo y antro gástrico (figs. 1A-1B).

Para realizar un diagnóstico diferencial entre absceso de origen biliar o gastroduodenal, se realizó una gastroscopia. En ella, además de imagen de compresión extrínseca en el antro gástrico, se encontró un bulbo duodenal con edema e inflamación, y en su cara anterior, una pequeña úlcera de 5 mm cubierta de fibrina con un orificio de 2 mm en su interior con drenaje espontáneo de contenido purulento a través de él, sugestivo de perforación (fig. 1C). Para manejar esta complicación, dado que la paciente se encontraba prácticamente asintomática y sin datos de alarma se optó por un manejo no quirúrgico y se realizó ecoendoscopia, visualizando nuevamente la mencionada colección (fig. 1D) y colocando a nivel de antro prótesis de aposición luminal tipo Hot-Axios® de 10 x 20 mm, logrando drenaje de abundante material purulento a través de la misma (fig. 1E). Se decidió drenar dicha colección por su gran tamaño, sencillo acceso y el escaso débito del orificio fistuloso, considerando que el manejo conservador no resolvería el problema y prolongaría sustancialmente el ingreso hospitalario. A la semana se realizó gastroscopia de control presentando una colección ya sin material purulento (fig. 1F), cubierta de tejido de granulación. Dos semanas después se retiró la prótesis tras total resolución del cuadro. Respecto a la etiología de la úlcera, se tomaron biopsias para descartar *H. pylori* que resultaron negativas, asumiendo que la úlcera fue secundaria a la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) semanas previas al ingreso, prescritos por dolor articular. Se inició desde el diagnóstico tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), observando una cicatrización completa de la lesión ulcerosa en las posteriores endoscopias de control.

El drenaje guiado por ecoendoscopia, menos invasivo que el percutáneo o quirúrgico, se trata de un procedimiento cada vez más empleado en varias indicaciones. Las prótesis de aposición luminal son un tipo de prótesis metálicas más cortas que las convencionales y con sus extremos más

anchos, lo que disminuye el riesgo de migración. Actualmente, son una de las prótesis más empleadas para el drenaje guiado por ecoendoscopia de la necrosis pancreática encapsulada infectada, con datos que sugieren que pueden ser superiores al drenaje con prótesis de plástico, aunque la evidencia al respecto no es firme. Tienen un diámetro suficiente para facilitar un drenaje adecuado e incluso realizar necrosectomía endoscópica a través de él¹. También se han empleado con éxito para drenaje endoscópico de vía biliar (coledocoduodenostomía), tratamiento de colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo quirúrgico (colecistogastrostomía) y realizar gastroenteroanastomosis en pacientes con obstrucción al tracto de salida gástrico u otras indicaciones (posibilitar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [CPRE] en pacientes con Y de Roux)².

La incidencia de ingresos por úlcera péptica se encuentra en descenso. Su complicación más frecuente es la hemorragia digestiva. La perforación es menos común, suele manifestarse como un abdomen agudo con hallazgo en TC de neumoperitoneo y precisa cirugía urgente para su tratamiento en la mayoría de los casos. Menos frecuentemente, si la perforación se contiene por órganos vecinos o si tratamientos concomitantes interfieren su curso clínico, puede presentarse de forma más larvada dando lugar a un absceso intraabdominal³. Presentamos un caso de absceso intraabdominal secundario a úlcera duodenal perforada con presentación clínica atípica, que pudo resolverse completamente mediante la inserción de una prótesis de aposición luminal. La evidencia respecto a esta técnica para el drenaje de colecciones intraabdominales no pancreáticas es escasa, principalmente se ha empleado para colecciones post-quirúrgicas, con buen resultado⁴. Recientemente, una serie española de 18 abscesos intraabdominales no pancreáticos ni postquirúrgicos reportó unas altas tasas de éxito técnico y clínico (ambas 88.9%) del drenaje por ecoendoscopia, incluyendo ocho prótesis de aposición luminal y 10 prótesis metálicas o plásticas convencionales⁵. Mediante este caso, planteamos que esta técnica puede

ser útil para manejar abscesos intraabdominales, siendo necesarios estudios controlados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*. 2020;158:67–75, e1.
2. Mussetto A, Fugazza A, Fuccio L, Triossi O, Repici A, Anderloni A. Current uses and outcomes of lumen-apposing metal stents. *Ann Gastroenterol*. 2018;31:535–40.
3. Ashfaq A, Chapital AB. Chronic subclinical perforation of a duodenal ulcer presenting with an abdominal abscess in a patient with seronegative rheumatoid arthritis. *BMJ case reports*. 2015:2015.

4. Mudireddy PR, Sethi A, Siddiqui AA, Adler DG, Nieto J, Khara H, et al. EUS-guided drainage of postsurgical fluid collections using lumen-apposing metal stents: a multicenter study. *Gastrointest Endosc*. 2018;87:1256–62.
5. Carbajo AY, Brunie Vegas FJ, Garcia-Alonso FJ, Cimavilla M, Torres Yuste R, Gil-Simon P, et al. Retrospective cohort study comparing endoscopic ultrasound-guided and percutaneous drainage of upper abdominal abscesses. *Dig Endosc*. 2019;31:431–8.

Gonzalo Hijos^{a,*}, Daniel Abad^a, Viviana Laredo^a, Enrique Alfaro^a, Pablo Cañamares^b, Sandra García^a, Raúl Velamazán^a, María Hernández^a, Nuria Saura^a y Carlos Sostres^a

^a Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Hospital San Jorge, Huesca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gonzahijos@gmail.com (G. Hijos).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.04.019>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Poliposis adenomatosa familiar asociada a tumor neuroendocrino de páncreas



Familial adenomatous polyposis associated with pancreatic neuroendocrine tumour

Un alto porcentaje de pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) presentan manifestaciones extracolónicas. No obstante, la asociación de PAF y enfermedad neoplásica pancreática es infrecuente, como el caso que describimos a continuación.

Presentamos el caso de un varón de 65 años, exfumador, con antecedentes de malformación de Arnold-Chiari tipo I, gastrectomía parcial por úlcus y PAF, intervenido en su juventud mediante proctocolectomía total y anastomosis ileoanal con reservorio ileal y resección endoscópica de adenomas duodenales. Había abandonado controles médicos en los últimos años por depresión. Consulta por dolor abdominal epigástrico y vómitos alimenticios. A la exploración se palpaba una masa dura en epigastrio, confirmando ecográficamente la presencia de un tumor sólido y heterogéneo dependiente del páncreas. Mediante TAC se observa la voluminosa masa de 9 × 8 cm a nivel de la cabeza del páncreas, hipervascularizada, con un área de necrosis central, que

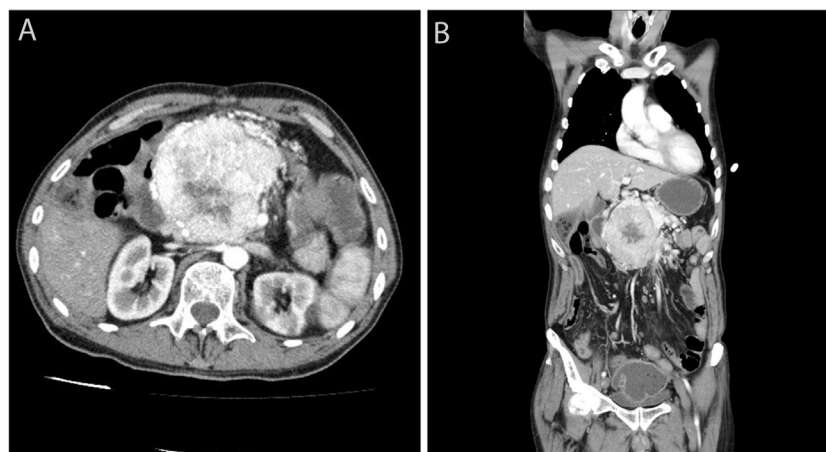


Figura 1 A) Corte transversal de la TAC que muestra tumor hipervascularizado, con necrosis central a nivel de la cabeza del páncreas, sugestivo de tumor neuroendocrino pancreático. B) Corte coronal de la TAC.