

Actualización Médica Periódica

Número 93

www.ampmd.com

Febrero 2009

CASO CLINICOPATOLÓGICO

Dr. Orlando Quesada Vargas F.A.C.P.

MINICASOS DEL ÚLTIMO CONGRESO DEL ACG (AMERICAN COLLEGE GASTROENTEROLOGY*)

1. Esófago: disfagia.
2. Estómago: gastritis aguda erosiva.
3. Intestino delgado: endoscopia capsular.
4. Colon: hematoquecia.
5. Hígado: masas hepáticas.
6. Vías biliares: colestasis.
7. Páncreas: pancreatitis biliar severa.

* Adaptados de esa fuente y figuras reproducidas con el permiso correspondiente

Caso no. 1

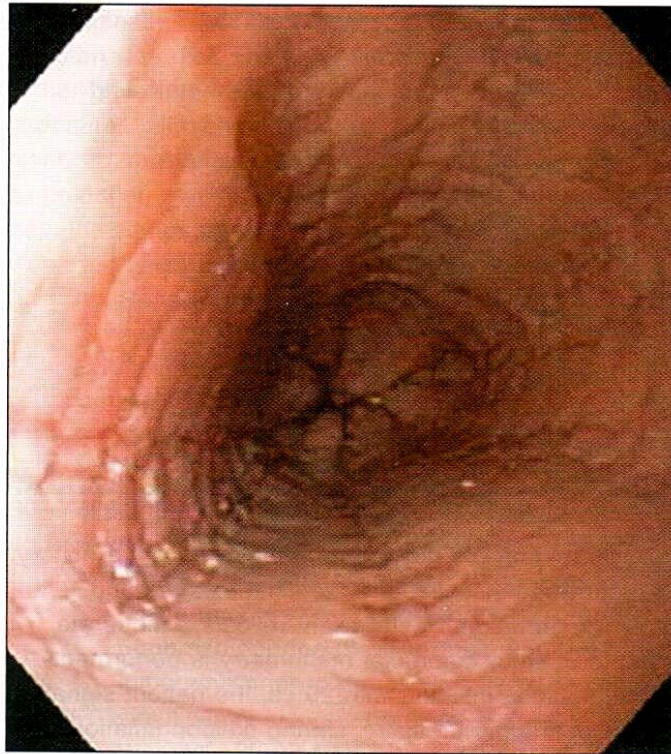
Esófago, disfagia

Un paciente anglosajón de 40 años es evaluado por disfagia intermitente. El refiere una historia de disfagia a sólidos (pan, carne de pollo) con episodios intermitentes cada 4 a 6 meses durante los últimos 3 años. Su molestia la refiere a la región retroesternal media superior. Niega odinofagia y su peso se ha permanecido estable.

Muy esporádicamente acusa pirosis y sensación de reflujo, por lo que se automedica con inhibidores de bomba de protones. Tiene historia de alergia al maní, desde su infancia. El examen físico y los exámenes de laboratorio fueron normales.

La imagen de la esofagoscopia se muestra en la siguiente figura.

Figura no. 1



¿Cuál sería su conducta al ver estos hallazgos endoscópicos?

- a) Tomar 2 biopsias del esófago distal.
- b) Proceder con una dilatación esofágica.
- c) Tomar 3 a 5 biopsias proximales y distales.
- d) No tomar biopsias e iniciar esteroides orales.
- e) No tomar biopsias y suministrar un inhibidor de bomba de protones cada 12 horas.

Comentario y respuesta:

La imagen muestra hallazgos que sugieren la presencia de esofagitis eosinofílica (EE). Los mismos incluyen: pliegues verticales prominentes rodeados de placas blanquecinas exudativas (microabscesos eosinofílicos). El diagnóstico se confirma con la histología la cual muestra signos de inflamación e infiltración eosinofílica (20-25 eosinofilos por campo hpf).

La EE se reportó originalmente en la población pediátrica, pero los reportes en adultos han ido aumentando. Se desconoce la fisiopatología precisa; se asocia con alergias a diversos alimentos y con asma bronquial.

El síntoma clásico es la disfagia intermitente (a veces con episodios de obstrucción).

A través de un esofagograma se evidencia la presencia de anillos (único o numerosos) así como una estrechez difusa, que pueden sugerir el diagnóstico.

El tratamiento se lleva a cabo individualizando cada caso en particular. El papel de los inhibidores de bomba de protones es controversial. Muchos pacientes mejoran con dietas de eliminación (a alérgenos). El tratamiento de elección son los esteroides tópicos inhalador vía oral (deglutidos), especialmente la fluticasone. Hay una nota de alarma por la FDA con respecto al empleo de montelukast (trastornos afectivos asociados).

Respuesta: C

Referencias:

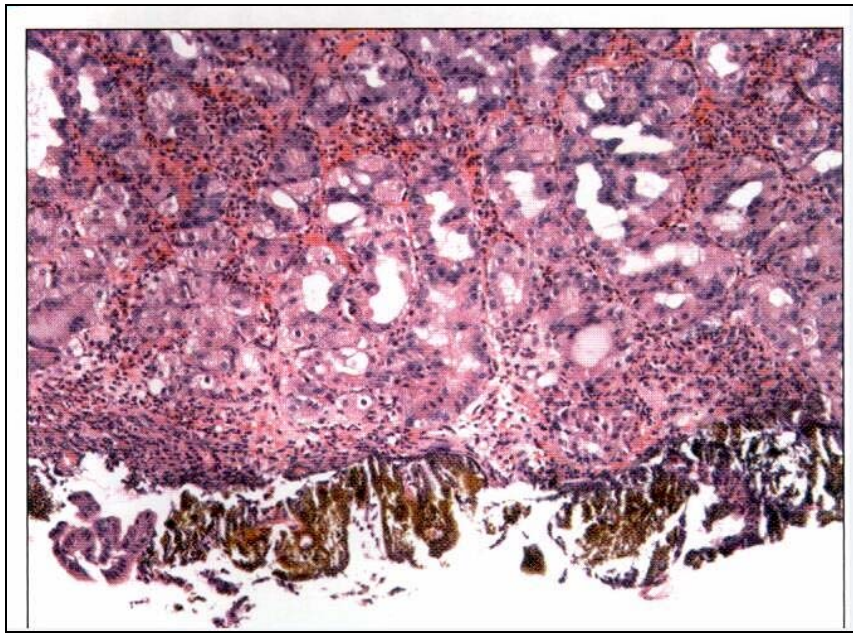
1. Prasad GA, Talley NJ. Eosinophilic esophagitis in adults. *Gastroenterol Clin North Am* 2008;37(2):349-68.
2. Gonsalves N, et al. Histopathologic variability and endoscopic correlates in adults with eosinophilic esophagitis. *Gastrointest Endosc* 2006;64:313-19.
3. Furuta GT, et al. Eosinophilic esophagitis in children and adults. A systematic review and consensus recommendations for diagnosis and treatment. *Gastroenterology* 2007;133:1342-63.

Caso no. 2

Gastritis erosiva aguda

Una paciente de 28 años se presenta al servicio de urgencias por el inicio reciente de epigastralgia y hematemesis. Su historia médica no es contributiva, excepto por anemia ferropriya asociada con hipermenorreas. Ella se encuentra hemodinámicamente estable y una gastroscopía evidencia una gastritis aguda erosiva difusa. La biopsia de la región antral se muestra en la figura no. 2

Figura no. 2



¿Con los hallazgos histopatológicos, cuál sería el procedimiento de elección para identificar la causa?

- a) Exámenes clínicos y radiológicos adicionales.
- b) Historia detallada de los fármacos recibidos y tinción de la biopsia por depósitos de hierro.
- c) Tinción para *H. pylori*.
- d) Tinciones especiales para CMV (citiomegalovirus) y virus herpes simple.
- e) Serología, anticuerpos anticélulas parietales.

Comentario y respuesta:

La biopsia muestra una gastritis aguda erosiva. Este hallazgo puede ser una consecuencia de diversos mecanismos de injuria a la mucosa gástrica incluyendo esteroides, alcohol, aspirina, cocaína, quimioterapia, irradiación o asociada con quemaduras, politrauma (incluyendo cráneo-encefálico).

En este caso, la presencia de pigmento café grisáceo en la superficie sugiere que el daño fue secundario a la ingesta de tabletas con hierro, prescritas por su anemia.

La biopsia no muestra los cambios típicos de una gastritis crónica activa, por lo que las tinciones para *H. pylori* no parecen necesarias.

No se observan cambios citopáticas inducidas por virus (la historia no era sugestiva tampoco); tinciones especiales no estarían indicadas.

Los hallazgos de gastritis crónica autoinmune no están presentes, por lo tanto, la determinación de anticuerpos anticélulas parietales (diagnóstico de anemia perniciosa) no está indicada.

Respuesta: B

Referencias:

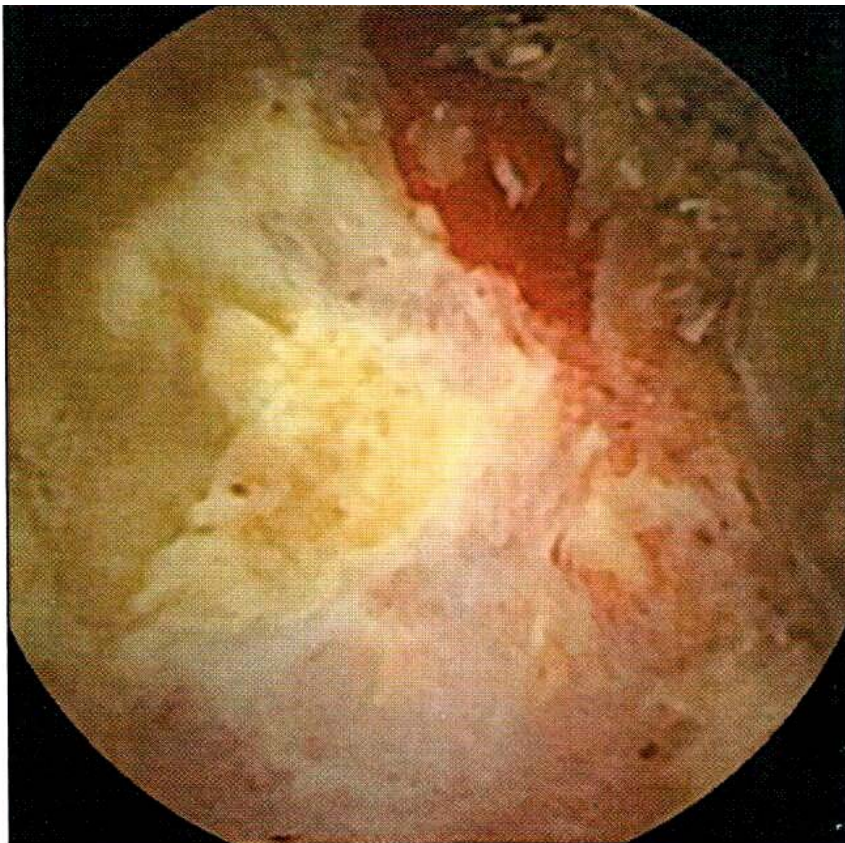
1. Hang A, Driman DK. Iron-included mucosal injury to the upper gastrointestinal tract. *Hisopathology* 2006; 48(7): 808-12.

Caso no. 3

Intestino delgado. Endoscopia capsular.

Un paciente de 74 años portador de enfermedad coronaria es evaluado por una historia de 2 meses de fatiga y anemia ferropriva. El ha estado tomando aspirina y clopidogrel después de una PCI (intervención coronaria percutánea con colocación de stent) hace 3 meses posterior al inicio de angina inestable. Su gastroscopía y la colonoscopia fueron normales. Una endoscopia capsular revela los hallazgos que se ilustran en la figura no. 3

Figura no. 3



Los patólogos reportan cambios compatibles con enfermedad de Crohn. La endoscopia reveló una masa ulcerada en el íleon distal.

El paciente fue referido a cirugía y el diagnóstico de la pieza quirúrgica fue de un adenocarcinoma del intestino delgado.

¿En relación con este tumor, cuál de los siguientes enunciados es verdadero?

- a) Se asocia con enfermedad de Crohn.
- b) La supervivencia a 5 años es mayor del 80% si se consigue una resección amplia.
- c) Es menos frecuente que el linfoma intestinal en la población general.
- d) El compromiso ileal es infrecuente en la enfermedad de Crohn.

Comentario y respuesta:

Pacientes con anemia ferroporiva o dolor abdominal en ausencia de una lesión responsable (gastroscopías y colonoscopías negativas), son candidatos a una enteroscopia diagnóstica. Este procedimiento diagnóstico incorporado hace pocos años permite una inspección de la mucosa del intestino delgado, después de deglutir una cámara minúscula contenida en una cápsula. Aunque la misma posee una alta sensibilidad para detectar lesiones sangrantes gastrointestinales de difícil localización, el procedimiento posee varias limitaciones, entre estas se citan las siguientes: control de la ubicación de acuerdo al tiempo transcurrido, imposibilidad para distender la luz intestinal, dificultad para localizar con precisión el sitio de una lesión. La especificidad (falsos negativos) está aún por definirse.

Hasta un 7% de los pacientes sometidos a este procedimiento culminan con el diagnóstico de tumor maligno intestinal.

El diagnóstico diferencial de un tumor maligno del intestino delgado incluye: adenocarcinoma, linfoma, sarcoma y carcinoide.

En un meta-análisis reciente para analizar el riesgo de malignidad en una población con enfermedad de Crohn, el mismo se estimó en 22 veces mayor que la población general. El riesgo absoluto, es bajo, menor del 5% a 30 años plazo. Las manifestaciones del tumor son muy semejantes a las de la enfermedad de fondo, por lo que el diagnóstico preoperatorio es la excepción.

En la población general, el tumor maligno más frecuente es el adenocarcinoma, en ellos la localización predomina en áreas proximales (contrario cuando se asocia con enfermedad de Crohn).

Respuesta: A

Referencias:

1. Schwartz GD, Barkin JS. Small- bowel tumors detected by wireless capsule endoscopy. Dig Dis Sci 2007;52(4):1026-30.
2. Estévez E, González-Conde B, Vázquez-Iglesias JL, et al. Incidence of tumoral pathology according to study using capsule endoscopy for patients with obscure gastrointestinal bleeding. Surg Endosc 2007;21(10):1776-80.

Caso no. 4

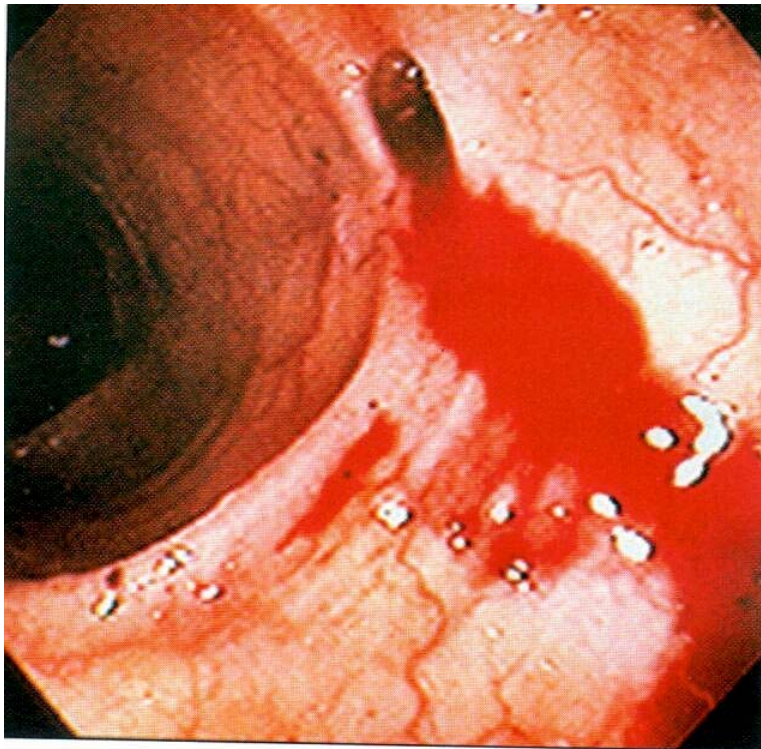
Colon Hematoquecia

Un paciente de 65 años se presenta al servicio de emergencias por hematoquecia. Hace pocas semanas se le colocaron dos stents por angina inestable. El ha estado recibiendo terapia antiplaquetaria con aspirina y clopidogrel. Su hematocrito habitual es de 42 cc%. Actualmente cursa con hipotensión ortostática, taquicardia y un hematocrito en 32 cc%. Hace un año una colonoscopia había mostrado diverticulosis colónica extensa en el colon izquierdo.

El paciente es admitido a la UCI y se le inicia reemplazo con volumen intravascular. Una sonda nasogástrica revela la presencia de líquido claro. Se le transfunde dos unidades de glóbulos rojos empacados y se le practica un lavado colónico de preparación para una colonoscopia urgente.

Una imagen de la misma, se muestra en la figura no. 4

Figura no. 4



¿Con este hallazgo, cuál sería la siguiente indicación?

- a) Programarle otra colonoscopia en 10 días (disipar el efecto de los antiplaquetarios).
- b) Angiografía y embolización.
- c) Consulta con cirugía.
- d) Terapia endoscópica con clips.
- e) Terapia endoscópica con epinefrina.

Comentario y respuesta:

El sangrado diverticular es responsable de por lo menos un tercio de los casos de sangrado digestivo bajo (dos veces más frecuente que las malformaciones arteriovenosas o angiodisplasias). Las hemorroides y las neoplasias son las causas más frecuentes de sangrado digestivo crónico o recurrente.

Contrario con las hemorragias del tubo digestivo alto, las del tracto bajo son menos intensas y adoptan un curso intermitente. Fármacos anticoagulantes o condiciones co-morbidas (hepáticas, etc) suelen precipitar los sangrados.

A pesar de predominar en el colon descendente y el sigmoides, 70% de los sangrados de origen diverticular ocurren en el colon derecho. La mayoría de los casos cesan de sangrar espontáneamente y no recurren.

Pacientes a quienes se les ha colocado stents en los 9 meses previos, están en riesgo significativo de presentar trombosis, si se suspenden los antiplaquetarios. La terapia endoscópica para conseguir detener el sangrado se puede llevar a cabo aún recibiendo éstos fármacos en casos severos y persistentes.

El tratamiento endoscópico con "clips" sería el ideal en pacientes en estas circunstancias. La epinefrina como monoterapia no está recomendada.

Respuesta: D

Referencias:

1. Jensen DM, Kovacs TOG, Dulai G, et al. A prospective study of urgent endoscopic diagnosis and treatment of patients with diverticulosis and severe hematochezia. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: AB84:264.
2. Strate LL, Syngal S. Timing of colonoscopy: impact on length of hospital stay in patients with acute lower intestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2003;98:317-22.
3. Jensen DM, Machicado DA, Jutabha R, et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage.

Caso no. 5

Hígado- Masas hepáticas

Un paciente de 50 años portador de hepatitis C se presente para una evaluación de rutina. El no ha recibido tratamiento antiviral. Una endoscopia reveló la presencia de várices esofágicas moderadas. Una tomografía computarizada de abdomen fue negativa. Su nivel de alfa fetoproteína fue de 15.2 ng/ml (nl. 0-20).

Seis meses después, el nivel de esta prueba ha subido a 625 ng/ml. Las pruebas de funcionamiento hepático permanecen normales. Un ultrasonido muestra una lesión reciente de 3 cms de diámetro en la región lateral e inferior del hígado.

Una nueva tomografía computarizada (figura no. 5.a 5.b) muestra una masa que capta con avidéz el medio de contraste, con una fase de lavado hacia el sistema de la vena porta. No hay evidencia de otras lesiones. El paciente no presenta otras enfermedades asociadas.

Figura no. 5a

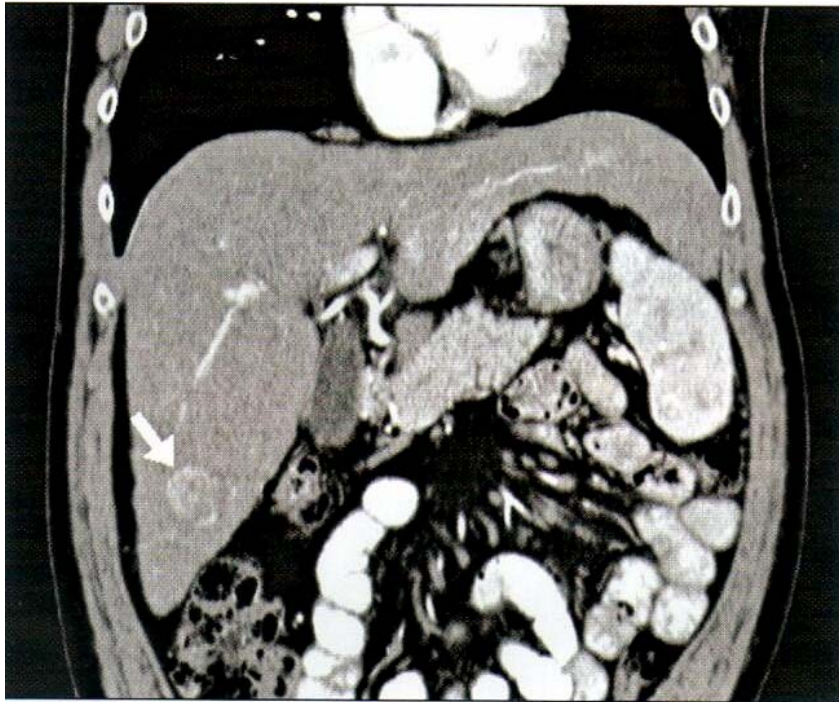
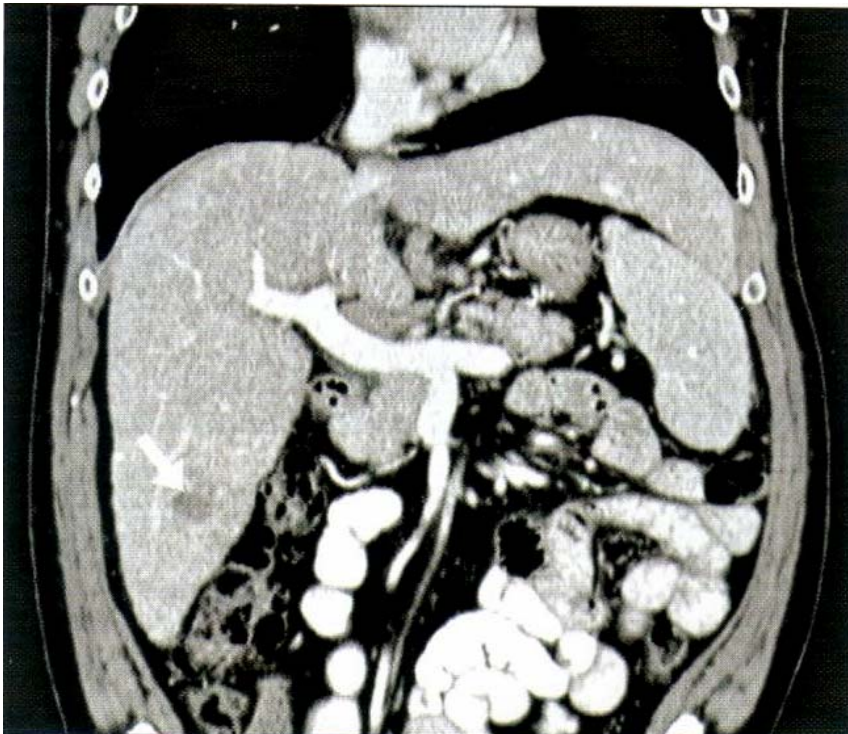


Figura no. 5b



¿Cuál sería el diagnóstico y el tratamiento más apropiado?

Diagnóstico:

- a) Adenoma hepatocelular.
- b) Carcinoma hepatocelular.
- c) Hiperplasia nodular focal.
- d) Hemangioma.
- e) Quiste hepático simple.

Tratamiento:

- a) Resección quirúrgica.
- b) Ablación con radiofrecuencia.
- c) Inyección local de etanol.
- d) Embolización transarterial.
- e) Trasplante hepático.

Comentario y respuestas:

Una masa de aparición reciente, en un hígado cirrótico con las características que presentó en la tomografía computarizada, cumple los criterios para establecer el diagnóstico no invasivo de carcinoma hepatocelular. Además, el nivel de alfa fetoproteína brinda una alta especificidad (mínimo de falso positivos) al diagnóstico.

Un adenoma hepatocelular no se acompaña de una fase inicial de gran avidez al medio de contraste con un retorno muy rápido al tejido hepático vecino. Con frecuencia se identifica una cápsula y por ultrasonido los hallazgos son inespecíficos.

La hiperplasia focal nodular muestra por tomografía una zona central de mayor captación que corresponde con áreas de cicatrización. Por ultrasonido, la lesión es hipo o isoecoica.

Los hemangiomas suelen presentar un refuerzo periférico nodular del medio de contraste en la tomografía y por sonografía las lesiones son hiperecoicas.

Una biopsia hepática no es necesaria en este caso. El diagnóstico no invasivo de carcinoma hepatocelular evita los riesgos de la biopsia (sangrado y siembra tumoral en el trayecto).

Un trasplante hepático representa la mejor opción terapéutica en este caso al cumplir con los criterios de Milán (un nódulo menor de 5 cms, o 2 o 3 nódulos menores de 3 cms) en ausencia de compromiso extrahepático.

La resección quirúrgica no sería apropiada por la presencia de hipertensión portal significativa (várices esofágicas).

La ablación con radiofrecuencia o la inyección local con etanol no están indicadas pues ambas no van a mejorar la cirrosis de fondo y por su tendencia a la aparición de otros tumores.

La quimioembolización transarterial podría emplearse para prevenir la progresión del tumor, mientras el paciente espera su trasplante.

Respuesta B y E.

Respuestas:

1. Bruix J, Sherman M; Practice Guidelines Committee. American Association for the Study of liver Disease. Management of hepatocellular carcinoma. Hepatology 2005;42:1208-36.

Caso no. 6

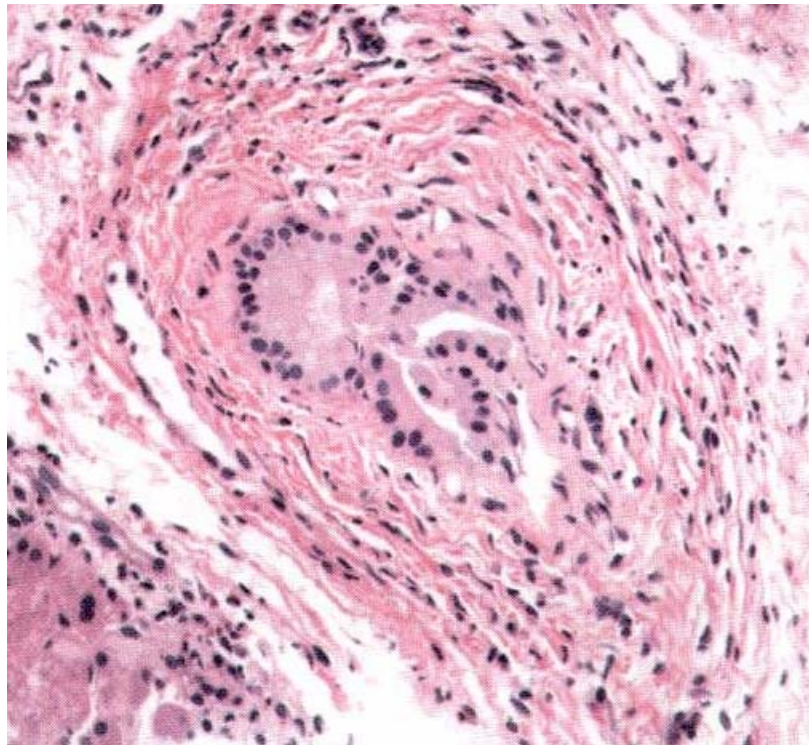
Vías Biliares. Colestasis

Un paciente de 30 años se queja de prurito y fatiga durante los últimos 3 meses. El presenta una elevación mínima de sus bilirrubinas de predominio directo, aminotransferasas con elevación discreta (60-80 u/l) pero asociados con una fosfatasa alcalina en 420 u/l (normal 32-92). Se documentó además una hiperglobulinemia (policlonal) y anticuerpos antinucleares 1:160. Las serologías para hepatitis A, B y C fueron negativas.

Una colangiografía endoscópica retrograda mostró numerosas zonas de estrechez y dilatación, afectando las vías biliares intra y extrahepáticas ("nudos en una cuerda").

Se le practicó una biopsia de hígado y los hallazgos se muestran en la figura no. 6.

Figura no. 6



¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- a) Cirrosis biliar primaria.
- b) Colangitis esclerosante primaria.
- c) Colangitis bacteriana.
- d) Colangiocarcinoma.
- e) Colangiopatía asociada con SIDA.

Comentario y respuesta:

Las pruebas de funcionamiento hepático revelaron un perfil compatible con colestasis. Este síndrome puede ser secundario a causas intra o extrahepáticas.

Las condiciones más frecuentes involucradas incluyen: colestasis por fármacos, el embarazo, lesiones infiltrativas, cirrosis biliar primaria, obstrucción y/o estrechez de las vías

biliares extrahepáticas (iatrogénica, colestásica, colangitis infecciosa o inflamatoria, lesiones pancreáticas) y la colangitis esclerosante primaria.

Los hallazgos del colangiograma retrógrado y de la biopsia, permiten establecer en este caso el diagnóstico de colangitis esclerosante primaria (CEP).

La biopsia hepática muestra la lesión histológica clásica asociada con fibrosis periductal “en piel de cebolla”.

La CEP es un desorden colestásico crónico de etiología incierta. La misma se caracteriza por una destrucción progresiva de las vías biliares pudiendo culminar en una cirrosis biliar secundaria.

La enfermedad es más frecuente en los hombres (3:1) y se diagnostica con mayor frecuencia entre los 20 a 30 años de edad.

Aproximadamente un 80% de los casos se asocian con enfermedad inflamatoria intestinal (de preferencia colitis ulcerativa inespecífica); sin embargo, menos del 50% de los pacientes con esa entidad desarrollan CEP.

Los síntomas de presentación más frecuentes son prurito, fatiga, ictericia y dolor abdominal. Un 50% de los casos cursan asintomáticos.

Los pacientes portadores de CEP están en una condición de alto riesgo de desarrollar un colangiocarcinoma (prevalencia de por vida, 10 a 30%).

El manejo de estos pacientes incluye la dilatación de las estrecheces principales, el tratamiento de las infecciones secundarias y el alivio sintomático.

Solamente el trasplante hepático mejora la sobrevida.

El diagnóstico de cirrosis biliar primaria se descartaba en base a los hallazgos radiológicos e histológicos, predomina en mujeres de edad media y cursa con hepatomegalia y anticuerpos antimitocondriales positivos.

Respuesta: B

Referencia:

1. Maggs JR, Chapman RW. Sclerosing cholangitis. Curr Opin Gastroenterol 2007;23(3):310-6.

Caso no.7

Páncreas. Pancreatitis biliar severa

Una mujer de 56 años es admitida por pancreatitis aguda. Ella cursa con taquicardia y taquipneia. Su lipasa sérica es de 4,000 u/l (normal < 95) y a pesar de hidratación agresiva su nitrógeno ureico es de 56 mg/dl y su creatinina de 2.1 mg/dl. Por la persistencia de hipoxemia a pesar de oxígeno suplementario, ameritó ventilación asistida.

La paciente niega historia de ingesta de bebidas alcohólicas. Su bilirrubina total es de 4.2 mg/dl con franco predominio de la directa, las aminotransferas se reportan en 165 u/l para la AST y 250 u/l para la ALT. Un ultrasonido de abdomen muestra colestasis y un colédoco de 8.1 mms.

En vista de los hallazgos descritos, se le practica una pancreatocolangiografía retrógrado endoscópica la cual muestra una piedra impactada en la papila, la cual se extrae a través de un esfinterectomía (figuras 7.a y 7.b).

Figura no. 7a

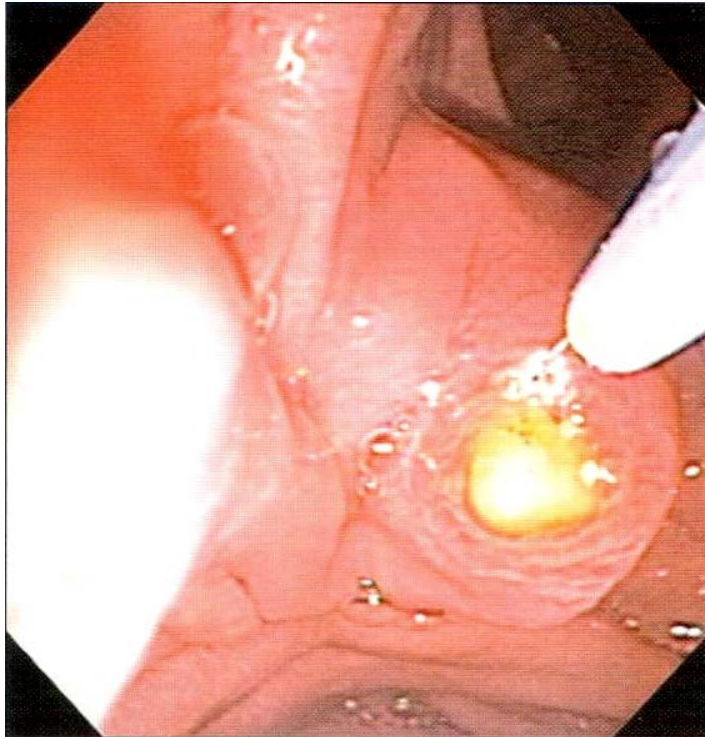
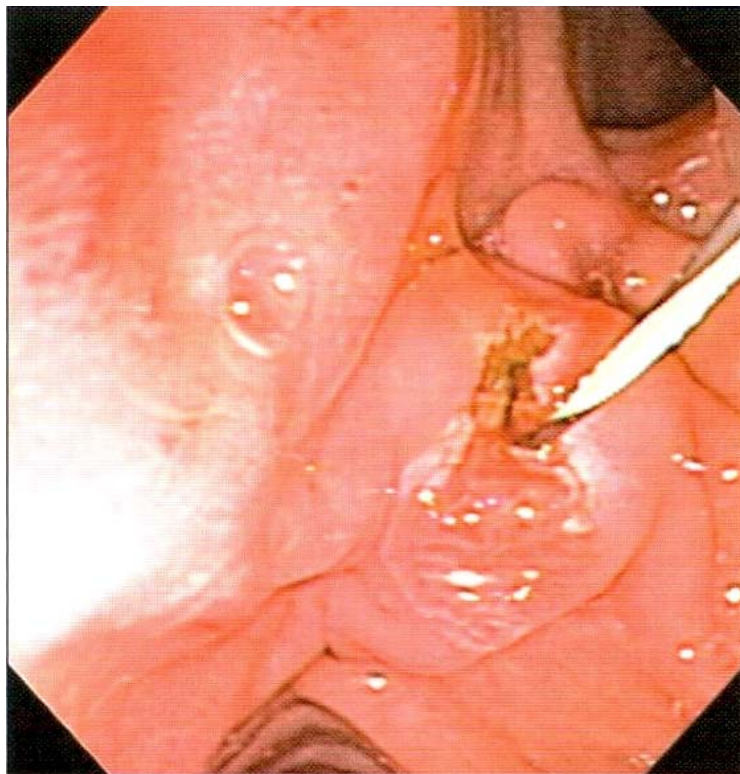


Figura no. 7 b



¿En relación con este caso, cuál de los siguientes enunciados es falso?

- a) La severidad de este caso predeciría una mortalidad mayor al 10%.
- b) La esfinterectomía esta indicada en la mayoría de los casos de pancreatitis biliar.
- c) El ultrasonido endoscópico es útil para identificar litiasis residual en las vías biliares.
- d) En presencia de colangitis aguda, el riesgo de hemorragia posesfinterectomía aumenta.
- e) El tratamiento (esfinterectomía) urgente endoscópico disminuye la morbilidad en un caso como el que se presenta.

Comentario y respuesta:

La litiasis biliar es la causa más frecuente de un primer episodio de pancreatitis aguda, en un(a) paciente sin historia de abuso con el alcohol.

En caso de no detectarse piedras por ultrasonido convencional (o tomografía), el ultrasonido endoscópico es un método sensible para excluir coledocolitiasis o barro biliar (microlitiasis).

El pronóstico de la pancreatitis aguda se discutió en el artículo de revisión no. 89, inciso e en este sitio.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) está indicada solo en una minoría de los casos de pancreatitis biliar, previo a la colecistectomía. La misma se reserva para casos severos (como el que se presenta), aquellos que cursen con colangitis, ictericia persistente o la clara visualización de una piedra residual. En la mayoría de los casos de pancreatitis biliar leve a moderada, la obstrucción biliar desaparece al expulsar la piedra responsable; los mismos pueden ser luego programados para colecistectomía sin requerir una ERCP. Para circunstancias dudosas, el ultrasonido endoscópico o la colangiopancreatografía mediante resonancia magnética pueden ser útiles. En casos severos con obstrucción biliar evidente, el procedimiento endoscópico se lleva a cabo con carácter de emergencia. Esta conducta ha mostrado en 2 a 3 estudios aleatorizados reducir la morbilidad.

La mortalidad de la pancreatitis aguda asociada a fallo multiorgánico puede ser tan alta como un 60-70%.

Respuesta :B

Referencia:

1. Banks P, Freeman ML. Guidelines for management of acute pancreatitis. Am J Gastroenterol 2006;101:2379-400.

Palabras claves

Gastroenterología hepatología esófago esofagitis esofagitis eosinofílica disfagia fluticonasone gastritis gastritis aguda endoscopia capsular crohn intestino delgado adenocarcinoma intestino delgado cáncer intestino delgado hematoquecia rectorragia diverticulos diverticulosis colon sangrado digestivo bajo hígado masas hepáticas carcinoma hepatocelular adenoma hemangioma colestasis vías biliares colangitis colangitis esclerosante primaria colangiocarcinoma páncreas pancreatitis biliar pancreatitis aguda alfa feto proteína hematoquezia

Autoevaluación

1. El síntoma más frecuente de un paciente con esofagitis eosinofílica es; señale el enunciado verdadero:
 - a) Pirosis
 - b) Disfagia intermitente
 - c) Disfagia a sólidos
 - d) Odinofagia
 - e) Vómitos
2. ¿Cuál es el tumor maligno más frecuente que afecta al intestino delgado?
 - a) Linfoma
 - b) Sarcoma
 - c) Carcinoide
 - d) Adenocarcinoma
 - e) Hemangiocarcinoma
3. Con respecto al sangrado digestivo bajo secundario a diverticulosis colónica, todos los siguientes enunciados son verdaderos excepto:
 - a) La mayoría de los sangrados se originan del colon derecho.
 - b) El sangrado suele ser intermitente.
 - c) Con frecuencia el sangrado cesa espontáneamente
 - d) Puede ser causa de sangrado severo.
 - e) La mayoría requieren terapia endoscópica
4. En relación con el hepatocarcinoma en el paciente cirrótico todos los siguientes enunciados son verdaderos excepto, señale el enunciado falso:
 - a) Siempre amerita diagnóstico histológico.
 - b) Puede ser uni o multifocal.
 - c) Cursa con elevación importante de la alfa feto proteína.
 - d) No todos los pacientes son candidatos para lobectomía hepática.
 - e) Algunos pacientes califican para recibir tratamiento mediante trasplante hepático.

5. Con respecto a la pancreatitis aguda biliar, todos los siguientes enunciados son falsos; señale el verdadero:
- a) La mayoría requieren de una esfinterectomía.
 - b) Se asocia con alcoholismo crónico.
 - c) La mayoría se deben a *Áscaris lumbricoides*
 - d) La ictericia es prominente desde el inicio
 - e) En presencia de colelitiasis residual, los pacientes ameritan colecistectomía.

Respuestas correctas

- 1. b
- 2. d
- 3. e
- 4. a
- 5. e