

Gastroenterología

Gastroenterology

GA-1

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CAMARGO ABRIL NATALY, SANTIAGO BARRIOS JENNIFER,
RODRIGUEZ MARÍA ROBERTO.

*Unidad de Gastroenterología y Endoscopia, Departamento de Medicina Interna
Universidad Libre. Barranquilla, Colombia.*

Introducción. La esofagitis eosinofílica es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por infiltración de eosinófilos a nivel del epitelio esofágico, considerada una de las condiciones a evaluar en el adulto con disfagia e impactación alimentaria. Se resalta la importancia de esta patología como diagnóstico diferencial en casos de disfagia intermitente y trastornos de la deglución en la población adulta.

Diseño. Estudio descriptivo de caso.

Métodos. Se realizó revisión retrospectiva de la historia clínica de un paciente de consulta externa de la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia (UGASEND). El paciente firmó consentimiento informado. Se revisó la literatura y se comparó con el caso.

Resultados. Paciente masculino de 48 años con antecedentes de atopía, alergia a los AINES y hernia hiatal; con 2 años de pirosis, disfagia y episodios de impactación alimentaria. Endoscopia de vías digestivas altas, traquealización esofágica y múltiples lesiones con exudado blanquecino-fibrinoso. En biopsia; congestión vascular, células inflamatorias de predominio eosinofílico en recuento de 15 a 20 por campo de gran aumento. Respuesta satisfactoria al tratamiento con corticoide tópico y manejo dietario.

Conclusiones. En Colombia no se conoce la prevalencia exacta de la esofagitis eosinofílica, sin embargo se considera una enfermedad emergente en estas latitudes. El diagnóstico se basa en disfunción esofágica, con síntomas de disfagia a sólidos, impactación alimentaria, estenosis y confirmación histológica de 15 eosinófilos o más por campo de alta potencia. El compromiso inflamatorio crónico progresa hasta remodelación fibrosa esofágica que explica los síntomas y hallazgos endoscópicos. Considerarla como diagnóstico diferencial de la disfagia, permite la realización de un diagnóstico y tratamiento oportuno, la mejoría de los síntomas y en consecuencia de la calidad de vida del paciente.

GA-2

GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

RODRÍGUEZ YÁNEZ TOMÁS, HERRERA MORENO ORLANDO.

Clínica Nuestra Señora del Rosario. Cartagena, Colombia.

Introducción. La gastroenteritis eosinofílica (GE) es un trastorno inflamatorio raro del tubo digestivo que afecta principalmente al estómago y duodeno. Es de etiología desconocida, distinguiéndose por eosinofilia tisular, capaz de comprometer cualquier capa del tracto digestivo, su diagnóstico es histopatológico. Se presenta un caso para recordar el enfoque de la eosinofilia periférica y resaltar las características de una entidad infrecuente.

Diseño. Presentación de caso.

Métodos. Femenina de 30 años, sin comorbilidades medicas conocidas, alergia a los AINES, acude a urgencia por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 3 días de evolución, episodio similar el mes anterior. Al examen físico, sin datos de deshidratación o de respuesta inflamatoria sistémica. Abdomen blando, depresible, no se palparon masas o visceromegalias, no signos de irritación peritoneal. Laboratorios de ingreso con leucocitos 17800/mm³, neutrófilos 25%, linfocitos 20%, eosinófilos 48% (absolutos 8544/mm³), amilasa 58.8 U/L, lipasa 50 U/L, LDH 217 U/L.

Resultados. Se realiza ecografía abdominal total dentro de parámetros normales. iniciando estudios de eosinofilia periférica, extendido de sangre periférica con leucocitosis marcada, sin otros hallazgos patológicos, IgE 61.7 UI/ml (normal), coprológico seriado sin evidencia de parasitosis. Se sospecha enteritis eosinofílica, por lo cual se realiza esofagogastroduodenoscopia que documenta gastropatía congestiva antrocorporal con duodenitis severa, se toman muestras para patología. Informe anatomopatológico evidencia mucosa duodenal con infiltrado inflamatorio de predominio eosinofílico, en relación con duodenitis eosinofílica intramucosa, corroborando diagnóstico de GE. Se indica tratamiento con antihistamínicos, esteroides, manejo sintomático gastrointestinal y recomendaciones dietarias, con mejoría clínica y de parámetros hematológicos, siendo egresada con seguimiento por gastroenterología y hematología.

Conclusiones. La GE es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico se fundamenta en la sospecha clínica, descartándose otras etiologías de eosinofilia periférica (medicamentos, atopia, neoplasias, parasitosis, etc.) y debe corroborarse con los hallazgos anatomopatológicos. Su enfoque terapéutico se basa en las intervenciones farmacológicas y la higiene alimentaria.

GA-3

ENFERMEDAD CELÍACA: REPORTE DE UN CASO

TRUJILLO DANILO, CONTRERAS ALEJANDRA.

Fundación Cardioinfantil –IC. Bogotá, D.C., Colombia

Introducción. La enfermedad celíaca es una condición autoinmune que predispone el desarrollo de una respuesta inmuno-mediada anormal contra el gluten. Se describe una prevalencia del 1% en población occidental, siendo del 0.46 al 0.64% en Latinoamérica y una meta-regresión realizada en 2015 concluye que es un trastorno raro en colombianos. La enfermedad clásica se caracteriza por diarrea crónica, pérdida de peso y malabsorción, mientras que los síntomas atípicos incluyen anemia, artritis y síntomas neurológicos, entre otros.

Diseño y método. Presentación de caso

Resultados. Mujer de 42 años con cuadro de 2 meses de evolución de diarrea con moco sin sangre asociado a pérdida no intencionada de peso. Antecedente de asma controlada. Paraclínicos de ingreso con anemia de volúmenes bajos, sin alteración de función renal o hepática ni trastorno electrolítico, coproscópico no patológico, perfil nutricional con hipoalbuminemia, ferropenia y déficit de ácido fólico, test de Sudán negativo y estudios endoscópicos preliminares sin alteración. Ante sospecha de síndrome malabsortivo se realiza enterorresonancia con evidencia de engrosamiento concéntrico del yeyuno, enteroscopia con atrofia de la mucosa yeyunal y ausencia de vellosidades, hallazgo de atrofia severa de vellosidades, linfocitosis intraepitelial marcada e hiperplasia de criptas en biopsia duodenal y yeyunal sugestivas de enfermedad celíaca, se confirma diagnóstico con positividad de anticuerpos IgA anti transglutaminasa en títulos altos. Se instaure dieta con restricción de gluten con resolución de los síntomas.

Conclusiones. A pesar de su baja prevalencia en nuestro medio, la enfermedad celíaca sigue siendo un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en pacientes con síndromes malabsortivos y diarrea crónica o persistente; las intervenciones terapéuticas basadas en la eliminación del gluten de la dieta son altamente efectivas, demostrándose que mejoran los síntomas en días a semanas, normalizan los marcadores serológicos y la atrofia vellositaria.

GA-4

DIVERTICULITIS DUODENAL: INFORME DE CASO

BASTIDAS MELISSA, COGOLLO MARY, GÓMEZ ANDRÉS, BASTIDAS JESÚS.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Introducción. Un divertículo duodenal es una bolsa al duodeno que puede estar presente en el 20% de la población. Aunque son entidades comunes, los síntomas causados por divertículos duodenales son relativamente raros, siendo un problema clínico difícil. El diagnóstico la mayoría de veces se realiza por medio de imágenes y el manejo no quirúrgico ha surgido como una alternativa práctica y segura.

Diseño y métodos. Presentación de caso.

Resultados. Femenina de 36 años, procedente de Bogotá, en su postparto tardío por cesárea por condiciones no aptas para la inducción, ingresa por cuadro 1 día de dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipogastrio que se irradia a región lumbar, sin síntomas urinarios, ni presencia de fiebre o sangrado genital. A su ingreso normotensa, taquicárdica, afebril, abdomen levemente distendido, con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo positivo, resto sin alteración. Laboratorios revelan leucocitosis con pruebas de función hepática y amilasa normal. Ecografía abdomen total con escaso líquido libre en fondo de saco posterior, genitourinario con hallazgos esperados en postparto, por persistencia de síntomas se avanza con tomografía abdominal con contraste observándose divertículo duodenal con engrosamiento de las paredes y alteración de la grasa mesentérica adyacente por cambios inflamatorios, sin colecciones o neumoperitoneo, malrotación intestinal parcial. Se inicia manejo conservador con ampicilina sulbactam y metronidazol. La paciente mejora y fue dada de alta del hospital al tercer día, sin complicaciones.

Conclusiones. Los diferentes tipos de divertículos duodenales por su complicada anatomía pueden llevar a dilemas diagnósticos. Aunque otras etiologías potenciales pueden ser más comunes, siempre se debe sospechar cuando se encuentra un proceso obstructivo o inflamatorio en la región ampular.

GA-5

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE: A PROPOSITO DE UN CASO

TEHERÁN-RUBÉN, SABOGAL-RODOLFO, GIRÓN-ORLANDO, HERRERA-ORLANDO, RODRÍGUEZ-TOMÁS.

Clínica Nuestra Señora del Rosario. Cartagena, Colombia.

Introducción. La pancreatitis aguda (PA) es una causa frecuente de admisión hospitalaria por etiología gastrointestinal. La hipertrigliceridemia (HTG) es la tercera causa de pancreatitis luego de la patología biliar y alcoholismo, con una incidencia informada inferior al 5%. Se presenta el caso de un paciente admitido a cuidados intensivos por PA, en el cual se identificó la HTG como factor precipitante.

Diseño y métodos. Reporte de caso

Resultados. Masculino de 48 años, sin comorbilidades mayores, ingresa por dolor abdominal localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho y región dorsal, moderada intensidad (6/10), signos vitales en metas, dolor a la palpación abdominal de predominio en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, resto de examen físico anodino. Se realizan laboratorios al ingreso que reportan: leucocitos 8000/mm³, hemoglobina 16.2 g/dl, hematocrito 44.2%, plaquetas 258000/mm³, creatinina 0.7 mg/dl, sodio 136 mmol/l, potasio 3.5 mmol/l, cloro 103 mmol/l, lipasa 732 U/L, amilasa 247 U/L, bilirrubinas y transaminasas normales. Configurando sospecha clínica de PA, se realiza ecografía abdominal con cambios inflamatorios pancreáticos, sin evidencia de litiasis biliar. Se anota en informe de laboratorios presencia de suero lipémico, por lo cual se aborda posibilidad diagnóstica de HTG como factor precipitante, documentando triglicéridos 6148 mg/dl. TC de abdomen simple y contrastado informa páncreas edematoso, sin cambios necróticos o colecciones. Bajo esta consideración diagnóstica se realiza tratamiento con fluidoterapia, estatinas con fenofibrato, insulino-terapia y se plantea posibilidad de plasmaféresis, sin tener respuesta favorable por su aseguradora, cursando con evolución hacia la mejoría y descenso en triglicéridos, siendo egresado a sala general.

Conclusiones. La HTG es un fenómeno a evaluar en todo paciente con PA, comportándose como factor precipitante o coadyuvante en el desarrollo de esta condición, se desconoce su impacto a largo plazo. No obstante, su identificación y tratamiento se pueden convertir en intervenciones orientadas a disminuir su recurrencia.