

Gastroenterología

Gastroenterology

GA-1

COLITIS MICROSCÓPICA LINFOCÍTICA INDUCIDA POR MICOFENOLATO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RIVERA-CONTRERAS OSCAR EDUARDO, TORRA OSCAR LEONARDO, LARRAÑAGA-GUTIÉRREZ MARIA CAMILA, CARDONA-PALACIOS ALEJANDRO, CARVAJAL-GUTIÉRREZ JHON JAIME

Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín (Colombia)

Introducción. El micofenolato-Mofetil (MMF) ha sido asociado a una variedad de afecciones gastrointestinales (GI), a saber, colitis eosinofílica, colitis “Crohn-Like” y colitis similar a la isquémica. No obstante, la colitis microscópica linfocítica es una asociación infrecuente con este medicamento, y mucho menos el compromiso ileal y pancolónico. Esta asociación ha sido escasamente descrita en la literatura, y en lo que al grupo escritor concierne, es la primera a nivel nacional.

Caso clínico. Adulta joven antecedentes de LES con compromiso renal, hematológico y cutáneo, con hospitalización reciente (un mes) por actividad lúpica, compromiso renal por suspensión de tratamiento farmacológico, manejado con esteroides y aumento de dosis de MMF. Consulta por 1 mes de múltiples deposiciones diarreicas, líquidas, fétidas, no disintéricas y episodios eméticos. En urgencias se realizó Filmarray GI con *E. coli* enteroagregativa y enteropatógena y norovirus (considerados no causales), VIH no reactivo, manejo AB con ciprofloxacina, sin mejoría. Gastroenterología se planteó efecto adverso al ajuste de MMF, Reumatología cambió por Azatioprina, posterior remisión de la diarrea. Colonoscopia macroscópicamente normal, biopsia compatible con colitis linfoplasmocitaria y neutrofílica sin granulomas ni infiltración eosinofílica; sin indicios de infección por CMV, ni estructuras compatibles con parásitos. Escala de Naranjo para causalidad de reacciones adversas a medicamentos para MMF, indica asociación definitiva con puntaje de 10.

Discusión. El MMF es un inmunosupresor con bajo perfil de toxicidad. Su mecanismo de daño de la mucosa GI incluye la alteración de la síntesis de purinas por un metabolito activo (ácido micofenólico) alterando la replicación celular y la absorción de líquidos. Hasta un 20% presentan manifestaciones gastrointestinales. En la gran mayoría de los casos la clínica mejora con la suspensión del medicamento.

Conclusiones. La colitis linfocítica inducida por MMF es un cuadro clínico donde se debe tener alto índice de sospecha y asociado a una reacción de causalidad. Es necesario la realización de colonoscopia y biopsia de colon en todos los casos para descartar otras entidades causales, incluso con mucosa colónica normal.

GA-2

SANGRADO DIGESTIVO Y ANTICOAGULACIÓN EN UN CENTRO DE REFERENCIA DURANTE LOS AÑOS 2018 A 2022

ROJAS CARLOS, ROJAS ELIANA, CÁRDENAS YHAN, MEJÍA CARLOS, MEJÍA ANA, HURTADO LEIDY, SALAZAR EDGAR, ROJAS NELSON, PANTOJA DAVID, GÓMEZ JUAN ESTEBAN

Fundación Valle del Lili. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Icesi, Centro de Investigaciones Clínicas, Fundación Valle del Lili. Cali (Colombia)

Introducción. La creciente prevalencia de patologías trombóticas ha condicionado un aumento en el requerimiento de terapia anticoagulante. Dicho aumento va ligado a una mayor incidencia de complicaciones hemorrágicas, siendo el sangrado gastrointestinal la más frecuente de ellas. En el ámbito regional existe poca información respecto a esta complicación y la mayor parte de esta proviene de series de casos.

Diseño y Métodos. Estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo en pacientes adultos no gestantes, anticoagulados con warfarina, anticoagulantes orales directos o parenterales que consultaron por urgencias por sangrado gastrointestinal entre enero del 2018 y junio del 2022.

Resultados. Se incluyeron 121 pacientes. La principal indicación de anticoagulación fue la fibrilación auricular (35%) y más del 30% tenían al menos un episodio de sangrado previo. El principal origen del sangrado fue el tracto gastrointestinal alto (51%), y la principal etiología fue úlcera gástrica. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el requerimiento de transfusión, intervención endoscópica, quirúrgica o endovascular entre los diferentes agentes anticoagulantes evaluados. El 9.1% de los pacientes presentaron resangrado durante la hospitalización y la mortalidad hospitalaria fue del 2.5%.

Conclusiones. El sangrado gastrointestinal sigue siendo una complicación frecuente en la población anticoagulada. En la población evaluada encontró que la principal causa de sangrado digestivo alto son úlceras gástricas. La condición de anticoagulación de los pacientes no se asoció a mayor tasa de resangrado ni de mortalidad. Estar familiarizado con las eventuales complicaciones de los medicamentos anticoagulantes y sus desenlaces es indispensable para abordarlos de forma óptima.

GA-3

FALLA HEPÁTICA AGUDA POR ENFERMEDAD DE WILSON, MUTACIÓN HIS1069GLN EN GEN ATP7B

CÁCERES-GONZÁLEZ JUAN DAVID, MICOLTA-CÓRDOBA LINA
MELISSA, HERRERA-RODRÍGUEZ DIANA ISABELLA, DÍAZ-RAMÍREZ
GABRIEL SEBASTIÁN

Fundación Valle del Lili. Cali (Colombia)

Introducción. La enfermedad de Wilson es una rara enfermedad del metabolismo del cobre causada por mutaciones del gen para codificar la proteína ATP7B, encargada de la excreción biliar del cobre y su distribución añadiéndolo a la ceruloplasmina, lo que se traduce en acumulación patológica en diferentes órganos principalmente en hígado y cerebro.

Presentación del caso. Mujer de 19 años, sin antecedentes, con cuadro de 2 semanas de malestar general, dolor en hipocondrio derecho e ictericia mucocutánea, en los últimos 3 días presentó somnolencia por lo que consultó a urgencias. La bioquímica hepática presentaba elevación de aspartato aminotransferasa 5 veces el límite superior de normalidad, hiperbilirrubinemia de predominio directa, fosfatasa alcalina baja y tiempos de coagulación prolongados. Con trombocitopenia leve y anemia grave macrocítica con Coombs directo negativo y lactato deshidrogenasa elevada. La ecografía de hígado con doppler de circulación portal mostró cambios de hipertensión portal. Se consideró paciente con falla hepática aguda grave en la que posteriormente se evidenció mutación homocigota para His1069Gln en el gen ATP7B. Fue llevada exitosamente a trasplante hepático a las 48 horas de su ingreso.

Discusión. La falla hepática aguda es infrecuente pero potencialmente mortal, caracterizada por un episodio de deterioro de las pruebas de función sintética hepática (índice internacional normalizado: INR>1,5) y desarrollo de alteración en el estado mental (encefalopatía hepática) durante el transcurso de 26 semanas de haberse instaurado la enfermedad, en un individuo sin enfermedad hepática crónica previa. La enfermedad de Wilson es una de las principales enfermedades que producen falla hepática aguda en pacientes jóvenes, condición con indicación urgente de trasplante hepático. Es de gran importancia estar familiarizado con la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas y tener una adecuada interpretación de las ayudas diagnósticas como la presencia de hiperbilirrubinemia, anemia hemolítica con Coombs negativo y fosfatasa alcalina baja.

GA-4

DIARREA DISENTÉRICA COMO MANIFESTACIÓN DE UNA PANCOLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MALAMBO JACKELIN, MORENO EIMAN

Hospital Universitario del Caribe. Cartagena (Colombia)

Introducción. La infección crónica activa por Citomegalovirus (CMV) es una condición poco común, donde el organismo no es capaz de contrarrestar la replicación del virus de CMV, llevando al paciente a un estado crónico con sintomatología variable. Es relevante el reconocimiento temprano de las manifestaciones clínicas poco frecuentes o atípicas, debido a las particularidades de su manejo y pronóstico.

Materiales y métodos. Presentación de caso clínico.

Resultados. Hombre de 48 años, con antecedente de consumo de tetrahidrocanabinoides, consultó por disfagia para sólidos, plenitud gástrica, pirosis y pérdida de peso de un año de evolución de más de 15 kilogramos, asociado a diarrea disintéricas persistente de. Al examen físico se palpa abdomen doloroso a la palpación profunda en flanco derecho y epigastrio. Paraclínicos con neutrófilos absolutos $14 \times 10^3/\text{mm}^3$, Hemoglobina **2.6**, gr/dl, VCM 53.5 μm^3 , ferritina **4.16** ng/ml, observándose leucocitosis con neutrofilia y anemia severa microcítica hipocrómica secundaria a ferropenia; función renal conservada, sin trastornos hidroelectrolíticos, prueba de VIH no reactiva. Reporte de radiografía simple de abdomen y ecografía de abdomen total dentro de límites normales. Esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia mostraron candidiasis esofágica KODSI 2 y pancolitis de etiología infecciosa (Herpes, Citomegalovirus) vs inflamatorio y autoinmune, respectivamente. Tiene pruebas de hepatotropos anticore total positivo y antígeno de superficie negativo. La biopsia de colon confirmó colitis activa con criterios focales de cronicidad y PCR para CVM positivo. El paciente recibió tratamiento con hierro parenteral, fluconazol y ganciclovir, con mejoría del cuadro clínico inicial.

Conclusión. La infección crónica activa por CVM es un trastorno grave, poco documentado, debe ser considerado ante el curso prolongado o intermitente de una diarrea, acompañado de manifestaciones generales como, hematoquecia, pérdida de peso como se ilustra en nuestro caso. Se debe realizar un diagnóstico oportuno ya que el desenlace sin tratamiento puede ser fatal.

GA-5

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER

GÓMEZ JUAN FERNANDO, BARRETO JONATHAN,
CASAGRANDE JUAN PABLO

Universidad Santiago de Cali, Clínica de Occidente, Cali, Colombia

Introducción. La enfermedad de Ménétrier (EM) es un trastorno raro que afecta el revestimiento del estómago, se caracteriza por un engrosamiento excesivo de las células faveolares, formación de pliegues generalmente en fundus y cuerpo gástrico, produciendo secreción excesiva de moco, generando mala absorción de nutrientes. La causa no es clara, se cree que hay un aumento en la señalización del receptor del factor de crecimiento epidérmico, que es el efecto de una mayor producción de factor de crecimiento transformante alfa. Los síntomas generales son náuseas, vómito, dolor abdominal, intolerancia a la vía oral, pérdida de peso y edemas.

Presentación del caso. Masculino de 67 años, cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en astenia, adinamia, náuseas, saciedad temprana hasta intolerancia a la vía oral y edema progresivo, con franco declive de clase funcional. Al examen físico caquético, en anasarca, atrofia de extremidades, paraclínicos albumina 1.94, hemoglobina 10,1 mg/dl, hematocrito 31%, volumen corpuscular medio de 97 fl, creatinina 1.33 mg/dl, BUN 71 mg/dl, reporte de 2 endoscopias digestivas superiores engrosamiento de pliegues en fundus y cuerpo gástrico con sospecha de linfoma vs enfermedad de Ménétrier, biopsia con hallazgos compatibles con enfermedad de Ménétrier y *Helicobacter pylori* negativo. Se inició recuperación nutricional, manejo con inhibidores de bomba de protones y se planteó gastrectomía total, durante proceso presento franco deterioro clínico falla multiorgánica y fallecimiento.

Discusión. La EM se presenta más hombres que mujeres entre los 30 y 60 años, diagnóstico es clínico, endoscópico y estudio histopatológico. No hay un tratamiento estándar, se recomienda erradicación de *Helicobacter pylori*. El tratamiento con esteroides, anticolinérgicos y el octrotide es debatido. La gastrectomía total es el manejo elección por riesgo de adenocarcinoma.

GA-6

CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTROCUTÁNEA POSTERIOR AL RETIRO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA: REPORTE DE CASO

CALDERÓN DOUVAN, ARDILA MANUEL, HERNÁNDEZ MARÍA CAMILA

Clínica Shaio. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La gastrostomía es una forma efectiva de nutrición enteral en pacientes sin vía oral, con tracto gastrointestinal intacto, sin embargo en cierto grupo de pacientes, la indicación de la misma, es resuelta y se retira la sonda por medio de tracción, con cierre usual del orificio entre 48-72 h, sin embargo puede ocurrir, fístula gastrocutánea (FGC), trayecto entre cámara gástrica y la piel, persistente después de 4 semanas del retiro de la sonda, para lo cual existen alternativas endoscópicas para su cierre.

Metodología. Estudio observacional, reporte de caso clínico de interés diagnóstico en el año 2024 en el servicio de gastroenterología, Clínica Shaio.

Caso. Paciente masculino de 46 años de edad, quién fue llevado a gastrostomía endoscópica por trauma craneo encefálico severo, con trastorno deglutorio secundario, posterior a lo cual se documenta FGC, por lo que se requirió nuevo paso de sonda de gastrostomía, superior, y llevado a clip de OVESCO en marzo de 2024, y para abril del 2024, se realiza EVDA con presencia de clip de OVESCO con cierre de FGC exitosa.

Discusión. La FGC se ha asociado independientemente con el tiempo de uso de la sonda, y con la inserción de la misma por vía quirúrgica sobre endoscópica, sin embargo ante la presencia de la misma, se han estudiado diferentes métodos endoscópicos seguros y eficaces, en este caso .

Conclusiones. La FGC tiene baja incidencia, pero, debe sospecharse, ante el drenaje persistente, o las infecciones locales persistentes a las 4 semanas del retiro de la sonda. Se han estudiado diferentes intervenciones endoscópicas eficaces para su manejo (sutura, ligadura, clips, Cianoacrilato, argón plasma, electrocauterio) con los que se ha documentado alta eficacia y seguridad, por lo que deben ser considerados como primera opción de tratamiento.

GA-7

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

CABRERA-ORTEGA MARIAN ALEJANDRA, MOSQUERA-PINTO ANDRÉS CAMILO, CABRERA-FLORES EDUARDO NICANOR

Clínica Las Lajas. Ipiales (Colombia)

Introducción. La neumatosis quística intestinal (NQI) es una entidad infrecuente que afecta al 0,03 % de la población, con un pico de incidencia entre los 30 y 50 años. Se caracteriza por la presencia de múltiples quistes llenos de aire en la pared del tracto gastrointestinal, usualmente asintomática, y puede afectar a cualquier tramo del tubo digestivo. Sus formas no complicadas son manejadas conservadoramente y las graves requerirán intervención quirúrgica.

Presentación del caso. Se presenta el caso de una mujer de 35 años, sin antecedentes de importancia. Acude al servicio de urgencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución de dolor abdominal difuso de moderada intensidad, asociado a múltiples episodios eméticos y ausencia de deposiciones. A su ingreso con abdomen distendido, blando, depresible y no doloroso a la palpación, con evidencia radiográfica de neumoperitoneo. La tomografía contrastada de abdomen confirma una neumatosis quística intestinal. Se indica manejo conservador con lo cual la paciente evoluciona satisfactoriamente.

Discusión. La NQI es una condición rara y benigna que requiere un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico. Se ha descrito asociación con enfermedades gastrointestinales, pulmonares, infecciosas, tumorales, del colágeno, así como una forma idiopática, menos frecuente. La mayoría de casos son asintomáticos y la exploración abdominal anodina, sin embargo también pueden presentarse como abdomen agudo. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen, siendo la tomografía computarizada de abdomen de elección. El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas, con opciones desde el manejo expectante hasta intervención quirúrgica urgente. La NQI puede causar neumoperitoneo espontáneo, un hallazgo que puede generar alarma, por lo que es importante el conocimiento de esta condición para evitar intervenciones innecesarias.

GA-8

CARACTERIZACIÓN Y DESENLACES CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA

BORNACELLY ADRIANA, MORENO-PALLARES EIMAN,
CANO RAQUEL

Clínica General del Norte. Barranquilla (Colombia)

Introducción. La enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, conllevando a una alta carga de costos en el sistema de salud, la enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica es un factor de riesgo importante para el desarrollo de desenlaces cardiovasculares mayores fatales y no fatales.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional descriptiva con revisión de historias clínicas de corte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos de forma ambulatoria en Barranquilla-Colombia en quienes se caracterizó la prevalencia de enfermedad hepática esteatósica.

Resultados. Se incluyeron 309 personas con DM2 atendidos en la Clínica General del Norte y MiRed IPS, se determinó una prevalencia global de enfermedad hepática esteatósica del 67%, la esteatosis correspondió a un 50,81%, la esteatosis con algún grado de fibrosis ya sea significativa o avanzada se encontró fue del 3,88% y la cirrosis en el 12%, aportando una prevalencia global de fibrosis del 16,18%. La prevalencia de obesidad en pacientes con DM2 y esteatosis hepática fue del 36,82%, la hipertensión arterial se presentó en el 76,33%, la dislipidemia en el 73,43%. El 37,86% de los pacientes tuvieron una estratificación de muy alto riesgo cardiovascular.

Discusión. La prevalencia de enfermedad hepática esteatósica en pacientes diabéticos colombianos es del 67% con una prevalencia de fibrosis del 16,18%, de forma exploratoria se encontró una relación de mayor riesgo para el desarrollo de síndrome coronario agudo y fibrilación auricular.

GA-9

GASTRITIS ENFISEMATOSA: LA IMPORTANCIA DE DIFERENCIARLA DEL ENFISEMA GÁSTRICO

GOMEZ-ZULETA MARTIN ALONSO, CIFUENTES-RIVERA ANDRÉ IGNACIO, BASTIDAS MELISSA, MUÑOZ-SOLANO LINA MARCELA

Hospital Universitario Nacional, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La gastritis enfisematosa es una infección rara de la pared gástrica, con un solo caso reportado en Colombia, probablemente infradiagnosticada al ser una condición de presentación clínica insidiosa y alta mortalidad.

Presentación del caso. Se presenta el caso de un hombre de 79 años, con dependencia funcional moderada y multimorbilidad, con historia de eventos tromboembólicos recurrentes por trombofilia congénita, cardiopatía isquémica y vólvulo del sigmoide que requirió manejo quirúrgico. Ingresó a hospitalización por dolor abdominal agudo difuso, asociado a emesis en cuncho de café y melenas por colostomía. Al ingreso taquicárdico, con leucocitosis y neutrofilia, sin anemia. Se consideró hemorragia de vías digestivas altas y se inició manejo con inhibidor de bomba de protones. En la endoscopia de vías digestivas altas, se evidenció una lesión elevada de color violáceo de 4 cm a nivel del fundus gástrico hacia la pared anterior y curva mayor con fácil sangrado al paso del equipo. Se realizó una TAC abdomen contrastada con neumatosi gástrica y gas en la vena porta. Estableciéndose el diagnóstico de gastritis enfisematosa. Se inició manejo con piperacilina/tazobactam y reposo gástrico con una evolución clínica hacia la mejoría, resolución del sangrado y se dio egreso una vez completó 7 días de antibioticoterapia.

Discusión. La fisiopatología exacta de la gastritis enfisematosa aun es desconocida, se ha teorizado la invasión de microorganismos productores de gas a través lesiones en la mucosa gástrica, así como la diseminación hematogena a distancia con siembras en la pared gástrica. No existen parámetros para confirmar el diagnóstico de la gastritis enfisematosa, sin embargo, la resolución del cuadro clínico con el tratamiento antibiótico de amplio espectro es evidencia de la infección subyacente.

GA-10

ÚLCERA ANAL Y PERIANAL COMO FORMA DE DEBUT CLÍNICO DE TUBERCULOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UN RETO DIAGNÓSTICO

MARIN-ESCOBAR JUAN DAVID, TORO-PEDROZA ALEJANDRO, GARCÍA- GOEZ JOSÉ FERNANDO

Universidad Icesi, Fundación Valle del Lili Hospital Universitario. Cali (Colombia)

La tuberculosis (TB) diseminada es rara en pacientes inmunocomprometidos y el retraso diagnóstico es un factor de riesgo importante en su diseminación. Su diagnóstico es un desafío, y requiere de un alto índice de sospecha debido a su presentación inespecífica y a la baja sensibilidad de las herramientas diagnósticas.

Presentamos el caso de un hombre inmunocompetente de 61 años con TB diseminada que debuto con una proctitis severa, con ulceración anal y perianal. Una biopsia inicial que reportaba hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Posteriormente desarrolla compromiso genitourinario y pulmonar. Finalmente se llega al diagnóstico de TB diseminada mediante una baciloscopia y prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en orina.

Las formas más comunes de TB extrapulmonar en pacientes inmunocompetentes son la linfática (35%), pleural (20%), ósea/articular (10%), genitourinaria (9%), sistema nervioso central (5%) y abdominal (3%). Aunque el cultivo es el Gold Standard, existen otros exámenes que ayudan en el diagnóstico rápido como la PCR, adenosina desaminasa (ADA), y la baciloscopia. Todos estos estudios tienen una sensibilidad que varía según la muestra obtenida, pero en general tienen una sensibilidad baja. De igual forma, la presentación clínica es inespecífica. Estos dos factores conducen a un retraso diagnóstico que, en última instancia, resulta en una mayor diseminación de la TB con ubicaciones más atípicas; tal y como sucedió en este caso. Finalmente, se resalta la importancia de un diagnóstico integral de EII, basado no solo en histopatología, sino también en factores clínicos, endoscópicos e imagenológicos. En la EII los hallazgos histopatológicos no son patognomónicos y pueden confundirse con infecciones como la TB; tal y como sucedió en este caso, en donde un diagnóstico errado de EII, hubiese desencadenado una inmunosupresión terapéutica y por consiguiente una mayor diseminación de la TB, poniendo la vida del paciente en riesgo.