

Nuestro paciente había presentado un absceso perianal 7 años antes, el cual creemos que fue el origen del conducto fistuloso. En su momento, solo el absceso fue tratado y el conducto fistuloso permaneció intacto. Muy probablemente, a lo largo del tiempo, un tumor de tejido blando se desarrolló en el sitio de la cavidad del absceso previo, con el orificio interno del conducto fistuloso en el canal anal y el desarrollo de su orificio externo en el sitio del tumor.

La región perianal es un sitio raro para los lipomas o los tumores de tejido blando. Es difícil para estos pacientes estar en posición sentada y puede haber interferencia con la defecación si hay extensión interesfintérica o una obstrucción mecánica por inflamación^{3,6}. La endosonografía, la tomografía computarizada y la imagen por resonancia magnética (MRI) pueden ser utilizadas para el diagnóstico de tumores perianales. La MRI es el mejor método para descartar la extensión de tumor interesfintérico^{3,7}. Ninguno de esos estudios de imagen estaba disponible en nuestro hospital, por lo que llevamos al paciente directamente al quirófano para realizar un examen anal bajo anestesia, para determinar la relación anatómica de los esfínteres con la masa y realizar la intervención necesaria. Los tumores perianales de tejido blando deben ser diseccionados cuidadosamente de la grasa perianal, siempre con la intención de preservar los esfínteres anales, en caso de estar involucrados. En nuestro paciente, los esfínteres anales estaban involucrados indirectamente por medio de comunicación con el tumor, por lo que se realizó la fistulotomía, sin complicaciones.

No encontramos en la literatura existente casos de lipoma perianal con conducto fistuloso, llegando al canal anal y el abordaje quirúrgico como el tratamiento a elegir.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que no se realizaron experimentos en humanos o animales para este reporte, el cual fue aprobado por el comité de ética del Tecnológico de Monterrey y cumple con las normas de los reglamentos de investigación bioética.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de esta carta científica y sus imágenes acompañantes. Una copia del consentimiento informado está disponible para su revisión por parte del editor en jefe de esta revista con previa solicitud.

Financiación

No se recibieron apoyos específicos por parte de agencias del sector público, privado o de organizaciones sin fines de lucro para la realización de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Onkelen RSV. *Anal fistulas: New perspectives on treatment and pathogenesis*. Rotterdam: Erasmus University; 2015.
2. Rahman GA, Abdulkadir AY, Yusuf IF. Lipomatous lesions around the shoulder: Recent experience in a Nigerian hospital. *Int J Shoulder Surg [Internet]*. 2009;3:13–5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2895296/>.
3. Kale PA. Lipoma of the perineum: A case report. *Ann Int Med Dent Res*. 2015;1:348–9.
4. Kumar BA, Rao PR, Kalyan KASSN. Study of fistula-in-ano and its aetiological aspects. *Int J Curr Med Appl Sci*. 2017;14:15–9.
5. Srivastava KN, Agarwal A. A complex fistula-in-ano presenting as a soft tissue tumor. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5:298–301, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2014.03.018>.
6. Deolekar S, Shaikh TP, Ansari S, et al. Pedunculated perianal lipoma: A rare presentation. *Int J Res Med Sci*. 2015;3:1557–8, <http://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150191>.
7. Akyüz C, Fatih N, Derya Peker K, et al. A rare case: A large perianal epidermal cyst. *Med J Bakirköy*. 2014;10:182–4.

M. González-Urquijo^{a,b,*}, M. Zambrano-Lara^{a,b},
J.J. Espinosa-Loera^b
y G. Gil-Galindo^{a,b}

^a *Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Monterrey, Nuevo León, México*

^b *División de Cirugía, Hospital Metropolitano «Dr. Bernardo Sepúlveda», San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México*

* Autor para correspondencia. Dr. Ignacio Morones Prieto O 3000. Monterrey, México. 64710. Teléfono: 8119103675
Correo electrónico: mauriciogzsu@gmail.com
(M. González-Urquijo).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.08.007>

0375-0906/ © 2019 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Retención sintomática de la cápsula Patency en un paciente con enfermedad de Crohn confirmada



Symptomatic patency capsule retention in a patient with confirmed Crohn's disease

La retención de cápsula endoscópica (CE) en pacientes con enfermedad de Crohn confirmada se presenta hasta en el 13% de los casos¹. Por este motivo se desarrolló la cápsula

Patency (CP) (Given Imaging, Yokneam, Israel). La CP es una cápsula biodegradable de un diámetro similar a una CE Pillcam SB3, que inicia su degradación a las 30 horas de su ingestión, permitiendo el paso a través de estenosis en caso de que se quede retenida por la misma². La retención sintomática de la CP es una complicación rara y poco descrita en la literatura, caracterizada por síntomas obstructivos transitorios en la mayoría de las ocasiones³. Un estudio multicéntrico que incluyó a 1,615 pacientes con ingestión de CP reportó retención sintomática en 20 pacientes (1.2%), de los que solamente uno requirió cirugía. El resto se resolvieron de



Figura 1 Radiografía de abdomen que muestra dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos. También se observa la cápsula Patency.

forma espontánea o tras la terapia con corticosteroides⁴. A continuación se describe el caso de un paciente con oclusión intestinal secundaria a la ingesta de CP.

Se trata de un paciente varón de 68 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn de 9 años de evolución, con antecedente de 2 cuadros de oclusión intestinal secundarios a la misma enfermedad. Actualmente se encuentra asintomático y en tratamiento con mesalazina, azatioprina y adalimumab. Se solicita CE para valorar la respuesta al tratamiento. Previo a la colocación de la CE se decide darle al paciente la CP. A las 6 horas de la ingesta de la CP el paciente presenta dolor abdominal tipo cólico y distensión abdominal con incapacidad para canalizar gases. Se realiza radiografía de abdomen simple que muestra la presencia de la CP, dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos (fig. 1). Doce horas después del inicio del cuadro el paciente presenta 6 evacuaciones líquidas con disminución importante del dolor y la distensión abdominal. A las 50 horas de la ingesta el

paciente evacúa la CP deformada. Se realiza enteroscopia retrógrada en la que se observa la presencia de estenosis de íleon terminal a 50 cm de la válvula ileocecal (fig. 2).

La retención sintomática de la CP es una complicación poco frecuente. Sin embargo, gracias a su degradación suele ser transitoria en la mayoría de los casos. La CP debe ser utilizada en todos los pacientes con sospecha de estenosis del intestino delgado para evitar que la CE quede retenida o que ocluya al paciente requiriendo una cirugía de urgencia.

Responsabilidades éticas

Para la realización de esta publicación el autor solicitó y obtuvo el consentimiento informado del paciente. El trabajo cuenta con la normativa vigente en investigación bioética y con la autorización del comité de ética de la institución. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar al paciente.

Financiación

Los autores declaran que no existió ningún plan de financiación.

Conflicto de intereses

Gerardo Blanco-Velasco es speaker de Medtronic. El resto de autores declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Pennazio M, Spada C, Eliakim R, et al. Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2015;47:352–76.
2. Nemeth A, Kopylov U, Koulaouzidis A, et al. Use of patency capsule in patients with established Crohn's disease. *Endoscopy*. 2016;48:373–9.
3. Egea-Valenzuela J, Estrella-Diez E, Alberca de las Parras F. Retención sintomática de cápsula degradable Agile. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109:480.

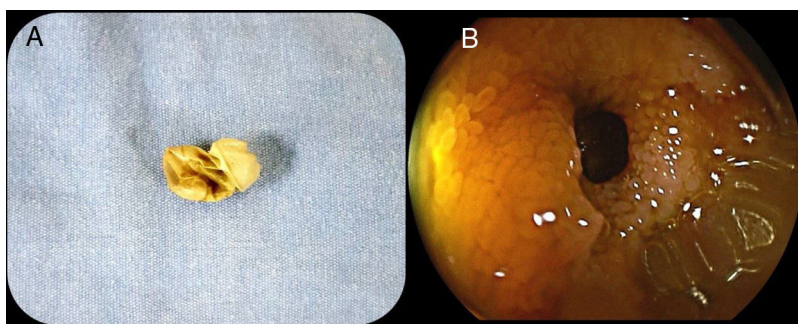


Figura 2 A. Cápsula patency deformada posterior al paso por la estenosis y evacuación. B. Estenosis intestinal observada por enteroscopia.

4. Kopylov U, Nemeth A, Cebrian A, et al. Symptomatic retention of the patency capsule: A multicenter real life case series. *Endosc Int Open*. 2016;04:E964–9.

G. Blanco-Velasco*, J. Ramos-García, R. Zamarripa-Mottú, O.M. Solórzano-Pineda y O.V. Hernández-Mondragón

Servicio de Endoscopia, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

*Autor para correspondencia. Avenida Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06720, Ciudad de México, México. Teléfono: 56276900, ext.: 21317. *Correo electrónico:* gerardoblancov@hotmail.com (G. Blanco-Velasco).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.08.005>
0375-0906/ © 2019 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).