

casos refractarios se recomienda gastrectomía total como fue el caso de este paciente^{8,9}.

En conclusión, la EM es una forma de gastropatía hipertrófica que cursa con síntomas digestivos y pérdida de proteínas, en los casos refractarios a tratamiento médico se debe plantear la posibilidad de gastrectomía total.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos. Utilizamos protocolos de obtención de base de datos de pacientes de nuestro centro de trabajo, preservando el anonimato del paciente (por lo que no solicitamos consentimiento informado). Este estudio cumple con la normativa vigente de investigación bioética.

Financiación

Los autores de este manuscrito no han recibido financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

Referencias

- Kamal MU, Tariq H, Mehak V, et al. A rare etiology of abnormally large gastric folds: Menetrier's disease. *Case Rep Gastrointest Med.* 2019;7927083, <http://dx.doi.org/10.1155/2019/7927083>.
- Thapa S, Ghosh A, Pun G, et al. A misdiagnosed case of hypertrophic gastropathy. *Case Rep Pathol.* 2020;4562531, <http://dx.doi.org/10.1155/2020/4562531>.
- Hassan IH, Soliman M, Shirazi-Nejad AR, et al. Menetrier's Disease and Its Atypical Presentation in Four Siblings. *Cureus.* 2022;14:e30759, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.30759>.
- Pepa P, Uehara T, Wonaga A, et al. Menetrier's disease. A diagnostic and therapeutic challenge. *Medicina (B Aires).* 2021;81:470-3. PMID: 34137712.
- Waisberg DR, Sobroza-de Mello E, Tüstumi F, et al. A case report of diffuse hyperplastic gastropathy with multiple polypoid formations in a patient with pernicious anemia, *Helicobacter pylori* infection, hypergastrinemia and hypoalbuminaemia: Do not forget of Ménétrier's disease. *Int J Surg Case Rep.* 2020;77:498-502, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.11.055>.
- Agarwala R, Shah J, Dutta U. Thickened gastric folds: Approach. *J Dig Endosc.* 2018;09:149-54, http://dx.doi.org/10.4103/jde.JDE_72_18.
- Wang H-H, Zhao C-C, Wang X-L, et al. Menetrier's disease and differential diagnosis: A case report. *World J Clin Cases.* 2021;9:6943-9, <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v9.i23.6943>.
- Nunes G, Barosa R, Patita M, et al. Ménétrier's disease: a case of successful treatment using long-acting octreotide. *Acta Gastroenterol Belg.* 2019;82:429-32.
- Parianos C, Aggeli C, Sourla A, et al. Total gastrectomy for the treatment of Menetrier's disease persistent to medical therapy: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;73:95-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.06.033>.

C.E. Alcántara-Figueroa^{a,b,*}, D.C. Calderón-Cabrera^b, Y.K. Pariona-Martínez^c, R. de la Cruz-Rojas^d y R.A. Alcántara-Ascón^a

^a Escuela de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, La Libertad, Perú

^b Servicio de Gastroenterología, Hospital Belén, Trujillo, La Libertad, Perú

^c Escuela de Administración, Universidad César Vallejo, Trujillo, La Libertad, Perú

^d Escuela de Medicina, Universidad César Vallejo, Trujillo, La Libertad, Perú

* Autor para correspondencia. Calle Los Manzanos Mz. G Lote 5 A, Dpto. 602, Urb. El Golf, distrito Víctor Larco Herrera, Trujillo, La Libertad, Perú, Teléfono: +51969672075. Correo electrónico: christian378@hotmail.com (C.E. Alcántara-Figueroa).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.05.003>

0375-0906/ © 2023 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/>).

Trasplante hepático de un donador con infección por *Acinetobacter baumannii* multidrogorresistente. ¿Representa un riesgo?



Liver transplantation from a donor with multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* infection. Is it a risk?

El trasplante hepático ortotópico (THO) es el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad hepática termi-

nal, insuficiencia hepática aguda, carcinoma hepatocelular y otras enfermedades hepáticas¹.

Sin embargo, la tasa de mortalidad en la lista de espera para trasplante hepático ha aumentado debido a la alta demanda y escasez de órganos en todo el mundo y en México². Para solucionar este problema se han realizado esfuerzos para ampliar el pool de potenciales donadores, incluyendo algunos considerados de «alto riesgo» o marginales. Un ejemplo son los donantes con hemocultivos positivos, cuyos órganos pueden ser trasplantados con seguridad, excepto aquellos con sepsis y falla multiorgánica al momento de la procuración³.

A continuación se presenta el caso de un receptor de THO, cuyo donante tuvo bacteriemia confirmada por *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*) multiresistente (MDR, del inglés *multidrug-resistant*).

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.06.001>

Tabla 1 Reportes de casos de trasplante de órgano sólido provenientes de donadores con *Acinetobacter baumannii*

Autor	Año	Órgano(s) trasplantados	Curso clínico	Manejo	Desenlace
Cohen et al. ⁸	2006	4 riñones 1 hígado 3 pulmones 2 corazones Provenientes de donadores con choque séptico por <i>A. baumannii</i> .	Un recipiente de trasplante renal tuvo rechazo agudo que respondió al tratamiento. Ningún paciente tuvo cultivos positivos <i>A. baumannii</i> .	Meropenem	Excepto por un trasplante cardíaco (que falleció por falla primaria del injerto), todos seguían vivos a los 60 días postrasplante
Martins et al. ⁹	2012	Pulmón	Neumonía con cultivos positivos para <i>A. baumannii</i> en múltiples ocasiones. Requirió aminas, ventilación invasiva y presentó falla renal.	Amikacina y polimixina B, así como, reducción de inmunosupresión	Falleció al día 61 del postrasplante
Sözen et al. ⁵	2008	Hígado y 2 riñones en diferentes receptores	Ninguno en los tres receptores	Teicoplanina, netromicina y sulbactam/cefoperazona	Sin aislamiento en cultivos en los tres receptores.
		Hígado y 2 riñones (diferentes receptores)	No especificado	Antibioticoterapia empírica	Los cultivos de los 3 receptores fueron negativos.
Bardossy et al. ¹⁰	2020	Pulmón	Sin manifestaciones clínicas y/o infección. Al día 12 cultivo de lavado alveolar positivo para <i>A. baumannii</i> .	Tigeciclina IV por 19 días y colistina por 45 días	Injerto colonizado por <i>A. baumannii</i> hasta 6 meses postrasplante, pero sin alteraciones en la función
		Hígado y 2 riñones (diferentes receptores)	No especificado	Antibioticoterapia empírica	Los cultivos de los 3 receptores fueron negativos

Hombre de 66 años inició su padecimiento actual en el año 2016 con ataque al estado general, sangrado variceal, ascitis y encefalopatía hepática grado II. Se integró el diagnóstico de cirrosis hepática por la enfermedad grasa asociada a la disfunción metabólica (MAFLD, por sus siglas en inglés) tras descartar otras etiologías. Dos años después del inicio de su enfermedad, el paciente desarrolló tres lesiones menores de 4 cm compatibles con carcinoma hepatocelular, recibió tres sesiones de tratamiento locorreogional con embolización transarterial sin complicaciones, seis meses después del último tratamiento el paciente se mantuvo en criterios de Milán, se evaluó para trasplante hepático sin contraindicación. Ingresó a la lista de espera en el 2019.

Después de tres años de seguimiento en lista de espera, sin recurrencia del carcinoma hepatocelular, se ofertó un órgano de una donadora de 56 años, solo con sobrepeso como comorbilidad, compatible con el mismo grupo sanguíneo. La donadora falleció de una enfermedad cerebrovascular hemorrágica que la mantenía en terapia intensiva, dos días previos a la muerte cerebral presentó fiebre y en sus hemo-

cultivos desarrolló *A. baumannii* MDR únicamente sensible a tigeciclina. Se inició tratamiento con este agente y se retiró el catéter venoso central aproximadamente 36 horas antes de la procuración.

Tras una breve evaluación pretrasplante de la donadora con estudios de laboratorio y un hígado macroscópicamente normal, se comentaron los riesgos al receptor acerca de los hemocultivos, mismos que aceptó. Se llevó a cabo el trasplante en mayo del 2022, como medidas preventivas se repitieron los hemocultivos en la donadora el día de la procuración, y se tomaron hemocultivos de forma basal en el receptor, los cuales resultaron negativos. Se indicó profilaxis antimicrobiana con tigeciclina por siete días. La evolución del trasplante fue excelente y durante su estancia hospitalaria no desarrolló fiebre, ni datos de respuesta inflamatoria sistémica, asimismo, no hubo necesidad de modificar el esquema de inmunosupresión tradicional. El paciente se dio de alta a los ocho días del procedimiento, actualmente con 10 meses de seguimiento sin complicaciones.

Aunque el trasplante de órganos se considera un procedimiento que salva vidas, no está exento de riesgos. Uno

de los objetivos de los programas de trasplante hepático es minimizar el riesgo de la transmisión de enfermedades no anticipadas entre donadores y receptores, con el fin de disminuir la morbimortalidad postrasplante, la cual se ha reportado de hasta 22%⁴.

Una variedad de patógenos, como virus, bacterias, hongos, micobacterias y parásitos, pueden ser transmitidos por el donante. Una revisión de la literatura mostró que la definición de órganos infectados debidas al donante varía de acuerdo con el centro, lo cual explica el amplio rango de los casos de infección que va de 2.2 a 23%. A pesar de estas diferencias, las series han encontrado que la transmisión de infecciones bacterianas de donador a receptor no es común y alcanza hasta 6.2%⁵.

En nuestro caso reportado el órgano provenía de una donadora que se documentó con bacteriemia por *A. baumannii* MDR, el receptor presentó una excelente evolución postrasplante, sin complicaciones infecciosas, manteniendo el tratamiento antibiótico, durante siete días.

Hasta la fecha en la literatura se han reportado múltiples casos de trasplante de órgano sólido de donadores con hemocultivos positivos en los cuales la sobrevida es igual que en órganos no infectados (tabla 1).

No obstante, Tong et al.⁶ reportaron una cohorte de trasplantados hepáticos, con 82 pacientes infectados, de los cuales 12 (14.6%) fueron infecciones derivadas del donante, entre los cuales cinco se infectaron con *A. baumannii*, y de estos, tres fallecieron. Mularoni et al.⁷ reportan una serie donde cuatro de 14 receptores de órganos provenientes de donadores infectados/colonizados por bacilos gramnegativos resistentes presentaron transmisión de estos agentes. Estos cuatro receptores no habían recibido tratamiento con actividad contra el aislamiento en el donador. Por otro lado, el resto de los receptores recibió al menos siete días de tratamiento adecuado en el periodo postrasplante inmediato.

En un contexto en el que la cantidad de donadores de órganos es limitada, es importante aprovechar cualquier oportunidad que implique obtener un injerto para un paciente de la lista de espera, como puede ser un donador infectado. La presencia de infecciones bacterianas en el potencial donador no descarta la donación hepática. Se debe iniciar tratamiento efectivo en el donador y controlar los posibles focos infecciosos (recambio de catéteres venosos centrales, líneas arteriales, etc.). Se debe establecer comunicación con el equipo de procuración con la finalidad de administrar tratamiento antimicrobiano efectivo en el receptor.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Consideraciones éticas

La presente carta científica cumple rigurosamente con las consideraciones éticas requeridas por la investigación bioética y obtuvo la debida autorización del comité de ética correspondiente. Cabe destacar que, para la protección de la privacidad del paciente, no se obtuvo el consentimiento

informado al no incluir información personal que permita su identificación en el contenido del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Ye QF, Zhou W, Wan QQ. Donor-derived infections among Chinese donation after cardiac death liver recipients. *World J Gastroenterol.* 2017;23:5809–16, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v23.i31.5809>.
2. Aguirre-Valadez J, Torre A, Vilatobá M, et al. Indicaciones de trasplante hepático [Indications for liver transplant]. *Rev Invest Clin.* 2014;66:534–46.
3. González-Segura C, Pascual M, García Huete L, et al. Donors with positive blood culture: could they transmit infections to the recipients? *Transplant Proc.* 2005;37:3664–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2005.08.053>.
4. Green M, Covington S, Taranto S, et al. Donor-derived transmission events in 2013: a report of the Organ Procurement Transplant Network Ad Hoc Disease Transmission Advisory Committee. *Transplantation.* 2015;99:282–7, <http://dx.doi.org/10.1097/TP.0000000000000584>.
5. Sözen H, Fidan K, Mahli A, et al. Successful solid organ transplantation from septicemic cadaveric donors: case report. *Transplant Proc.* 2008;40:299–301, <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2007.11.044>.
6. Tong L, Hu XG, Huang F, et al. Clinical impacts and outcomes with possible donor-derived infection in infected donor liver transplantation: A single-center retrospective study in China. *J Infect Dis.* 2020 Mar 16;221 Suppl 2:S164–73, <http://dx.doi.org/10.1093/infdis/jiz591>.
7. Mularoni A, Bertani A, Vizzini G, et al. Outcome of Transplantation Using Organs From Donors Infected or Colonized With Carbapenem-Resistant Gram-Negative Bacteria. *Am J Transplant.* 2015;15:2674–82, <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.13317>.
8. Cohen J, Michowiz R, Ashkenazi T, et al. Successful organ transplantation from donors with *Acinetobacter baumannii* septic shock. *Transplantation.* 2006;81:853–5, <http://dx.doi.org/10.1097/01.tp.0000203804.95180.6e>.
9. Martins N, Martins IS, de Freitas WV, et al. Severe infection in a lung transplant recipient caused by donor-transmitted carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*. *Transpl Infect Dis.* 2012;14:316–20, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1399-3062.2011.00701>.
10. Bardossy AC, Snaveley EA, Nazarian E, et al. Donor-derived transmission through lung transplantation of carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* producing the OXA-23 carbapenemase during an ongoing healthcare facility outbreak. *Transpl Infect Dis.* 2020;22:e13256, <http://dx.doi.org/10.1111/tid.13256>.

C.J. García-Carrera^a, F.E. Rivera-Lopez^a,
B. Papacristofilou-Riebeling^a, O.A. Fernández-García^b
e I. García-Juárez^{a,*}

^a Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

^b Departamento de Infectología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Av. Vasco de Quiroga #15. Col. Belisario Domínguez Sector XVI. C.P. 14080. Tlalpan, Ciudad de México. Tel.: +52 55-5487-0900 ext. 5051.
 Correo electrónico: drinter77@gmail.com
 (I. García-Juárez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2023.06.001>
 0375-0906/ © 2023 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/>).

Manejo de una estenosis de la anastomosis bilioentérica con ablación por radiofrecuencia intraluminal

Intraluminal radiofrequency ablation as stricture management in biliary-enteric anastomosis

Existen casos de estenosis biliares difíciles de manejar con los métodos convencionales. La ablación por radiofrecuencia (ARF) intraluminal es una modalidad de tratamiento novedosa que se ha utilizado en estenosis biliares malignas y en algunos casos de estenosis biliares benignas¹.

Presentamos a un varón de 69 años de edad con el antecedente de colangiocarcinoma perihiliar (clasificación Bismuth IIIa), quien fue sometido a una hepatectomía derecha extendida con resección segmentaria de la vena porta y reconstrucción biliar con hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Al año de la intervención, presentó como complicación estenosis de la anastomosis bilioentérica manifestándose con episodios de colangitis recurrentes. Inicialmente fue manejado con múltiples sesiones de dilatación percutánea transhepática con balón y colocaciones de drenajes biliares percutáneos. A pesar del éxito inicial de estas intervenciones, la estenosis de la anastomosis bilioentérica seguía recurriendo. Después de discutirse el caso con un equipo multidisciplinario, se consideró la ARF intraluminal como una alternativa para el manejo de esta estenosis refractaria. Bajo anestesia con intubación orotraqueal, se realizó una colangiografía transhepática percutánea para localizar el sitio de la estenosis y una colangioscopia transhepática percutánea con SpyGlassTMMaterialsDiscovery DS, el cual se avanzó bajo visión directa tomándose biopsias para descartar recurrencia neoplásica (fig. 1 A y B). El catéter de drenaje biliar que tenía previamente era de 12 Fr y no requirió de dilataciones. Al mismo tiempo, a través de un introductor colocado en el acceso percutáneo, se avanzó una guía hidrofílica de 0.035"/260 cm hasta franquear la estenosis y sobre esta se avanzó el catéter HabibTMMaterialsDiscovery EndoHPB de 8 Fr., el cual tiene dos electrodos distales. Una vez corroborada la correcta posición de los electrodos sobre el sitio de la estenosis mediante fluoroscopia, se procedió a realizar la ARF sin presentarse complicaciones. La configuración de la energía en el generador fue de 10 watts con duración de 90 segundos. Este paciente ya recibía antibiótico por sospecha de colangitis aguda. El resultado histopatológico de las biopsias solo reportó cambios inflamatorios crónicos. En una colangiografía de control que se realizó posteriormente, se observó la anastomosis patente, por lo que se retiró el drenaje biliar percutáneo (fig. 2). A

10 meses del manejo, el paciente no ha tenido recurrencias de estenosis en la anastomosis bilioentérica.

Las anastomosis bilioentéricas se realizan para reestablecer la continuidad de la vía biliar con el intestino delgado en cirugías como pancreatoduodenectomías, trasplantes hepáticos y cirugías de reparación de la vía biliar. La estenosis de la anastomosis bilioentérica se considera como una complicación infrecuente de esta intervención, reportándose del 2% al 11.9% de los casos. Estas estenosis son causadas principalmente por cambios fibróticos en la anastomosis o por recurrencia tumoral, y pueden derivar en episodios de colangitis, coledocolitiasis y cirrosis²⁻⁴. Debido a la complejidad de estos casos, se recomienda que la valoración sea en conjunto con un equipo multidisciplinario. Las cirugías de reconstrucción biliar para el manejo de estenosis de la anastomosis bilioentérica son muy complejas, por lo que deben considerarse primero otras alternativas de tratamiento. El

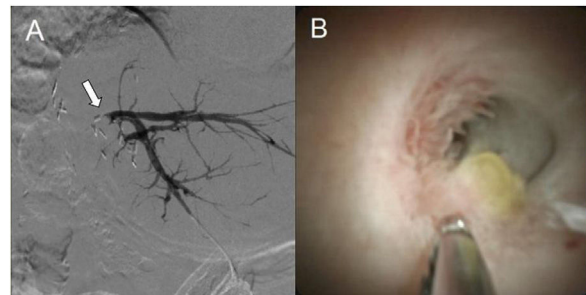


Figura 1 A) Colangiografía transhepática percutánea previo a la ARF intraluminal, sin observarse paso del material de contraste al asa intestinal por estenosis de la anastomosis bilioentérica (flecha). B) Imagen de la estenosis de la anastomosis bilioentérica con SpyglassTMMaterialsDiscovery con toma de biopsias con SpyBiteTMMaterialsDiscovery.

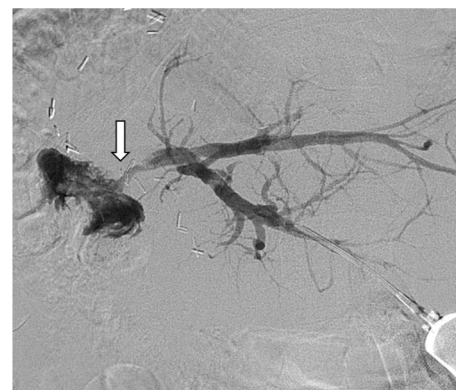


Figura 2 Colangiografía transhepática percutánea posterior al tratamiento con ARF intraluminal, ahora con adecuado pase del material de contraste al lumen intestinal (flecha).