

inmunohistoquímica incluyó: Epstein-Barr *encoding region* (EBER) realizado por hibridación *in situ*, el cual fue positivo, Bcl-6 el cual se reportó positivo, focal y débil, así como ALK-1, HHV-8, CD20, CD3, Bcl-2, CD5 y CD56, los cuales se reportaron negativos, por lo que se concluyó que correspondía a un linfoma plasmablastico.

El curso clínico fue agresivo, con persistencia del foco séptico (se aisló *Pseudomonas aeruginosa*) y recurrencia de la hemorragia, por lo que 30 días después del ingreso presenta defunción por choque hipovolémico y séptico. El diagnóstico se realiza *post mortem*, y no fue posible investigar infección por el VIH.

Financiación

Los autores declaran que no se recibió ningún tipo de financiamiento para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Doolabh N, Anthony T, Simmang C, et al. Primary colonic lymphoma. *J Surg Oncol*. 2000;74:257–62.
2. Fan CW, Changchien CR, Wang JY, et al. Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1277–82.

3. Delecluse HJ, Anagnostopoulos I, Dallenbach F, et al. Plasmablastic lymphomas of the oral cavity: a new entity associated with the human immunodeficiency virus infection. *Blood*. 1997;89:1413–20.
4. Campo E, Swerdlow SH, Harris NL, et al. The 2008 WHO classification of lymphoid neoplasms and beyond: Evolving concepts and practical applications. *Blood*. 2011;117:5019–32.
5. Koizumi Y, Uehira T, Ota Y, et al. Clinical and pathological aspects of human immunodeficiency virus-associated plasmablastic lymphoma: Analysis of 24 cases. *Int J Hematol*. 2016;104:669–81.
6. Castillo JJ, Bibas M, Miranda RN. The biology and treatment of plasmablastic lymphoma. *Blood*. 2015;125:2323–30.

A. Pérez-Mendoza^{a,*}, A.M. Zárate-Guzmán^a,
I.B. Lázaro-Pacheco^a y J.J. Navarrete-Pérez^b

^a Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital General de México, Ciudad de México, México

^b Departamento de Patología, Hospital General de México, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Dr. Balmis 148, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México. C.P. 06760, México. Teléfono móvil: (+52) 5542296275

Correo electrónico: dr.ariel.perez@hotmail.com

(A. Pérez-Mendoza).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.11.001>
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/>).

Hemorragia digestiva media secundaria a tumor estromal gastrointestinal de yeyuno: reporte de caso



Mid-gastrointestinal bleeding secondary to a gastrointestinal stromal tumor of the jejunum: A case report

Los tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST) son considerados las neoplasias mesenquimales más comunes del tubo digestivo presentando una incidencia actual de 10 a 20 casos por millón de habitantes según las últimas series¹.

Paciente mujer de 66 años sin antecedentes de importancia con tiempo de enfermedad de un mes caracterizado por presentar dolor abdominal difuso inicialmente intermitente tipo cólico de leve intensidad asociado a eventos esporádicos de melena de escasa cantidad, por lo cual acudió a su médico particular en donde le diagnosticaron una úlcera gástrica e infección por *Helicobacter pylori*, prescribiéndole tratamiento con mejoría parcial. Dos días antes del ingreso reapareció el dolor abdominal de las mismas características, pero de forma persistente y con mayor intensidad, así mismo vómitos de contenido alimentario en múltiples oportunidades. El día del ingreso presentó 6 episodios de hematoquecia

asociados a sensación de desvanecimiento. Al examen clínico se evidenció inestabilidad hemodinámica, por lo que se procedió a reanimación endovenosa con cristaloides con respuesta parcial, así mismo se encontró palidez marcada en piel y mucosas, dolor abdominal a la palpación profunda a nivel de mesogastrio, siendo el resto del examen físico normal. Se encontró un nivel de hemoglobina en rangos de anemia severa normocítica-normocrómica (Hb: 6.5 mg/dl), por lo que se transfundieron 3 paquetes globulares con un control posterior de Hb en 8.5 mg/dl, así mismo se le practicaron estudios endoscópicos convencionales los cuales resultaron normales. Posteriormente se le realizó un estudio de tomografía abdominal contrastada en la cual se evidenció una lesión captadora de contraste de bordes irregulares de 5-6 cm de diámetro con áreas hipodensas en su interior que dependía de intestino delgado, sin signos de metástasis (fig. 1A). Durante su hospitalización persistió con episodios de hematoquecia y melena de forma diaria, debido a que en nuestra institución no se cuenta con cápsula endoscópica ni enteroscopia, la paciente fue sometida a una laparoscopia exploratoria en la cual se evidenció una masa multilobulada y pediculada de 5-6 cm de diámetro a 2 m de la válvula ileocecal y a 1.7 m del ángulo de Treitz (fig. 1B). Procediéndose a la resección de la tumoración yeyunal más anastomosis término-terminal.

Al examen microscópico se observó una proliferación de células fusiformes que comprometían la muscular propia y

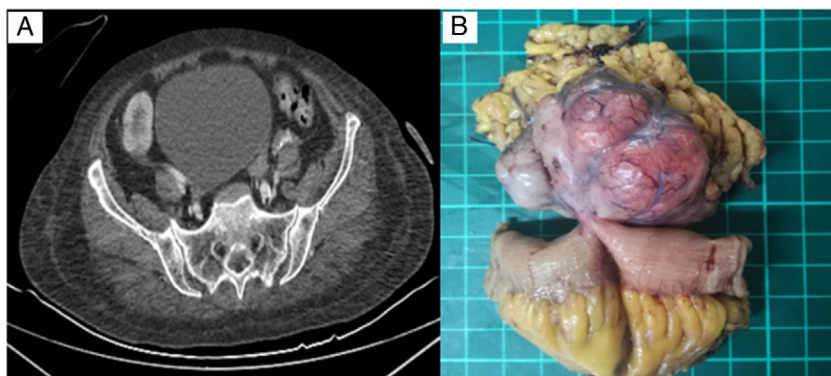


Figura 1 A) Lesión captadora de contraste con áreas hipodensas en su interior. B) Tumor multilobulado dependiente de la pared intestinal.

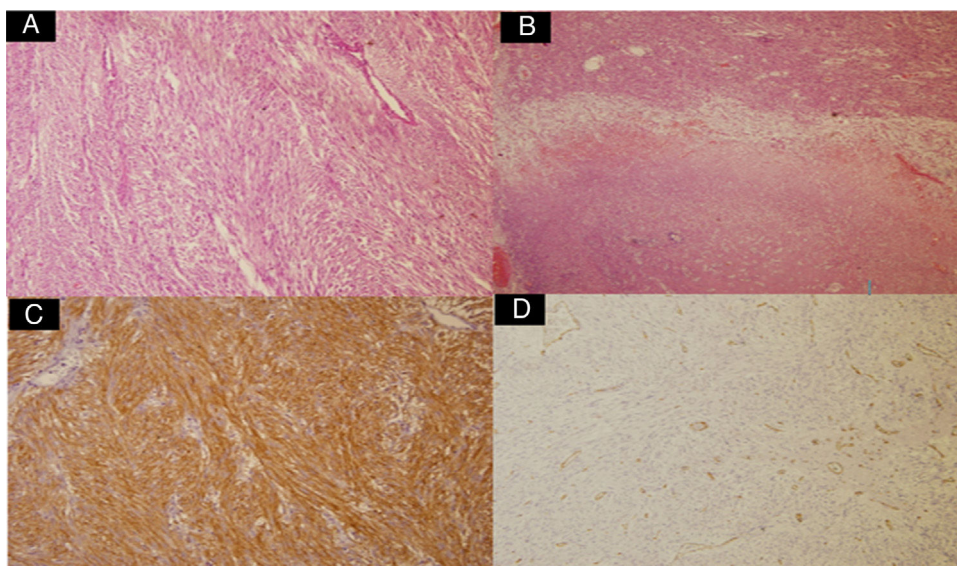


Figura 2 A) Proliferación de células fusiformes (H&E $\times 10$). B) Presencia de focos de necrosis (H&E $\times 10$). C) Inmunohistoquímica CD117⁺. D) Inmunohistoquímica CD34⁻.

subserosa, sin compromiso de la mucosa (fig. 2A), así mismo la neoplasia presentó necrosis en el 5% de la muestra, y un índice mitótico bajo (< 5 mitosis/ 5 mm^2) (fig. 2B). Las tinciones de inmunohistoquímica fueron CD117⁺ y DOG-1⁺ con CD34⁻ (figs. 2C y D).

Luego del tratamiento cedió la hemorragia, no se volvió a observar nuevas caídas de hemoglobina, y la paciente persistió asintomática por lo que fue dada de alta.

El abordaje diagnóstico-terapéutico de los GIST al presentarse como hemorragia digestiva media activa es controversial¹. Leclaire et al.² encuentran un rendimiento diagnóstico de la cápsula endoscópica en hemorragia digestiva media grave activa del 67%, siendo de etiología tumoral el 9% considerando a este método como la herramienta diagnóstica con mejor impacto terapéutico posterior. Sin embargo, otros autores sugieren iniciar con enteroscopia profunda ya que esta ofrece medidas diagnóstico-terapéuticas de forma inmediata. Heine et al.³ encontraron una sensibilidad diagnóstica del 73%, sin estudio de cápsula endoscópica previo y con tratamiento endoscópico en el 55%, lo cual demuestra aun en este contexto clínico la alta complementariedad de ambos estudios.

El rol de la tomografía abdominal en los GIST es tanto en el diagnóstico como en el seguimiento postratamiento, ya que al ser positivas implica una conducta terapéutica inmediata⁴. Blanco et al.⁵ encontraron en 31 pacientes con GIST en tratamiento, en función de los criterios tomográficos de Choi el 45.2% con respuesta completa y el 16.1% con progresión de la enfermedad, lo cual demuestra la gran utilidad de la tomografía abdominal en el seguimiento de este grupo de pacientes. Nuestra paciente presentó una lesión a nivel tomográfico, por lo que fue sometida rápidamente a cirugía.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación por parte de ninguna entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no haber tenido ningún tipo de conflicto de intereses.

Referencias

1. Gerson L, Fidler J, Cave D, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2015;110:1265–87.
 2. Lacleire S, Iwanicki-Caron I, Di-Fiore A, et al. Yield and impact of emergency capsule enteroscopy in severe obscure-overt gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2012;44:337–42.
 3. Heine G, Hadithi M, Groenen M, et al. Double balloon enteroscopy: Indications, diagnostic yield and complications in a series of 275 patients suspected of small bowel disease. *Endoscopy*. 2006;38:42–8.
 4. Casali PG, Abecassis N, Bauer S, et al., ESMO Guidelines Committee and EURACAN. Gastrointestinal stromal tumours: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2018;29 Suppl 4: 68–78.
 5. Blanco E, Conde B, Cacho A, et al. Tumores del estroma gastrointestinal: evaluación por tomografía mediante los criterios de Choi. *An Radiol Mex*. 2014;13:181–7.
- J.J. Aliaga Ramos^{a,*}, J. Espinoza Ríos^a,
J.L. Pinto Valdivia^a, Y. Salas Dueñas^b
y R. Chancafe Morgan^b
- ^a Servicio de Gastroenterología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú
^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú
- * Autor para correspondencia. Calle Walter Stubbs 229, Lima, Perú, Teléfono: 961-100-593
Correo electrónico: arjosue3000@gmail.com
(J.J. Aliaga Ramos).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.11.002>
0375-0906/
© 2018 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/>).

Trombosis de aneurisma aórtico infrarrenal secundario a infección por *Salmonella enteritidis*



Thrombosis of an infrarenal aortic aneurysm secondary to *Salmonella enteritidis* infection

La gastroenteritis aguda tras ingesta de huevos es la manifestación más frecuente de infección por *Salmonella enteritidis*. Sin embargo, la enfermedad invasiva, entre la que destaca la formación de aneurismas aórticos por invasión del endotelio, es poco frecuente.

A continuación, presentamos el caso de una gastroenteritis aguda por *S. enteritidis* complicada con la formación de un aneurisma aórtico infrarrenal no conocido previamente, asociado a su vez a trombosis arterial completa del aneurisma, con la consecuente isquemia arterial aguda que se describe. Se trata, en nuestro conocimiento, del primer caso descrito en la literatura de trombosis arterial asociada a aneurisma infectado por *Salmonella*.

Varón de 57 años, fumador activo, con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve en tratamiento con bromuro de glicopirronio.

Acudió a urgencias por parestesias e imposibilidad para la deambulación de 48 h de evolución. Los días previos había presentado cuadro de gastroenteritis aguda tras la ingesta de huevos, consistente en vómitos, diarrea verdosa de hasta 18 deposiciones diarias, fiebre de 38 °C y malestar general.

A su llegada a urgencias presentaba presión arterial de 181/118 mmHg, frecuencia cardíaca de 118 lpm y temperatura de 35.4 °C. A la exploración física destacaba hipoperfusión periférica en ambos miembros inferiores, con livedo reticularis hasta la pelvis. Analíticamente presentaba: hemoglobina 15 mg/dL, leucocitos $5.9 \times 10^3/L$, creatinina 2.45 mg/dL, creatinina-cinasa 20,000 U/L, sodio 140 mEq/L, potasio 5.5 mEq/L, pH 7.15, pCO₂ 44 mmHg, pO₂ 98 mmHg, ácido láctico 10.1 mg/dL.

Ante la sospecha de isquemia arterial aguda, se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste que mostró dilatación aneurismática y trombosis completa de la aorta abdominal infrarrenal (fig. 1). Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y fue intervenido de urgencia mediante bypass axilobifemoral derecho (fig. 2). La evolución en el postoperatorio inmediato fue buena. Se inició además antibioterapia empírica con meropenem y vancomicina. Se aisló en hemocultivos *Salmonella* grupo D multisensible, desescalándose a ceftriaxona 2 g diarios hasta completar 4 semanas.

Persistieron picos febriles diarios a pesar de la antibioterapia. Ante elevada sospecha de infección de la prótesis vascular, se realizó una tomografía de emisión de positrones (PET-TC) y un estudio gammagráfico con leucocitos autólogos marcados con HMPAO-Tc99m, que descartaron infección

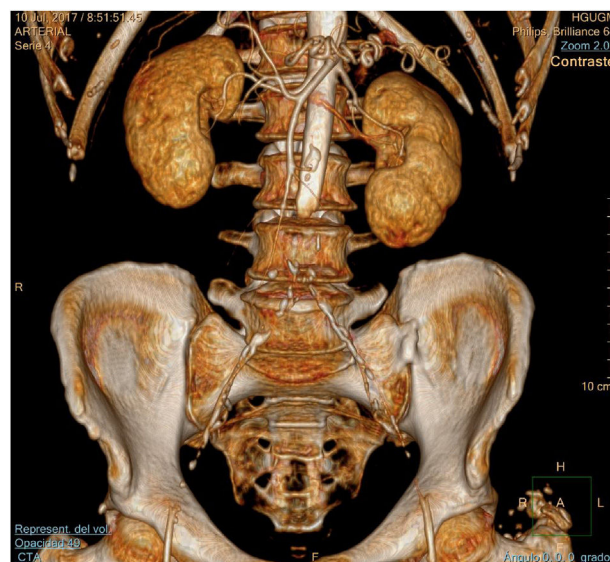


Figura 1 Trombosis de aneurisma de aorta infrarrenal.