

relapso (30-60%)<sup>2,4,7</sup>. Las principales causas de muerte son las complicaciones quirúrgicas en un 44%<sup>7</sup> y la falla renal crónica (50%)<sup>2</sup>.

En nuestro conocimiento este es el primer caso reportado en América Latina de una paciente con GPA con afectación GI, es importante hacer hincapié en la relación entre la GPA y el sangrado de tubo digestivo para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

## Consideraciones Éticas

Este estudio se realizó cumpliendo la normativa actual en investigación bioética conformado por los siguientes criterios como la protección de personas y animales, confidencialidad de los datos siguiendo los protocolos del centro de trabajo sobre su publicación y preservación de su anonimato, derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que no existe información personal que permita identificar a la paciente. Este estudio no recibió ningún apoyo específico por parte de agencias de fondos, en el sector público, comercial o con fines de lucro. Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la redacción de este manuscrito.

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Erikson P, Segelmark M, Hallböök O, et al. Frequency, diagnosis, treatment, and outcome of gastrointestinal disease in granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis. *J Rheumatol*. 2018;45:529–37, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.170249>.
- Geetha D, Jefferson JA. ANCA-Associated Vasculitis: Core Curriculum 2020. *Am J Kidney Dis*. 2020;75:124–37, <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.04.031>.
- Deger SM, Sahin T, Vural C, et al. Wegener's granulomatosis with massive gastrointestinal hemorrhage due to jejunal and colonic involvement: Report of a case. *Surg Today*. 2008;38:166–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00595-007-3574-9>.
- Lynch JP, Derhovanessian A, Tazelaar H, et al. Granulomatosis with Polyangiitis (Wegener's Granulomatosis): Evolving Concepts

in Treatment. *Semin Respir Crit Care Med*. 2018;39:434–58, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1660874>.

- Latus J, Koetter I, Fritz P, et al. Gastrointestinal involvement in granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis: Histological features and outcome. *Int J Rheum Dis*. 2014;17:412–9, <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.12203>.
- Arhan Mehmet, Köklü Seyfettin, Yalcin F, et al. Severe intestinal bleeding in a patient with Wegener's granulomatosis. *Am J Gastroenterol*. 2009;104:2119–20, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2009.209>.
- Pagnoux C, Mahr A, Cohen P, et al. Presentation and outcome of gastrointestinal involvement in systemic necrotizing vasculitides: Analysis of 62 patients with polyarteritis nodosa, microscopic polyangiitis, Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss syndrome, or rheumatoid arthritis-associated vasculitis. *Medicine (Baltimore)*. 2005;84:115–28, <http://dx.doi.org/10.1097/01.md.0000158825.87055.0b>.
- Steele C, Bohra S, Broe P, et al. Acute upper gastrointestinal haemorrhage and colitis: an unusual presentation of Wegener's granulomatosis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13:993–5, <http://dx.doi.org/10.1097/00042737-200108000-00023>.
- Deniz K, Özseker HS, Balas S, et al. Intestinal involvement in Wegener's granulomatosis. *J Gastrointest Liver Dis*. 2007;16:329–31.

J.P. Pérez-Macías<sup>a,\*</sup>, M. Rodarte-Shade<sup>a</sup>,  
C.A. Garza-García<sup>b</sup>, D. Tueme-De la Peña<sup>a</sup>  
y M.L. Rodríguez-Guerra<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Cirugía General, Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad, Monterrey, Nuevo León, México*

<sup>b</sup> *Departamento de Nefrología y Medicina Interna, Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad, Monterrey, Nuevo León, México*

\* Autor para correspondencia. 1. Universidad de Monterrey, Escuela de Medicina, Especialidades Médicas. Av. Ignacio Morones Prieto 4500, Jesús M. Garza, San Pedro Garza García, N.L. C.P. 66238. 2. Departamento de Cirugía, Hospital Christus Muguerza, Alta Especialidad. Miguel Hidalgo 2525, Obispado, Monterrey, Nuevo León, México. C.P. 64060. Teléfono: +521 3525575834.

Correo electrónico: [drjorgepabloperez@gmail.com](mailto:drjorgepabloperez@gmail.com) (J.P. Pérez-Macías).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.03.004>

0375-0906/ © 2022 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/>).

## Bezoar esofágico: un abordaje multidisciplinario

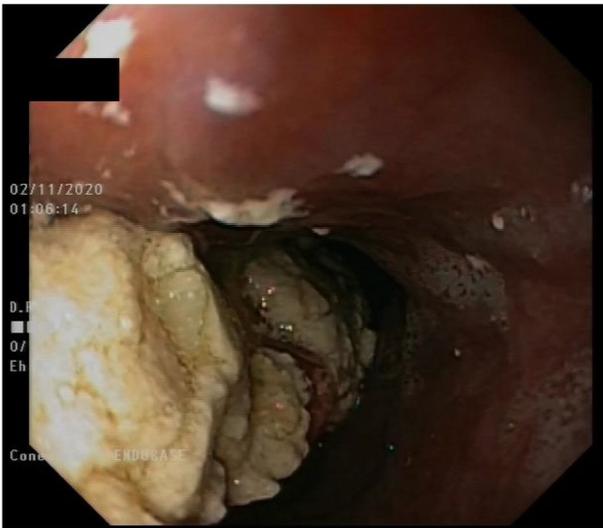


### Esofageal bezoar: A multidisciplinary approach

El bezoar esofágico es una condición rara que usualmente se asocia con trastornos estructurales o de motilidad<sup>1</sup>. La endoscopia es la principal herramienta

para el diagnóstico y tratamiento, en una o múltiples sesiones<sup>1,2</sup>.

Un hombre de 81 años fue recibido en el departamento de urgencias con disfagia y sialorrea tras haber consumido pan y pescado tres días antes. El paciente tenía antecedentes de diabetes mellitus, accidente vascular isquémico, cardiopatía isquémica y estaba en tratamiento con ácido acetilsalicílico, metformina, pantoprazol, indapamida y perindopril. Además, presentaba desde hacía varios meses disfagia progresiva ante alimentos sólidos, pero no



**Figura 1** Vista endoscópica del esófago proximal con restos de alimento que permitían el paso del endoscopio.



**Figura 2** Vista endoscópica del bezoar que causó la obstrucción completa del esófago.

había buscado atención médica. El examen físico, la radiografía torácica y la analítica de sangre fueron normales.

Se realizó una endoscopia esofágica y se encontró que el esófago estaba completamente obstruido por una solidificación amarillenta y firme a 25 cm de arcada dentaria (figs. 1 y 2). Se utilizaron múltiples instrumentos endoscópicos (asa de polipectomía, cesta de Roth y pinzas) sin éxito.

A continuación, inyectamos bebida carbonatada (cola) en el bezoar para suavizarlo, utilizando una aguja de inyección de 22 French de calibre, a través del canal accesorio del endoscopio. Se realizó un túnel de 25 a 40 cm de los dientes incisivos con pinzas de cocodrilo, persistiendo parte del bezoar, lo que impedía llegar al estómago. El reflujos de la bebida carbonatada tuvo que ser succionado ocasionalmente de la orofaringe por medio de una sonda, para evitar el riesgo de broncoaspiración. Teniendo en cuenta el riesgo de un evento iatrogénico debido al largo tiempo de procedimiento, decidimos terminar la sesión endoscópica y comenzar tratamiento con procinéticos.

Al día siguiente, el paciente estaba asintomático, por lo que intentamos disolver el bezoar restante con ingesta oral de cola (250-1.000 ml por día). Tres días después de la endoscopia, la tomografía computarizada fue normal.

Decidimos repetir la endoscopia cuatro días después de la admisión hospitalaria. La peristalsis esofágica era reducida, con ondas terciarias, la unión esofagogástrica estaba permanentemente fruncida y no se encontraron alteraciones en la mucosa.

Con un alto grado de sospecha de trastorno de motilidad esofágica, solicitamos una manometría en un centro hospitalario de tercer nivel y dimos de alta al paciente con una dieta de papillas. Consultamos con el cardiólogo si el tratamiento antihipertensivo podía cambiarse por un antagonista de calcio, dado el alto grado de sospecha de acalasia. A los tres meses, el paciente no presentaba síntomas. El paciente se mudó a otra ciudad y continúa allí con el seguimiento.

El bezoar esofágico es una condición rara. Cuando los intentos iniciales de extracción endoscópica no tienen éxito, se debe considerar un tratamiento combinado.

Existen reportes de instilación intraesofágica de enzimas pancreáticas<sup>3</sup> o de una bebida carbonatada tipo cola por medio de una sonda nasogástrica como tratamiento<sup>1</sup>. En el presente caso, tuvimos éxito con la utilización de lavado oral con cola e infusión directa endoscópica intrabezoar, imitando el manejo del bezoar gástrico<sup>4</sup>. El mecanismo por medio del cual la cola disolvió el bezoar podría ser: mucólisis por  $\text{NaHCO}_3$ , acidificación por ácido carbónico y ácido fosfórico, y destrucción de la estructura del bezoar por las burbujas de  $\text{CO}_2$ <sup>4,5</sup>.

En conclusión, tratamos con éxito un caso de obstrucción esofágica debida a bezoar, utilizando un tratamiento combinado: pinzas endoscópicas, inyección endoscópica intrabezoar e ingesta oral de una bebida carbonatada tipo cola. Este método demostró ser rápido, efectivo y seguro.

### Responsabilidades éticas

No se requirió de la aprobación ética por parte del Comité de Ética del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, dado que no existe información que revele la identidad del sujeto.

Los autores confirman que el paciente dio su consentimiento y permiso informado por escrito para la publicación del presente artículo.

### Financiación

No se recibieron apoyos específicos del sector público, del sector privado ni de organizaciones sin fines de lucro con relación al presente artículo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Contribuciones de los autores

M.M.M concibió la idea, la desarrolló y fue la principal escritora del manuscrito. P.S.A. proporcionó retroalimentación crítica y colaboró en la escritura del manuscrito. M.P.D.A y R.V.H supervisaron el trabajo. Todos los autores discutieron los resultados y contribuyeron al manuscrito final.

## Referencias

1. Yaqub S, Shafique M, Kjæstad E, et al. A safe treatment option for esophageal bezoars. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3:366-7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2012.04.008>.
2. Gökbulut V, Kaplan M, Kaçar S, et al. Bezoar in upper gastrointestinal endoscopy: A single center experience. *Turk J Gastroenterol.* 2020;31:85-90, <http://dx.doi.org/10.5152/tjg.2020.18890>.
3. Gupta R, Share M, Pineau BC. Dissolution of an esophageal bezoar with pancreatic enzyme extract. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:96-9, <http://dx.doi.org/10.1067/mge.2001.115318>.
4. Lin CS, Tung CF, Peng YC, et al. Successful treatment with a combination of endoscopic injection and irrigation with coca cola for gastric bezoar-induced gastric outlet obstruction. *J Chin Med Assoc.* 2008;71:49-52, [http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901\(08\)70073-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1726-4901(08)70073-X).

5. Iwamura M, Yunoki N, Tomoda J, et al. Gastric bezoar treatment by endoscopic fragmentation in combination with Pepsi-Cola® Administration. *Am J Case Rep.* 2015;16:445-8, <http://dx.doi.org/10.12659/AJCR.893786>.

M. Muñiz-Muñoz\*, P. Segovia-Alonso,  
M.P. Delgado-Álvarez  
y R. Villanueva-Hernández

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España*

\* Autor para correspondencia. Marta Muñiz Muñoz. Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Complejo Asistencial de Ávila. Avenida Juan Carlos I, s/n, Ávila, 05004, España. Teléfono: +34651340554. Correo electrónico: [martaizoz16@gmail.com](mailto:martaizoz16@gmail.com) (M. Muñiz-Muñoz).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2022.03.002>

0375-0906/ © 2022 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/>).

## Fístula gastrocutánea: resolución laparoscópica



### Gastrocutaneous fistula: Laparoscopic resolution

Las fístulas gastrocutáneas persistentes o crónicas (FGC) son una complicación difícil de tratar tras la extracción de la sonda de gastrostomía percutánea, con una incidencia estimada de alrededor del 4.5%<sup>1</sup>. La duración del uso de la gastrostomía (> 6 meses de duración) y la epitelización resultante del tracto son factores críticos en el desarrollo de FGC<sup>2-4</sup>. Si bien la mayoría de los sitios de gastrostomía se cierran espontáneamente en 1 a 3 meses<sup>4</sup>, algunos de ellos se vuelven crónicos. Los defectos que resultan refractarios continúan descargando grandes volúmenes de contenido gástrico que causan una morbilidad considerable en estos pacientes, con complicaciones reconocidas que incluyen lesión cutánea, riesgo de infección, deshidratación, alteración de electrolitos y necesidad de vendajes y bolsas de ostoma frecuentes que alteran notablemente la calidad de vida.

La estrategia inicial más difundida son medidas conservadoras para optimizar la curación, incluidos fármacos como inhibidores de la bomba de protones y análogos de la somatostatina para minimizar las secreciones gástricas, procinéticos para aumentar el vaciamiento gástrico y alimentación postpilórica<sup>5</sup>, pero el gran inconveniente que conlleva esta modalidad, en la mayoría de los casos, es una carga angustiante muy alta debido al tiempo requerido para el cierre sumado a los meses que ya pasaron desde su retiro, por lo que muchos pacientes buscan una solución inmediata y definitiva. Se presenta este caso como una alternativa miniinvasiva para el manejo de dicha patología.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 70 años con antecedentes de hipotiroidismo, dislipemia, exfumadora, con cáncer de laringe tratado con radio y quimioterapia, quien requirió de una gastrostomía percutánea para alimentación enteral. Tras un año y cinco meses de su colocación, la paciente tuvo que concurrir en reiteradas oportunidades a consulta por guardia debido a fugas persistentes peristoma y recambio de la misma, con el disconfort que ello conlleva. Por la angustia causada, las limitaciones sociales y una aceptable tolerancia oral se decide retirar la sonda. Cuatro meses posteriores al retiro persisten fugas inmanejables a través del orificio de la misma razón por la que se decide el abordaje quirúrgico.

Técnica quirúrgica. Con paciente en posición de Lloyd Davis, se realiza incisión de 2 cm infraumbilical y neumoperitoneo cerrado con Veress. Se procede a colocación de tres trocares: 12 mm infraumbilical y en flanco izquierdo y 5 mm en flanco derecho. Se identificó el trayecto gastrocutáneo, se reseco el mismo con un disparo de sutura mecánica con cartucho azul, extracción del remanente fistuloso ubicado sobre la pared abdominal anterior con dispositivo de energía, y posteriormente resección del orificio externo mediante un losange de piel y cierre primario con puntos separados de nylon 3-0. El procedimiento fue técnicamente sencillo con una duración de 1 hora y 30 minutos, otorgándole el alta al día siguiente.

Se realizó seguimiento durante tres meses, no presentando recidiva fistulosa y con una satisfacción inmediata por parte de la paciente, dato no menor en este tipo de patología. **fig. 1.**

Si bien en un primer momento parece una alternativa más costosa (debido al tiempo de quirófano y costo de sutura mecánica) que las medidas iniciales que generalmente se realizan (medidas conservadoras, fármacos, cierres endoscópicos, legrado y cauterización, entre otros) la gran mayoría de estos tienen un número de recidiva que