

- global differences? *Curr Oncol Rep.* 2021;23:43, <http://dx.doi.org/10.1007/s11912-021-01029-7>.
6. Modlin IM, Oberg K, Chung DC, et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumours. *Lancet Oncol.* 2008;9:61–72, [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70410-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70410-2).
  7. Gallo M, Muscogiuri G, Pizza G, et al. The management of neuroendocrine tumours: A nutritional viewpoint. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2019;59:1046–57, <http://dx.doi.org/10.1080/10408398.2017.1390729>.
  8. García-Carbonero R, Capdevila J, Crespo-Herrero G, et al. Incidence, patterns of care and prognostic factors for outcome of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors (GEP-NETs): Results from the National Cancer Registry of Spain (RGETNE). *Ann Oncol.* 2010;21:1794–803, <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdq022>.
  9. Koukouraki S, Strauss LG, Georgoulas V, et al. Evaluation of the pharmacokinetics of 68Ga-DOTATOC in patients with metastatic neuroendocrine tumours scheduled for 90Y-DOTATOC therapy. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2006;33:460–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s00259-005-0006-1>.
  10. Chandrasekharan C. Medical management of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. *Surg Oncol Clin N Am.* 2020;29:293–316, <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2019.11.004>.
  11. Strosberg JR, Cheema A, Weber J, et al. Prognostic validity of a novel American Joint Committee on Cancer Staging Classification for pancreatic neuroendocrine tumors. *J Clin Oncol.* 2011;29:3044–9, <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.201135.1817>.
- D.A. Calle-Rodas<sup>a,\*</sup>, M.A. Corral-Cazorla<sup>b</sup>, P.D. Muñoz-Espinoza<sup>b</sup>, C.A. Machuca-Carpio<sup>c</sup> y J.D. Cordero-García<sup>d</sup>
- <sup>a</sup> Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital del Río, Cuenca, Ecuador  
<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador  
<sup>c</sup> Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital del Río, Cuenca, Ecuador  
<sup>d</sup> Servicio de Cirugía General y Coloproctología, Hospital del Río, Cuenca, Ecuador
- \* Autor para correspondencia. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital del Río, 010109 Cuenca, Ecuador. Correo electrónico: [dr.danielcallerodas@gmail.com](mailto:dr.danielcallerodas@gmail.com) (D.A. Calle-Rodas).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.05.007>  
0375-0906/ © 2025 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/>).

## Tratamiento endoscópico de bariolito: a propósito de un caso



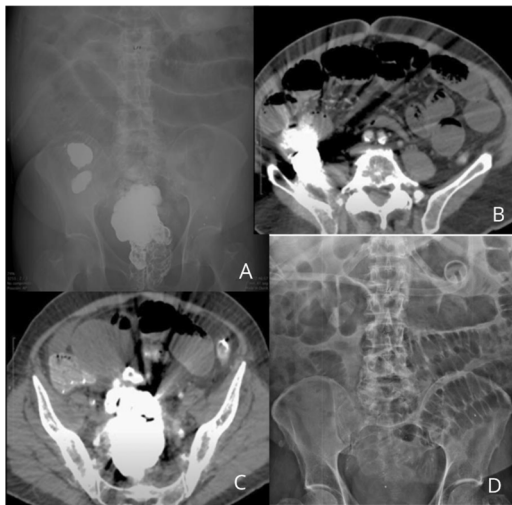
### Endoscopic treatment of baroliths: A case report

A principios de 1900 se empezaron a utilizar medios de contraste en estudios radiológicos para evaluar los tejidos blandos, entre los que destacan bismuto, hierro, plomo y estroncio, dichos medios no tenían la regulación adecuada, por lo que fueron descontinuados<sup>1</sup>. El pionero del uso de bario como contraste fue Walter Cannon en 1902, luego de que reemplazara al bismuto que era ocupado durante la guerra<sup>2</sup>. El sulfato de bario es el agente más utilizado en los estudios radiológicos para el tracto digestivo, y se ha vuelto una herramienta esencial ya que es precisa, eficiente y costo/efectiva con muy bajo riesgo<sup>1</sup>. Sin embargo, se han descrito reacciones adversas asociadas a su uso, la mayoría se autolimitan, aunque si hay descritos casos fatales<sup>3</sup>. Dentro de las complicaciones están la anafilaxia con 1 en 2.5 millones de casos<sup>3</sup>, intoxicación con síntomas neurológicos<sup>4</sup>, granuloma descrito por primera vez en 1954<sup>5</sup>, extravasación de bario, intravasación venosa, aspiración accidental e impacto del mismo<sup>1</sup>. Es por esto que, además del contraste baritado se puede utilizar contraste hidrosoluble para la visualización radiológica del tracto gastrointestinal, sin embargo, no recubre la mucosa como el bario, en cambio, llena de forma pasiva la luz intestinal. Las indicaciones de uso de contraste hidrosoluble son la sospecha de perforación o comunicación con la cavidad peritoneal, aunque algunas perforaciones pequeñas se pueden visualizar solamente con bario dependiendo la loca-

lización. Además, se sugiere su uso en pacientes en los que se desea evitar el peristaltismo que genera el bario como en pacientes posquirúrgicos<sup>6</sup>. Se define como bariolito a la concreción de sulfato de bario y heces en el intestino luego de haberse realizado algún estudio radiológico con este material<sup>7</sup>, descrito por primera vez por Valladares en 1950<sup>8</sup>, solo se encuentran en la literatura reportes de caso aislados y una revisión sistemática de 1950 a 2006 describiendo 31 casos; se describe que la obstrucción por bariolito se presenta de forma tardía, asociado a dieta baja en residuo, deshidratación, dismotilidad colónica, desequilibrio hidroelectrolítico, enteropatía diabética y Parkinson<sup>8</sup>. En 1978 se describió el uso de Gastrografin® (diatrizoato) medio de contraste hidrosoluble como método terapéutico, describiendo 4 casos con resultados exitosos, ya que estimula la peristalsis y debido a su alta osmolaridad disuelve el impacto, su tránsito es adecuado a pesar de íleo y no agrava la obstrucción intestinal; sin embargo, no existe una recomendación establecida por algún colegio ni estudios posteriores<sup>9</sup>.

Los síntomas asociados al bariolito son dolor abdominal, náusea, vómito, estreñimiento, obstrucción, peritonitis por bario y perforación intestinal, las complicaciones pueden ser tan graves como megarrecto y síndrome compartimental abdominal, en 2019 Pathan et al. establecen la recomendación para pacientes con factores de riesgo para impacto sometidos a estudio baritado de realizar radiografías a los 2-3 días, además de administrar laxantes de manera preventiva<sup>10</sup>.

Presentamos un caso de oclusión intestinal completa secundaria a bariolito a quien inicialmente se le dio manejo conservador, y desimpactación endoscópica de manera exitosa. Este artículo propone generar conciencia entre

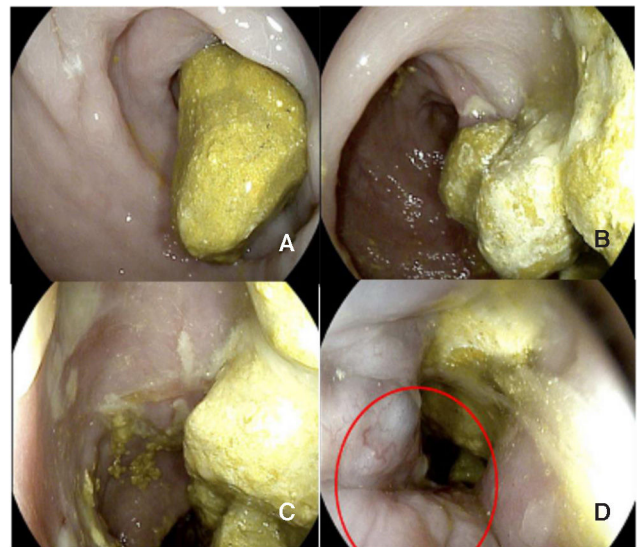


**Figura 1** Bariolito. A) Radiografía de ingreso en donde se observa material de contraste en válvula ileocecal y recto, así como dilatación de asas de intestino delgado y cámara gástrica. B y C) Tomografía de abdomen que muestra bariolito en válvula ileocecal y recto, con el efecto de artefacto característico de dicho medio de contraste. D) Radiografía con ausencia de bariolito en colon.

los lectores acerca de las posibles complicaciones asociadas con los estudios baritados, las cuales son poco frecuentes y escasamente descritas en la literatura científica.

Masculino de 80 años con deterioro cognitivo en tratamiento con memantina, donepezilo y quetiapina, hiperruricemia, cáncer epidermoide de pulmón izquierdo EIIa en tratamiento con 5 sesiones de quimioterapia, además de 30 de radioterapia, y disfagia asociada a mucositis secundaria, abordada en hospitalización previa por el servicio de otorrinolaringología con dinámica de deglución que requirió colocación de sonda de gastrostomía 6 días previos a su padecimiento actual.

Acude al servicio de urgencias por intolerancia a la vía oral con vómito de contenido fecaloide, aumento del perímetro abdominal, dolor abdominal generalizado tipo cólico e imposibilidad para canalizar gases y evacuar 4 días previos. Se decide ingreso para hidratación endovenosa, se realizan laboratorios generales con elevación de azoados y desequilibrio hidroelectrolítico; placas de abdomen en dos posiciones, donde se aprecia: dilatación de asas de intestino delgado y cámara gástrica secundaria a impacto de material de contraste en colon ascendente, sigmoides y recto (fig. 1A); se realiza tomografía de abdomen con oclusión intestinal baja sin evidencia de zona de transición y bariolito en válvula ileocecal y recto (figs. 1B y C). Se realiza desimpacción manual y colocación de enemas de aceite, sin éxito por falta de cooperación y dolor, se programa evaluación bajo sedación donde se realiza fragmentación instrumentada con canastilla de Dormia® de 25 mm, irrigando 2 litros de solución salina con bomba de infusión y posterior extracción de los fragmentos con canastilla y el resto de manera digital logrando la desimpacción total bajo visión directa con colonoscopia flexible, identificando úlceras estercolares en el recto (fig. 2A-D). Se administran laxantes osmóticos para lograr la movilización del bario de



**Figura 2** Colonoscopia. A-C) Se realiza lavado directo y revisión hasta 30 cm en donde se evidencian heces duras mezcladas con material de contraste. D) El círculo rojo señala úlceras estercolares en recto, cubiertas por fibrina y un paquete hemorroidal ingurgitado.

válvula ileocecal y su evacuación espontánea (fig. 1D). El paciente tolera la vía oral y se egresa a domicilio sin complicaciones.

## Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para realizar 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. Périard MA. Adverse effects and complications related to the use of barium sulphate contrast media for radiological examinations of the gastrointestinal tract. *Can J Med Radiat Technol.* 2003;34:3-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0820-5930\(09\)60005-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0820-5930(09)60005-0).
2. Slastan M, Dobrota D. Barium retention following examination for pylorus stenosis. *Gastroenterol Res.* 2019;12:216-20. <http://dx.doi.org/10.14740/gr1191>.

3. Skucas J. Anaphylactoid reactions with gastrointestinal contrast media. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;168:962–4, <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.168.4.9124150>.
4. Savry C, Bouche O, Lefrant JY, et al. Intoxication par sulfate de baryum? *Ann Fr Anesth Réanim.* 1999;18:454–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0750-7658\(99\)80096-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0750-7658(99)80096-3).
5. Mayorga M, Castro F, Fernández F, et al. Radiohistology and histochemistry of barium granuloma of the colon and rectum. *Histol Histopathol.* 1992;7:625–8.
6. Guglielmo DMC, Cejas N, Pérez A, et al. Obstrucción intestinal por bariolito. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109:e52–4.
7. Kurer MA, Davey C, Chintapatla S. Intestinal obstruction from inspissated barium (Barolith): A systematic review of all cases from 1950 to 2006. *Colorectal Dis.* 2008;10:431–9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1318.2008.01503.x>.
8. Zer M, Rubin M, Dintsman M. Dissolution of barium-impaction ileus by gastrografin. *Dis Colon Rectum.* 1978;21:430–4, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02586721>.
9. Pathan S, Benzar T, Master S, et al. Iatrogenic constipation from barium blockade: A case report. *Clin Case Rep.* 2019;7:1562–4, <http://dx.doi.org/10.1002/ccr3.2280>.
10. Gore RM, Levine MS. *Textbook of Gastrointestinal Radiology.* 4th ed Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. p. 3–21.

N. Reyes Saavedra<sup>a,\*</sup>, C.I. Madinaveitia Sánchez<sup>a</sup>,  
P. Gálvez Castillejos<sup>b</sup>  
y L.F. De Giau Triulzi<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Gastroenterología, Hospital Español de México, Ciudad de México, México

<sup>b</sup> Departamento de Gastroenterología y Motilidad, Hospital Español de México, Ciudad de México, México

<sup>c</sup> Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Español de México, Ciudad de México, México

\* Autor para correspondencia. Calle Lago Neuchatel 10D Col ampliación Granada Miguel Hidalgo 11529. Cel: 7711854629. Correo electrónico: [nayeri.reyes7@gmail.com](mailto:nayeri.reyes7@gmail.com) (N. Reyes Saavedra).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.06.004>

0375-0906/ © 2025 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/>).

## Virus de Epstein-Barr como causa de úlceras rectales en paciente con inmunosupresión: reporte de caso



### Epstein-Barr virus as a cause of rectal ulcers in an immunosuppressed patient: A case report

El virus de Epstein-Barr (VEB) pertenece a la familia herpes, también llamado herpes 4. Se adquiere en la infancia y generalmente cursa asintomático, pero se mantiene latente hasta en el 95% de los adultos. El espectro de la infección por VEB abarca una gama amplia, desde procesos locales hasta linfomas<sup>1</sup>. Las úlceras mucocutáneas fueron descritas desde el 2010 como un proceso linfoproliferativo en personas con infección latente por VEB y con inmunosupresión. Se consideran raras y se pueden localizar en la mucosa oral (hasta el 41%), gastrointestinal y piel; las lesiones se caracterizan por ser únicas, aunque aproximadamente el 16% pueden ser múltiples. Generalmente esta patología se autolimita sin necesidad de tratamiento sistémico<sup>2</sup>. En el año 2017 la Organización Mundial de la Salud la reconoció como una nueva entidad clínica<sup>3</sup>. Desde la descripción inicial de las úlceras mucocutáneas se han reportado menos de 200 casos. A continuación, se presenta el caso de un masculino de 30 años, quien tenía antecedente de infección leve por *Clostridioides difficile* y de prácticas sexuales de riesgo, sin antecedentes cronicodegenerativos de importancia. Acudió al servicio de urgencias para valoración de un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico difuso, fiebre, diarrea inflamatoria, proctitis, pujo y tenesmo rectal de aproximadamente una semana de evolución. El tacto rectal no mostró alteraciones; sus laboratorios al ingreso fueron: hemoglobina 11.6 g/dL, plaquetas

403 × 10<sup>3</sup>/μL, leucocitos 9 × 10<sup>3</sup>/μL, linfocitos absolutos 2.7 × 10<sup>3</sup>/μL, proteína C reactiva 77.4 mg/L, velocidad de sedimentación globular 87 mm/h. Se solicitó prueba rápida de anticuerpos contra VIH con resultado positivo; la carga viral se mantuvo pendiente por motivos externos. Las pruebas serológicas de *Treponema pallidum*, panel viral (A, B y C) y citomegalovirus fueron negativas. La resonancia magnética contrastada reportó engrosamiento del canal anal y más importante del recto, con longitud cráneo-caudal de 113 mm desde la unión anorrectal. Dicho engrosamiento es circunferencial asimétrico predominante en la submucosa que condiciona disminución de la luz en más del 50% (fig. 1A). Posteriormente a la aplicación del contraste con reforzamiento intenso, difuso y heterogéneo, además de múltiples adenopatías (fig. 1B), se realizó una colonoscopia en la cual se describieron, aproximadamente a 5 cm del margen anal, mucosa con úlceras y pseudópodos, abundante moco (fig. 2A); disminución de la luz que es franqueable al paso del colonoscopio, mucosa con inflamación y edema (fig. 2B); datos de sangrado y material fibrinopurulento (fig. 2C), y múltiples úlceras menores de 5 mm, de bordes bien definidos de 3-5 mm (fig. 2D). Se tomaron biopsias del tejido antes mencionado; el estudio histopatológico encontró mucosa rectal con inflamación aguda y crónica ulcerada extensa, cambios epiteliales regenerativos (fig. 3A y B); CD20 (fig. 3C), CD3 (fig. 3D), CD138 (fig. 3E), Kappa (fig. 3F) y Lambda positivos (fig. 3G); Ki-67: 10-15%, negativo para displasia y neoplasia (fig. 3H), y la hibridación in situ (virus de Epstein-Barr, EBER) fue positiva (fig. 3I). Por estos hallazgos se solicitó carga viral DNA cuantitativo de VEB sérico: 25,572 copias/mL, log 4.41 log cp/mL. Recibió tratamiento con valganciclovir y se encontraba pendiente de iniciar el tratamiento antirretroviral.