

## Gastroenterología

## Gastroenterology

### GA-1

#### HIPERTENSIÓN PORTAL ASOCIADA ENFERMEDAD VASCULAR PORTO SINUSOIDAL

GUEVARA GUZMAN JAIRO ALFREDO, GÓMEZ SUTA LUZ DANIELA

*Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Risaralda.*

**Introducción.** Hipertensión portal constituye un grupo de enfermedades caracterizadas por signos y complicaciones similares; causa principal la cirrosis, aun así en una minoría de casos se atribuye a desórdenes vasculares del hígado como: enfermedad vascular porto sinusal, obstrucción venosa porta extrahepática y el síndrome Budd Chiari. Estos últimos, se confunden con cirrosis por la similitud clínica y hallazgos de imagen, aun así, los cambios histológicos, hemodinámicos y desenlaces difieren.

**Reporte de caso.** Mujer de 27 años con antecedente de hipertensión portal y várices esofágicas de probable etiología cirrótica. Consulta por sangrado de vías digestivas de origen variceal que se corrobora en endoscopia digestiva alta. Los estudios ecográficos reportan hígado sin cambios y disminución de la velocidad de la vena porta (11.4 cm/s). La biopsia hepática reporta dilatación sinusoidal sin cambios en la arquitectura con lo que se descarta cirrosis y la resonancia de abdomen muestra trombosis de la porta asociado a transformación cavernomatosa. Los estudios de trombofilia como citometría Hemoglobinuria paroxística nocturna, mutación gen JAK2 y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos son negativos.

**Discusión.** La enfermedad vascular porto sinusal es una causa de hipertensión portal no cirrótica, en 40% de los casos se complica por la presencia de trombosis portal a los 5 años y se explica por deficiencia de proteína C, S y antitrombina III. El algoritmo diagnóstico se interrumpe ante la presencia de trombosis o deformidades cavernomatosas, aun así, habiéndose descartado trombofilias primarias y ante los hallazgos histológicos el diagnóstico es probable.

**Conclusiones.** La enfermedad vascular porto sinusal es causa de hipertensión portal no cirrótica, que se complica por trombosis portal, en estos casos la sumatoria de hallazgos histológicos y el descarte de trombofilias apoya el diagnóstico.



## GA-2

### CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDADES ESOFÁGICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE GASTROENTEROLOGÍA EN BUCARAMANGA

**GUALDRÓN CRISTIAN, RUIZ ELMER JAIR, CHACÓN ESTEPHANÍA, FIGUEROA CLAUDIA**

*Instituto de Gastroenterología y Hepatología del Oriente-IGHO S.A.S.  
Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** El reconocimiento de las enfermedades esofágicas, sus características y epidemiología son de interés para realizar un diagnóstico temprano. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de las enfermedades esofágicas en nuestro medio.

**Diseño.** Estudio de corte transversal realizado en el Instituto de Gastroenterología y Hepatología del Oriente. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años atendidos en el 2019 con enfermedades esofágicas diagnosticadas por criterios clínicos, endoscópicos, histopatológicos o manometría esofágica de alta resolución.

**Métodos.** Se analizó la información de 12,689 pacientes correspondientes al total de la población. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado y sistemático para los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico y una caracterización completa en las enfermedades esofágicas menos prevalentes. Las variables cuantitativas se describieron con promedios y desviación estándar y las variables cualitativas se reportaron como porcentajes. Se desarrolló un modelo de regresión logística para identificar los factores asociados.

**Resultados.** Se obtuvo una prevalencia de enfermedades esofágicas del 15.88%. Edad promedio de  $56.5 \pm 15.5$  años, siendo 67.65% mujeres. El 51.23% fueron diagnosticados con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) erosiva (47,3% esofagitis péptica, 2.21% estenosis péptica y 1.72% esófago de Barrett). La prevalencia de ERGE no erosivo fue 36.2%. Los trastornos motores esofágicos primarios presentaron una prevalencia del 9.57%, siendo la más prevalente acalasia (5.4%). Los síntomas más frecuentes fueron pirosis (75.74%), regurgitación (56.13%) y disfagia para sólidos (23.04%). El IMC  $>29$  kg/m<sup>2</sup> (OR 2.24, IC 95% 1.35-3.72, p = 0,002) y hernia hiatal (OR 5.61, IC 95% 3.67-8.59, p = 0,000) se asociaron significativamente con esofagitis péptica.

**Conclusiones.** La prevalencia de las enfermedades esofágicas en un centro de referencia en Bucaramanga es del 15.88%, siendo más prevalente la ERGE erosiva. En cuanto a los factores asociados, se encuentra obesidad y hernia hiatal.

**Palabras claves:** Enfermedades esofágicas, Prevalencia, Reflujo gastroesofágico, Obesidad.



## GA-3

### HIDROTÓRAX EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA SECUNDARIA A COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: MÁS ALLÁ DEL ABORDAJE CONVENCIONAL

VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, RUEDA LANDINEZ SILVIA ALEJANDRA, NÚÑEZ LOBO FREDY GIOVANNY, MORENO DIAZ DIEGO AUGUSTO

*Hospital Universitario de Santander HUS. Universidad Industrial de Santander UIS, Universidad de Santander UDES. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** El hidrotórax es una de las complicaciones en pacientes con cirrosis hepática avanzada. Estos pacientes tienen más probabilidades de encefalopatía hepática, lesión renal aguda y mortalidad. Usualmente se presenta como hallazgo incidental, pero las manifestaciones más frecuentes son disnea y tos. Su patogenia está relacionada con la existencia de defectos diafragmáticos y transmisión peritoneo-pleural. El trasplante hepático representa la terapia definitiva. El tratamiento inicial está basado en una dieta hiposódica y el uso combinado de diuréticos.

**Objetivo.** Enfatizar en el abordaje de estos pacientes más allá del manejo conservador.

**Presentación del caso:** Femenina de 53 años; con antecedente de cirrosis hepática secundaria a colangitis biliar primaria (anticuerpos antimitocondriales positivos 2018), en quien, durante hospitalización en menor nivel por infección urinaria, debuta con disnea y tos, documentando derrame pleural masivo derecho, que manejan con toracostomía, posteriormente remitiendo a mayor nivel de complejidad. Durante hospitalización continuo con toracostomía, hasta su retiro por bajos débitos; fue presentada en junta médico-quirúrgica en donde se consideró hidrotórax hepático con alto riesgo de reincidencia, no candidata a pleurodesis y reparación de defectos diafragmáticos, con propuesta de manejo por hepatología y cirugía hepatobiliar para realización de derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) y/o trasplante hepático. Adicionalmente cursó con choque séptico; requirió manejo antibiótico y estancia en cuidado intensivo, con adecuada evolución y posterior egreso. Previo a su egreso fue valorada por gastroenterología que consideró no candidata a TIPS y propuso posibilidad de trasplante hepático; trámite a realizar de forma ambulatoria.

**Conclusiones:** Existen amplias alternativas terapéuticas más allá del manejo conservador como la pleurodesis toracoscópica y reparación de defectos diafragmáticos, como descrito en la literatura; así mismo, realización de TIPS, como puente a trasplante hepático. La toracostomía definitivamente no está indicada, salvo en casos de dificultad respiratoria, en cuyo caso se plantearía toracentesis evacuatoria.



## GA-4

### HISTOPLASMOSIS COLÓNICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN EN PACIENTE VIH

**PATIÑO DIEGO, CORTÉS CARMEN, MORALES CARLOS, BONFANTE JORGE, GUTIÉRREZ DIANA**

*Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E USS Tunal. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La histoplasmosis es causada por el hongo dimórfico (*Histoplasma capsulatum*). Siendo la principal infección micótica oportunista asociada a morbilidad y mortalidad severas en áreas endémicas.

**Reporte de caso.** Femenina de 25 años con dolor abdominal de 3 meses de evolución, asociado a deposiciones diarreicas no disenteriformes, pérdida de 10 kg de peso y fiebre intermitente. Antecedente de asma sin manejo farmacológico. Examen físico sin lesiones en piel ni mucosas, dolor a la palpación en hemiabdomen derecho, sin irritación peritoneal. Paraclínicos con leucopenia, linfopenia, anemia hipocrómica normocítica y macroplaquetas, función hepática y renal conservadas, tomografía de abdomen con adenitis mesentérica; se confirmó infección Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) con carga viral 19.979 Log 4.30 y 82 linfocitos T CD4. Colonoscopia con hallazgo de múltiples ulceraciones de bordes irregulares de hasta 6 cm, histopatología con evidencia de colitis aguda ulcerada de origen infeccioso y levaduras compatibles con *Histoplasma* en ciego, colon derecho, colon transverso y recto; se descartaron otros oportunistas, tomografía de tórax contrastada descartó compromiso pulmonar. Se administró terapia de inducción con anfotericina B deoxicolato y continuó tratamiento con itraconazol por 12 meses.

**Discusión.** La histoplasmosis pulmonar es la infección micótica más frecuente en pacientes inmunocomprometidos. En los pacientes VIH con histoplasmosis diseminada el 10% presentan manifestaciones gastrointestinales las cuales incluyen masas polipoides y ulceraciones en íleon y colon, suele ser confundida con la enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa, en este caso se descartó compromiso pulmonar y además su presentación gastrointestinal es atípica.



## GA-5

### TUBERCULOSIS PERITONEAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

**WILFREDO ANTONIO RIVERA MARTÍNEZ, MARÍA ELENA PANTOJA ROSERO, HUGO ALEJANDRO CHAVES CABRERA, NICOLÁS YORY MONTALVO, FELIPE VELÁSQUEZ GARCÍA, MARTIN OCAMPO POSADA**

*Universidad Libre. Universidad Javeriana, Clínica Versalles. Cali, Colombia.*

**Introducción.** La tuberculosis peritoneal es causada por el complejo de *Mycobacterium tuberculosis*. Constituye una forma de tuberculosis abdominal, que con frecuencia se presenta en pacientes con factores de riesgo con un dolor abdominal inespecífico, de intensidad variable, con posterior obstrucción del drenaje linfático, llevando a bloqueo de la reabsorción del líquido peritoneal y ascitis entre el 40 al 73% de los casos. Pueden presentarse síntomas constitucionales como pérdida de peso, fiebre y diaforesis nocturna.

**Presentación del caso.** Paciente masculino de 61 años, consultó al servicio de urgencias de por 15 días de edema en miembros inferiores, hiporexia, pérdida de peso involuntaria de 10 kg y tos seca; normotenso, sin taquicardia, taquipnea o desaturación, caquéctico, con hepatomegalia, ascitis grado 3 y edema de miembros inferiores. Sus laboratorios presentaban trombocitopenia moderada, injuria hepática leve, pruebas negativas para Virus de Hepatitis C, Virus de Inmunodeficiencia Humana y sífilis. Las imágenes por Tomografía computarizada (TAC) y Resonancia magnética nuclear (RMN) revelaron esplenomegalia con múltiples imágenes nodulares en bazo, hígado, omento mayor, lesiones granulomatosas en lóbulo medio pulmonar, adenomegalias en el hilio hepático y en retroperitoneo, con líquido ascítico. En el diagnóstico diferencial de carcinomatosis versus tuberculosis peritoneal, la baciloscopia y el Gene Xpert fueron negativos para Bacilos Ácido Alcohol Resistentes (BAAR), no obstante test de ADA elevado (178 UI/L), altamente sugestivo de tuberculosis peritoneal. Se realizó laparoscopia diagnóstica que evidenció macroscópicamente múltiples nódulos en peritoneo parietal, menores a 5 mm, en todos los cuadrantes con biopsia que mostró en la patología una inflamación granulomatosa crónica no necrotizante, consistente con tuberculosis peritoneal.

**Conclusión.** La tuberculosis peritoneal debe sospecharse en pacientes con ascitis inflamatoria refractaria a paracentesis terapéutica y tratamiento antibiótico, en países endémicos para tuberculosis como Colombia. Son necesarios estudios de laboratorios convencionales, imágenes, laboratorio microbiológico e histopatológico, dado que aislado ninguno es diagnóstico.

