



# Gastroenterología y Hepatología

[www.elsevier.es/gastroenterologia](http://www.elsevier.es/gastroenterologia)



## CARTA CIENTÍFICA

### Absceso secundario a úlcera péptica complicada resuelto mediante drenaje guiado por ecoendoscopia con prótesis de aposición luminal

#### Abscess secondary to complicated peptic ulcer managed by endoscopic ultrasound-guided drainage with a lumen-apposing metal stent

Presentamos el caso de una paciente, mujer, de 67 años, sin antecedentes de interés ni hábitos tóxicos. Ingresó al Servicio de Aparato Digestivo por un cuadro clínico de dolor epigástrico de seis días de evolución, por el que ya había consultado en Urgencias cinco días antes, siendo dada de alta a domicilio por la normalidad de las pruebas complementarias (analítica, ecografía abdominal) y el buen control del dolor con analgesia. En esta ocasión, en la analítica presentaba una leve elevación de enzimas hepáticas (AST 64 U/L, ALT 104 U/L, GGT 143 U/L, fosfatasa alcalina 187 U/L) y elevación de reactantes de fase aguda (proteína c reactiva > 350 mg/L, fibrinógeno 1.000 mg/dL), la ecografía abdominal fue nuevamente normal. Durante el ingreso se consiguió un buen control del dolor, permaneciendo la paciente con buen estado general y para completar el estudio, se solicitó una tomografía computarizada (TC) abdominal que se realizó al cuarto día de ingreso. En dicha prueba, se objetivó una colección intraabdominal con un nivel hidroaéreo, de gran tamaño (12 x 14 cm) en contacto con lóbulo hepático izquierdo y antro gástrico (figs. 1A-1B).

Para realizar un diagnóstico diferencial entre absceso de origen biliar o gastroduodenal, se realizó una gastroscopia. En ella, además de imagen de compresión extrínseca en el antro gástrico, se encontró un bulbo duodenal con edema e inflamación, y en su cara anterior, una pequeña úlcera de 5 mm cubierta de fibrina con un orificio de 2 mm en su interior con drenaje espontáneo de contenido purulento a través de él, sugestivo de perforación (fig. 1C). Para manejar esta complicación, dado que la paciente se encontraba prácticamente asintomática y sin datos de alarma se optó por un manejo no quirúrgico y se realizó ecoendoscopia, visualizando nuevamente la mencionada colección (fig. 1D) y colocando a nivel de antro prótesis de aposición luminal tipo Hot-Axios® de 10 x 20 mm, logrando drenaje de abundante material purulento a través de la misma (fig. 1E). Se decidió drenar dicha colección por su gran tamaño, sencillo acceso

y el escaso débito del orificio fistuloso, considerando que el manejo conservador no resolvería el problema y prolongaría sustancialmente el ingreso hospitalario. A la semana se realizó gastroscopia de control presentando una colección ya sin material purulento (fig. 1F), cubierta de tejido de granulación. Dos semanas después se retiró la prótesis tras total resolución del cuadro. Respecto a la etiología de la úlcera, se tomaron biopsias para descartar *H. pylori* que resultaron negativas, asumiendo que la úlcera fue secundaria a la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) semanas previas al ingreso, prescritos por dolor articular. Se inició desde el diagnóstico tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), observando una cicatrización completa de la lesión ulcerosa en las posteriores endoscopias de control.

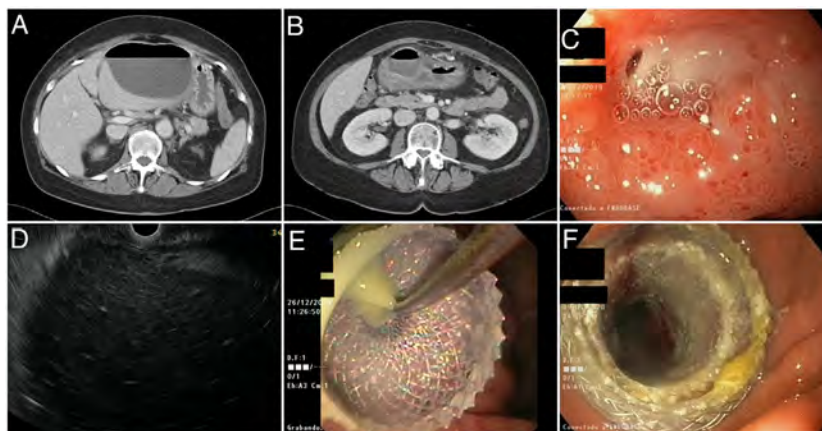
El drenaje guiado por ecoendoscopia, menos invasivo que el percutáneo o quirúrgico, se trata de un procedimiento cada vez más empleado en varias indicaciones. Las prótesis de aposición luminal son un tipo de prótesis metálicas más cortas que las convencionales y con sus extremos más anchos, lo que disminuye el riesgo de migración. Actualmente, son una de las prótesis más empleadas para el drenaje guiado por ecoendoscopia de la necrosis pancreática encapsulada infectada, con datos que sugieren que pueden ser superiores al drenaje con prótesis de plástico, aunque la evidencia al respecto no es firme. Tienen un diámetro suficiente para facilitar un drenaje adecuado e incluso realizar necrosectomía endoscópica a través de él<sup>1</sup>. También se han empleado con éxito para drenaje endoscópico de vía biliar (coledocoduodenostomía), tratamiento de colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo quirúrgico (colecistogastrostomía) y realizar gastroenteroanastomosis en pacientes con obstrucción al tracto de salida gástrico u otras indicaciones (posibilitar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica [CPRE] en pacientes con Y de Roux)<sup>2</sup>.

La incidencia de ingresos por úlcera péptica se encuentra en descenso. Su complicación más frecuente es la hemorragia digestiva. La perforación es menos común, suele manifestarse como un abdomen agudo con hallazgo en TC de neumoperitoneo y precisa cirugía urgente para su tratamiento en la mayoría de los casos. Menos frecuentemente, si la perforación se contiene por órganos vecinos o si tratamientos concomitantes interfieren su curso clínico, puede presentarse de forma más larvada dando lugar a un absceso intraabdominal<sup>3</sup>. Presentamos un caso de absceso intraabdominal secundario a úlcera duodenal perforada con presentación clínica atípica, que pudo resolverse

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.04.019>

0210-5705/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Hijos G, et al. Absceso secundario a úlcera péptica complicada resuelto mediante drenaje guiado por ecoendoscopia con prótesis de aposición luminal. Gastroenterol Hepatol. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.04.019>



**Figura 1** A-B) Imágenes de TC abdominal que manifiestan una colección hipodensa de gran tamaño con nivel hidroaéreo compatible con absceso, que muestra contacto con el lóbulo hepático izquierdo y con el antro gástrico. C) Primera gastroscopia. Úlcera en bulbo duodenal con un orificio en su interior sugestivo de perforación. D) Imagen de ecoendoscopia de la colección abdominal desde el antro gástrico. E) Momento de implantación de la prótesis de aposición luminal Hot-Axios® con drenaje de material purulento. F) Revisión a la semana, prótesis abierta que permite acceso a una cavidad ya sin material purulento.

completamente mediante la inserción de una prótesis de aposición luminal. La evidencia respecto a esta técnica para el drenaje de colecciones intraabdominales no pancreáticas es escasa, principalmente se ha empleado para colecciones post-quirúrgicas, con buen resultado<sup>4</sup>. Recientemente, una serie española de 18 abscesos intraabdominales no pancreáticos ni postquirúrgicos reportó unas altas tasas de éxito técnico y clínico (ambas 88.9%) del drenaje por ecoendoscopia, incluyendo ocho prótesis de aposición luminal y 10 prótesis metálicas o plásticas convencionales<sup>5</sup>. Mediante este caso, planteamos que esta técnica puede ser útil para manejar abscesos intraabdominales, siendo necesarios estudios controlados.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

### Bibliografía

1. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management of Pancreatic Necrosis. *Gastroenterology*. 2020;158:67–75, e1.

2. Mussetto A, Fugazza A, Fuccio L, Triossi O, Repici A, Anderloni A. Current uses and outcomes of lumen-apposing metal stents. *Ann Gastroenterol*. 2018;31:535–40.
3. Ashfaq A, Chapital AB. Chronic subclinical perforation of a duodenal ulcer presenting with an abdominal abscess in a patient with seronegative rheumatoid arthritis. *BMJ case reports*. 2015:2015.
4. Mudireddy PR, Sethi A, Siddiqui AA, Adler DG, Nieto J, Khara H, et al. EUS-guided drainage of postsurgical fluid collections using lumen-apposing metal stents: a multicenter study. *Gastrointest Endosc*. 2018;87:1256–62.
5. Carbajo AY, Brunie Vegas FJ, Garcia-Alonso FJ, Cimavilla M, Torres Yuste R, Gil-Simon P, et al. Retrospective cohort study comparing endoscopic ultrasound-guided and percutaneous drainage of upper abdominal abscesses. *Dig Endosc*. 2019;31:431–8.

Gonzalo Hijos<sup>a,\*</sup>, Daniel Abad<sup>a</sup>, Viviana Laredo<sup>a</sup>, Enrique Alfaro<sup>a</sup>, Pablo Cañamares<sup>b</sup>, Sandra García<sup>a</sup>, Raúl Velamazán<sup>a</sup>, María Hernández<sup>a</sup>, Nuria Saura<sup>a</sup> y Carlos Sostres<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Hospital San Jorge, Huesca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gonzahijos@gmail.com](mailto:gonzahijos@gmail.com) (G. Hijos).