



REVISTA MEXICANA DE

ISSN 2007-9346

CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

ABRIL - JUNIO
Vol. 13 No. 2, 2024

2

EDITORIALES

Complicaciones en cirugía:
¿cómo evitarlas?, ¿cómo resolverlas? y ¿cómo informarlas?
Oscar Chapa-Azuela

Vacunación contra VPH para
prevención del cáncer epidermoide anal
Ulises Rodríguez-Wong,
Gayne Ruby Medina-Murillo, Ulises Rodríguez-Medina

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

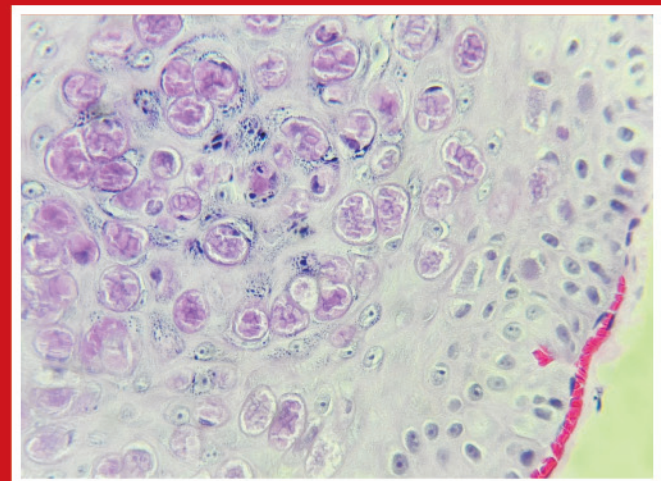
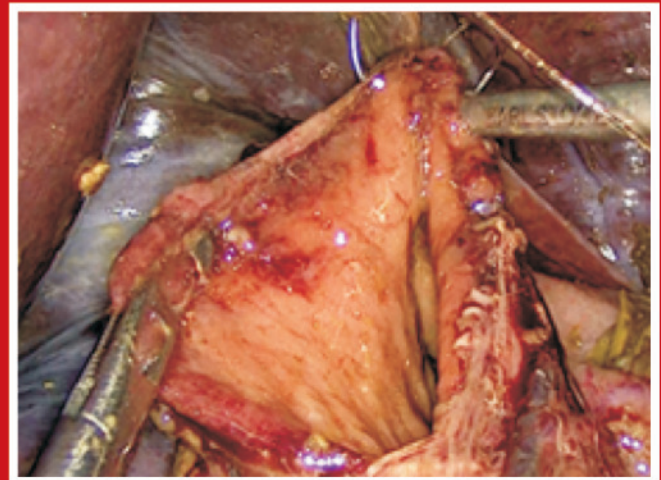
¿La enfermedad intestinal inflamatoria representa
un nuevo riesgo para cáncer de cuello de útero?
Revisión en conjunto
Víctor Manuel Vargas-Hernández, Víctor Manuel Vargas-Aguilar,
Kathy Flores-Barrios, Ricardo González-Castillo

Abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong

CASOS CLÍNICOS

Molusco contagioso perianal recidivante
Gayne Ruby Medina-Murillo,
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong

Perforación gástrica secundaria a ingesta masiva de
alimentos en paciente con balón intragástrico ingerible:
Reporte de caso
Elizabeth Báez-Valbuena, Alejandro Lira-Cerda,
Eduardo Prado-Orozco, Stefano Minutti-Galeazzi,
Ernesto Salgado-Sánchez, Alfonso Robredo-Galindo



www.amcad.com.mx



ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, A.C.

XIV CONGRESO INTERNACIONAL

“Dr. Alejandro Aceff González”

Agosto 15-17, 2024, León, Guanajuato, México

Precongreso 14 de agosto 2024

“Por la excelencia de la Cirugía del Aparato Digestivo mediante una práctica científica”

Comité Organizador

Presidente

Dr. Oscar Chapa Azuela

Vicepresidente

Dr. Juan Miguel Abdo Francis

Secretario

Dr. Jorge Alejandro Vázquez Carpizo

Coordinador del Comité Científico

Dr. Javier Melchor Ruan

Relaciones Internacionales

Dr. Eduardo Esteban Montalvo Javé

Actividades

Simposios

Conferencias Magistrales

Reuniones virtuales mensuales (Vía Zoom)

Talleres

Trabajos libres: video, oral y cartel

Puntaje para recertificación



Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

ABRIL-JUNIO, 2024
Vol. 13, No. 2

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, A. C.

**MESA DIRECTIVA
2023-2024**

PRESIDENTE

Acad. Dr. Oscar Chapa Azuela

VICEPRESIDENTE

Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis

SECRETARIO

Dr. Jorge Alejandro Vázquez Carpizo

TESORERO

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong

CONSEJO CONSULTIVO

Acad. Dr. Javier García Álvarez
Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong
Acad. Dr. Gonzalo Torres Villalobos
Acad. Dr. Quintín Héctor González Contreras

VOCAL DEL CONSEJO CONSULTIVO

Acad. Dr. Alejandro Aceff González

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Javier Melchor Ruan

COMITÉ DE RELACIONES INTERNACIONALES

Dr. Eduardo Montalvo Javé, FACS

COMITÉ EDITORIAL Y PÁGINA WEB

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong, FICS

RELACIONES CON SEDES UNIVERSITARIAS

Dr. Alejandro Rodríguez Baez

**REVISTA MEXICANA DE
CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO**

Publicación Trimestral

DIRECTOR

Acad. Dr. Oscar Chapa Azuela

EDITOR EN JEFE

Dr. Ulises Rodríguez Wong

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Armando Vargas Domínguez
Dr. Alejandro Aceff González
Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Dr. Eduardo Prado Orozco
Dr. Eduardo Montalvo Javé
Dr. Javier García Álvarez
Dr. Ulises Rodríguez Wong
Dr. Gonzalo Torres Villalobos
Dr. Quintín Héctor González Contreras

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, Año 13, Vol. 13, Núm. 2, Abril-Junio 2024, es una publicación trimestral editada por la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C. Calle Tlaxcala No. 161, Int. 501, Col. Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06170, Tels. 55 5286-9218 y 55 5211-4019. Correo electrónico: revista.amcad@hotmail.com. Editor responsable: Dr. Ulises Rodríguez Wong. Reserva de Derecho al Uso Exclusivo: 04-2021-091317214200-102. ISSN: 2007-9346. Licitud de Título y Contenido: En trámite.

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico, impresión y acabado por CASA EDITORIAL. Calzada de los Misterios No. 559, Col. Industrial. C.P. 07800. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Correo electrónico: g.rosales.j@hotmail.com. Este número se terminó de imprimir en Junio de 2024.

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las recomendaciones de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

Derechos reservados para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre Derechos de Autor. Copyright©
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación, sin previa autorización del Editor y mención de la fuente.
Suscripción anual \$ 400.00 M.N. Suscripción para el extranjero \$ 20.00 US dólares, favor de enviar cheque o giro postal a nombre de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.



Contenido

EDITORIALES

- Complicaciones en cirugía:
¿cómo evitarlas?, ¿cómo resolverlas? y ¿cómo informarlas? 37**
Oscar Chapa-Azuela
- Vacunación contra VPH para
prevención del cáncer epidermoide anal 39**
Ulises Rodríguez-Wong,
Gayne Ruby Medina-Murillo, Ulises Rodríguez-Medina

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- ¿La enfermedad intestinal inflamatoria representa un
nuevo riesgo para cáncer de cuello de útero?
Revisión en conjunto 41**
Víctor Manuel Vargas-Hernández, Víctor Manuel Vargas-Aguilar,
Kathy Flores-Barrios, Ricardo González-Castillo
- Abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico 48**
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong

CASOS CLÍNICOS

- Molusco contagioso perianal recidivante 52**
Gayne Ruby Medina-Murillo,
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong
- Perforación gástrica secundaria a ingesta masiva de
alimentos en paciente con balón intragástrico ingerible.
Reporte de caso 56**
Elizabeth Báez-Valbuena, Alejandro Lira-Cerda,
Eduardo Prado-Orozco, Stefano Minutti-Galeazzi,
Ernesto Salgado-Sánchez, Alfonso Robredo-Galindo



Contents

EDITORIALS

- Complications in surgery:
How to avoid them? How to resolve them? and how to report them? 37**
Oscar Chapa-Azuela
- HPV vaccination to
prevent anal epidermoid cancer 39**
Ulises Rodríguez-Wong,
Gayne Ruby Medina-Murillo, Ulises Rodríguez-Medina

REVIEW ARTICLES

- Does inflammatory bowel disease represent
a new risk for cervical cancer?
Joint review..... 41**
Victor Manuel Vargas-Hernández, Víctor Manuel Vargas-Aguilar,
Kathy Flores-Barrios, Ricardo González-Castillo
- Acute abdomen secondary to perinephritic abscess 48**
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong

CLINICAL CASES

- Recurring perianal contagious mollusc 52**
Gayne Ruby Medina-Murillo,
Ulises Rodríguez-Medina, Ulises Rodríguez-Wong
- Gastric perforation due to massive food ingestion
in a patient with intragastric ingestible balloon.
Case report 56**
Elizabeth Báez-Valbuena, Alejandro Lira-Cerda,
Eduardo Prado-Orozco, Stefano Minutti-Galeazzi,
Ernesto Salgado-Sánchez, Alfonso Robredo-Galindo



Complicaciones en cirugía: ¿cómo evitarlas?, ¿cómo resolverlas? y ¿cómo informarlas?

Oscar Chapa-Azuela*

* Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo.

Complications in surgery: How to avoid them? How to resolve them? and how to report them?

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 2 / Abril-Junio, 2024 / p. 37-38

La Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, los días 30 y 31 de mayo de 2024, llevó a cabo su 2a. Reunión Regional en el Hospital Ángeles Centro Sur de la Ciudad de Querétaro, la cual coincidió con el primer aniversario de funcionamiento del hospital en donde además de sus modernas instalaciones se contó con la amable hospitalidad de la Dra. Raquel Ocampo, directora general del mismo.

El tema de la Reunión giró en torno a las complicaciones en cirugía, ¿cómo evitarlas y cómo resolverlas? Se invitó a 29 expertos de las diferentes áreas de la Cirugía del Aparato Digestivo a compartir su experiencia en torno a dichas complicaciones. Se contó además con la colaboración de los doctores Jorge Vázquez Carpizo y Erick Rodrigo Conde Cadena como coordinadores regionales, sin la cual el éxito de la Reunión no habría sido posible, así como la presencia de 101 asistentes y diez participantes de la industria farmacéutica en la exposición comercial.

La doctora Elena López Gavito impartió una conferencia magistral en la que se abordó el tema de las consecuencias legales de las complicaciones en cirugía, y el doctor Fernando Rodríguez Salgado interpretó un monólogo sobre “El Cirujano y sus complicaciones” cuyo mensaje fue que “no hay individuo más solitario en el mundo que un cirujano con su paciente complicado”.

Para intentar contestar a la primera pregunta sobre, cómo evitar las complicaciones en cirugía:

- Se planteó que, primero y antes de decidir cualquier procedimiento quirúrgico diagnóstico o terapéutico se debe estar seguro de haber protocolizado correctamente al paciente y tomar en cuenta su enfermedad, y, sobre todo sus características personales para individualizar el manejo y tratamiento de paciente enfermo (un traje a la medida).
- Segundo, se utilizarán además los dos primeros conceptos de la definición de un experto en cualquier ámbito de la cirugía: (1) Contar con una instrucción formal en el área y (2) contar con curvas de aprendizaje superadas en los diferentes procedimientos que abarca su especialidad. Además, se debe asumir que ninguna cirugía por pequeña que sea está exenta de complicaciones y es pertinente recordar qué dentro de los derechos del médico, *el enunciado número 4* menciona que el Cirujano se abstendrá de garantizar los resultados. Por lo tanto, lo único que el cirujano puede y debe garantizar a su paciente es: “Saber hacer lo que dice que va a hacer (evitar la impericia, actuar con ética profesional) y que siempre estará atento a su evolución (evitar la negligencia)”.

A propósito de la segunda pregunta sobre cómo resolver las complicaciones: Se utilizarán los siguientes elementos de la definición de un Cirujano experto:

- El médico deberá estar sometido a una exposición continua de casos de su especialidad; estar integrado a un equipo multidisciplinario (anestesiólogo, endoscopista, radiólogo, intensivista, infectólogo, patólogo, nutriólogo, etc.).

Correspondencia:

Acad. Dr. Oscar Chapa-Azuela
Correo electrónico: clinicadepancreas@gmail.com

- Deberá tener la capacidad de identificar tempranamente las complicaciones propias de la enfermedad, así como de los procedimientos que realiza para resolverlos en tiempo y forma; y contar con un registro del número de casos realizados con su respectiva morbilidad y mortalidad.
- Entre las características adicionales de un Cirujano experto se pueden mencionar, además que, debe tener la capacidad de generar conocimientos nuevos en su área con base en su experiencia, actualización médica continua, presencia en foros nacionales e internacionales, disposición para la formación de recursos humanos (residentes de especialidad y alta especialidad) y la capacidad de gestionar recursos para la creación de la infraestructura necesaria para el desarrollo de su actividad.

Finalmente, para responder la última pregunta acerca de cómo informar las complicaciones:

- Se ha de informar al paciente y sus familiares que existe una Sesión preoperatoria con ellos, en la cual se debe llenar el Consentimiento informado sobre los riesgos, beneficios y alternativas al tratamiento propuesto como lo establece la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico Número 004.
- En el caso de las complicaciones del transoperatorio o el posoperatorio siempre deberá informarse, al paciente y a sus familiares, de manera personal por parte del cirujano y con apego a la realidad. Así mismo y por sobre todo el médico no debe dudar solicitar el apoyo (en cualquier momento) de otro médico especialista con mayor experiencia en el manejo de determinada complicación. Es importante recordar que sin importar el apoyo recibido por el equipo multidisciplinario “la responsabilidad del Cirujano es intransferible”.

Por otro lado, no queda más que invitar a los lectores de esta Editorial al XIV Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo que se llevará a cabo los días 15, 16 y 17 de agosto de 2024 en la Ciudad de León Guanajuato con sede en el Hospital Aranda de la Parra. La temática del Congreso será sobre “Técnica y Tecnología en Cirugía”, se contará con la presencia de renombrados invitados nacionales e internacionales.

¡Los esperamos!

Acad. Dr. Oscar Chapa Azuela
Presidente de la AMCAD





Vacunación contra VPH para prevención del cáncer epidermoide anal

Ulises Rodríguez-Wong,* Gayne Ruby Medina-Murillo,** Ulises Rodríguez-Medina***

* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Lindavista y Hospital Ángeles Metropolitano. Maestro en Ciencias de la Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

** Dermatóloga. Hospital Ángeles Lindavista. Profesora de Dermatología, Facultad de Medicina de la UNAM.

*** Médico Cirujano. Universidad La Salle, Maestro en Organización de Establecimientos de Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas. Médico Residente de Medicina Interna, University of New Mexico Hospital, USA.

HPV vaccination to prevent anal epidermoid cancer

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 2 / Abril-Junio, 2024 / p. 39-40

La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) es una medida preventiva crucial no solo para el cáncer de cuello uterino y también para otros tipos de cáncer, incluido el cáncer epidermoide anal. Este tipo de cáncer, aunque menos común, es una preocupación significativa de salud pública y afecta tanto a hombres como a mujeres.¹

El cáncer epidermoide anal es un tipo de cáncer que se desarrolla en el revestimiento del canal anal. La mayoría de los casos de cáncer anal están relacionados con la infección por el VPH, especialmente con las cepas 16 y 18, que son conocidas por su alta oncogenicidad. Estas cepas son responsables de aproximadamente el 90% de los casos de cáncer anal relacionado con el VPH.²

Las vacunas disponibles contra el VPH, como Gardasil 9, están diseñadas para proteger contra múltiples cepas del virus, incluidas las cepas 16 y 18. Al prevenir la infección inicial por estas cepas, la vacunación reduce significativamente el riesgo de desarrollar cáncer epidermoide anal.

Estudios han demostrado que la vacunación contra el VPH es eficaz para reducir la incidencia de lesiones precancerosas anales, conocidas como neoplasias intraepiteliales anales (AIN). Las AIN de alto grado (AIN 2 y AIN 3) son precursoras del cáncer anal. La vacunación puede prevenir la progresión de estas lesiones a cáncer invasivo.³

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) son un grupo de alto riesgo para el cáncer anal relacionado con el VPH. La prevalencia del VPH en esta población es elevada, y la incidencia de cáncer anal es significativamente mayor en comparación con la población general. La vacunación en este grupo puede tener un impacto considerable en la reducción de la incidencia de cáncer anal.

Las personas que viven con VIH también tienen un mayor riesgo de infección persistente por VPH y, por ende, de desarrollar cáncer anal. La inmunosupresión asociada con el VIH permite que el VPH cause más daño, lo que aumenta la necesidad de intervenciones preventivas como la vacunación.

Organizaciones como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan la vacunación contra el VPH para preadolescentes (tanto niñas como niños) entre los 9 y 12 años, antes de la exposición al virus. También se recomienda la vacunación para adolescentes y adultos jóvenes que no han sido vacunados previamente, hasta los 26 años, y para ciertos grupos de mayor riesgo hasta los 45 años.

La vacunación contra el VPH es una estrategia eficaz para prevenir el cáncer epidermoide anal, especialmente en poblaciones de alto riesgo como HSH y personas con VIH. Al prevenir infecciones por cepas oncogénicas del VPH, la vacunación reduce la incidencia de lesiones precancerosas y cáncer anal. La implementación de

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong

Tepic, Núm. 113, Int. 611. Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México
Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

programas de vacunación amplia y la educación sobre la importancia de esta vacuna son fundamentales para reducir la carga de esta enfermedad.

La prevención del cáncer epidermoide anal a través de la vacunación contra el VPH representa una intervención de salud pública crítica, con el potencial de salvar vidas y mejorar la calidad de vida de muchas personas en todo el mundo.

REFERENCIAS

1. Rodríguez-Wong U, Medina-Murillo R. Virus del papiloma humano y carcinoma epidermoide anal. *Rev Hosp Jua Mex* 2006; 73(2): 51-5.
2. Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, et al. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med* 2011; 365(17): 1576-85.
3. Baandrup L, Maltesen T, Dehlendorff C, Kjaer SK. Human papillomavirus vaccination and anal high-grade precancerous lesions and cancer—a real-world effectiveness study. *J National Cancer Inst* 2024; 116(2): 283-7.



¿La enfermedad intestinal inflamatoria representa un nuevo riesgo para cáncer de cuello de útero? Revisión en conjunto

Víctor Manuel Vargas-Hernández,* Víctor Manuel Vargas-Aguilar,†
Kathy Flores-Barrios,‡ Ricardo González-Castillo§

* Ginecólogo Oncólogo. AMC/ANMM/Clinica de Salud Femenina. † Ginecólogo Oncólogo. Hospital General de Poza Rica SS.
‡ Coordinadora Académica. COMEGIC. § Cirujano Gastroenterólogo. Endoscopia, Práctica Privada.

Does inflammatory bowel disease represent a new risk for cervical cancer? Joint review

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 2 / Abril-Junio, 2024 / p. 41-47

RESUMEN

Antecedentes. La enfermedad intestinal inflamatoria (EII) comprende la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) que se asocian con mayor riesgo de cánceres gastrointestinales y extraintestinales; relacionados con inflamación crónica y exposición a inmunosupresores y predisponen a una proliferación celular anormal; favorecen la persistencia de infección por virus del papiloma humano (VPH) con riesgo de desarrollar lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) o progresar a cáncer de cuello de útero (CaCu).

Objetivo. Investigar el riesgo de SIL cervicales o CaCu en mujeres con EII.

Métodos. Se realizó una búsqueda en MEDLINE, EMBASE y Cochrane Library utilizando los términos *Medical Subject Heading*, como EII, CaCu, tamizaje, VPH, inmunosupresión, se incluyeron 37 artículos, para evaluar la asociación de SIL cervicales, CaCu y EII.

Resultados. Existe evidencia del aumento del riesgo de infección persistente por VPH en pacientes con EII que reciben terapias inmunosupresoras; los resultados para SIL cervicales y CaCu, son contradictorios y dependen de muchos factores asociados; solo se demostró un aumento del riesgo de SIL cervicales, con razón de riesgo (HR): 1,15; IC 95%: 1,04-1,28; en la EII. El riesgo de SIL de alto grado cervicales (HSIL) y CaCu, aumenta en pacientes con EII y la razón de riesgo HR fue 1,66; IC 95%: 1.21–2.25) y para SIL cervicales persistentes o recurrentes la HR fue 1.89; IC 95%: 1.06-3.38); el

ABSTRACT

Background. Inflammatory bowel disease (IBD) includes Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), which are associated with an increased risk of gastrointestinal and extraintestinal cancers; related to chronic inflammation and exposure to immunosuppressants and predispose to abnormal cell proliferation; favor the persistence of human papillomavirus (HPV) infection with the risk of developing squamous intraepithelial lesions (SIL) or progressing to cervical cancer (CaCu). **Objective.** To investigate the risk of cervical (SIL) or (CaCu) in women with IBD.

Methods. A search was performed in MEDLINE, EMBASE and Cochrane Library using the terms *Medical Subject Heading*, such as IBD, CaCu, screening, HPV, immunosuppression, 37 articles were included, to evaluate the association of cervical (SIL), (CaCu) and (IBD).

Results. There is evidence of increased risk of persistent (HPV) infection in IBD patients receiving immunosuppressive therapies; the results for cervical SIL and CaCu are contradictory and depend on many associated factors; only an increased risk of cervical SIL was demonstrated, with a hazard ratio (HR): 1.15; 95% CI: 1.04-1.28; in IBD. The risk of high-grade cervical SIL (HSIL) and CaCu increases in patients with IBD and the hazard ratio HR was 1.66; 95% CI: 1.21–2.25) and for persistent or recurrent cervical SIL the HR was 1.89; 95% CI: 1.06–3.38); treatment with immunosuppressants increases even more. In the (EC), the (HR: 1.36;

Correspondencia:

Dr. Víctor Manuel Vargas-Hernández
Tel.: 55 5217-9782. Correo electrónico: vvargashernandez@yahoo.com

tratamiento con inmunosupresores incrementa aún más. En la EC, la (HR: 1.36; IC 95%: 0.83-2.23) y en CU la HR: 0.95; (IC 95%: 0.72-1.25), principalmente en geripáusicas, tuvo una HR de 3.65 (IC 95%: 1.54-8.66). **Conclusiones.** No se identificó un aumento del riesgo de CaCu, sólo se incrementó las SIL cervicales, en comparación con la población general; pero este grupo de pacientes requiere tamizaje para CaCu principalmente en etapa de la geripausa.

Palabras clave. Cáncer de cuello de útero, enfermedad inflamatoria intestinal, tamizaje, virus del papiloma humano, inmunosupresión, geripausa.

95% CI: 0.83-2.23) and (CU) the HR: 0.95; (95% CI: 0.72-1.25), mainly in geripausal patients, had an HR of 3.65 (95% CI: 1.54-8.66).

Conclusions. An increased risk of CaCu was not identified, only cervical (SIL) was increased, compared to the general population; but this group of patients requires screening for CaCu mainly in the geripause stage.

Keywords. Cervical cancer, inflammatory bowel disease, screening, human papillomavirus, immunosuppression, geripause.

ANTECEDENTES

El cáncer de cuello de útero (CaCu) es el cuarto tipo de cáncer más común; con 604,127 casos nuevos y 341,831 muertes cada año, en todo el mundo; la gran mayoría ocurre en países emergentes donde ocupa el segundo lugar.^{1,2} La enfermedad intestinal inflamatoria (EII) es un término general para las enfermedades inflamatorias crónicas o remitentes/recurrentes del tracto intestinal y generalmente se refiere a la colitis ulcerosa (CU) (Figura 1) y la enfermedad de Crohn (EC) (Figuras 2 y 3)³ se asocian con un mayor riesgo de neoplasias malignas gastrointestinales y extraintestinales,⁴ debido a la inflamación crónica y a la exposición a tratamientos inmunosupresores a largo plazo, es más frecuente en EC que en CU (61 vs. 21%, $p < 0.001$), que predisponen a proliferación celular anormal.^{5,6}

En pacientes con EII algunos estudios sugieren un mayor riesgo de lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) cervicales

y CaCu,⁷⁻¹¹ que se incrementan, cuando tienen factores de riesgo (FR), como tabaquismo, uso prolongado de anticonceptivos orales (AO), multiparidad, inicio de la vida sexual a edad temprana o edad temprana del primer embarazo, estados de inmunosupresión;¹² el factor etiológico del CaCu, es la infección persistente por virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-ar); aunque, la mayoría de infecciones por este, se depuran espontáneamente en el transcurso de meses a pocos años, mientras, otras persisten y progresan o se mantienen latentes. El mecanismo del VPH causante del CaCu es complejo e involucra importantes proteínas, en particular E6 y E7, que desempeñan un papel fundamental en la inactivación de las proteínas supresoras de tumores p53 y pRb; existe controversia porque algunas mujeres eliminan su infección y otras no.¹³⁻¹⁹ Los cambios inmunológicos subyacentes en la EII o su tratamiento con inmunosupresores pueden conducir a un mayor riesgo de SIL o CaCu debido a la alteración de la capacidad para eliminar las infecciones por VPH y hacerse persistente.²⁰

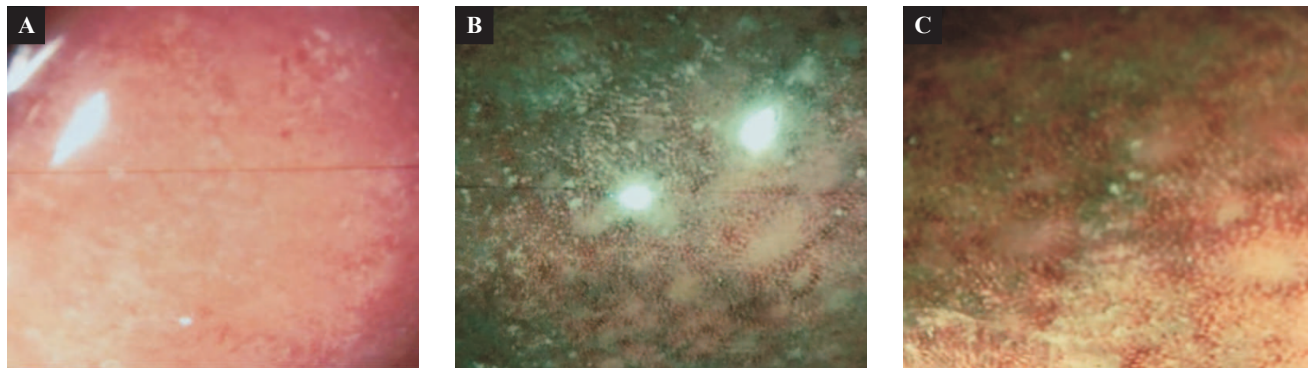


Figura 1. En la endoscopia colónica: se observan en recto (A) ulceraciones y eritema; con la mucosa congestiva, en sigmoides (B) presencia de eritema y ulceraciones, la mucosa del colon transverso (C) con eritema; y el reporte histopatológico de las biopsias es de colitis ulcerativa.

Asociación de la enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer de cuello de útero

En las pacientes hospitalizadas por alguna complicación relacionada con EII durante la valoración general se ha identificado un CaCu incidentalmente; determinando que las pacientes con EII tienen un mayor riesgo de este, que la población en general.²¹ El riesgo de SIL cervicales aumenta en pacientes con EII con mayor riesgo de SIL de alto grado (HSIL) y CaCu con razón de riesgo (HR) 1.66; IC 95 %: (1.21-2.25) y SIL cervicales persistentes o recurrentes durante el seguimiento la HR fue 1.89; IC 95 %: 1.06-3.38);^{22,23} el tratamiento con inmunosupresores incrementa aún más el riesgo.²³⁻²⁹

Se demostró un mayor riesgo de CaCu durante el tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) (HR: 1.65; IC 95%: 1.05-2.58), sin aumento del riesgo en pacientes con EII tratadas con este mismo inhibidor

(HR: 1.19; IC 95%: 0.64-2.21) o inmunomoduladores (HR: 0.96; IC 95%: 0.61-1.50); sin embargo se incrementó el riesgo de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales; las pruebas de tamizaje en pacientes con EII, el CaCu tuvo una HR de 1.56 (IC 95 %: 0.97-2.50) principalmente en la CU y mujeres geripáusicas ≥ 65 años;²³⁻²⁵ con HR 3.65 (IC; 1.54-8.66); en estas con CU recién diagnosticada se recomienda continuar con pruebas de tamizaje para la detección de CaCu.^{20,26-31}

Factores de riesgo (FR) para CaCu en mujeres con colitis ulcerativa

Las mujeres con CaCu tenían una edad mayor al momento del diagnóstico (53.19 ± 18.3 vs. 43.4 ± 16.52 años), con mayor proporción de mujeres con nivel socioeconómico bajo (50 vs. 27.1%) y mayor en áreas marginadas (19,2%) frente a (7.9%) de mujeres sin CaCu. Para mujeres con CU,

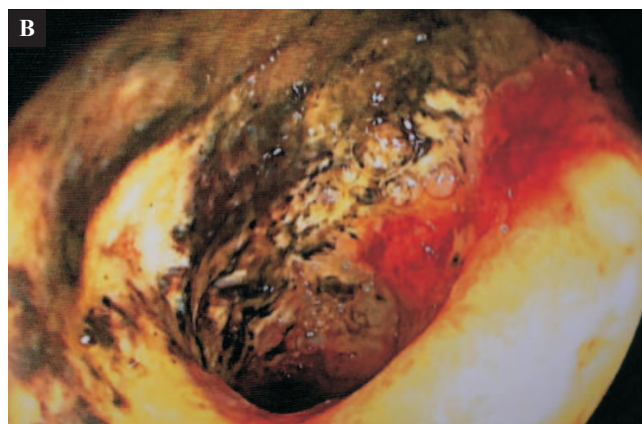
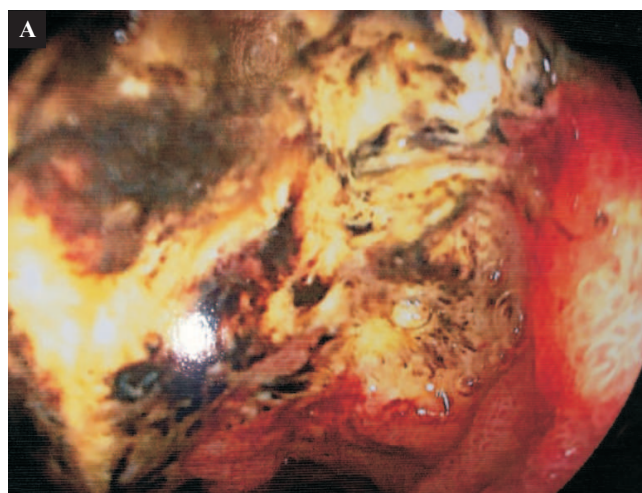


Figura 2. Colonoscopia de enfermedad de Crohn con la presencia de úlceras de pequeño tamaño en la mucosa intestinal, aftosas, fisuras pseudomembranosas.

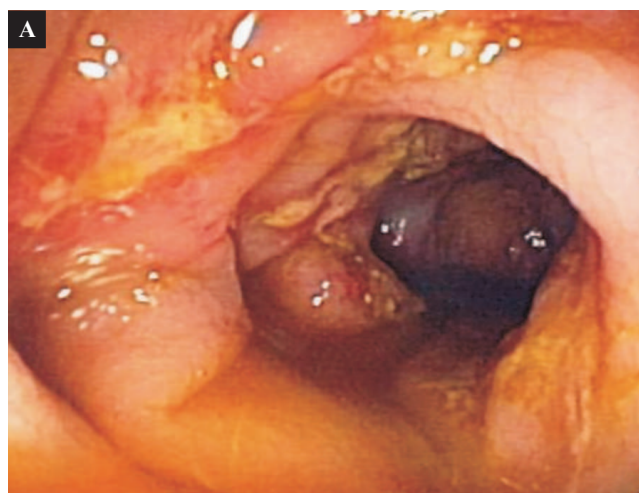


Figura 3. Enfermedad de Crohn; mucosa del colon con inflamación severa (A) y ulceraciones que invaden parte de la circunferencia (B).

mayores de 40 años y vivir en áreas marginadas fueron FR para el CaCu.^{4,10,11,16,22,24} Las variables para el riesgo de CaCu incluyeron comorbilidades, nivel socioeconómico, área residencial y el índice de comorbilidad; como hipertensión arterial sistémica (HAS),¹¹ diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad vascular cerebral (EVC),^{18,19} enfermedad cardiovascular (ECV) y colangitis, la HR para CaCu reportan un valor de $p < 0.05$ significativo.²³⁻²⁵ El 0.21% de mujeres con CU desarrollaron CaCu, y 0.14 mujeres sin CU desarrollaron CaCu. La incidencia de CaCu fue 38.8 x 100,000 mujeres por año en pacientes con CU y 25.7 x 100,000 mujeres por año, respectivamente. La HR de CaCu en mujeres con CU y sin CU fue 2.04 (1.33-2.98) y 1.35 (1.00-1.77), respectivamente.³²⁻³⁴

DISCUSIÓN

En estudios de 27,408 mujeres recién diagnosticadas con EII (CU y EC) y 1,508,334 de mujeres sanas, controles sin EII la probabilidad de diagnosticar SIL cervical en la EII, los resultados son contradictorios en cuanto a una posible asociación, los cambios inmunológicos subyacentes o el uso de inmunosupresores en la EII no eliminan las infecciones por VPH, aumentando así su riesgo de desarrollar SIL o CaCu; la tasa de incidencia de CaCu en mujeres con CU fue mayor que en mujeres sin CU (38.8 por 100,000 mujeres al año frente a 25.7 por 100,000 mujeres al año). Las mujeres con EC tenían una incidencia con de tasa 26 y 28% más de LSIL (lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado) y HSIL (lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado) respectivamente y 53% mayor de CaCu en comparación con mujeres sin CU.^{4,6,7,11,16,22}

En las mujeres con CU aumentó 12 a 15% el riesgo de desarrollar HSIL, en comparación con mujeres sin CU con HR para LSIL, 1.15; IC 95%, 1.00-1.32; para HSIL, 1.12; IC 95%, 1.01-1.25), pero no hubo un aumento significativo en el riesgo de CaCu, las mujeres recién diagnosticadas con EII tienen mayor probabilidad de haber sido diagnosticadas con SIL cervicales 10 años previos; que indica la susceptibilidad en la EII y el desarrollo de SIL cervicales, en lugar de un papel etiológico de la EII o su tratamiento en el desarrollo de estas.²¹

Las mujeres con CU tuvieron aumento de LSIL la HR, (1.15; IC 95 %, 1.00-1.32) y HSIL, HR, (1.12; IC 95 %, 1.01-1.25), mientras que las pacientes con EC tuvieron aumento de LSIL con HR fue 1.26; IC 95 %, 1.07-1.48), para HSIL la HR, fue 1.28; IC 95 %, 1.13-1.45) y CaCu la HR fue 1.53; IC 95 %, 1.04–2.27. La HR para CaCu aumento de 1 a 9 años antes del diagnóstico de CU, en comparación con las mujeres sin CU la HR, fue 2.78; IC 95 %, 2.12-3.64) y en la EC (OR, 1.85; IC 95 %, 1.08-3.15).^{4,6,7,11,16,22,30,32,33}

Las pacientes con CU tienen defectos en el sistema inmunitario innato y adaptativo, incluidos defectos en las células T. El deterioro de la función de las células T dificulta la atracción de las células presentadoras de antígenos citotóxicos causa problemas en el desencadenamiento de las respuestas inmunitarias contra el VPH, además la infección persistente por VPH.^{4,19,22} La infección por VPH se asocia con la progresión de HSIL a CaCu, este proceso un tiempo medio desde la infección por VPH hasta el diagnóstico HSIL es de 9.4 ± 4.1 años y la progresión a CaCu 10 a 20 años, dependiendo del genotipo; la mediana de tiempo desde la adquisición del VPH hasta la detección del CaCu osciló entre 17.5 y 26 años. El CaCu se puede prevenir mediante la detección mediante la identificación y el tratamiento de HSIL. Por lo general, las pruebas de detección del VPH cada 5 años previenen el CaCu, un estudio en mujeres con EII tienen menos probabilidades de hacerse pruebas de tamizaje y 54% de ellas se realiza solo prueba de Papanicolaou (Pap) regular.^{15,31,33,34-37} La evidencia no es concluyente entre la asociación de EII y CaCu, los FR de CaCu en pacientes con EII la de detección y prevención, mejoran los resultados para esta población y determinar el riesgo de CaCu en pacientes recién diagnosticadas con EII.^{6,9}

Esta revisión sobre el riesgo de CaCu en EII, encontró un aumento no estadísticamente significativo con una HR de 1.24 (IC del 95%: 0.94-1.63); sin evidencia de aumento del riesgo con el tratamiento de la EII, solo se identificó mayor riesgo de LSIL en pacientes con EII con razón, HR 1.15 (IC 95%: 1.04-1.28). En EII, la incidencia de citología o prueba de Pap cervical anormal comparado con mujeres sin EII fue de 42.5% vs. 7%, respectivamente ($P < 0.001$); las pacientes con EII tenían más probabilidades de tener HSIL ($P < 0.001$).^{10,35-37} El tratamiento médico de EII, incluye tasas mayores de VPH por la alteración inmunitaria e inmunosupresión, sin aumentar el riesgo en estas mujeres, incluso con exposición a inmunomoduladores.^{25,28}

La mayor frecuencia de Pap en pacientes con EII daría como resultado hallazgos incidentales más frecuentes de LSIL, que aún no se han convertido en HSIL; sin mayor riesgo de CaCu en pacientes con EII y no respalda la necesidad de aumentar la detección de pacientes con EII, solo se requieren prácticas de prevención más específicas, en particular la vacunación contra el VPH,²² en la EC y la CU, el grado de lesión e impacto de la exposición al tratamiento médico, no aumentó el riesgo de HSIL y CaCu en pacientes con EII en comparación con la población general, solo un mayor riesgo de LSIL en pacientes con EII. La tasa de incidencia de CaCu en mujeres con CU es mayor que sin CU (38.8 x 100,000 mujeres por año frente a 25.7 x 100,000 mujeres por año). La HR del CaCu en pacientes con CU fue mayor que en la población general (HR 2.04; IC del 95%: 1.33 a 2.98).²⁹

La CU es una condición rara; la atención médica proporciona métodos de prevención adecuados o detección de comorbilidades a estas pacientes. Se recomienda que las mujeres entre 30 y 69 años se realicen Pap y VPH cada tres años. Si ambas pruebas son negativas, el intervalo de detección se puede ampliar a cada cinco años. Las mujeres con resultados anormales requieren más pruebas de diagnóstico y tratamiento, y mayores tasas de vacunación contra el VPH,^{25,27} el riesgo mayor de CaCu en geripáusicas con CU se atribuye a que no fueron vacunadas contra el VPH y suspensión de detección de CaCu.

Por lo general, se recomienda comenzar la detección del CaCu a los 25 años porque el riesgo de desarrollarlo es bajo en mujeres menores de esta edad,³⁷ además se recomienda tomar pruebas de VPH primarias cada cinco años hasta la edad de 65 años,³⁵⁻³⁶ sin suspender las pruebas de tamizaje para la detección de CaCu en pacientes infectadas por VIH, incluso si tienen más de 65 años.²⁵

Los inmunosupresores no contribuyen significativamente a las HSIL en pacientes con CU.^{27,29,31,32,34,35} El tratamiento con terapias comunes para la EII, como azatioprina, mesalamina y corticosteroides, no afectó las tasas de HSIL, pero las mujeres con EC que habían usado antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa tuvieron un aumento de 85% en las HSIL.

La CU de inicio en la edad avanzada es FR para CaCu, y se presenta al momento del diagnóstico de CU y durante el período de seguimiento, es importante realizar un tamizaje adecuado del CaCu y continuarlo más allá de la edad en la que se recomienda suspenderlo (Figura 4).

CONCLUSIONES

La asociación entre EII, con lesiones cervicales, sin relación con los programas de tamizaje, solo se explica, por la presencia de la infección por VPH persistente, principalmente

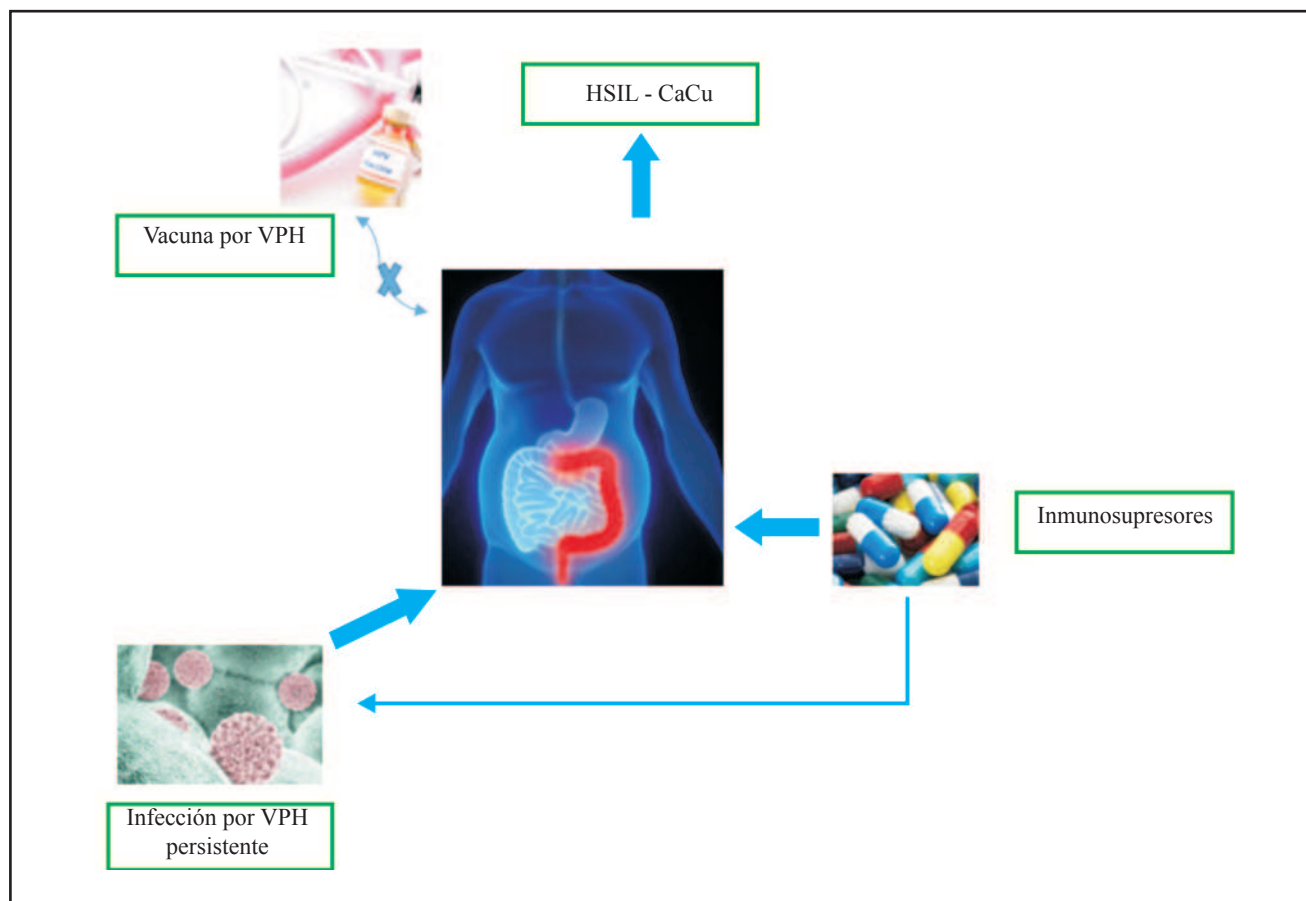


Figura 4. Posible patogénesis de la infección por VPH y EII. La EII considerada como una alteración del sistema inmunitario que requiere tratamiento inmunosupresor, se relaciona con la infección persistente por VPH, principalmente en mujeres en transición a la menopausia, quienes, además de no haber sido inmunizadas al momento de la edad de la población blanco para la vacuna contra el VPH, resultan en la reactivación de la infección por VPH con potencial desarrollo de SIL y riesgo de progresar a HSIL y CaCu.

en geripáusicas cuando se les diagnostica EII y requieren continuar con pruebas de detección para CaCu a largo plazo.

REFERENCIAS

- Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Uscanga-Sánchez SR, Ortiz de la Peña y Carranza A, Herbert-Núñez GS. Estimaciones mundiales de la incidencia y la mortalidad en la iniciativa mundial para la eliminación del cáncer de cuello uterino. *Rev Enf Tract Gen Inf* 2023; 17(2): 38-49.
- Sung H, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71: 209-49.
- Kucharzik T, Ellul P, Greuter T et al. ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis, and Management of Infections in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2021; 22(15): 879-913.
- Jara-Fernández L, Ferrer JA, Pérez-Calle JL, López-Serrano P. Is cervical dysplasia a major concern in women with inflammatory bowel disease? A Spanish retrospective study. *Rev Esp Enferm Dig* 2023. doi: 10.17235/reed.2023.9890/2023.
- Magro F, Peyrin-Biroulet L, Sokol H, Aldeger X, Costa A, Higgins PD, Joyce JC, Katsanos KH, Lopez A, de Xaxars TM, Toader E, Beaugerie L. Extra-intestinal malignancies in inflammatory bowel disease: results of the 3rd ECCO Pathogenesis Scientific Workshop (III). *J Crohns Colitis* 2014; 8(1): 31-44.
- Li M, Yang QF, Cao Q, Tang J, Gao Y, Zhi M, Chao K, Su ML, Huang WM, Yi Y, Xia SY, Huang LJ, Zhao Y, Wang XH, Liu XY, Lin L, Hu PJ, Gao X. High-risk human papilloma virus infection and cervical neoplasm in female inflammatory bowel disease patients: a cross-sectional study. *Gastroenterol Rep (Oxf)* 2019; 15, 7(5): 338-44.
- Marehbian J, Arrighi H.M, Hass S, et al. Adverse events associated with common therapy regimens for moderate-to-severe Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 2524-33.
- Hutfless S, Fireman B, Kane S, et al. Screening differences and risk of cervical cancer in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 28: 598-605
- Faye AS, Holmer AK, Axelrad JE. Cancer in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2022; 51(3): 649-66.
- Pedersen N, et al. Risk of extra-intestinal cancer in inflammatory bowel disease: Meta-analysis of population-based cohort studies. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 1480-7.
- Jung YS, Han M, Park S, Kim WH, Cheon JH. Cancer risk in the early stages of inflammatory bowel disease in Korean patients: A nationwide population-based study. *J Crohns Colitis* 2017; 11: 954-62.
- Vargas-Hernández VM, Muñoz-Cortés SB, Sam-Soto S. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino. *Rev ebf Tract Inf* 2018; 1(1-4): 41-9.
- IARC (2022). Cervical cancer screening. *IARC Handb Cancer Prev* 18: 1-456.
- Vargas-Hernández VM, López-Velázquez JL, Cruz-Martínez J, Romero-Hernández S. Avances recientes en virus del papiloma humano. *Rev Enf Tract Gen Inf* 2017; 10(1-4): 28-38.
- Revathidevi S, Murugan AK, Nakaoka H, Inoue I, Munirajan AK. APOBEC: A molecular driver in cervical cancer pathogenesis. *Cancer Lett* 2021; 496: 104-16.
- Ramachandran D, Dörk T. Genomic Risk Factors for Cervical Cancer. *Cancers (Basel)* 2021; 13(20): 5137.
- Evriarti PR, Yasmon A. Patogenesis Human Papillomavirus (HPV) pada Kanker Serviks. *Patogenesis HP* 2019. DOI:10.22435/jbmi.v8i1.2580
- Kim J, Jo H, Ha MC, Kim H, Lee JK, Han JH, Lee SH, Kang DR, Kim SY, Kim HS, Kim HM. Elevated risk of cervical cancer in elderly women with incident ulcerative colitis in South Korea. *Sci Rep* 2023; 13(1): 8323.
- Zabana Y, Calvet X. Relevance of patient-reported outcome measures (PROM) and patient-reported experience measures (PREM) to assess disease status and quality of care in patients with inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig* 2023; 115: 292-3.
- Goetgebuer RL, et al. Increased risk of high-grade cervical neoplasia in women with inflammatory bowel disease: A case-controlled cohort study. *J Crohns Colitis* 2021; 15: 1464-73.
- Bhatia J, et al. Abnormalities of uterine cervix in women with inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 6167-71.
- Brunner A, Kruis W, Schömig-Markiefka B, Morgenstern J, Engels M, Büttner R, Forner DM. Prevalence of abnormal Pap smear results in inflammatory bowel disease: a prospective. *J Cancer Res Clin Oncol* 2022; 148(11): 3071-9.
- Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM, Sánchez-Aguirre F, Alba-Jasso GA, Ferrer-Arreola LP, Santoyo-Haro S. Cáncer de cuello de útero en la geripausa. Tiempo de reflexionar. *Rev Tract Gen Inf* 2023; 17(2): 21-7.
- Moscicki AB, Flowers L, Huchko MJ, et al. Guidelines for cervical cancer screening in immunosuppressed women without HIV infection. *J Low Genit Tract Dis* 2019; 23(2): 87-101.
- Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, et al. British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2019; 68(Suppl 3): s1-s106.
- Burger, E. A. et al. Estimating the natural history of cervical carcinogenesis using simulation models: A CISNET comparative analysis. *JNCI, J Natl Cancer Inst* 2020; 112: 955-63.
- Dickinson JA, Ogilvie G, Van Niekerk D, Popadiuk C. Evidence that supports policies to delay cervical screening until after age 25 years. *CMAJ* (2017; 189: E380-E381.
- Balduzzi S, Rücker G, Schwarzer G. How to perform a meta-analysis with R: A practical tutorial. *Evid Based Ment Health* 2019; 22(4): 153-60.

29. Human Papillomavirus (HPV) Vaccination Rates, https://www.cdc.gov/board/board.eszmid=a20501000000&bid=0015&act=view&list_no=144398&nPage=1 (2020).
30. Bekos C, et al. Influence of age on histologic outcome of cervical intraepithelial neoplasia during observational management: Results from large cohort, systematic review, meta-analysis. *Sci Rep* 2018; 8: 1-10.
31. de Sanjose S, Brotons M, Pavon MA. The natural history of human papillomavirus infection. *Best Pract Res Clin Obstet. Gynaecol* 2018; 47: 2-13.
32. Ng SC, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet* 2017; 390: 2769-78.
33. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 5: Cd009069.
34. Ricci C, Scaldaferrri F, Colombo F, et al. Prevalence of cervical HPV and attitude towards cervical screening in IBD patients under immunomodulatory treatment: A multidisciplinary management experience. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2020; 24(2): 564-70.
35. Vargas-Hernández VM. Maximizing Screening for Cervical Cancer. *Ann Gynecol Cancer* 2021; 4(1): 100.
36. Vargas-Hernández VM, Vargas-Aguilar VM. Screening Tests and Support in Positive Human Papilloma Virus Tests. *Int J Onco Radiother* 2023; 4(1): 1-5.
37. Farraye FA, Melmed GY, Lichtenstein GR, Kane SV. ACG clinical guideline: preventive care in inflammatory bowel disease. *Off. J Am Coll Gastroenterol ACG* 2017; 112: 241-58.



Abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico

Ulises Rodríguez-Medina,* Ulises Rodríguez-Wong**

* Médico Cirujano. Universidad La Salle, Maestro en Organización de Establecimientos de Salud.
Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas. Médico Residente de Medicina Interna, University of New Mexico Hospital, USA.
** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Lindavista y Hospital Ángeles Metropolitano.
Maestro en Ciencias de la Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

Acute abdomen secondary to perinephritic abscess

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 2 / Abril-Junio, 2024 / p. 48-51

RESUMEN

El absceso perinefrítico, es una infección localizada en el espacio perinefrítico, que rodea al riñón y se encuentra entre la fascia renal y el propio riñón. Estos abscesos pueden extenderse desde la fascia de Gerota hasta los músculos psoas y *transversalis*, así como hasta la cavidad peritoneal y la pelvis. El abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico es una condición clínica seria que requiere una atención médica inmediata y adecuada. El reconocimiento temprano de los síntomas mediante una evaluación clínica detallada, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen avanzadas son esenciales para el diagnóstico preciso y el manejo efectivo. El tratamiento del abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico requiere un abordaje multidisciplinario y personalizado. La combinación de una terapia antimicrobiana adecuada, el drenaje efectivo del absceso y el manejo de condiciones subyacentes son esenciales para el éxito del tratamiento y la prevención de complicaciones. La colaboración entre especialistas en nefrología, infectología y cirugía puede optimizar los resultados y reducir el riesgo de complicaciones.

Palabras clave. Absceso perinefrítico, abdomen agudo, infección, sepsis, espacio perinefrítico.

ABSTRACT

Perinephritic abscess is an infection located in the perinephric space, which surrounds the kidney and is located between the renal fascia and the kidney itself. These abscesses can extend from Gerota's fascia to the psoas and transversalis muscles, as well as to the peritoneal cavity and pelvis. Acute abdomen secondary to perinephritic abscess is a serious clinical condition that requires immediate and appropriate medical attention. Early recognition of symptoms through detailed clinical evaluation, laboratory testing and advanced imaging techniques are essential for accurate diagnosis and effective management. The treatment of acute abdomen secondary to perinephritic abscess requires a multidisciplinary and personalized approach. The combination of appropriate antimicrobial therapy, effective drainage of the abscess, and management of underlying conditions is essential for treatment success and prevention of complications. Collaboration between specialists in nephrology, infectious disease and surgery can optimize results and reduce the risk of complications.

Key words. *Perinephritic abscess, acute abdomen, infection, sepsis, perinephric space.*

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es un síndrome clínico caracterizado por la aparición súbita de dolor abdominal severo que puede requerir intervención quirúrgica urgente. Una de las causas

poco frecuentes pero graves del abdomen agudo es el absceso perinefrítico.¹

El absceso perinefrítico, es una infección localizada en el espacio perinefrítico, que rodea al riñón y se encuentra entre la fascia renal y el propio riñón. Estos abscesos pueden ex-

Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Medina
Río Bamba, Núm. 639-330. Col. Magdalena De las Salinas. C.P. 07760, Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México
Tel.: 55 5754-8504. Correo electrónico: som514_ulises@hotmail.com

tenderse desde la fascia de Gerota hasta los músculos *psoas* y *transversalis*, así como hasta la cavidad peritoneal y la pelvis. Es una condición rara pero potencialmente grave, y puede ser el resultado de la extensión de una infección renal, una infección del tracto urinario o de una diseminación hematológica.²

El absceso perinefrítico, frecuentemente, tiene una presentación aguda con dolor y fiebre;³ no obstante, en la mayoría de los casos, el absceso perinefrítico se manifiesta con muy pocos signos y síntomas,^{3,4} por lo que el diagnóstico puede ser un desafío.² Se ha reportado que sólo entre el 35% y el 38% de los pacientes con absceso perinefrítico son diagnosticados correctamente en el momento del ingreso.^{5,6}

ETIOLOGÍA

El absceso perinefrítico es una infección localizada en el espacio perinefrítico, que se encuentra entre la fascia renal y el riñón.³ Se estima que aproximadamente el 30% de los abscesos perinefríticos son secundarios a diseminación hematológica,³ a partir de infecciones sistémicas. Por otra parte, la pielonefritis no tratada o inadecuadamente tratada puede extenderse al espacio perinefrítico; así mismo, la ruptura de un absceso renal puede ocasionar un absceso perinefrítico.^{7,8} Las bacterias, como *Escherichia coli*, pueden ascender desde la vejiga y los uréteres hasta el riñón y más allá. *Escherichia coli* se encuentra en el 51.4% de los abscesos perinefríticos; en tanto que los abscesos perinefríticos debidos a *Staphylococcus aureus* suelen ser secundarios a la diseminación hematológica de una infección.

Diabetes mellitus, cálculos renales, obstrucción del tracto urinario y uso prolongado de catéteres, son otros factores predisponentes involucrados en la formación de los abscesos perinefríticos; en la actualidad se considera que, más del 75% de los abscesos perinefríticos se deben a complicaciones de una infección del tracto urinario, la diabetes mellitus puede ser la causa en el 33.7%;² en tanto que del 20 al 60% de los pacientes con absceso perinefrítico presentan cálculos renales, la nefrolitiasis siempre debe excluirse una vez que se diagnostica un absceso perinefrítico, especialmente en pacientes con pH urinario alto, ya que esto puede indicar la presencia de microorganismos que degradan la urea.

Los abscesos perinefríticos se presentan en todos los grupos de edad, con una mayor incidencia en el grupo de edad comprendido entre los 42 y 73 años de edad.¹⁰ Se ha señalado un ligero predominio en las pacientes del sexo femenino.¹¹

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El desarrollo de un absceso perinefrítico ocurre cuando una infección renal se extiende al tejido perinefrítico, provocando la acumulación de pus y la inflamación de los

tejidos circundantes. Esta acumulación puede incrementar la presión intraabdominal, llevar a la irritación del peritoneo y desencadenar un cuadro de abdomen agudo.

El abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico presenta una serie de síntomas característicos. Puede ocurrir dolor abdominal intenso, el dolor suele ser localizado en el flanco afectado, pero puede irradiarse a la parte anterior del abdomen. Los pacientes también pueden presentar fiebre y escalofríos. Debido a la irritación peritoneal puede haber náuseas y vómitos y pueden presentarse signos de irritación peritoneal como hiperestesia, hiperbaralgesia, signo de descompresión positivo de predominio en el cuadrante abdominal del lado afectado. Disuria, frecuencia urinaria y hematuria pueden estar presentes si la infección afecta al tracto urinario.

No obstante, un alto porcentaje de los abscesos perinefríticos pueden cursar con signos y síntomas leve e inespecíficos, que pueden retardar el diagnóstico clínico.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico es complejo y requiere una evaluación exhaustiva que incluye la historia clínica, el examen físico, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen avanzadas.

La evaluación comienza con una historia clínica detallada; Se debe preguntar sobre síntomas recientes de infección del tracto urinario, episodios previos de pielonefritis, historia de diabetes, cálculos renales y cualquier antecedente de procedimientos urológicos. También se deben investigar síntomas sistémicos como fiebre, escalofríos, náuseas y vómitos.

Durante la exploración física, se busca detectar sensibilidad en el flanco afectado y signos de peritonitis. La sensibilidad a la palpación profunda y la defensa involuntaria pueden indicar la presencia de inflamación peritoneal. El signo de Giordano (dolor al golpear suavemente el ángulo costo-vertebral) puede ser positivo en casos de infección renal.

Por otra parte, las pruebas de laboratorio son fundamentales para confirmar la sospecha clínica de infección y evaluar el estado general del paciente. La biometría hemática, suele mostrar leucocitosis con neutrofilia, sin embargo, la leucocitosis es un parámetro muy inespecífico. Los niveles elevados de creatinina y urea pueden indicar una afectación renal. Las personas con diabetes también pueden presentar acidosis inicialmente. Los marcadores inflamatorios, incluida la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), siempre están elevados.⁹ Estos marcadores inflamatorios también se siguen para evaluar la respuesta clínica al tratamiento.

El examen general de orina puede revelar piuria, bacteriuria, hematuria y leucocituria. Los cultivos de sangre y orina, son esenciales para identificar el patógeno causante y

determinar su sensibilidad a los antibióticos, lo cual guía la terapia antimicrobiana específica; en un estudio de Eldestein y McCabe,¹² los cultivos de sangre y orina positivos identificaron organismos del absceso perinefrítico en el 37 y 58% de los casos.

Los estudios de imagen son cruciales para visualizar el absceso perinefrítico, evaluar su tamaño y extensión, y planificar el drenaje. El estudio de ultrasonografía abdominal es una herramienta útil y no invasiva que puede detectar la presencia de colecciones líquidas, abscesos y dilatación del sistema colector renal; sin embargo, su utilidad puede ser limitada en pacientes obesos o con gas intestinal excesivo. La tomografía computarizada (TC) con contraste es el estándar de oro para el diagnóstico de abscesos perinefríticos. Permite una visualización detallada del riñón, el espacio perinefrítico y las estructuras circundantes. La TC puede identificar el tamaño, la localización y el número de abscesos, así como la presencia de gas dentro del absceso, lo cual puede sugerir una infección por bacterias anaerobias.¹³

La resonancia magnética (RM) puede ser utilizada en pacientes alérgicos al contraste yodado o cuando se desea evitar la exposición a radiación. La RM ofrece excelente contraste de tejidos blandos y puede ser útil en la evaluación de la extensión de la infección.

En algunos casos, pueden ser necesarios procedimientos adicionales para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento. La aspiración percutánea guiada por imagen puede realizarse para obtener muestras del absceso para cultivo y análisis microbiológico, lo cual es especialmente útil en pacientes con antecedentes de infecciones resistentes a múltiples fármacos. La cistoscopia puede ser indicada en casos donde se sospecha una fuente urológica de infección o cuando hay síntomas obstructivos del tracto urinario inferior.

Es importante considerar y excluir otras causas potenciales de abdomen agudo, como apendicitis, diverticulitis, pancreatitis, colecistitis, obstrucción intestinal y aneurisma aórtico roto. La correlación clínica y los hallazgos de imagen son esenciales para establecer un diagnóstico preciso.

TRATAMIENTO

El tratamiento del abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico es multidisciplinario y requiere un abordaje integral que incluye el uso de antibióticos, drenaje del absceso y manejo de condiciones subyacentes.

El uso de antibióticos es esencial para controlar la infección bacteriana. La terapia se inicia de manera empírica y se ajusta según los resultados de los cultivos y las pruebas de sensibilidad. Se recomienda iniciar con antibióticos de amplio espectro que cubran tanto bacterias gramnegativas como anaerobias. Algunos esquemas son los siguientes:

- Piperacilina/tazobactam: Amplio espectro de actividad contra gramnegativos y anaerobios.
- Cefalosporinas de tercera o cuarta generación (ceftriaxona, cefepima): Efectivas contra muchos patógenos gramnegativos.¹⁴
- Carbapenémicos (meropenem, imipenem): Reservados para infecciones graves o pacientes con antecedentes de infecciones por organismos resistentes.
- Fluoroquinolonas (ciprofloxacino) + Metronidazol: Este esquema constituye una alternativa para pacientes alérgicos a betalactámicos.
- Algunos autores han señalado que la duración del tratamiento con los antibióticos debe ser de 2 a 3 semanas. Una vez obtenidos los resultados de los cultivos y la sensibilidad, se ajustan los antibióticos para cubrir específicamente los patógenos aislados, reduciendo así el uso de antibióticos de amplio espectro y minimizando el riesgo de resistencia.
- Los abscesos perinefríticos mayores de 3 cm deben drenarse, mientras que los abscesos menores de 3 cm deben tratarse inicialmente con un antibiótico.^{15,16} Se debe realizar drenaje percutáneo con catéter si los síntomas y las anomalías radiológicas persisten después de varios días de tratamiento con los antibióticos adecuados.¹⁶

El drenaje percutáneo guiado por imagen es el método preferido en muchos casos debido a su menor invasividad.^{17,18} Bajo guía ecográfica o tomográfica,¹⁹ se inserta un catéter para drenar el pus del absceso. Este procedimiento puede repetirse si es necesario. Las ventajas que ofrece este procedimiento son una menor invasividad, menor tiempo de recuperación, y la posibilidad de realizar bajo anestesia local. Sin embargo, este procedimiento puede ser difícil de realizar en abscesos muy grandes, multiloculados o en localizaciones difíciles de alcanzar.⁷

El drenaje quirúrgico abierto es un procedimiento que se indica en casos en donde el drenaje percutáneo no es posible, en abscesos complejos, o cuando hay necesidad de explorar y limpiar extensivamente la cavidad infectada. Permite una limpieza exhaustiva y visualización directa del área afectada. Pero implica una mayor invasividad, mayor tiempo de recuperación, y un mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas. En una serie de pacientes reportados por Rai y cols.,¹⁴ el 31% de los pacientes requirieron de drenaje percutáneo del absceso perinefrítico y el 14% de drenaje abierto.

El manejo médico de soporte es fundamental para estabilizar al paciente y mejorar sus condiciones generales. Se debe controlar el dolor mediante el uso de analgésicos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o, en casos severos, opioides. Así mismo se deben administrar líquidos intravenosos para corregir deshidratación y desequilibrios electrolíticos.

En pacientes con sepsis o inestabilidad hemodinámica, puede ser necesario el ingreso a la unidad de cuidados intensivos para monitoreo continuo y soporte hemodinámico.

Se deben Identificar y manejar las condiciones predisponentes para prevenir la recurrencia de infecciones.²⁰ En el caso de obstrucción del tracto urinario se puede requerir la colocación de un *stent* ureteral o nefrostomía percutánea para aliviar la obstrucción y mejorar el drenaje urinario. En el caso de los pacientes diabéticos es necesario el control de la glucemia mediante ajuste de insulina o medicación oral. Los pacientes portadores de cálculos renales deberán ser valorados para la realización de litotricia, extracción endoscópica o cirugía para eliminar cálculos obstructivos que puedan estar contribuyendo a la infección.

El seguimiento es crucial para asegurar la resolución completa de la infección y prevenir complicaciones; por ello se debe efectuar el monitoreo regular de síntomas, signos vitales, biometría hemática, y pruebas de función renal. Así mismo, se deben repetir estudios de imagen, como ecografía o TC, para confirmar la resolución del absceso y detectar cualquier recurrencia temprana. Se deben dar instrucciones, a los pacientes, sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, la aparición de signos de alarma de recurrencia y medidas preventivas para evitar infecciones futuras.

CONCLUSIONES

El abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico es una condición clínica seria que requiere una atención médica inmediata y adecuada. El reconocimiento temprano de los síntomas mediante una evaluación clínica detallada, pruebas de laboratorio y técnicas de imagen avanzadas son esenciales para el diagnóstico preciso y el manejo efectivo.

El tratamiento del abdomen agudo secundario a absceso perinefrítico requiere un abordaje multidisciplinario y personalizado. La combinación de una terapia antimicrobiana adecuada, el drenaje efectivo del absceso y el manejo de condiciones subyacentes son esenciales para el éxito del tratamiento y la prevención de complicaciones. Un seguimiento estrecho y una educación adecuada del paciente son fundamentales para asegurar una recuperación completa y prevenir recurrencias.

La colaboración entre especialistas en nefrología, infectología y cirugía puede optimizar los resultados y reducir el riesgo de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Lee BE, Seol HY, Kim TK, Seong EY, Song SH, Lee DW, Lee SB, Kwak IS. Recent clinical overview of renal and perirenal abscesses in 56 consecutive cases. *Korean J Intern Med* 2008; 23(3): 140-8.
2. Liu XQ, Wang CC, Liu YB, Liu K. Renal and perinephric abscesses in West China Hospital: 10-year retrospective-descriptive study. *World J Nephrol* 2016; 5(1): 108-14.
3. Gardiner RA, Gwynne RA, Roberts SA. Perinephric abscess. *BJU Int*. 2011;107 *Suppl* 3: 20-3.
4. Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, Mazzucchi E, Marmo Lucon A, Srougi M. Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases. *World J Surg* 2007; 31: 431-6.
5. Shu T, Green JM, Orihuela E. Renal and perirenal abscesses in patients with otherwise anatomically normal urinary tracts. *J Urol* 2004; 172: 148-50.
6. Meng MV, Mario LA, McAninch JW. Current treatment and outcomes of perinephric abscesses. *J Urol* 2002; 168: 1337-40.
7. El-Nahas AR, Faisal R, Mohsen T, Al-Marhoon MS, Abol-Enein H. What is the best drainage method for a perinephric abscess? *Int Braz J Urol* 2010; 36:29-37.
8. Dembry LM, Andriole VT. Renal and perirenal abscesses. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11: 663-80.
9. Tsukagoshi D, Dinkovski B, Dasan S, Jethwa J. Perinephric abscess secondary to a staghorn calculus presenting as a subcutaneous abscess. *CJEM* 2006; 8: 285-8.
10. Hung CH, Liou JD, Yan MY, Chang CC. Immediate percutaneous drainage compared with surgical drainage of renal abscess. *Int Urol Nephrol* 2007; 39: 51-5.
11. Hamzah AA, Adnan AS, Ahmed R, Rahman MNG, Khan AH. Clinical Characteristics and Treatment Outcome of Perinephric Abscess Treated in a Teaching Hospital. *Risk* 2013; 14: 67.
12. Edelstein H, McCabe RE. Perinephric abscess. Modern diagnosis and treatment in 47 cases. *Medicine (Baltimore)* 1988; 67(2): 118-31.
13. Rubilotta E, Balzaro M, Lacola V, Sarti A, Porcaro AB, Artibani W. Current clinical management of renal and perinephric abscesses: a literature review. *Urologia* 2014; 81(3): 144-7.
14. Rai RS, Karan SC, Kayastha A. Renal and Perinephric Abscesses Revisited. *Med J Armed Forces India* 2007; 63(3): 223-5.
15. Katagiri D, Inoue T, Katsuma A, Masumoto S, et al. Large perinephric abscess in a patient on maintenance hemodialysis diagnosed by positron emission tomography combined with computed tomography (PET-CT). *Clin Nephrol* 2010; 73(2): 163-6.
16. Okafor CN, Onyeaso EE. Perinephric Abscess. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2024. PMID: 30725621.
17. Lang EK. Renal, perirenal, and pararenal abscesses: percutaneous drainage. *Radiology* 1990; 174(1): 109-13.
18. Deyoe LA, Cronan JJ, Lambiase RE, Dorfman GS. Percutaneous drainage of renal and perirenal abscesses: results in 30 patients. *AJR. Am J Roentgenol* 1990; 155(1): 81-3.
19. El Abiad Y, Roukhssi R. Imaging-guided drainage of renal abscess: A case report and literature review. *Urol Case Rep* 2021 13; 39: 101852.
20. Lee IH, Shin HS, Ahn DJ. A forgotten double-J ureteral stent resulting in an emphysematous perinephric abscess: A case report. *Medicine (Baltimore)* 2022; 101(25): e29418.



Molusco contagioso perianal recidivante

Gayne Ruby Medina-Murillo,* Ulises Rodríguez-Medina,** Ulises Rodríguez-Wong***

* Dermatóloga. Hospital Ángeles Lindavista. Profesora de Dermatología, Facultad de Medicina de la UNAM.

** Médico Cirujano. Universidad La Salle. Maestro en Organización de Establecimientos de Salud.

Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas. Médico Residente de Medicina Interna, University of New Mexico Hospital, USA.

*** Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Ángeles Lindavista y Hospital Angeles Metropolitan.
Maestro en Ciencias de la Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

Recurring perianal contagious mollusc

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 2 / Abril-Junio, 2024 / p. 52-55

RESUMEN

El molusco contagioso es una infección viral de la piel causada por el virus del molusco contagioso (MCV), el cual corresponde a un Poxvirus de doble cadena, de 200-300 µm de largo. El molusco contagioso afecta a personas de todas las edades, pero es más prevalente en niños entre 1 y 10 años. En adultos, la transmisión suele ocurrir a través del contacto sexual, lo que explica la mayor incidencia en áreas genitales y perianales en este grupo. Además, las personas con inmunodeficiencias, como las que padecen VIH, tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones más severas y persistentes. Las lesiones del molusco contagioso son pápulas perladas, umbilicadas y del color de la piel que varían en tamaño desde 2 a 5 mm de diámetro. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado son esenciales para reducir las complicaciones y prevenir la propagación del virus. El tratamiento del molusco contagioso perianal abarca una variedad de opciones que van desde la observación y terapias tópicas hasta procedimientos físicos y tratamientos sistémicos en casos severos. La elección del tratamiento depende de múltiples factores, incluyendo la edad del paciente, el número y la localización de las lesiones, y el estado inmunológico del individuo. La prevención del molusco contagioso perianal se centra en evitar el contacto con lesiones infectadas y practicar una buena higiene.

Palabras clave. Molusco contagioso, infecciones virales de la piel, virus, enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

Molluscum contagiosum is a viral skin infection caused by the molluscum contagiosum virus (MCV), which corresponds to a double-chain Poxvirus, 200-300 µm long. Molluscum contagiosum affects people of all ages, but it is most prevalent in children between 1 and 10 years old. In adults, transmission usually occurs through sexual contact, which explains the higher incidence in genital and perianal areas in this group. Additionally, people with immunodeficiencies, such as those with HIV, have a higher risk of developing more severe and persistent infections. Molluscum contagiosum lesions are pearly, umbilicated, skin-colored papules that range in size from 2 to 5 mm in diameter. Early diagnosis and appropriate management are essential to reduce complications and prevent the spread of the virus. Treatment of perianal molluscum contagiosum encompasses a variety of options ranging from observation and topical therapies to physical procedures and systemic treatments in severe cases. The choice of treatment depends on multiple factors, including the patient's age, the number and location of lesions, and the individual's immune status. Prevention of perianal molluscum contagiosum focuses on avoiding contact with infected lesions and practicing good hygiene.

Key words. Molluscum contagiosum, viral skin infections, viruses, sexually transmitted diseases.

Correspondencia:

Dra. Gayne Ruby Medina-Murillo
Río Bamba Núm. 639-330. Col. Madgalena de las Salinas. C.P. 07670. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México, México
Tels.: 55 5754-8504 y 55 5754-8408.
Correo electrónico: ruby_derma@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El molusco contagioso es una infección viral de la piel causada por el virus del molusco contagioso (MCV), el cual corresponde a un Poxvirus de doble cadena, de 200-300 μm de largo, lo que le da la característica de ser uno de los virus más grandes que afectan a la piel.¹

Esta enfermedad es común en la infancia, pero también puede afectar a adultos, especialmente aquellos con sistemas inmunitarios comprometidos. La infección se caracteriza por la aparición de pápulas perladas, umbilicadas y de color carne en la piel, que pueden variar en tamaño desde 2 a 5 mm de diámetro. Cuando estas lesiones se localizan en la región perianal, se denomina molusco contagioso perianal, una condición que puede ser incómoda y, en algunos casos, difícil de tratar.

El molusco contagioso ha sido reconocido desde la antigüedad, con descripciones que datan de la época de Hipócrates. Sin embargo, fue en el siglo XIX cuando se identificó como una entidad clínica separada y se descubrió su naturaleza viral. El molusco contagioso es una infección de distribución global. Actualmente es considerada una enfermedad de transmisión sexual; aunque es muy poco común, también se puede transmitir en forma vertical de madres a hijos durante el trabajo de parto,^{2,3} en estos casos, las lesiones típicamente se ubican en el cuero cabelludo.⁴



Figura 1. Molusco contagioso perianal. Pápulas pequeñas del color de la piel y de aspecto perlado.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años de edad, soltero, de ocupación estilista, con antecedentes de gastritis crónica, hiperplasia prostática, y alérgico a la penicilina. Toma pregabalina por dolor en columna lumbar crónico relacionado con hernia de disco a nivel de L5-L6. Hace dos años presentó dos pápulas en la región perianal, las cuales fueron resecaadas reportando el estudio histopatológico molusco contagioso.

Inicia su padecimiento actual dos meses previos a su primera cita, con la aparición de una pápula en la región perianal posterior izquierda y dos más en la región perianal derecha, las cuales le ocasionaban prurito e incomodidad.

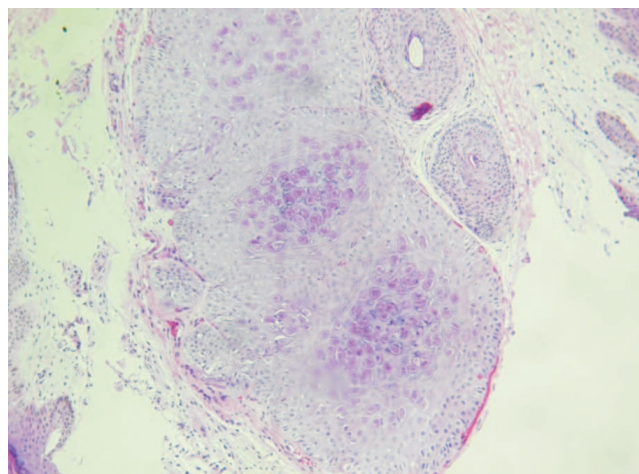


Figura 2. Microfotografía a pequeño aumento con células epidérmicas con inclusiones intracitoplasmáticas grandes.

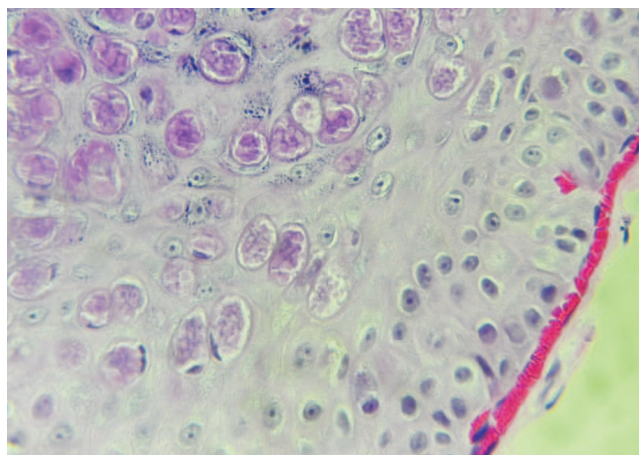


Figura 3. Microfotografía a gran aumento con inclusiones intracitoplasmáticas grandes que corresponden al cuerpo del molusco contagioso.

A la exploración física se corrobora la presencia de una pápula de 3 mm de diámetro de color de la piel y de aspecto perlado en la región perianal en el cuadrante posterior izquierdo a unos 3.5 cm de la apertura anal; así mismo se observan otras dos pápulas en la región perianal en el cuadrante anterior derecho del color de la piel de aproximadamente 2 mm de diámetro, con hiperemia circundante (*Figura 1*).

Los exámenes de laboratorio del paciente se encontraron dentro de límites normales, con pruebas de coagulación dentro de límites normales, prueba de VIH negativa.

Mediante anestesia local, se realizó la resección de las lesiones, con fulguración de la base de las mismas. El estudio histopatológico de las mismas reportó infección por virus de molusco contagioso (*Figuras 2 y 3*). La evolución del paciente fue satisfactoria con buena cicatrización y sin datos de recidiva después de un año de seguimiento.

DISCUSIÓN

El molusco contagioso afecta a personas de todas las edades, pero es más prevalente en niños entre 1 y 10 años. En adultos, la transmisión suele ocurrir a través del contacto sexual, lo que explica la mayor incidencia en áreas genitales y perianales en este grupo. Además, las personas con inmunodeficiencias, como las que padecen VIH, tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones más severas y persistentes; en estos pacientes las lesiones pueden ser extensas, localizadas en sitios atípicos, mayores de 1 cm de diámetro o refractarias al tratamiento.⁵

El virus del molusco contagioso tiene cuatro subtipos conocidos (MCV-1 a MCV-4), siendo MCV-1 el más común ya que se presenta entre el 75 y 96% de los casos.^{6,7} La transmisión del virus ocurre a través del contacto directo con lesiones cutáneas infectadas o mediante fómites (objetos contaminados). En el caso del molusco contagioso perianal, el contagio puede estar relacionado con prácticas sexuales o contacto con superficies infectadas.⁸

Las lesiones del molusco contagioso son pápulas perladas, umbilicadas y del color de la piel que varían en tamaño desde 2 a 5 mm de diámetro. Cuando estas lesiones se localizan en la región perianal, pueden causar síntomas como: prurito en la zona afectada, irritación y enrojecimiento debido al rascado o fricción, así como sensación de malestar al sentarse o durante las evacuaciones.

El diagnóstico del molusco contagioso perianal generalmente se basa en la apariencia clínica de las lesiones. Un dermatólogo o un médico especializado puede identificar las características típicas de las pápulas umbilicadas. En casos atípicos, se puede realizar dermatoscopia⁹ o una biopsia de piel para confirmar la presencia del virus. La infección por molusco contagioso muestra hallazgos característicos bajo la

dermatoscopia: un poro central o umbilicación, estructuras amorfas panlobulillares de color blanco a amarillo con vasos periféricos.¹⁰ Por otra parte, La histopatología del molusco contagioso perianal es una herramienta diagnóstica esencial que revela características específicas del virus dentro de los queratinocitos, principalmente a través de los cuerpos de molusco. La biopsia cutánea y el análisis histológico son especialmente importantes en casos donde el diagnóstico clínico no es claro o en pacientes con sistemas inmunitarios comprometidos. Este enfoque proporciona una confirmación definitiva y ayuda a diferenciar el molusco contagioso de otras condiciones dermatológicas similares.

El tratamiento del molusco contagioso perianal puede variar según la edad del paciente, la extensión de la infección y la respuesta inmunológica del individuo.^{11,12} Algunas opciones incluyen:

- **Observación.** En muchos casos, especialmente en niños, las lesiones pueden resolverse espontáneamente en 6 a 12 meses sin tratamiento.¹³
- **Agentes tópicos.** Cremas o soluciones que contienen agentes como el ácido salicílico, el imiquimod o el podofilotoxina pueden ayudar a eliminar las lesiones.¹⁴
- **Procedimientos quirúrgicos.** Entre ellos se encuentran la crioterapia, el curetaje, la resección de las lesiones y la utilización de laser. La crioterapia consiste en la congelación de las lesiones con nitrógeno líquido, el cual se aplica directamente sobre las lesiones durante segundos, ha demostrado ser un procedimiento efectivo y las lesiones pueden desaparecer rápidamente; sin embargo, puede ocasionar dolor, aparición de ampollas, hipopigmentación y cicatrices.¹⁵ El curetaje consiste en el raspado de las lesiones con una cureta afilada, se debe utilizar anestesia local también es un procedimiento efectivo, pero puede ser doloroso y dejar cicatrices.¹⁶ La utilización de láser permite vaporizar las lesiones al aplicarlo directamente sobre las mismas, es un procedimiento altamente efectivo y preciso, pero su costo es elevado.^{17,18}

En el caso de los pacientes con sistemas inmunitarios debilitados, puede ser necesario un enfoque más agresivo y prolongado, incluyendo terapias antivirales sistémicas, como la utilización del cidofóvir.^{19,20}

En pacientes sanos, los tratamientos suelen ser eficaces, aunque; no obstante, se ha señalado que las recurrencias ocurren hasta en 35% de los pacientes después de la curación inicial. Aún se desconoce el significado de estas recurrencias; pueden representar reinfección, exacerbación de una enfermedad en curso o nuevas lesiones que surgen después de un período de latencia prolongado. En el caso clínico que aquí presentamos, la recurrencia pudo haberse debido a cualquiera de estas posibilidades.

La prevención del molusco contagioso perianal se centra en evitar el contacto con lesiones infectadas y practicar una buena higiene. Algunas recomendaciones incluyen: No compartir toallas, ropa u objetos que hayan estado en contacto con las lesiones, el uso de preservativos y limitar el número de parejas sexuales, así como medidas de higiene personal con el lavado de las manos y el mantener las áreas genitales limpias y secas.

CONCLUSIONES

El molusco contagioso perianal es una infección viral que, aunque generalmente benigna, puede causar incomodidad y preocupación. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado son esenciales para reducir las complicaciones y prevenir la propagación del virus.

El tratamiento del molusco contagioso perianal abarca una variedad de opciones que van desde la observación y terapias tópicas hasta procedimientos físicos y tratamientos sistémicos en casos severos. La elección del tratamiento depende de múltiples factores, incluyendo la edad del paciente, el número y la localización de las lesiones, y el estado inmunológico del individuo. Una combinación de medidas terapéuticas y de prevención es esencial para manejar esta infección viral y minimizar sus complicaciones.

REFERENCIAS

- Román-Barba R. Molusco contagioso, revisión y opciones de tratamiento. *Arch Méd Act Tracto Genital Inf* 2011; 3(5): 32-5.
- Luke J, Silverberg N. Vertically Transmitted Molluscum Contagiosum Infection. *Pediatrics* 2010; 125(2): e423- e425.
- Mira-Perceval-Juan G, Alcalá-Minagorre PJ, Betlloch-Más I, Sánchez Bautista A. Molusco contagioso por trasmisión vertical. *An Pediatr (Barc)* 2017; 86(5): 292-3.
- Berbegal-DeGracia L, Betlloch-Mas I, DeLeon-Marrero FJ, Martínez-Miravete MT, Miralles-Botella J. Neonatal Molluscum contagiosum: five new cases and a literature review. *Australas J Dermatol* 2015; 56(2): e35-e38.
- Basu S, Kumar A. Giant molluscum contagiosum- a clue to the diagnosis of human immunodeficiency virus infection. *J Epidemiol Glob Health* 2013; 3(4): 289-91.
- Meza-Romero R, Navarrete-Dechent C, Downey C. Molluscum contagiosum: an update and review of new perspectives in etiology, diagnosis, and treatment. *Clin Cosmet Invest Dermatol* 2019; 12: 373-81.
- Chen X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection. *Lancet Infect Dis* 2013; 13(10): 877-88.
- Tyring S. Molluscum contagiosum: The importance of early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: S12-S16.
- Wang B, Guo S, Yao Y, Zhang G. Clinical and dermoscopic overlap of genital molluscum contagiosum with condyloma acuminata. *SAGE Open Med Case Rep* 2022; 10: 1-3.
- Morales A, Puig S, Malveyh J, Zaballos P. Dermoscopy of molluscum contagiosum. *Arch Dermatol* 2005; 141(12): 1644.
- Brown M, Paulson C. Treatment for Anogenital Molluscum Contagiosum. *American Family Physician* 2009; 80(8): 864-5.
- Nguyen HP, Franz E, Stiegel KR, Hsu S, Tyring SK. Treatment of molluscum contagiosum in adult, pediatric, and immunodeficient populations. *J Cutan Med Surg* 2014; 18: 299-306.
- Basdag H, Rainer BM, Cohen BA. Molluscum contagiosum: to treat or not to treat? Experience with 170 children in an outpatient clinic setting in the northeastern United States. *Pediatr Dermatol* 2015; 32(3): 353-7.
- Capriotti K, Stewart K, Pelletier J, Capriotti J. Molluscum contagiosum treated with dilute povidone-iodine: a series of cases. *J Clin Aesthet Dermatol* 2017; 10(3): 41-5.
- Qureshi A, Zeb M, Jalal-Ud-Din M, Sheikh ZI, Alam MA, Anwar SA. Comparison of efficacy of 10% potassium hydroxide solution versus cryotherapy in treatment of molluscum contagiosum. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2016; 28(2): 382-5.
- Harel A, Kutz AM, Hadj-Rabia S, Mashiah J. To treat molluscum contagiosum or not-curettage: an effective, well-accepted treatment modality. *Pediatr Dermatol* 2016; 33(6): 640-5.
- Griffith RD, Yazdani Abyaneh MA, Falto-Aizpurua L, Nouri K. Pulsed dye laser therapy for molluscum contagiosum: a systematic review. *J Drugs Dermatol* 2014; 13(11): 1349-52.
- Fisher C, McLawhorn JM, Adotama P, Stasko T, Collins L, Levin J. Pulsed dye laser repurposed: treatment of refractory molluscum contagiosum in renal transplant patient. *Transpl Infect Dis* 2019; 21(2): e13036.
- Erickson C, Driscoll M, Gaspari A. Efficacy of intravenous cidofovir in the treatment of giant molluscum contagiosum in a patient with human immunodeficiency virus. *Arch Dermatol* 2011; 147(6): 652-4.
- Foissac M, Goehringer F, Ranaivo IM, et al. [Efficacy and safety of intravenous cidofovir in the treatment of giant molluscum contagiosum in an immunosuppressed patient]. *Ann Dermatol Venereol* 2014; 141(10): 620-2.



Perforación gástrica secundaria a ingesta masiva de alimentos en paciente con balón intragástrico ingerible. Reporte de caso

Elizabeth Báez-Valbuena,* Alejandro Lira-Cerda,† Eduardo Prado-Orozco,‡
Stefano Minutti-Galeazzi,§ Ernesto Salgado-Sánchez,|| Alfonso Robredo-Galindo¶

* Médico Pasante del Servicio Social en Investigación, Hospital Ángeles Puebla. † Cirujano General y Cirujano Bariatra, Hospital Ángeles Puebla.
‡ Cirugía general y Endoscopia gastrointestinal, Hospital Puebla. § Médico Pasante del Servicio Social en Investigación, Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán".
¶ Cirujano General y Cirujano Bariatra, Hospital Beneficencia Española de Puebla. †† Cirujano Gastrointestinal y Coloproctología, Hospital Médica Sur.

Gastric perforation due to massive food ingestion in a patient with intragastric ingestible balloon. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 2 / Abril-Junio, 2024 / p. 56-63

RESUMEN

Existen varias técnicas útiles para tratar la obesidad y el sobrepeso entre ellas se encuentra el balón intragástrico el cual es un procedimiento no invasivo que se puede utilizar como un procedimiento previo a una cirugía bariátrica en una población específica o como tratamiento definitivo para la obesidad.

El balón intragástrico es uno de los procedimientos bariátricos más usados en todo el mundo ya que es una gran herramienta para pacientes con sobrepeso y obesidad tipo I o para disminuir el riesgo quirúrgico de una cirugía bariátrica. El concepto del balón intragástrico es ocupar un porcentaje del estómago, de esta forma se induce una saciedad temprana y, por consecuencia, una baja ponderal.

Este dispositivo tiene indicaciones específicas y su efectividad va ligada al compromiso del paciente ya que este es un dispositivo temporal y su alcance en cuanto a pérdida de peso es directamente proporcional a las conductas y el compromiso del paciente.

Palabras clave. Balón intragástrico, perforación gástrica, cirugía bariátrica, obesidad.

ABSTRACT

There are multiple options to treat obesity and overweight, one of the many techniques is the intragastric balloon. This is a non-invasive procedure also used as an alternative treatment for a specific population before a bariatric surgery or as primary treatment.

The intragastric balloon is one of the most popular bariatric procedures worldwide, because it is a great tool for overweight patients and type I obesity patients to reduce surgical risk during a bariatric surgery. The concept of this technology lies in the principle of occupying a certain space in the stomach, therefore early satiety is induced, and consequently, weight loss.

This device has its own specific indications, and its effectiveness lies in the patients' compromise. Due to its temporality, the scope of results in weight loss is directly proportional to the patients' habits and conducts.

Key words. Intra-gastric balloon, gastric perforation, bariatric surgery, obesity.

Correspondencia:

Dr. Eduardo Prado-Orozco

Priv. de las Ramblas No. 4 Cons. 1027 Col. Desarrollo Atlixcayotl, C.P. 72197, Puebla, Pue.

Tel.: 22 2571-1814. Correo electrónico: eprado_204@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son entidades que, con el paso de los años, se han hecho más presentes y con esto sus complicaciones. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹ en 2018 el grupo de edad con la prevalencia más alta de obesidad es el grupo de 30 a 59 años, de estos, las mujeres tienen mayor tendencia a padecer obesidad y/o sobrepeso. En México la obesidad es un grave problema de salud pública. La obesidad se debe de reconocer como una enfermedad. Existen varios procedimientos quirúrgicos muy útiles los cuales han sido modificados y probados para una mayor seguridad y mejores resultados para la pérdida ponderal, así como otras modalidades terapéuticas entre las que se encuentran la colocación de balones intragástricos por endoscopia o de manera ingerible.

Esta enfermedad ha sido definida tradicionalmente con base en el Índice de Masa Corporal (IMC), a pesar de que cuenta con limitaciones, sigue siendo la clasificación que rige esta enfermedad.² Este índice es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla según la Organización Mundial de la Salud.³ La clasificación de la obesidad cuenta con rangos de IMC, siendo el peso ideal: 18.5 - 24.9 kg/m². El rango de sobrepeso va desde 25 a 29.9 kg/m², cualquier número que sobrepase este rango ya es considerado obesidad, la cual a su vez se divide en grados; obesidad tipo I: 30 a 34.9 kg/m², obesidad tipo II: 35 a 39.9 kg/m² y obesidad tipo III se considera a todo aquel con IMC mayor o igual a 40 kg/m².

La obesidad es la respuesta a estímulos ambientales, predisposición genética y endócrina que dan un conjunto de

síntomas y signos que pueden llegar a modificar la anatomía propia del cuerpo humano. Altera la funcionalidad y morfología cardíaca, pulmonar, endócrina, así como las funciones inmunológicas ocasionando consecuencias que pueden llegar a ser catastróficas.⁴ Debido a la elevada morbimortalidad de esta enfermedad, se han ido implementando métodos cada vez más novedosos para revertir la curva de prevalencia de la enfermedad.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 47 años originaria y residente de la ciudad de Puebla, México. La paciente niega toxicomanías, enfermedades crónico-degenerativas, alergias, nunca ha sido transfundida y no toma medicamentos de manera regular.

Cuenta con antecedente de cáncer cérvico uterino diagnosticado en enero de 2021 tratado con histerectomía robótica en febrero de 2021. Recibió adyuvancia con 6 ciclos de quimioterapia y 12 sesiones de radioterapia, actualmente la paciente se encuentra en remisión.

La paciente acudió a nuestro centro hospitalario con los siguientes datos: peso: 68.8 kg, talla: 1.63 m, IMC: 25.9 kg/m², porcentaje de grasa: 41.9% y porcentaje de músculo 23.8% cuantificado por medición por impedancia.

Acudió a la primera consulta solicitando un procedimiento quirúrgico bariátrico para reducir peso, por lo cual se ofrece la opción de un balón intragástrico. Se colocó un balón intragástrico ingerible en sala de fluoroscopia sin complicaciones (*Figura 1*).

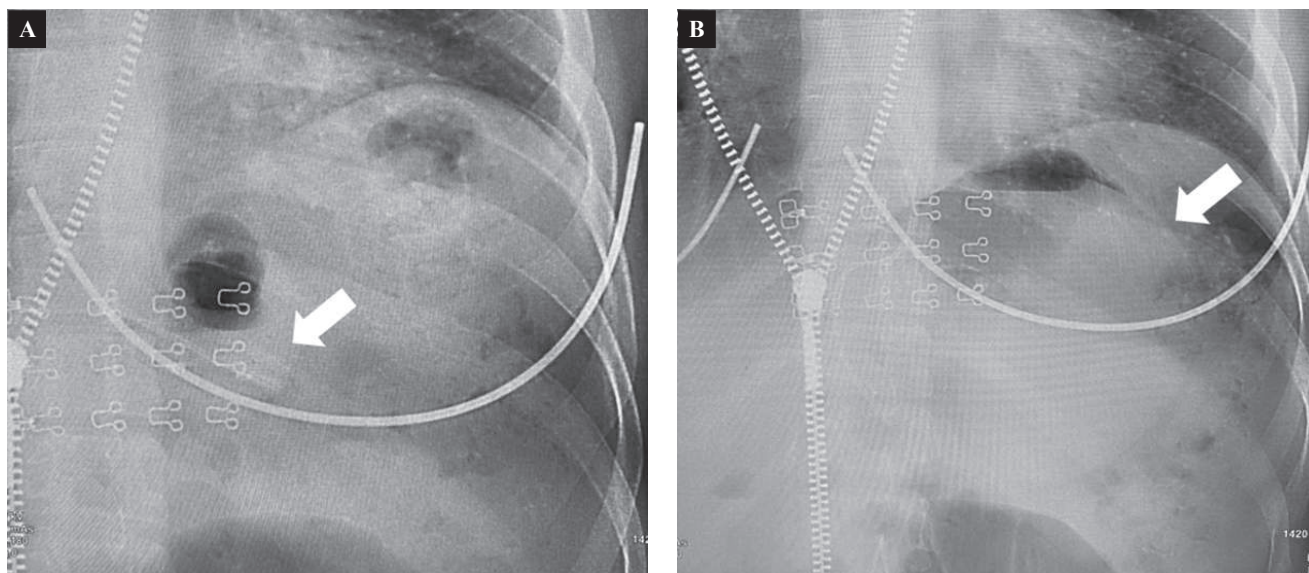


Figura 1. Fluoroscopia de la correcta colocación del balón. **A.** Cápsula ingerible en el fundus gástrico (flecha). **B.** Balón posterior al llenado.

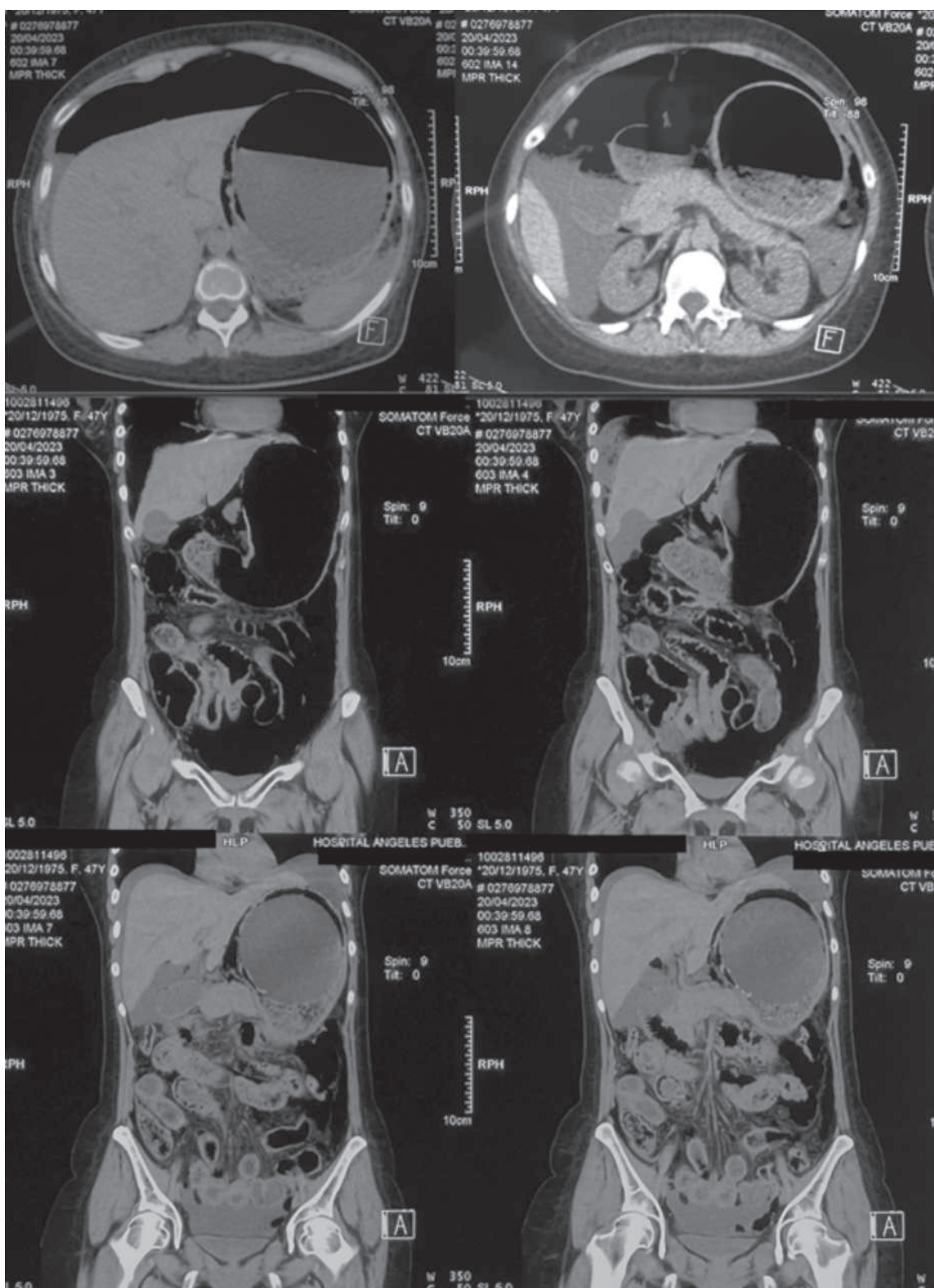


Figura 2. Tomografía inicial del paciente. Perforación a nivel de curvatura menor gástrica de 20 mm, abundante líquido libre neumopéritooneo, cambios en grasa mesentérica en relación a peritonitis y neumatosis intestinal.

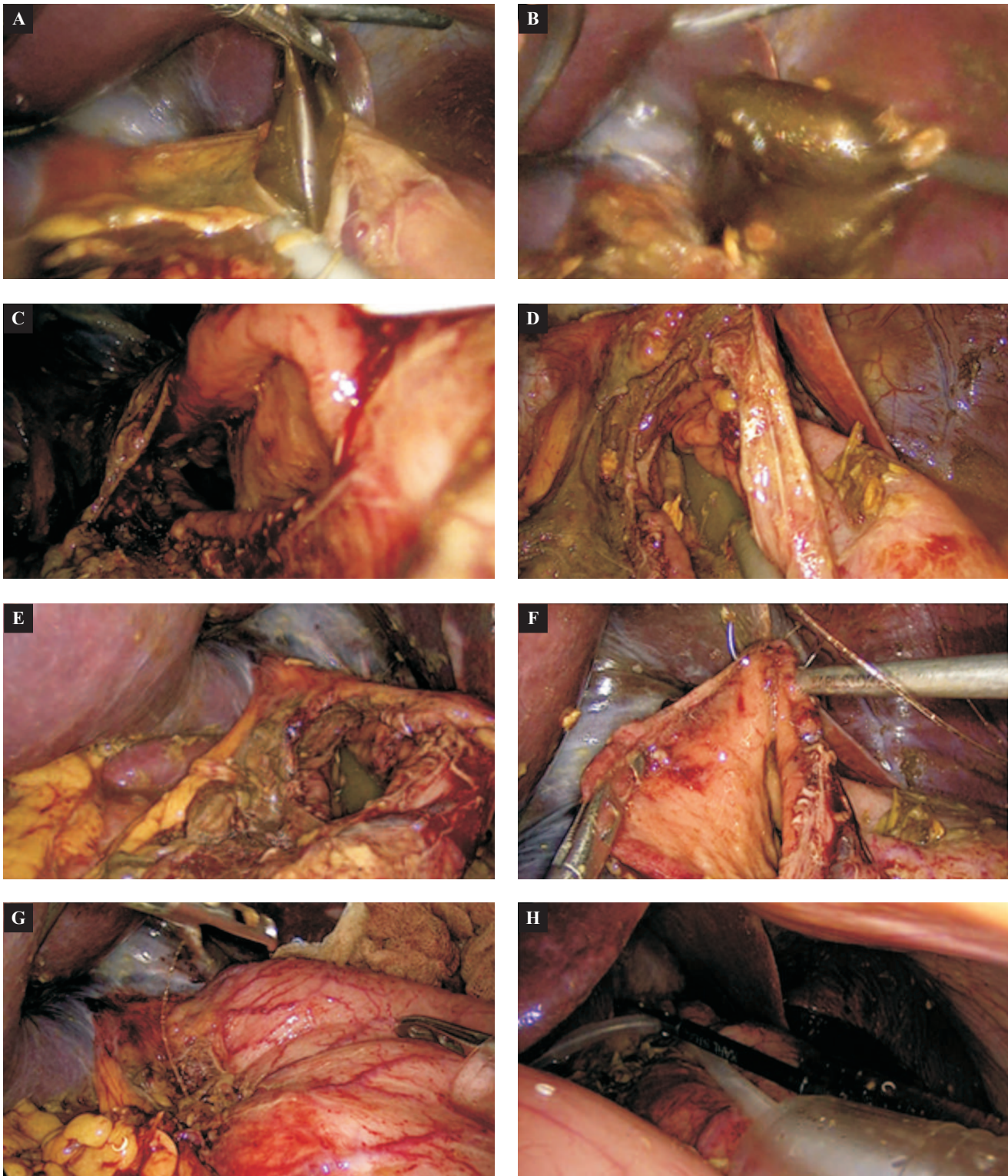


Figura 3. Intervención quirúrgica. **A.** Identificación del balón íntegro. **B.** Retiro del balón después de drenarlo. **C.** Identificación del defecto. **D. E.** Extensión del defecto gástrico. **F.** Uso de sutura barbada para cerrar el defecto. **G.** Defecto cerrado con sutura barbada. **H.** Colocación de drenaje sobre el defecto.

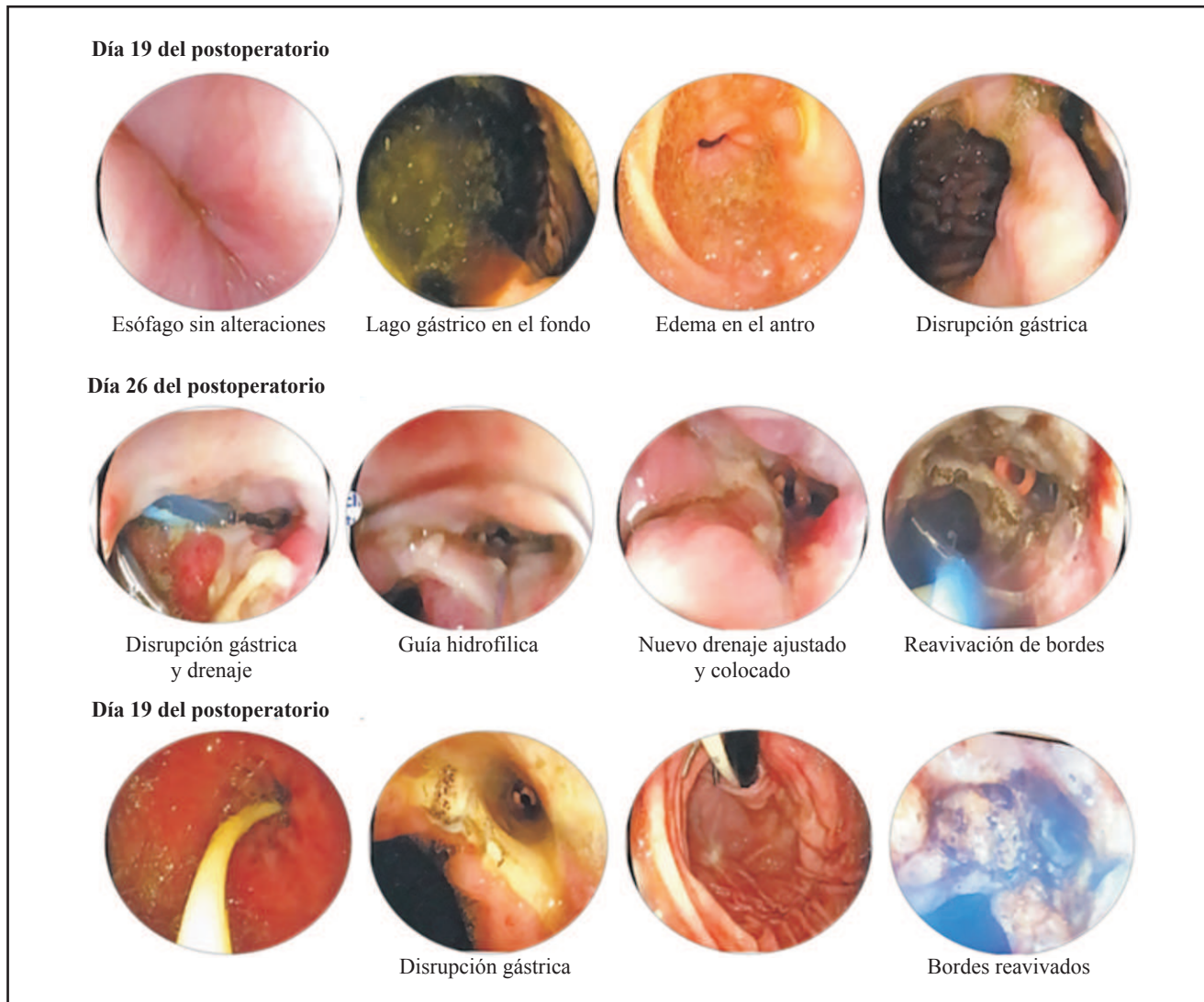


Figura 4. Endoscopias realizadas y sus hallazgos.

El padecimiento actual inició tres meses después del día de su colocación debutando con distensión y dolor abdominal clasificándose según la escala numérica análoga (ENA) 10/10 de 6 horas de evolución. Como antecedente la paciente refiere una ingesta abundante de alimentos altos en contenido de grasa y calorías 6 horas previas al inicio de síntomas, además de automedicarse con un antiácido efervescente compuesto por bicarbonato de sodio, ácido tartárico y ácido cítrico. Por lo que acude a urgencias con los siguientes signos vitales: TA 120/71 mmHg, FC 130 × min, FR 28, temperatura 36.5 °C y saturación de oxígeno de 89% al aire ambiente, peso: 62.1 kg e IMC de 23.4 kg/m². A la exploración dirigida a abdomen se encuentra globoso, ausen-

cia de ruidos peristálticos, timpánico a la percusión en todos los cuadrantes, a la palpación abdomen rígido con dolor a la palpación superficial y profunda generalizado con signos de irritación peritoneal, integrando diagnóstico de abdomen agudo. Se solicitaron estudios de laboratorio los cuales reportan lo siguiente: leucocitos 7,000 × 10⁹/L, Hb: 14.2 mg/dL, Hto: 43.4%, plaquetas: 331.5 mcL, glucosa: 232 mg/dL, BUN: 17.2 mg/dL, creatinina: 0.76 μmol/dL, urea: 36.8 mg/dL y procalcitonina 8.44 μg/mL. Se realizó una tomografía de abdomen simple la que reportó: perforación a nivel de curvatura menor gástrica de 20 mm aproximadamente, con abundante líquido libre, neumoperitoneo y cambios en grasa mesentérica secundarios a peritonitis (*Figura 2*).

Ese mismo día la paciente ingresa a quirófano y se realiza una laparoscopia diagnóstica encontrándose salida de gas y alimento al momento de realizar incisión inicial transumbilical; al momento de ingresar a cavidad abdominal se encuentra perforación gástrica en curvatura menor del estómago de aproximadamente 12 cm. Se localiza balón intragástrico dentro de cavidad gástrica íntegro, sin perforaciones o defectos, por lo tanto, se incide el balón y se extrae de manera íntegra. Se realiza cierre primario de defecto con sutura barbada 2-0 y prueba hidroneumática de hermeticidad con azul de metileno siendo esta negativa. Se realiza drenaje y lavado de cavidad abdominal donde se aspiran aproximadamente 9,000 cc de contenido alimenticio. Se colocan drenajes tipo Blake de 7 mm en hueco pélvico, región subhepática y ángulo esplénico (Figura 3).

La paciente es ingresada a unidad de cuidados intensivos para manejo de soporte, vigilancia general y de los drenajes quirúrgicos y de la sonda nasogástrica que se colocó para mantener descompresión de la cámara gástrica.

El día posterior a su evento quirúrgico se realiza tomografía toracoabdominal con contraste evidenciando derrame pleural bilateral y atelectasias en segmentos basales pulmonares. El abdomen se encontró distendido, sin fuga de material de contraste, y con niveles hidroaéreos a nivel de yeyuno e íleon y presencia de líquido libre en corredera parietocólica izquierda.

Tras el tratamiento quirúrgico la paciente recibió apoyo aminérgico, alimentación parenteral y antibióticos de amplio espectro a base de meropenem y anidulafungina.

Continúa en observación presentando cultivos de secreción bronquial positivos a *E. coli*, *Candida albicans* y *S. aureus* y hemocultivos negativos. Sus laboratorios presentaron procalcitonina con tendencia a la baja desde 18.7 a 1.5 µg/mL.

Se realiza nuevamente TAC simple de abdomen con contraste el día 12 postoperatorio debido a cambio en la cantidad y características del drenaje, gastando más del promedio hasta el momento y con características muy parecidas a la alimentación enteral que se administraba a la paciente con contraste. Se reportó fuga de material de contraste hidrosoluble en la curvatura menor del estómago, así como líquido libre en cavidad abdominal. También se realizó una prueba dándole a ingerir azul de metileno que resultó positiva observándose salida del colorante por los drenajes con la que se integra el diagnóstico de fístula gástrica. Por este motivo se solicita endoscopia la cual reporta disrupción gástrica en curvatura menor de aproximadamente 3 cm en unión cardio esofágica, cavidad de perforación sin presencia de necrosis o material purulento. Se realiza intento de cierre con clips sin éxito, se reavivaron los bordes con energía y se colocó una sonda naso yeyunal para migrar el apoyo nutricio de parenteral a enteral (Figura 4).

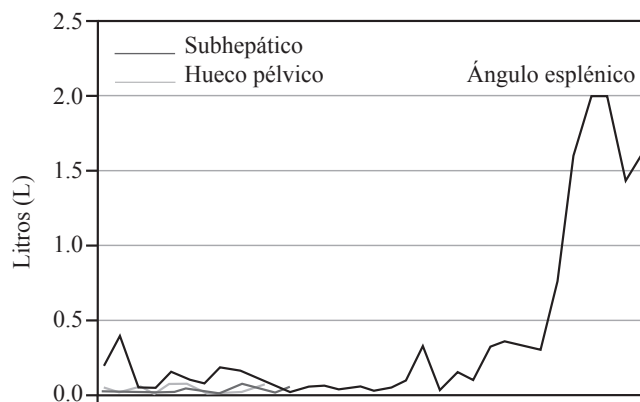


Figura 5. Evolución de los drenajes desde su ingreso hasta el egreso del paciente.

Se solicita segunda endoscopia a los 7 días de la primera endoscopia para recambio guiado de sonda de drenaje y reavivación de la disrupción gástrica, indicada por salida inadvertida de la sonda nasoyeyunal (Figura 4).

Debido a la tendencia a la baja de los drenajes, se retiran de manera paulatina, empezando con dos de ellos; el que se encontraba en hueco pélvico y el que se encontraba en región subhepática en el día 13 postoperatorio. Se preserva el drenaje colocado en ángulo esplénico para control, el cual continuó con gasto hasta su retiro una semana antes del egreso hospitalario en el día 32 de postoperatorio (Figura 5).

Por último, se realiza endoscopia de control (Figura 4) en el día 34 del postoperatorio en la cual se observa mejoría de la disrupción gástrica presentando defecto de menos de 1 cm de longitud, y comprobando que ya no había cavidad donde se coleccionarían secreciones.

De acuerdo con su evolución clínica, se decide su egreso después de 48 días de estancia intrahospitalaria con los siguientes datos de laboratorio: Hb 9.2 mg/dL, leucocitos $7,000 \times 10^9/L$, hematocrito 27.8%, albúmina 3.8 g/dL, creatinina 0.5 µmol/dL, BUN 18.1 mg/dL, urea 38.7 mg/dL y cultivos negativos, tolerando la vía oral, y con la fístula y la perforación ya resueltas. Se da de alta para seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

Es importante mencionar las diferentes opciones o procedimientos bariátricos para la reducción del peso. Según la Guía de Práctica Clínica Mexicana de Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Exógena,⁵ los pacientes con IMC a partir de 30 kg/m² o un IMC de 27 a 29.9 kg/m² con comorbilidades ya se consideran candidatos a recibir terapia farmacológica. Para ser considerado candidato para cirugía

bariátrica el paciente debe de contar con un IMC mayor a 40 kg/m² o un IMC de 35 a 39.9 kg/m² con al menos una comorbilidad severa que no han alcanzado las metas con tratamiento conservador.

La cirugía bariátrica se divide en tres importantes grupos: los procedimientos malabsortivos, restrictivos y mixtos. El concepto básico de los procedimientos malabsortivos, como el bypass gástrico o la derivación biliopancreática, consiste en lograr que los nutrientes pasen a través de un segmento corto de intestino y de esta manera, absorber menos. Este procedimiento conlleva complicaciones como diarrea, deshidratación y en casos donde el acompañamiento médico no es el adecuado, desnutrición. Gracias a las complicaciones que representan los procedimientos malabsortivos, se innovó hacia los procedimientos restrictivos. Estos, como su nombre lo dice, restringe el número de nutrientes ingeridos al seccionar el estómago y reducir la ingesta. Procedimientos como la gastrectomía en manga, o la banda gástrica ajustable tienen mayor seguridad y menos complicaciones que los procedimientos malabsortivos. Por último, los procedimientos mixtos, como el bypass en Y de Roux, combina ambos mecanismos de acción y son los de elección para mejorar el estado metabólico de los pacientes. Cabe destacar que sus complicaciones también son las mismas que un procedimiento malabsortivo como síndrome de dumping, fuga de la anastomosis, más otro tipo de complicaciones como lo son las hernias internas o la formación de úlceras.⁶

Entre las herramientas para bajar de peso se encuentra el balón gástrico ingerible el cual consiste en una píldora ingerible que no necesita de endoscopia para ser colocado. El procedimiento se realiza en sala de fluoroscopia donde el médico certificado ayudará al paciente a ingerir la cápsula con la ayuda de un catéter. Se hace la toma de una imagen para corroborar la adecuada colocación de la cápsula, posteriormente, esta cápsula se abre gracias a los jugos gástricos para poder albergar 550 mL de solución estéril precargada. Esta medida es la misma para todos los pacientes. Una vez lleno, se realiza una segunda toma para corroborar el adecuado llenado y colocación del balón. Por último, se retira el catéter. Este procedimiento tiene una duración aproximada de 10 mins. Este dispositivo tiene una duración promedio de 16 semanas dentro de la cavidad gástrica y promete una reducción del 10 al 15% de peso, una vez cumplido este tiempo, se expulsará de manera espontánea por las evacuaciones. Este dispositivo cuenta con indicaciones específicas al igual que contraindicaciones las cuales se deben de evaluar previo a ofrecer este procedimiento. Para el seguimiento de los pacientes, se realiza de manera conjunta con nutrición y psicología.

Las complicaciones van desde las más sencillas como gastroparesia, reflujo, vómito, esofagitis y dolor abdominal

hasta las más graves como son obstrucción intestinal, perforación gástrica, ulceración gástrica y, por supuesto, una falta de cumplimiento de las metas de baja ponderal.⁷ Es importante destacar que el éxito depende en un gran porcentaje del paciente, y del compromiso del equipo multidisciplinario para cumplir los objetivos, educar y vigilar al paciente durante todo el proceso.⁸

En México, sólo hay un caso reportado de una perforación gástrica como complicación del balón intragástrico. Sánchez-Pérez y cols., en 2011 reportan el caso de una paciente femenina de 54 años con un IMC de 31.2 kg/m² a la cual se coloca un balón intragástrico por endoscopia, la paciente llegó al servicio de urgencias por una ruptura de aneurisma cerebral por el esfuerzo continuo del vómito que le generó el balón igual que una perforación gástrica.⁶

Actualmente contamos con 67 artículos indexados que reportan como complicación del balón intragástrico la perforación gástrica. En su mayoría, reportan la complicación secundaria a la ruptura de una úlcera gástrica, también se reportan perforaciones gástricas en pacientes con antecedentes de cirugías de funduplicatura. Otro grupo de pacientes tuvo una perforación debido a la técnica de inserción por medio de endoscopia o por isquemia. Un porcentaje muy pequeño de estas complicaciones por transgresión dietética, en nuestra búsqueda sólo se encontró el artículo de Molina y cols., quienes en 2023 reportaron el caso de un paciente masculino de 28 años quien era portador de balón intragástrico colocado por endoscopia el cual, después de abandonar su tratamiento con omeprazol, comienza a consumir alcohol, así como también iniciar con el hábito tabáquico y una dieta no controlada, que resultó en perforación gástrica.⁸ De aquí la importancia de destacar el caso aquí compartido ya que es uno de los primeros reportados de esta naturaleza, ya que la mayoría de estos pacientes su balón intragástrico fue colocado por endoscopia.

CONCLUSIÓN

En la actualidad no existe ningún caso reportado de una complicación asociada a ruptura gástrica secundaria al uso de balón intragástrico ingerible en México, en los últimos años este procedimiento ha sido más popular por su mínima invasión y su amplio uso.

Podemos concluir que el balón intragástrico ingerible es una buena alternativa para pacientes como un tratamiento previo a una cirugía bariátrica para reducir el riesgo quirúrgico intraoperatorio o para pacientes que presentan sobrepeso y quieren una alternativa no quirúrgica. Sin embargo, este procedimiento conlleva responsabilidad y compromiso de parte del paciente para evitar este tipo de complicaciones y obtener los resultados deseados.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del Día Mundial contra la Obesidad (12 de noviembre); 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Obesidad20.pdf
2. Antonopoulos AS, Oikonomou E, Antoniades C, Tousoulis D. From the BMI paradox to the obesity paradox: the obesity-mortality association in coronary heart disease. *Obesity Reviews* 2016; 17(10): 989-1000. <https://doi.org/10.1111/obr.12440>
3. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso: World Health Organization: WHO; 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Conway BE, Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity Reviews* 2004; 5(3): 145-51. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2004.00144.x>
5. Diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y obesidad exógena. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC 2018 [27/06/2023].
6. Phillips B, Shikora SA. The history of metabolic and bariatric surgery: Development of standards for patient safety and efficacy. *Metabolism-clinical and Experimental* 2018; 79: 97-107. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2017.12.010>
7. Rahman AA, Loi KWK. Gastric Perforation as a complication of intragastric balloon. *Surgery for Obesity and Related Diseases* 2018; 14(5): 719-22. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.01.019>
8. Molina GA, Rojas C, Aguayo W, Vivar C, Guzmán JD. Perforated gastric ulcer after unhealthy decisions in a patient with an intragastric balloon, a hangover you will regret. *Surgical Case Reports* 2023; 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40792-023-01627-6>

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL

29 de mayo 2024 |
20:00 hrs. Ciudad de México.



COORDINADOR:



Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong MD, MSc, PhD, FICS
Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo

Ex-Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo.

PONENTES:



Dr. Rubén Vargas de la Llata MD, FACS
Cirujano General y Coloproctólogo
Ex-Presidente del Colegio Mexicano de Coloproctología



Acad. Dr. Quintín Héctor González Contreras MD, FACS
Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo
Ex-Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo.



Acad. Dr. José Manuel Correa Rovelo MD, PhD, FACS
Cirujano General y Coloproctólogo
Ex-Presidente del Colegio Mexicano de Coloproctología

AGENDA:

- Hemorroidectomía con ligasure y con bisturí armónico.
Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong
- Hemorroidectomía cerrada y abierta panorama actual.
Dr. Rubén Vargas de la Llata
- Desarterialización hemorroidal trans-anal (TSH).
Acad. Dr. Quintín Héctor González Contreras
- Hemorroidopexia con engrapadora circular (PPH).
Acad. Dr. José Manuel Correa Rovelo

Contacto: contacto@amcad.com.mx

REGISTRO:

https://eu01web.zoom.us/webinar/register/3017158077437/WN_Fz3-TXXRPRUK9ZMv7oBzI6Q#/registration





ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, A.C.

REUNIÓN REGIONAL QUERÉTARO, QRO.

HOSPITAL ÁNGELES CENTRO SUR DE QUERÉTARO

MAYO 30 Y 31 DE 2024

Comité Organizador

Presidente
Dr. Oscar Chapa Azuela

Vicepresidente
Dr. Juan Miguel Abdo Francis

Secretario
Dr. Jorge Alejandro Vázquez Carpizo

Coordinador del Comité Científico
Dr. Javier Melchor Ruan

Relaciones Intenacionales
Dr. Eduardo Esteban Montalvo Javé

Coordinadores



Dr. Jorge Alejandro Vázquez Carpizo
Cirujano General, Maestro en Innovación educativa. Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. Profesor de Cirugía y Gastroenterología de la Universidad Anáhuac. Jefe de Educación Médica, Hospital Ángeles Querétaro.



Dr. Erick Rodrigo Conde Cadena
Cirugía General, Bariátrica, Metabólica y Endoscópica. Director del Centro Quirúrgico para Obesidad y Enfermedades Metabólicas 'Obesidad Cero'. Miembro de ACS, ASMBS, IFSO, SECO, CMCOEM, AMCG, AMCE, AMH.

PROGRAMA



Cuotas Reuniones Regionales

Socios	\$1,000.00
No Socios	\$1,200.00
Internistas y Residentes	\$ 750.00
Enfermería	\$ 500.00
Estudiantes de Medicina	\$ 500.00

INFORMES

contacto@amcad.com.mx

REGISTRO Y PAGO AQUI



O si lo prefiere depositar o transferir a la **AMCAD** en **BANORTE**
Cuenta: 1136012118
Clabe: 072 180 01136012118 4
posteriormente registrase en el código QR,
y enviar el comprobante a
contacto@amcad.com.mx



"La tecnología en la práctica de cirugía segura y reflexiva"



www.amcad.com.mx