

## Bibliografía

- Quintero E, Alarcón-Fernández O, Jover R. Controles de calidad de la colonoscopia como requisito de las campañas de cribado del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36:597-605.
- Jover R, Herráiz R, Alarcón M, Brullet O, Bujanda EL, Bustamante M, et al. Clinical practice Guidelines quality of colonoscopy in colorectal cancer screening. *Endoscopy*. 2012;44:444-51.
- Napoleon B, Ponchon T, Lefebvre RR, Heresbach D, Canard JM, Calazel Benque A, et al. French Society of Digestive Endoscopy (SFED) Guidelines on performing a colonoscopy. *Endoscopy*. 2006;38:1152-5.
- Rex DK, Petrini JL, Baron TH, Chak A, Cohen J, Deal SE, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:S16-28.
- Varadarajulu S, William H, Ramsey WH. Utility of retroflexion in lower gastrointestinal endoscopy. *J Clin Gastroenterol*. 2001;32:235-7.
- Rex DK. Development of distal rectal cancer 5 years after a normal photograph of the distal rectum. *Gastrointest Endosc*. 2011;74:728-9.
- Saad A, Rex DK. Routine rectal retroflexion during colonoscopy has a low yield for neoplasia. *World J Gastroenterol*. 2008;14:6503-5.
- Rex DK, Vemulapalli KC. Retroflexion in colonoscopy: Why? Where? When? How? What value? *Gastroenterology*. 2013;144:882-3.
- Hanson JM, Atkin WS, Cunliffe WJ, Browell DA, Griffith CDM, Varma JS, et al. Rectal retroflexión an essential part of lower gastrointestinal endoscopic examination. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1706-8.

Maria Lourdes Ruiz-Rebollo<sup>a,\*</sup>, Sara Gómez De La Cuesta<sup>a,b</sup>, Carlos Pérez Fernández<sup>b</sup> y José Manuel González Hernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ruizrebollo@hotmail.com](mailto:ruizrebollo@hotmail.com)

(M.L. Ruiz-Rebollo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.01.010>

## Úlceras de Cameron: dos formas de presentación clínica de una hemorragia digestiva alta infrecuente



### Cameron ulcers: two clinical presentations of an unusual upper gastrointestinal hemorrhage

Sr. Director:

La hemorragia digestiva alta constituye un problema frecuente en las diferentes unidades de endoscopia, tanto en indicación urgente como en su forma diferida. La úlcera péptica complicada continúa como principal causa a pesar del indiscriminado uso de antiseoretos y tratamientos erradicadores de *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Además de la patología ácida, otras lesiones como angiodisplasias, dislaceraciones tipo Mallory-Weiss, y más raramente tumores submucosos y otros tumores completan las causas de hemorragia no varicosa. Describimos a continuación dos casos de hemorragia digestiva, una en forma de vómitos en posos de café y otra en forma de melenas secundario a un tipo especial de ulceración o erosión longitudinal localizada en el cuello de una hernia hiatal por deslizamiento o también llamada úlcera de Cameron.

Caso 1. Mujer de 79 años con historia de regurgitaciones ocasionales y pirosis crónica de más de dos décadas de evolución, en tratamiento con antiseoretos diarios a dosis bajas. Había sido diagnosticada de hernia de hiato por deslizamiento en una endoscopia previa hacía años. Presenta en los últimos cuatro meses mayor número de regurgitaciones y un mes previo al diagnóstico vómitos verdaderos, que tienen un aspecto oscuro en los últimos 10 días. No refería toma

previa de fármacos gastrolesivos. En la endoscopia reciente se pone de manifiesto una evidente hernia hiatal por deslizamiento de aproximadamente 5-6 cm. de tamaño con una ulceración longitudinal de fondo fibrinoide sin signos de sangrado actual, siguiendo los pliegues hacia la curvatura mayor gástrica, todo ello compatible con úlcera de saco herniario o úlcera de Cameron. En la analítica hay un pequeño descenso no significativo de los niveles de hemoglobina. La paciente evolucionó favorablemente con dosis plenas de inhibidores de la bomba de protones y sucralfato.

Caso 2. Mujer de 85 años hipertensa e intervenida de prótesis de cadera. Diagnosticada de anemia microcítica con cifras de Hb basales de 10-9 gr/dl y antecedentes de hemorroides y una úlcera rectal solitaria. Consulta por melenas de 12 horas de evolución, sin toma de antiinflamatorios previos ni antiagregantes o anticoagulantes. Destaca una hemoglobina descendida a 8,7 gr/dl y urea discretamente aumentada, 78 mg/dl. La endoscopia alta urgente evidencia una hernia hiatal por deslizamiento de gran tamaño con presencia de varias ulceraciones lineales cubiertas de fibrina sobre los pliegues gástricos del saco herniario a nivel de la unión toracoabdominal compatibles con úlceras de Cameron sin evidencia de sangrado activo (fig. 1). Se amplía el estudio a una rectosigmo-colonoscopia comprobando la ausencia de úlcera rectal u otras lesiones que justificaran la clínica en el tramo explorado. En la actualidad está asintomática con inhibidores de la bomba de protones.

Las úlceras de Cameron constituyen una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal alto tanto agudo, en forma de melenas o vómitos en posos de café, como crónico, en forma de anemia, con una prevalencia en torno al 5%<sup>1,2</sup>.

Son úlceras lineales que asientan a nivel del hiato diafragmático en pacientes con hernia hiatal por



**Figura 1** Úlceras lineales fibrinoides en saco herniario (úlceras de Cameron).

deslizamiento, especialmente cuando ésta es de gran tamaño<sup>1</sup>. El mecanismo fisiopatológico es de tipo mecánico debido a una tracción constante de la mucosa de los pliegues gástricos cada vez que el estómago pasa por el hiato herniario con los movimientos respiratorios<sup>2</sup>. Tanto los antiinflamatorios, como el ácido gástrico y la isquemia son factores agravantes y desencadenantes del sangrado<sup>2</sup>.

En la mayoría de los casos el sangrado es de escasa cuantía y se autolimita con posibilidad de recidiva. Esta inexpresividad clínica con estabilidad hemodinámica y sin repercusión analítica hace que esta entidad sea infradiagnosticada o de diagnóstico tardío<sup>3-5</sup>, no obstante se han descrito casos de hemorragia masiva secundaria a este tipo de úlceras<sup>7</sup>. No es infrecuente que pueda aparecer como anemia crónica con sangrado de origen oscuro<sup>4-6</sup> o pueda observarse en una endoscopia alta solicitada por otro motivo. Ejemplo de esto son los dos casos que describimos. El primero se diagnosticó en endoscopia de rutina sin alteraciones clínicas llamativas con regurgitaciones más que vómitos y sin anemia, que al ver las imágenes endoscópicas, nos obligó a anamnesis exhaustiva y se confirmó la presencia de vómitos en posos de café. El segundo se diagnosticó en el transcurso de una endoscopia urgente por melenas con mínima alteración analítica sin repercusión hemodinámica que podría haber pasado perfectamente desapercibido, sin consultar ni diagnosticar.

Por tanto el diagnóstico es de alta sospecha clínica en pacientes longevos con antecedentes de hernia hiatal por

deslizamiento de gran tamaño y sangrado escaso y poco representativo clínicamente<sup>1,4</sup>.

El tratamiento es farmacológico con inhibidores de la bomba de protones para evitar que el ácido impida la correcta cicatrización aunque, al persistir el mecanismo de tracción constante, las úlceras tienden a recidivar<sup>2</sup>. La cirugía ha de reservarse para casos no respondedores muy sintomáticos o como tratamiento propiamente dicho de la hernia hiatal por deslizamiento, dado que se considera una hernia hiatal complicada<sup>8</sup>.

## Bibliografía

1. Weston AP. Hiatal hernia with Cameron ulcers and erosions. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1996;6:671-9.
2. Bernardo RJ, Portocarreño JP, Tagle M. Lesiones de Cameron: experiencia clínica. *Rev Gastroenterol Perú*. 2012;32-2: 157-60.
3. Maganty K, Smith RL. Cameron lesions: unusual cause of gastrointestinal bleeding and anemia. *Digestion*. 2008;77:214-7, <http://dx.doi.org/10.1159/000144281>. Epub 2008 Jul 12. Review.
4. Chun CL, Conti CA, Triadafilopoulos G. Cameron ulcers: you will find only what you seek. *Dig Dis Sci*. 2011;56:3450-2, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-011-1803-y>. Epub 2011 Jun 25.
5. Kimer N, Schmidt PN, Krag A. Cameron lesions: an often overlooked cause of iron deficiency anaemia in patients with large hiatal hernias. *BMJ Case Rep*. 2010;2010. pii: bcr0620103129; doi:10.1136/bcr.06.2010.3129.
6. Jovanović I, Alempijević T, Popović D, Kovacević N, Krstić M. Cameron lesion: an unusual cause of anemia. *Med Pregl*. 2010;63(5-6):423-6. Serbian.
7. Camus M, Jensen DM, Ohning GV, Kovacs TO, Ghassemi KA, Jutabha R, et al. Severe upper gastrointestinal hemorrhage from linear gastric ulcers in large hiatal hernias: a large prospective case series of Cameron ulcers. *Endoscopy*. 2013;45:397-400, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1326294>.
8. Moschos J, Pilpilidis I, Kadis S, Antonopoulos Z, Paikos D, Tzilves D, et al. Cameron lesion and its laparoscopic management. *Indian J Gastroenterol*. 2005;24:163.

Blanca Gallego-Pérez\*, Juan José Martínez-Crespo, Carmen María Marín-Bernabé y Urszula Gajownik

*Sección Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [blankgallego@hotmail.com](mailto:blankgallego@hotmail.com) (B. Gallego-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.02.003>