

ayuda a la hora del diagnóstico de colitis microscópica y sus variantes aunque debe de recibir la información clínica necesaria (cumplimiento de criterios clínicos y hallazgos endoscópicos) para que dicha categoría diagnóstica aparezca justificadamente reflejada en sus informes.

## Bibliografía

1. Fernández Bañares F, Salas A, Esteve M. Pitfalls and errors in the diagnosis of collagenous and lymphocytic colitis. *J Crohns Colitis*. 2008;2:343-7.
2. Munch A, Aust D, Bohr J, Bonderup O, Fernández Bañares F, Hjortswang H, et al., European Microscopic Colitis Group (EMCG). Microscopic colitis: Current status, present and future challenges. Statements of the European Microscopic Colitis Group. *J Crohns Colitis*. 2012;6:932-45.
3. Odze RD, Goldblum JR, Crawford JM. *Surgical Pathology of the Gastrointestinal Tract*. En: *Biliary Tract and Pancreas*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2004.
4. Greenson. *Diagnóstico en Patología Gastrointestinal*. Madrid: Amirsis-Marban; 2013.
5. Montgomery EA. *Biopsy Interpretation of the Gastrointestinal Tract Mucosa*. Biopsy Interpretation Series. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.

Francisco Javier Torres Gómez

*Unidad de Anatomía Patológica, Laboratorio Dr. Torres de Anatomía Patológica y Citología (CITADIAG SL), Sevilla, España*

*Correo electrónico: javiertorresgomez@yahoo.es*  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.gastrohep.2014.06.006>

## Hematemesis en paciente de 80 años con dolor torácico y náuseas



### Hematemesis in an 80-year-old patient with chest pain and nausea

*Sr. Director:*

Se trata de una mujer de 80 años que acude al servicio de urgencias por dolor torácico, náuseas y disnea. Como antecedentes personales destacaba un infarto agudo de miocardio no Q con colocación de stent farmacoactivo sobre la arteria descendente anterior 2 años antes. Recibía tratamiento con AAS 100 mg y clopidogrel 75 mg cada 24 horas. Ya en urgencias, se objetiva un único episodio de hematemesis, encontrándose la paciente en todo momento estable hemodinámicamente. La analítica extraída mostraba una hemoglobina en 12,4 g/dl y unas plaquetas en 300.000/mm<sup>3</sup>, sin otras alteraciones.

Se realiza TAC toraco-abdominal para descartar patología aórtica aguda, mostrando este un engrosamiento de la pared del tercio distal esofágico, sin otros hallazgos patológicos. Tras el mismo, se realiza una endoscopia digestiva alta objetivándose un hematoma longitudinal (fig. 1) que ocupa aproximadamente el 20% de la luz a nivel de tercio medio e inferior esofágico. Se asienta sobre una mucosa edematosa, sin apreciar en ella sangrado activo ni rotura de la misma (fig. 2).

La paciente fue tratada de manera conservadora mediante reposo digestivo, sueroterapia y analgesia sin ocurrir nuevos eventos hemorrágicos ni de dolor.

El hematoma esofágico espontáneo es una entidad poco frecuente. La forma de presentación más común es el dolor torácico, seguido de disfagia u odinofagia y/o hematemesis, tal y como ocurre en nuestro paciente. Aparece comúnmente en pacientes bajo tratamiento con antiagregantes y/o anticoagulantes y sobre todo en mujeres de edad avanzada<sup>1</sup>. La mayoría de los casos descritos afectan al

tercio distal esofágico, probablemente por desaparición de la musculatura estriada a este nivel y por tanto, mayor debilidad de la pared del órgano.

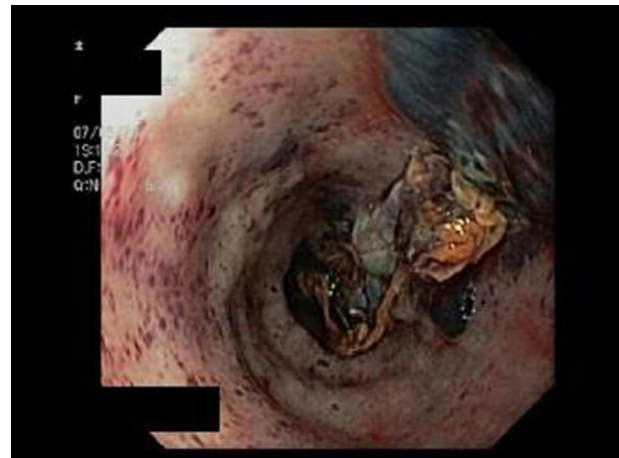


Figura 1 Hematoma longitudinal en esófago medio.

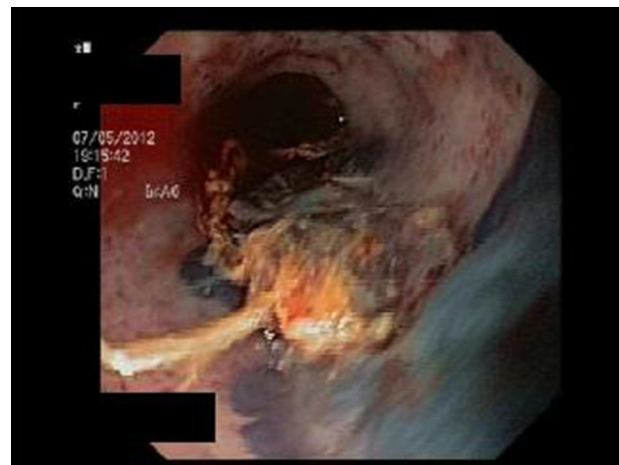


Figura 2 Hematoma esofágico ocupando un 20% de la luz.

Por la forma clínica de presentación, debemos realizar un diagnóstico diferencial con entidades como el síndrome de Mallory Weiss (desgarro mucoso) y el síndrome de Boerhaave (rotura transmural de la pared esofágica), sin olvidarnos de la cardiopatía isquémica o una disección aórtica<sup>2</sup>.

La tomografía axial computarizada (TAC) es la prueba de imagen más usada para confirmar el diagnóstico y excluir otras causas de dolor torácico agudo<sup>3</sup>.

La endoscopia muestra una coloración azulada de la mucosa esofágica. En ocasiones un coágulo que protruye hacia el interior de la luz del esófago.

El tratamiento conservador es el de elección, con administración de sueroterapia intravenosa y dieta absoluta durante las primeras 72 horas tras el evento hemorrágico<sup>4</sup>.

El hematoma esofágico espontáneo es una patología infrecuente. La triada clásica de dolor torácico, disfagia y hematemesis no aparece en todos los pacientes, obligándonos a la realización de pruebas de imagen como TAC o endoscopia digestiva alta para el correcto diagnóstico. Requiere habitualmente un tratamiento conservador y el pronóstico es generalmente excelente<sup>5</sup>.

## Financiación

No se ha recibido financiación de ningún tipo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Al servicio de Aparato Digestivo del Hospital Infanta Cristina de Badajoz y del Hospital de Mérida.

## Bibliografía

1. Hirano K, Yamamichi N, Fujishiro M. Esophageal hematoma: A rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012;27:1642.
2. Iñarrairaegui M, Jiménez FJ. Hematoma esofágico gigante, posible relación con dosis pequeñas de aspirina. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:460-3.
3. Jalihal A, Jamaludin AZ. Intramural hematoma of the esophagus. *Am J Emerg Med.* 2008;26:e841-2.
4. Cullen SN, McIntyre AS. Dissecting intramural hematoma of the esophagus. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2000;12:1151-62.
5. Lubelc JS, Mahindra P. Spontaneous submucosal esophageal hematoma: A cause of severe thoracic back pain. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012;10:A23.

Elena García Martos\*, Tomás García Guerrero, Javier Carro Rossell y Carlos Jiménez Jaén

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [egamar50@hotmail.com](mailto:egamar50@hotmail.com) (E. García Martos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.012>

## Tumor sólido pseudopapilar de páncreas con diagnóstico preoperatorio por ecoendoscopia



## Solid pseudopapillary tumor of the pancreas diagnosed by preoperative endoscopic ultrasound

*Sr. Director:*

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (SPT) o tumor de Frantz presenta un comportamiento benigno con un bajo potencial de malignidad incluso en aquellos con enfermedad metastásica<sup>1-4</sup>. En la mayoría de los casos se presenta con clínica inespecífica, algunos de ellos son completamente asintomáticos y el diagnóstico es incidental en pruebas de imagen solicitadas por otros motivos<sup>1-6</sup>. Su resección quirúrgica es el tratamiento de elección, siendo en la mayoría de los casos curativa<sup>1-4</sup>.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada a través de ecoendoscopia (USE) y punción biopsia con aguja fina (BAAF).

Mujer de 26 años sin antecedentes de interés y sin clínica pancreática, estudiada en cirugía tras un

traumatismo torácico. En RMN se objetiva de forma incidental una lesión pancreática de 12 mm aproximadamente, homogénea e hipoeoica, de bordes bien definidos y realce posterior, que sugiere un origen quístico, confirmándose dichas características con estudio ultrasonográfico abdominal. Se completa el estudio con USE, donde se observa un páncreas con parénquima homogéneo y lesión hipoeoica en cola de 15,5 × 11,4 mm de diámetro, con contenido heterogéneo (estructuras hipoeoicas en el interior), que plantea dudas acerca del origen de la lesión (fig. 1). Se descarta comunicación con el Wirsung y se toman muestras mediante BAAF de 22G ProCore vía transgástrica. En el estudio citológico se observan células con formación pseudopapilar características del SPT y se confirma el diagnóstico con tinción positiva para progesterona, CD56, CD 10 y vimentina (fig. 2). Se realizó estudio de extensión sin detectar enfermedad a distancia, por lo que se decide su resección quirúrgica, mediante pancreatocistomía distal por laparotomía, y se confirma dicho diagnóstico.

El SPT es un tumor poco frecuente (1% de los tumores pancreáticos<sup>3,6</sup>) que afecta principalmente a mujeres jóvenes entre los 20-30 años<sup>1-6</sup> y su localización más habitual es la cola del páncreas<sup>2-6</sup>. Se consideran neoplasias de bajo nivel de malignidad y su pronóstico es bueno. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica<sup>1-4,6</sup>. No es adecuado realizar una enucleación y tampoco es necesario realizar una linfadenectomía amplia. No están indicadas la quimioterapia