

que generarían diarrea crónica e infección por *Helicobacter pylori* asociada a un aumento en la incidencia de cáncer gástrico hasta 50 veces comparado con la población general⁹.

Finalmente, en pacientes con IDCV son frecuentes las manifestaciones digestivas y hepatobiliares, por lo que se sugiere la búsqueda dirigida por la morbimortalidad que representan.

Bibliografía

1. Al-Muhsen SZ. Gastrointestinal and hepatic manifestations of primary immune deficiency diseases. *Saudi J Gastroenterol.* 2010;16:66–74.
2. Cunningham-Rundles C. The many faces of common variable immunodeficiency. *ASH Education Program Book.* 2012:301–5.
3. Blancas-Galicia L, Ramírez-Vargas N, Espinosa-Rosales F. Inmunodeficiencia común variable, un enfoque clínico. *Rev Invest Clin.* 2010;62:577–82.
4. Lougaris V, Ravelli A, Villanacci V, Salemme M, Soresina A, Fuoti M, et al. Gastrointestinal pathologic abnormalities in pediatric and adult-onset common variable immunodeficiency. *Dig Dis Sci.* 2015;60:2384–9.
5. Song J, Lleo A, Yang GX, Zhang W, Bowlus CL, Gershwin ME, et al. Common Variable Immunodeficiency and Liver Involvement. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1007/s12016-017-8638-z>.
6. Jørgensen SF, Reims HM, Frydenlund D, Holm K, Paulsen V, Michelsen AE, et al. A Cross-Sectional Study of the Prevalence of Gastrointestinal Symptoms and Pathology in Patients

With Common Variable Immunodeficiency. *Am J Gastroenterol.* 2016;111:1467–75.

7. Abolhassani H, Sagvand BT, Shokuhfar T, Mirminachi B, Rezaei N, Aghamohammadi A. A review on guidelines for management and treatment of common variable immunodeficiency. *Expert Rev Clin Immunol.* 2013;9:561–74.
8. Maarschalk-Ellebroek LJ, Oldenburg B, Mombers IM, Hoepelman AI, Brosens LA, Offerhaus GJ, et al. Outcome of screening endoscopy in common variable immunodeficiency disorder and X-linked agammaglobulinemia. *Endoscopy.* 2013;45:320–3.
9. Dhalla F, da Silva SP, Lucas M, Travis S, Chapel H. Review of gastric cancer risk factors in patients with common variable immunodeficiency disorders, resulting in a proposal for a surveillance programme. *Clin Exp Immunol.* 2011;165:1–7.

César Navea^a, Matías Echeverría^b, César Romero^b, Emily Osse^b, Javier Brahm^a y Jaime Poniachik^{a,*}

^a Sección de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jaime_poniachik@yahoo.es (J. Poniachik).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.02.006>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Anemia microcítica secundaria a úlcera anastomótica ileocólica



Microcytic anemia due to ileocolic anastomotic ulcer

Las úlceras ileocólicas perianastomóticas son una complicación tardía, poco frecuente y probablemente infradiagnosticada de las resecciones ileocecales. Suelen cursar con diarrea, síndrome malabsortivo y hemorragia digestiva oculta que puede dar lugar a anemia ferropénica crónica.

Presentamos el caso de un varón de 22 años, recién nacido pretérmino, con antecedentes de hemicolectomía derecha y resección ileal de 23 cm en los primeros meses de vida por una enterocolitis necrosante, remitido a consulta externa a los 19 años de edad por anemia ferropénica severa refractaria a ferroterapia oral. El análisis inicial mostró hemoglobina 10 g/dl, volumen corpuscular medio 78,7 flv, colesterol 76 mg/dl, triglicéridos 49 mg/dl, albúmina 4,12 g/dl e hipoferritinemia de 11 ng/ml. Se realizó fibrogastroscofia con biopsias gástricas y duodenales descartándose celiaquía e infección por *Helicobacter pylori*. Tras constatar la presencia de sangre oculta en heces se realizó fibrocolonoscopia que mostró anastomosis ileocólica ulcerada en la totalidad de su circunferencia, con biopsias compatibles con isquemia crónica. Una TAC abdominal mostró colelitiasis múltiple y cambios posquirúrgicos a nivel de la anastomosis ileocólica.

Se inició tratamiento con mesalazina, diosmina y glutamina, sin mejoría, por lo que, ante la persistencia de anemia pese a reposición oral y parenteral de hierro, se decidió resección de la anastomosis ileocólica y reanastomosis. El examen histológico fue compatible con úlcera isquémica crónica (fig. 1).

Tras 18 meses de seguimiento, el paciente permanece asintomático, sin anemia ni ferropenia.

Las anastomosis ileocólicas en la infancia se realizan mayoritariamente en casos de enterocolitis necrosante, intususpección o anomalías intestinales congénitas.



Figura 1 Pieza de resección de la anastomosis ileocólica donde se observa la ulceración circunferencial.

Ninguno de los mecanismos etiológicos propuestos (anti-inflamatorios no esteroideos, sobrecrecimiento bacteriano o procesos de isquemia relativa perianastomóticas) ha podido demostrar una clara relación con la génesis ulcerativa, por lo que la patogenia sigue siendo incierta^{1,2}.

Las úlceras perianastomóticas constituyen una complicación poco frecuente y tardía de la cirugía gastrointestinal (a menudo > 10 años después de la cirugía) y deben sospecharse en presencia de una anemia ferropénica persistente por pérdida de sangre oculta en heces¹⁻⁵.

Los signos y síntomas más frecuentes de las anastomosis ileocólicas complicadas incluyen la obstrucción intestinal, la anemia ferropénica, el dolor abdominal y la malabsorción, y la malnutrición, especialmente si se realiza una resección ileal extensa que incluya la válvula ileocecal o una colectomía parcial, pudiendo en estos casos llegar a afectar al desarrollo pondero estatural².

El diagnóstico definitivo suele demorarse meses o años debido a su expresión clínica larvada, siendo las exploraciones endoscópicas especialmente la colonoscopia el método diagnóstico más útil.

Estas lesiones presentan mala respuesta al tratamiento farmacológico: ni los antibióticos, ni los corticoides han demostrado tener efecto ni en la prevención ni en el tratamiento de la hemorragia oculta ni en la regeneración epitelial. El tratamiento quirúrgico, es decir, la resección y reanastomosis es probablemente la mejor opción terapéutica, aunque no está claro si es eficaz para prevenir las recurrencias. La ileostomía definitiva debe limitarse a casos seleccionados ya que comporta un elevado riesgo de deshidratación y diselectrolitemia si el remanente fuese yeyuno⁵. Debido a la falta de un tratamiento eficaz, en los últimos años se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas, como la inyección endoscópica de compuestos biológicos inmunomoduladores, aunque la experiencia es escasa.

En definitiva, si bien las úlceras anastomóticas suponen una complicación poco frecuente de las anastomosis ileocólicas, el impacto sobre la calidad de vida y la nula respuesta a tratamiento médico que frecuentemente obligan a tratamiento quirúrgico ponen de manifiesto la importancia de comprender los mecanismos etiopatogénicos implicados

para promover el desarrollo de nuevas terapias menos agresivas y la necesidad de realizar un seguimiento a largo plazo para evitar recidivas, que se producen en más de la mitad de los casos.

Bibliografía

1. Péter Z, Bodoky G, Szabó Z, Sonfalvi E, Varga Z, Szilvási I. Ileocolic anastomotic ulcer after surgery in adulthood: Case report and review of the literature. *Z Gastroenterol.* 2004;42:605–8.
2. Chari ST, Keate RF. Ileocolic anastomotic ulcers: A case series and review of the literature. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:1239–43.
3. Abdulhannan P, Puntis JW. Iron deficiency anaemia and perianastomotic ulceration as a late complication of ileal resection in infancy. *Gut.* 2007;56:1478–9.
4. Parashar K, Kyawhla S, Booth IW, Buick RG, Corkery JJ. Ileocolic ulceration: A long-term complication following ileocolic anastomosis. *Can J Surg.* 1993;36:162–4.
5. Hamilton AH, Beck JM, Wilson GM, Heggarty HJ, Puntis JWL. Severe anaemia and ileocolic anastomotic ulceration. *Arch Dis Child.* 1992;67:1385–6.

Jesús Manuel Rivera Esteban^{a,*}, Eloy Espín Basany^b,
Javier Santos Vicente^{a,c} y Carmen Alonso-Cotoner^{a,c}

^a Servicio de Aparato Digestivo, Laboratorio de Fisiología y Fisiopatología Digestiva, Institut de Recerca (VHIR), Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrivera@vhebron.net
(J.M. Rivera Esteban).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.02.004>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.