

8. Yu WY, Li QJ, Gong JP. Treatment strategy for hepatic trauma. *Chin J Traumatol*. 2016;19:168–71.
 9. Slotta J, Justinger C, Kollmar O, et al. Liver injury following blunt abdominal trauma: A new mechanism-driven classification. *Surg Today*. 2014;44:241–6.
 10. Raza M, Abbas Y, Devi V, et al. Non operative management of abdominal trauma - a 10 years review. *World J Emerg Surg*. 2013;8:14.
 11. Affi I, Abayazeed S, El-Menyar A, et al. Blunt liver trauma: A descriptive analysis from a level I trauma center. *BMC Surg*. 2018;18:42.
 12. Bernardo CG, Fuster J, Bombuy E, et al. Treatment of liver trauma: Operative or conservative management. *Gastroenterology Res*. 2010;3:9–18.
 13. Fominaya RC. Trauma hepático grave: estrategias de manejo. *Rev Colomb Cir*. 2003;18:167–74.
 14. Olthof DC, Joosse P, van der Vlies CH, et al. Prognostic factors for failure of nonoperative management in adults with blunt splenic injury: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74:546–57.
 15. Brillantino A, Iacobellis F, Festa P, et al. Non-operative management of blunt liver trauma: Safety, efficacy and complications of a standardized treatment protocol. *Bull Emerg Trauma*. 2019;7:49–54.
 16. Saltzherr TP, van der Vlies CH, van Lienden KP, et al. Improved outcomes in the non-operative management of liver injuries. *HPB (Oxford)*. 2011;13:350–5.
 17. Leppäniemi A. Nonoperative management of solid abdominal organ injuries: From past to present. *Scand J Surg*. 2019;108:95–100. [10.1177/1457496919833220](https://doi.org/10.1177/1457496919833220).
 18. Pachter HL, Knudson MM, Esrig B, et al. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: A multicenter experience with 404 patients. *J Trauma*. 1996;40:31–8.
 19. van der Vlies CH, Hoekstra J, Ponsen KJ, et al. Impact of artery embolization on the success rate of nonoperative management for blunt liver injury. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2012;35:76–81.
 20. Croce MA, Fabian TC, Menke PG, et al. Nonoperative management of blunt hepatic trauma is the treatment of choice for hemodynamically stable patients. Results of a prospective trial. *Ann Surg*. 1995;221:744–55.
 21. Asensio JA, Roldán G, Petrone P, et al. Operative management and outcomes in 103 AAST-OIS grades IV and V complex hepatic injuries: trauma surgeons still need to operate, but angioembolization helps. *J Trauma*. 2003;54:647–53.
 22. Fodor M, Primavesi F, Morell-Hofert D, et al. Non-operative management of blunt hepatic and splenic injury: A time-trend and outcome analysis over a period of 17 years. *World J Emerg Surg*. 2019;14:29.
 23. Asensio JA, Petrone P, Roldán G, et al. Has evolution in awareness of guidelines for institution of damage control improved outcome in the management of the post-traumatic open abdomen? *Arch Surg*. 2004;139:209–14.
 24. Asensio JA, Verde JM, Petrone P, et al. Massive hepatic hemorrhage: Initial steps in hemostasis. En: Ivatury RR, editor. *Operative techniques for severe liver injury*. New York: Springer; 2015. p. 41–56.
 25. Vyhňánek F, Denemark L, Duchác V. Current diagnostic and therapeutic approaches in liver injuries. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech*. 2003;70:219–25. PMID: 14569858.
- A. Pérez-Alonso^a, P. Rodríguez-Martinón^b,
L. Caballero-Marcos^c
y P. Petrone^{b,*}
- ^a *Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Complejo Hospitalario de Jaén. Departamento de Cirugía y sus Especialidades, Universidad de Granada, Jaén, España*
^b *Department of Surgery, NYU Langone Health, NYU Winthrop Hospital, Mineola, Nueva York, Estados Unidos*
^c *Servicio de Urgencias, Hospital de Alta Resolución de Alcalá La Real, Jaén, España*
- * Autor para correspondencia. Director of Surgical Research Program Director, International Research Fellowship, Department of Surgery - NYU Winthrop Hospital, Associate Professor of Surgery, NYU Long Island School of Medicine, 222 Station Plaza North, Suite 300, Mineola, Long Island, New York 11501-USA
Correos electrónicos: patrizio.petrone@gmail.com, patrizio.petrone@nyulangone.org (P. Petrone).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.10.005>
0375-0906/ © 2020 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Videocápsula endoscópica en el diagnóstico del síndrome de Peutz-Jeghers



Video capsule endoscopy in the diagnosis of Peutz-Jeghers syndrome

La videocápsula endoscópica (VCE) es una técnica diagnóstica utilizada en la mayoría de síndromes polipósicos con el fin de detectar lesiones en intestino delgado¹.

Presentamos el caso de un paciente de 66 años que consulta por síntomas suboclusivos en los últimos meses alternando periodos con ausencia de síntomas. Se realiza estudio con VCE, dado que el paciente presentaba baja probabilidad de obstrucción en ese momento, en el que se observan múltiples pólipos de distinto tamaño y estado evolutivo que se extienden desde el antro hasta el

colon (figs. 1A-C). Se completa el estudio mediante colonoscopia con extirpación de varios de los pólipos, informando el análisis histológico de tipo hamartomatoso. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento con revisiones endoscópicas y polipectomías periódicas², incluidas resecciones de pólipos yeyunales con enteroscopia de doble balón.

De acuerdo con la literatura, una de las indicaciones de la VCE es el diagnóstico de los síndromes polipósicos de intestino delgado, como se observa en este caso. Este método diagnóstico ha demostrado una sensibilidad mayor en comparación con algunos estudios de imagen y una similar tasa de detección respecto a la enteroscopia de doble balón, con baja tasa de complicaciones. No obstante, la VCE presenta una serie de desventajas con respecto a los estudios de imagen como son la variabilidad interobservador en su interpretación y su limitación para determinar el tamaño de la lesión. Con este caso queremos enfatizar el papel de

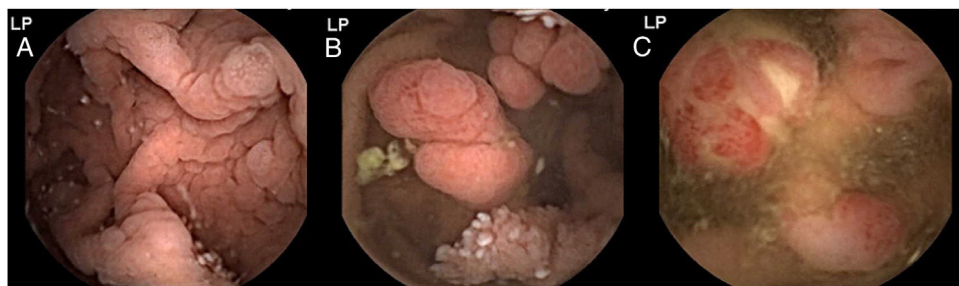


Figura 1 A-C) Imágenes extraídas del estudio con VCE en el que se observan multitud de pólipos de distinto tamaño y estadio evolutivo en antro, yeyuno y colon respectivamente.

la VCE como un método diagnóstico simple, eficaz, libre de radiación y con baja tasa de complicaciones en el estudio de pacientes con síndromes de poliposis gastrointestinal, a completar posteriormente con técnicas más específicas que permitan establecer un diagnóstico lo más preciso posible.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran haberse cumplido todas las responsabilidades éticas en cuanto a protección de datos, derecho a la privacidad y consentimiento informado.

Financiación

El presente manuscrito no ha sido sometido a financiación por parte de ninguna entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no encontrarse bajo ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Beggs A, Latchford A, Vasen H, et al. Peutz-Jeghers syndrome: A systematic review and recommendations for management. *Gut*. 2010;59:975–86.
2. Tomas C, Soyer P, Dohan A, et al. Update on imaging of Peutz-Jeghers syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014;20:10864–75.

J. García-Márquez^{a,*}, M. Valenzuela-de Damas^b
y A.M. Caballero-Mateos^a

^a Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^b Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

* Autor para correspondencia. Hospital Universitario San Cecilio, Avenida de la Investigación s/n, 18016, Granada, España. Teléfono: 618242443

Correo electrónico: joagarmar@hotmail.com
(J. García-Márquez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.10.004>

0375-0906/ © 2019 Asociación Mexicana de Gastroenterología.

Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Colitis ulcerosa con estenosis: un caso de progresión rápida de la enfermedad



Stricturing ulcerative colitis: a case of rapid disease progression

La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) es considerada una enfermedad idiopática del intestino grueso que consiste en la inflamación crónica de la mucosa debida a la interacción compleja entre una predisposición genética y factores ambientales. Se reporta que la incidencia se ha mantenido estable en Norteamérica (19.2 por cada 100,000 personas) y en Europa (24.3 por cada 100,000 personas), mientras que, en áreas de incidencia baja, específicamente en países en vías de desarrollo, parece que se ha experimentado un incremento en Enfermedad Intestinal Inflamatoria (EII) que muy probablemente se debe a la industrialización¹. Los datos epidemiológicos sobre CUCI son escasos en dichos

países y es el caso en México. En un estudio nacional de cohorte recientemente publicado, el cual cubre más de 15 años (2000-2017), se reportó una incidencia de 0.16 por cada 100,000 personas-año y una prevalencia de 1.45 por cada 100,000 personas-año para CUCI en México, lo cual revela un incremento de 5.3 veces². El alcance y el curso clínico de la enfermedad pueden variar, yendo desde involucramiento rectal a pancolitis de manera continua, y la enfermedad se caracteriza por un curso de recaída y remisión. El fenotipo al momento del diagnóstico en pacientes con CUCI generalmente se divide en partes iguales entre proctitis, colitis izquierda y pancolitis. Ambos subtipos de EII, es decir la CUCI y la Enfermedad de Crohn (EC), son enfermedades crónicas que consisten en inflamación crónica con subsiguiente reparación constante de tejido. La EC presenta afectación transmural con activación de células mesenquimales y un curso subsiguiente de estenosis, mientras que en la CUCI prolongada, la cicatrización y fibrosis se limitan usualmente a la mucosa, incluyendo pseudopoliposis y fibrosis en puente⁴. Se ha reconocido un incremento en el riesgo de cáncer colorrec-