

a un hígado enfermo con un shunt o derivación que resulta en hipoxemia por una perfusión y ventilación no adecuada.<sup>17</sup> Esta hipoxemia conduce a la neoangiogenesis e hiperplasia vascular, y ha sido postulada como el daño hepático producido al alterarse el metabolismo de las sustancias responsables del metabolismo óseo en esos pacientes<sup>18</sup>.

La determinación del tipo de shunt o derivación es importante para planificar el tratamiento. En pacientes con malformación tipo I el trasplante hepático es la opción de tratamiento ya que la oclusión del shunt no es una opción, solo representa un daño al flujo venoso mesentérico y estos pacientes pueden desarrollar encefalopatía hepática y nódulos hepáticos malignos<sup>19</sup>.

Para pacientes con malformación tipo II y síntomas serios como encefalopatía hepática, se puede realizar una derivación o shunt, cirugía o colocación de un catéter<sup>19</sup>.

El diagnóstico de Malformación de abernethy es realizado por técnicas no invasivas como estudios de imágenes, la ecografía, tomografía o angiotac multicorte del sistema venoso portal y arterial<sup>19, 20</sup>.

Los shunt portosistémicos congénitos están asociados con una frecuencia incrementada de neoplasmas hepáticos los cuales pueden ser benignos (hiperplasia nodular focal adenoma hepatocelular o hiperplasia nodular regenerativa) o malignos (carcinoma hepatocelular o hepatoblastoma), y la desviación de sustancias hepatotropicas al flujo venoso esplácnico tales como insulina y Glucagón hacia el hígado resultan en la alteración del desarrollo y función y capacidad regenerativa hepática<sup>21</sup>.

Nuestro caso se plantea como una malformación de abernethy tipo I a conocido como malformación o ausencia congénita de la vena porta, como lo descrito en la literatura frecuente en la infancia en este caso es una paciente masculino y no tiene otras malformaciones asociadas sin embargo su opción terapéutica es trasplante hepático.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pipitone S, Garofalo C, Corsello G, Mongiovi M, Piccione M, Maresi E, et al. Abnormalities of de umbilico-portal venous system in Down syndrome: a report of two new patients. *Am J Med Genet.* 2003;120: 528-32.
- Nso AP, Garcia P, Quero J. Malformaciones vasculares abdominales y Síndrome de Down. *An Pediatr (Barc).* 2007; 66(4):410-2.
- Saxena AK, Sodhi KS, Arora J, Thapa BR, Suri S. Congenital intrahepatic portosystemic venous shunt in an infant with Down syndrome. *AJR Am J Roentgenol.* 2004; 183: 1783-4.
- Courtens W, Segers V, Johansson A, Avni FE. Association between Down syndrome and portohepatic shunt. *Am J Med Genet.* 2000;93: 166-8.
- Borrell A, Martinez JM, Serés A, Borobio V, Cararach V, Fortuna A. Ductus venosus assessment at the time of nuchal translucency measurement in the detection of fetal aneuploidy. *Prenat Diagn.* 2003;23:921-6.
- Mboyo A, Lemouel A, Sohm O, Gondy S, Destuynder O, Billy B, et al. Congenital extra-hepatic portocaval shunt. Concerning a case of antenatal diagnosis. *Eur J Pediatr Surg.* 1995;5:243-5.

7. Witters P, Maleux G, George C, et al. Congenital veno-venous malformations of the liver: widely variable clinical presentations. *J Gastroenterol Hepatol* 2007;Sept 14 [epub ahead of print].

8. Morgan G, Superina R. Congenital absence of the portal vein: two cases and a proposed classification system for portosystemic vascular anomalies. *J Pediatr Surg* 1994;29:1239-1241.

9. Marois D, Van Heerden JA, Carpenter HA, Sheedy PF. Congenital absence of the portal vein. *Mayo Clin Proc* 1979;54:55-59.

10. Abernethy J. Account of two instances of uncommon formation in the viscera of the human body. *Philos Trans R Soc* 1793;83:59-66.

11. Alvarez AE, Ribeiro AF, Hessel G, Baracat J, Ribeiro JD. Abernethy Malformation: One of the Etiologies of Hepatopulmonary Syndrome. *Pediatric Pulmonology* 2002; 34:391-394.

12. Kierman F. The anatomy and physiology of the liver. *Philos Trans* 1833;113:711-770.

13. Howard E, Davenport M. Congenital extrahepatic portocaval shunt - the Abernethy malformation. *J Pediatr Surg* 1997;32:494-497.

14. Sze DY, Berquist WE. SIR 2008 Annual meeting film panel case: Abernethy malformation. *J Vasc Interv Radiol* 2008; 19:1274-1277.

15. Imeen K. From Abernethy to APOLT. *Liver Transplantation* 2008;14:1067-1068.

16. Turkbey B, Karcaaltincaba M, Demir H, Akcoren Z, Yuce A, Haliloglu M. Multiple hyperplastic nodules in the liver with congenital absence of portal vein: MRI findings. *Pediatr Radiol* 2006;36:445-448.

17. Naeije R. Hepatopulmonary Syndrome and portopulmonary hypertension. *Swiss Med Wkly* 2003;133:163-169.

18. Pitt P, Mowat A, Williams R, Hamilton E. Hepatic hypertrophic osteoarthropathy and liver transplantation. *Ann Rheum Dis* 1004;53:338-340.

19. Collard B, Maleux G, Heye S, et al. Value of carbon dioxide wedged venography and transvenous liver biopsy in the definitive diagnosis of Abernethy malformation. *Abdom Imaging* 2006;31:315-319.

20. Bellah RD, Hayek J, Teele RL. Anomalous portal venous connection to the suprahepatic vena cava: sonographic demonstration. *Pediatr Radiol* 1989;20:115-117.

21. Kumar A, Kumar J, Aggarwal R, Srivastava S. Abernethy malformation with portal vein aneurysm. *Diag Interv Radiol* 2008; 14:134-146.

Para cualquier información o separata contactar a la:  
Dra. Neyda Landaeta. Servicio de Gastroenterología -  
Hospital de Niños J.M de Los Ríos Caracas- Venezuela  
Correo - e: neydaale@gmail.com

Fecha de Recepción: Sep. 2009 Fecha de Revisión: May. 2010  
Fecha de Aprobación: Jun. 2010

## DUODENITIS POR STRONGYLOIDES STERCORALIS SIMULANDO LESION POLIPOIDE DE DUODENO.

Indicar Autores y lugar de trabajo

#### RESUMEN

La Strongyloidiasis es una parasitosis intestinal producida por un nematodo de distribución mundial, es endémica en zonas tropicales, el parásito penetra a través de los pies en forma de larva filariforme presente en suelos infectados. Puede presentar manifestaciones Dermatológicas, Respiratorias y Gastrointestinales, siendo estas últimas de variado espectro, que van desde síntomas vagos e inespecíficos hasta Enteritis Invasiva. Los métodos convencionales de examen de heces seriados o radiología no son lo suficientemente sensibles ni específicos. La endoscopia ha aumentado la posibilidad de hacer mejores diagnósticos, así como la biopsia gástrica y duodenal; de hecho se considera a los hallazgos endoscópicos como marcadores de severidad de la infección. Presentamos el caso de un paciente con síntomas dispépticos y hallazgos endoscópicos e histológicos de Duodenitis por Strongyloides Stercoralis. El paciente recibió tratamiento con Ivermectina.

**Palabras Claves:** Strongyloides Stercoralis. Duodenitis.

#### SUMMARY

The intestinal strongyloidiasis is a parasitic disease caused by a global distribution nematode endemic in tropical areas, penetrates through the feet in the form of larvae present in infested soil filariform. May present with dermatological, respiratory and gastrointestinal tracts, the latter being varied spectrum of symptoms ranging from vague to invasive enteritis. Conventional methods of serial stool examination, radiology are not sensitive enough nor specific. Endoscopy has increased the possibility of better diagnosis, as well as gastric and duodenal biopsy, in fact considered the endoscopic findings as markers of severity of infection. We report the case of a patient with dyspeptic symptoms with endoscopic and histological findings of Duodenitis for Strongyloides Stercoralis. He was treated with Ivermectin.

**Key words:**

## INTRODUCCIÓN

La Strongyloidiasis es una infección frecuente en todo el mundo y endémica en regiones tropicales y subtropicales, esta enfermedad es producida por un nematodo intestinal (*Strongyloides Stercoralis*) que afecta comúnmente a niños y que tiene afinidad y coloniza frecuentemente a Duodeno y Yeyuno. La larva filariforme penetra a través de los pies, alcanza el torrente circulatorio y de allí a los pulmones, al árbol traqueo-bronquial y finalmente son deglutidos. Este parásito tiene la habilidad de persistir y replicarse dentro del huésped por años, en forma asintomática hasta en un 50% de los casos. La sintomatología gastrointestinal suele presentarse comúnmente como dispepsia, dolor abdominal, distensión abdominal y crisis de diarrea intermitente. Dentro del espectro paraclínico el hallazgo más importante es la Eosinofilia que no es específico; el examen de heces seriado tiene una baja sensibilidad aunque en algunas series publicadas empleando el método de Baerman modificado, puede llegar al 80%. Desde el punto de vista radiológico no hay características específicas. Hay múltiples trabajos publicados con hallazgos endoscópicos que van desde edema de pliegues en duodeno o estómago hasta sangrado en ausencia de úlceras o erosiones, eritema de pliegues, úlceras, gastritis y lesiones de aspecto nodular. El hallazgo de la larva al examen histológico no es frecuente y su presencia aumenta en los casos de hiper infección llegando a un 90%, por lo que el hallazgo endoscópico traduce severidad de la infección. El tratamiento de elección es la Ivermectina, siguiendo el Albendazol, y Tia-bendazol como alternativas terapéuticas.

## CASO CLINICO

Paciente masculino de 28 años de edad, natural de Caracas procedente de la Guaira, con antecedente de enfermedad ulcero péptica, quien refiere clínica de epigastralgia, acidez, pirosis, distensión abdominal y llenura postprandial. Al examen físico dolor a la palpación en epigastrio. Perfil de laboratorio sin alteraciones. Se realiza Gastroscoopia evidenciándose en bulbo duodenal mucosa congestiva, con lesiones de aspecto polipoide, infiltrada.



El estudio histológico reveló Duodenitis Parasitaria, presencia de larvas de *Strongyloides Stercoralis*. Recibió tratamiento con Ivermectina dosis única con mejoría clínica.

## DISCUSION

El *Strongyloides Stercoralis* es un helminto que se replica dentro del huésped humano y persiste durante años sin dar síntomas, el espectro clínico va desde náuseas y vómitos, diarreas, pérdida de peso, distensión e incluso simula síntomas de úlcera péptica o intestino irritable. Desde el punto de vista endoscópico se han reportado hallazgos variados desde el edema y ulceración de pliegues, friabilidad de la mucosa, úlceras, gastritis o duodenitis, por lo que la endoscopia se ha convertido en una herramienta para el diagnóstico y su correlación con los hallazgos histológicos han aumentado la sensibilidad diagnóstica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Niño L, Jreige N, Dos Reis V et al. Infestación de Mucosa Gástrica por *Strongyloides Stercoralis* y su correlación con hallazgos endoscópicos. Presentación de un caso clínico y revisión. GEN. 2009; 63, (1): 65-67.
- 2- Bone MF, Chesner IM, Oliver R, Asquith P. Endoscopic appearances of duodenitis due to strongyloidiasis. Gastrointest Endosc. 1982; 28: 190-191.
- 3- Suárez A, Sánchez C, *Strongyloides Stercoralis*: Hallazgos Histopatológicos en Mucosa Duodenal (1999-2005) Revista Gastroenterología del Perú. 2006; 26, (1) : 44-48.
- 4- Guelrud, M., Flores, M., Hernández, B., Goyman, E., Zerpá, H. Diagnóstico Endoscópico de la Giardiasis y la Estrongiloidiasis. GEN 1980. 34; 3-4 209- 212.
- 5- Rey, L., *Strongyloides stercoralis* e *Strongiloidose* en Parasitología editorial Guanabara Koogan S.A ( Río de Janeiro) 1972:502-510.
- 6- Choudhry U , Choudhry R , Romeo D . Strongyloidiasis: new endoscopic findings. Gastrointestinal Endoscopy. 1999; 42, (2) : 170- 174

Para cualquier información o separata contactar a la:  
Dra. Mabel Parraga. Clínica La Loira, Caracas, Venezuela.  
Correo - e: mabelpds@hotmail.com  
Fecha de Recepción: Sep. 2010. Fecha de Revisión: Ago. 2010. Fecha de Aprobación: Dic. 2010.

# TUMORES SÓLIDO PSEUDOPAPILARES DEL PANCREAS: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.

Maradey C\*, Cumana R\*, Soto M\*, Graterol A\*\*, Isern A\*\*\*, Fernandez C\*\*\*, Bronstein M\*\*\*, Fuentes D\*\*\*, Salazar J\*\*\*, Senior M\*\*\*, Soto J\*\*\*

\*Residente de Postgrado de Gastroenterología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS.

\*\*Fellowship de Gastroenterología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS

\*\*Médico especialista, Adjunto del Servicio de Gastroenterología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS.

## RESUMEN

Las neoplasias quísticas del páncreas representan menos del 10 % de las neoplasias pancreáticas, comprendiendo una gama de lesiones benignas, limitrofes y malignas, según la OMS. Dentro de estos tumores reviste importancia el Tumor sólido pseudopapilar, a pesar de su baja incidencia a nivel mundial, entre 1-2% de las neoplasias pancreáticas, y ser considerado como de bajo potencial maligno, es decir limitrofe. Sin embargo, son tumores invasivos, con la capacidad de diseminarse localmente o a distancia hasta en un 15 % aproximadamente. Se ha descrito la resección quirúrgica radical como tratamiento de elección para esta patología; pancreatoduodenectomía para los tumores localizados en la cabeza del páncreas, y pancreatectomía distal combinada o no con esplenectomía, para los ubicados en cuerpo y cola. A propósito de esta infrecuente neoplasia quística del páncreas, reportamos dos (2) casos evaluados y tratados por el Departamento de Vías digestivas del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, durante el año en curso, con resultados satisfactorios.

**Palabras claves:** Páncreas, Neoplasias quísticas del páncreas, Tumor sólido pseudopapilar, Pancreatoduodenectomía, Pancreatectomía distal.

## SUMMARY

Cystic neoplasms of the pancreas represent less than 10% of pancreatic tumors, comprising a range of benign, borderline and malignant, according to WHO. Within these tumors is important solid pseudopapillary tumor, despite its low incidence worldwide (1-2% of cystic neoplasms of the pancreas), and be considered of low malignant potential, considered borderline. However, despite these features, are invasive tumors, with the ability to spread locally or remotely up to 15%. It has been described radical surgical resection as treatment of choice for this disease; pancreatoduodenectomy for pancreatic head tumor and Distal pancreatectomy with or without splenectomy, for pancreatic body and/or tail tumor. About this rare cystic neoplasm of the pancreas, we report two (2) cases evaluated and treated by the Digestive tract disease department at the Oncology Hospital Service of IVSS, during this year, with satisfactory results.

**Key words:** Pancreas, Cystic neoplasms of the pancreas, Solid pseudopapillary tumor, pancreatoduodenectomy, Distal pancreatectomy.