

sistent with an infiltrating adenocarcinoma. The patient underwent neoadjuvant therapy prior surgery, and later adjuvant chemotherapy. After 6 months of follow-up, the patient remains in good health, with no recurrence.

Discussion

Etiologies and pathogenesis of liver abscesses have changed significantly over the past several decades. Recently, many cases of PLA associated with non-metastatic colorectal carcinoma have been reported worldwide. Interestingly, 80 % of reported cases occurred in Eastern Asian countries, especially Japan, China, and Korea. Mucosal defects present on colonic lesions allowing a route for bacteria invasion into the portal system with subsequent hematogenous spread to the liver is regarded as the key process (6). *Staphylococcus aureus* has been a reported pathogen in less than 10 % of liver abscesses, but reports of methicillin resistant strain are even fewer. This finding makes unclear if liver abscesses caused by *Staphylococcus aureus* (including methicillin resistant strains) follow a different natural history than those caused by enteric flora. Treatment of PLA has also evolved over the last decade such that percutaneous drainage is now the most common approach, with the potential to enhance systemic antibiotic therapy by providing bacterial speciation and antimicrobial sensitivities (7). Systemic antibiotic therapy alone, has also been shown to be effective as primary treatment of PLA in well-selected patients with small abscesses (< 3 cm). This case illustrates an unusual etiology of colorectal cancer-related PLA, and highlights the tremendous problem of MRSA, which requires global strategies for control and prevention of the infection.

Luis Enrique Lezcano-Gort, Alba Calderón-Pecellín and
Joaquín Antón-Martínez

Department of Internal Medicine. Hospital General San Pedro
de Alcántara. Cáceres, Spain

References

1. Branum GD, Tyson GS, Branum MA, Meyers WC. Hepatic abscess. Changes in etiology, diagnosis, and management. *Ann Surg* 1990;212:655-62.
2. Lee JK, Kum J, Ghosh P. Nonmetastatic cancer of the colon associated with pyogenic liver abscess. *Am J Gastroenterol* 2008;103:798-9.
3. Qu K, Liu C, Wang ZX, Tian F, Wei JC, Tai MH, et al. Pyogenic liver abscesses associated with nonmetastatic colorectal cancers: An increasing problem in Eastern Asia. *World J Gastroenterol* 2012;18:2948-55.
4. Wong VW, Cheung YS, Wong J, Lee KF, Lai PB. A community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* liver abscess. *Hong Kong Med J* 2010;16:227-9.
5. Smith BM, Zyromski NJ, Allison DC. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* liver abscess requiring resection. *Surgery* 2007;141:110-1.
6. Lim WC, Lim CC. Silent colorectal carcinoma and pyogenic liver abscess. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19:945-6.
7. Mezhr JJ, Fong Y, Jacks LM, Getrajdman GI, Brody LA, Covey AM, et al. Current management of pyogenic liver abscess: Surgery is now second-line treatment. *J Am Coll Surg* 2010;210:975-83.

Hemorragia digestiva alta masiva secundaria a fístula gastro-esplénica

Palabras clave: Hemorragia digestiva alta. Fístula gastro-esplénica. Linfoma gástrico.

Key words: Upper gastrointestinal bleeding. Gastrosplenic fistula. Gastric lymphoma.

Sr. Editor:

La hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a fístula gastro-esplénica (FGE) es una entidad poco frecuente (1). Presentamos el caso de una HDA masiva en el contexto de un linfoma gástrico primario que infiltró y erosionó la arteria esplénica.

Caso clínico

Varón de 55 años acudió a urgencias por dolor epigástrico irradiado a hemitórax izquierdo que empeoraba con la inspiración profunda. Entre sus antecedentes destacaba pérdida de peso reciente de 5 kg. A su llegada estaba estable hemodinámicamente, con febrícula y la exploración mostraba un abdomen doloroso en epigastrio con defensa y sin signos de irritación peritoneal. No se objetivaron adenopatías periféricas palpables.



Fig. 1. La TAC muestra cuerpo de páncreas de aspecto normal e imagen de colección intraesplénica. Se observa pérdida de planos entre el estómago y la colección intraesplénica así como desestructuración de la cola pancreática.

La radiografía de tórax mostraba elevación del hemidiafragma izquierdo y la ecografía esplenomegalia con ecoestructura heterogénea de forma parcheada sugestiva de absceso. Ante dichos hallazgos se realizó TAC abdomino-pélvico que mostró pared gástrica engrosada a nivel del fundus y pequeñas burbujas de gas en el bazo con sospecha de colección intraesplénica (Fig. 1).

Inicialmente, se trató con antibióticos y nutrición parenteral con buena evolución. Sin embargo, a las 72 horas, presentó un cuadro de hematemesis masiva y se indicó cirugía emergente. Se objetivó una lesión de aspecto tumoral en el fundus gástrico que comprometía hilio, parénquima esplénico y además la cola pancreática estaba incluida dentro del proceso. Se realizó gastrotomía en cara anterior del cuerpo gástrico y aspirado de coágulos y se apreció un sangrado arterial que provenía del fundus por lo que se realizó resección en bloque de fundus gástrico, bazo y cola de páncreas. Tras la cirugía, el paciente evolucionó favorablemente; la anatomía patológica fue informada como linfoma B gástrico de células grandes con infiltración esplénica. El estudio de médula ósea no evidenció afectación neoplásica.

Discusión

Los linfomas malignos del tracto gastrointestinal son infrecuentes, constituyendo aproximadamente el 10 % de todos los linfomas primarios. El estómago representa a lo largo del tracto gastrointestinal su localización más frecuente representando entre el 3 al 6 % de todos los tumores gástricos malignos (2,3). Su tratamiento está basado en la quimio y radioterapia obteniendo resultados equivalentes a la cirugía en lo que respecta a supervivencia y periodo libre de enfermedad a los 5 años, reservando la cirugía para el fracaso del tratamiento médico o para tratar las complicaciones asociadas al mismo (4).

La primera FGE fue descrita en el año 1962, por De Scoville y cols., como una imagen tomográfica caracterizada por aire en el parénquima esplénico acompañado de esplenomegalia a lo que denominaron "aeroesplenomegalia" (5).

Los linfomas gástricos primarios presentan un patrón de crecimiento radial como transmural. Las FGE espontáneas, como el caso descrito en este trabajo, son extremadamente raras y se producirán en fases avanzadas de la enfermedad por la necrosis tumoral e infección resultado del rápido crecimiento; el sangrado es generalmente debido a la erosión de la arteria esplénica. No obstante, la mayoría de los casos de FGE descritos en la literatura se han asociado al inicio de la quimioterapia (etiología secundaria). Por último, aunque hay casos de sangrado descritos secundarios al linfoma gástrico primario, es mucho más frecuente ver esta complicación en casos de linfoma esplénico primario (6,7) de manera que, ante un paciente con linfoma gástrico y hemorragia, es importante tener en mente la posibilidad de complicaciones como la descrita en este caso.

Julián Favre Rizzo¹, Eudaldo López-Tomassetti Fernández¹, José Ceballos Esparragón¹, Luciano Santana Cabrera² y Juan Ramón Hernández Hernández¹

Departamentos de ¹Cirugía General y del Aparato Digestivo y ²Medicina Intensiva. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria

Bibliografía

1. García Marín A, Bernardos García L, Vaquero Rodríguez A, Menchén Viso L, Turégano Fuentes F. Spontaneous gastroesplenic fistula secondary to primary gastric lymphoma. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101:76-8.
2. D'Amore F, Brincker H, Gronbaek K, Thorling K, Pedersen M, Jensen MK, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: A population-based analysis of incidence, geographic distribution, clinicopathologic presentation features and prognosis. Danish Lymphoma Study Group. *J Clin Oncol* 1994;12:1673-84.
3. Arenas R. gastric lymphoma. In: Posner M, Vokes E, Weichselbaum R, editors. *Cancer of the Upper Gastrointestinal Tract*. London: BC Decker, Inc; 2002. p. 322-35.
4. McCulloch P, Ward J, Tekkis PP. Mortality and morbidity in gastro-oesophageal cancer surgery: Initial results of ASCOT multicentre prospective cohort study. *BMJ* 2003;327:1192-7.
5. De Scoville A, Bovy P, Demeester P. 'Aerosplenomegalie' radiologique par lymphosarcome splénique necrosant a double fistulation dans le tube digestif. *Acta Gastroenterol Belg* 1967;30:841-7.
6. Bird MA, Amjadi D, Behrns KE. Primary splenic lymphoma complicated by hematemesis and gastric erosion. *South Med J* 2002;95:941-2.
7. Dellaportas D, Vezakis A, Fragulidis G, Tasoulis M, Karamitopoulou E, Polydorou A. Gastrosplenic fistula secondary to lymphoma, manifesting as upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2011;43:E395.

Enterocolic lymphocytic phlebitis preceding the development of inflammatory bowel disease: Report of a case

Key words: Enterocolic lymphocytic phlebitis. Inflammatory bowel disease.

Dear Editor,

A 37-year-old previously healthy male presented himself to the Emergency Care Department due to right lower quadrant (RLQ) abdominal pain, which had begun several hours earlier. Physical examination revealed marked abdominal tenderness with signs of peritoneal irritation and positive rebound tenderness. Laboratory tests were notable for leukocytosis (15.6 K/dL) with neutrophilia (79.4 %).

Abdominal ultrasound showed a hyperechoic structure surrounded by thickened bowel wall in the RLQ, which according to the radiologist was highly suspicious for indicating acute appendicitis.

Based on the above, it was decided to proceed immediately to exploratory laparotomy with appendectomy.

At surgery a firm cecal mass was found near the ileocecal valve. The appendix was normal. Due to the high clinical prob-