



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2623 - Anemia FERROPÉNICA secundaria a pólipo cloacogénico

C. Cossío Álvarez^a, S. Córdova Peralta^b, R. di Donna^c, F.M. Berríos Merino^d, A. Gargallo Peiró^e, M. Reyes Castro^f, P. Machado Fernández^g, C. Jiménez Peiró^g, F. López Simarro^h y A. Quintano Ruiz^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell urbano. Martorell. Barcelona.

^bMédico Residente del 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell- Baix Llobregat Nord-

Barcelona. Barcelona. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell. Unidad

Docente Costa de Ponent. Barcelona. ^dMédico de Familia. ABS Martorell Rural. Barcelona. ^eMédico Residente de

2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell urbano. Martorell. Barcelona. ^fMédico Residente de 1^{er}

año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell. Unidad Docente Costa de Ponent. Barcelona. ^gMédico

Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Martorell urbano. Martorell. Barcelona. ^hMédico

de Familia. ABS Martorell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años, con los siguientes antecedentes de interés: DM2, HTA, dislipemia, obesidad, nefropatía diabética, retinopatía diabética. Tratamiento habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg (0-0-1). Atorvastatina 40 mg (0-0-1). Valsartán 300/hidroclorotiazida 25 mg (1-0-0), metformina 850 mg (1-1-1), omeprazol 20 mg (1-0-0), insulina Glargina (0-0-0-46 UI), lixisenatide 20 mg (1-0-0) de reciente instauración. Motivo de consulta: la paciente acude a recoger analítica de control de DM2. Se constata anemia microcítica ferropénica. Hemograma: hematíes $4,64 \times 10^{12}$, hemoglobina de 9,9 g/dL, hematocrito 32,3%, VCM 70 m³, HCM 21,4 pg. Bioquímica: glucosa 97,2 mg/dL, HbA1c (DCCT) 7,7%, colesterol 128,5 mg/dL, creatinina 59 μmol/L, FG > 60, ferritina < 5 μg/L, Vit B12 329 pmol/L, albúmina/creatinina 74,6 mg/g. Analítica 6 meses antes: Hemograma: hematíes $4,96 \times 10^{12}$, hemoglobina de 11 g/dL, hematocrito 35,6%, VCM 72, HCM 22,3 pg. Bioquímica: glucosa 207 mg/dL, HbA1c (DCCT) 9,2%, colesterol 133 mg/dL, creatinina 62 μmol/L, FG > 60, ferritina < 5,2 μg/L, albúmina/creatinina 38,6 mg/g. Ante la presencia de anemia ferropénica agudizada realizamos, revisión de ficha técnica de lixisenatide por ser el fármaco de última introducción y de escasa experiencia clínica, descartándose anemia como efecto secundario. Se realiza anamnesis dirigida sobre historia de sangrados (ginecológicos y digestivos), que la paciente niega. Insistiendo en el interrogatorio, comenta lesión anal que minimiza y no da importancia.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general. Exploración anal: protrusión de tumoración de 3 × 3 × 3 cm aproximadamente de características mucosas, friable, blanda, con ulceración central, no dolorosa a la palpación, sin obstrucción del orificio anal, ni signos de sobreinfección. Tacto rectal: normal. Pruebas complementarias: biopsia endoscópica de pólipo preoperatoria: fragmento de mucosa rectal con cambios hiperplásicos y reactivos, con inflamación crónica y tejido de granulación inespecífico focales en lámina propia. Con diagnóstico de pólipo hiperplásico focalmente ulcerado. Tratamiento: se practicó resección quirúrgica de la lesión. Anatomía patológica: Formación polipoidea de coloración rojiza y textura friable, que mide 3,3 × 2,5

× 2,2 cm. Pólipo inflamatorio cloacogénico.

Juicio clínico: Anemia ferropénica secundaria a rectorragias por pólipo inflamatorio cloacogénico.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial del pólipo cloacogénico, se debe hacer con procesos inflamatorios, isquémicos, otros tipos de pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Cowden y neoplasias. El síndrome del prolapso mucoso incluye síndrome de la úlcera rectal solitaria, pólipo mioglandular, la colitis cística profunda, los pólipos inflamatorios cloacogénicos y la ectasia vascular antral, teniendo como característica en común el prolapso de la mucosa intestinal. A diferencia de la úlcera rectal solitaria que suele presentarse en pacientes menores de 40 años, los pólipos cloacogénicos son más frecuentes a partir de la sexta de cada de la vida. El sangrado rectal es la forma de presentación clínica más frecuente pero hasta el 20% de los pacientes están asintomáticos.

Comentario final: La importancia de este caso desde el punto del médico de familia, es la realización de una anamnesis correcta y profundizar en la misma, debido a que algunos pacientes minimizan la sintomatología que presentan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ciriza de los Ríos C, Tomás Moro E, García Durán F, Álvarez Sánchez J, Bermejo San José F, Valer López-Fando, et al. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30(8):461-4.
2. Arévalo F, Aguilar R, Ramos C, Arias Stella Castillo J, Monge E. *Rev Gastroenterol Perú.* 2009;29-1:40-3.