

complicación grave, como la hemorragia rectal profusa, puede poner en peligro la vida del paciente. El tratamiento endoscópico es un arma terapéutica eficaz en aquellos centros donde esté disponible su realización urgente.

Bibliografía

1. Brullet E, Guevara MC, Campo R, Falcó J, Puig J, Presa A, et al. Massive rectal bleeding following transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. *Endoscopy*. 2000;32:792–5.
2. Djavan B, Waldert M, Zlotta A, Dobronski P, Seitz C, Remzi M, et al. Safety and morbidity of first and repeat transrectal ultrasound guided prostate needle biopsies: Results of a prospective European prostate cancer detection study. *J Urol*. 2001;166:856–9.
3. Brewsler SF, Rooney N, Kabala J, Feneley RC. Fatal anaerobic infection following transrectal biopsy of a rare prostatic tumor. *Br J Urol*. 1993;72:977–8.
4. Rodríguez LV, Terris MK. Risks and complications of transrectal ultrasound guided prostate needle biopsy. A prospective study and review of the literature. *J Urol*. 1998;160:2115–20.
5. Gonen M, Resim S. Simplified treatment of massive rectal bleeding following prostate needle biopsy. *Int J Urol*. 2004;11:570–2.
6. Wachsberg RH. Transrectal color Doppler sonographically guided compression to treat active extravasation after transrectal prostate biopsy. *AJR*. 2004;183:1706–7.
7. Strate LL, O'Leary MP, Carr-Locke DL. Endoscopic treatment of massive rectal bleeding following prostate needle biopsy. *Endoscopy*. 2001;33:981–4.
8. Kimmey T, Kozarek R, Wiessman R. Sigmoidoscopic evaluation and treatment of hemorrhage after prostate biopsy. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2675–7.
9. Braun KP, May M, Helke C, Horchke B, Ernst H. Endoscopic therapy of a massive rectal bleeding after prostate biopsy. *Int Urol Nephrol*. 2007;39:1125–9.

Antonio Garrido*, José Manuel Sousa-Martín, Juan Manuel Bozada-García, Ana Guil Soto y José Luis Márquez-Galán

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agarser@telefonica.net (A. Garrido).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.02.010

Enfermedad de Whipple: ¿podemos hacer un diagnóstico por técnicas de PCR?

Can Whipple's disease be diagnosed through PCR techniques?

Sr. Director:

La enfermedad de Whipple en una enfermedad sistémica causada por una bacteria levemente grampositiva que afecta principalmente al intestino delgado pero que puede afectar a otras estructuras como articulaciones (50–65%), sistema nervioso central (10–45%), aparato cardiovascular, sistema respiratorio (30%), ojos (10%) y piel (20–25%). El diagnóstico hasta hace pocos años se basaba únicamente en la clínica y en la identificación de macrófagos cargados con inclusiones PAS positivas en la lámina propia de las biopsias intestinales. Actualmente, las técnicas de - reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la inmunohistoquímica han supuesto un cambio en el algoritmo diagnóstico. A continuación, les presentamos un caso con un diagnóstico probable de enfermedad de Whipple.

Varón de 26 años, fumador de 10 cigarrillos/día, que desde hace 6 años presenta 6 deposiciones al día, acompañado de dolor abdominal «tipo retortijón» más marcado en fosa iliaca derecha. Ha precisado ingreso en 4 ocasiones por un aumento del número de deposiciones y fiebre de hasta 38 °C. Además, refería artralgias ocasionales en muñeca, codo y metatarsal; cefaleas frecuentes de tipo tensional, astenia y pérdida de peso no significativa.

Los estudios realizados hasta ese momento (gastroscopia, ecografía abdominal, anticuerpos antitransglutaminasa) fueron normales. Acude a nuestro hospital porque, 4 días antes, comienza con un aumento del número de deposiciones, de hasta 20 al día, sin productos patológicos, acompañado de fiebre de 38 °C y de dolor abdominal más marcado en fosa iliaca derecha. Ante la sospecha inicial de gastroenteritis infecciosa se recogen coprocultivos y hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con quinolonas. Dado que los cultivos fueron negativos, se realizó una colonoscopia con ileoscopia y toma de biopsias seriadas de ambos tramos que descartaron una enfermedad inflamatoria y una colitis microscópica. El tránsito intestinal describió un patrón en grano de arena en yeyuno. El paciente a las 48–72 h se encontraba afebril y a las 2 semanas presentaba 2 deposiciones al día de aspecto normal. Se realiza una enteroscopia con toma de biopsias de duodeno y yeyuno que presentaba una mucosa de aspecto normal pero la PCR para *Troperyma whipplei* fue positiva. Se realiza también PCR para la bacteria en saliva y heces resultando positivas. El estudio de las heces no presentaba datos de esteatorrea. En nuestro hospital, no disponemos de la técnica de inmunohistoquímica que permitiría diagnosticar los casos en el que las biopsias intestinales no revelan macrófagos cargados con inclusiones que se tiñen con el PAS, por lo que el diagnóstico no es definitivo. No obstante iniciamos tratamiento empírico y después de 8 meses el paciente se encuentra completamente asintomático y continúa con el tratamiento con cotrimoxazol.

La enfermedad de Whipple es una enfermedad muy poco frecuente y se calcula que la incidencia es de 0,4 casos/10⁶ habitantes/año. Aunque se piensa que es de origen medioambiental, la transmisión interpersonal no puede descartarse ya que puede aislarse PCR de la bacteria en

saliva y heces de los individuos enfermos. Los últimos estudios describen que existe una susceptibilidad inmunológica ya que los enfermos presentan algunas alteraciones en la respuesta inmune¹. En cuanto a la clínica, la afectación gastrointestinal es la más frecuente aunque, en ocasiones, la afectación articular puede preceder en años a la clínica digestiva. La afectación del sistema nervioso central se presenta hasta en 1/3 de los pacientes aunque se encuentren asintomáticos, por lo que hay que hacer una punción lumbar en todos los individuos enfermos antes de iniciar el tratamiento². Si existiera infección del LCR hay que confirmar su desaparición del SNC después del mismo. Está descrito que la afectación del intestino delgado en la enfermedad de Whipple es parcheada por lo que hay que tomar en la gastroscopia al menos 5 biopsias lo más distales posibles además de tomar biopsias de las lesiones inespecíficas que se visualicen durante la misma (linfangiectasias, placas amarillentas o aplanamiento de los pliegues). Para hacer el diagnóstico de enfermedad de Whipple se requiere que sean positivas (macrófagos PAS positivos en la lámina propia, técnica de PCR e inmunohistoquímica). Si solo tenemos una de ellas positiva nos encontramos ante un diagnóstico probable. En la actualidad, es discutido que se pueda utilizar la PCR de saliva y heces como test de screening inicial ante la sospecha de enfermedad de Whipple aunque algunos estudios aportan valores predictivos negativos y positivos muy altos (99,2% y 95,2% respectivamente) para la enfermedad de Whipple clásica³. El tratamiento durante los primeros 15 días es intravenoso con una cefalosporina de 3.^a generación (ceftriaxona 2 gramos i.v./12 h) y posteriormente con cotrimoxazol 800/160 mg durante un año⁴. El seguimiento debe realizarse a los 6 y 12 meses mediante PCR del órgano afecto, ya que los macrófagos pueden permanecer con las inclusiones PAS positivas durante años.

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.12.007

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Schneider T, Moos V, Loddenkemper C, Marth T, Fenollar F, Raoult D. Whipple's disease: new aspects of pathogenesis and Treatment. *Lancet Infect Dis.* 2008;8:179-90.
- Marth T, Schneider T. Whipple disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2008;24:141-8.
- Fenollar F, Laouira S, Lepidi H, Rolain J-M, Raoult D. Value of *ropheryma whipplei* Quantitative Polymerase Chain Reaction Assay for the Diagnosis of Whipple Disease: Usefulness of Saliva and Stool Specimens for First Line Screening. *Clin Infect Dis.* 2008;47:659-67.
- Marth T, Raoult D. Whipple's disease. *Lancet.* 2003;361:239-246.

Joaquín Poza Cordon^{a,*}, Silvia Gómez Senent^a, José Daniel Escobedo Franco^a, Luisa Adán Merino^a, Eduardo Martín Arranz^a, Marta Jaquotot Herranz^a, Laura Casanova Martínez^a, Miguel Prieto Villegas^a, Silvia García Bujalance^a, José Ramón Paño Pardo^b y José María Segura Cabral^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bServicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pozacordon@hotmail.com (J. Poza Cordon).

Invaginación ileocólica en el adulto: una forma de presentación de un linfoma intestinal

Ileocolic invagination in adults: A form of presentation of intestinal lymphoma

Sr. Director:

La intususcepción en el adulto es una enfermedad poco frecuente, representa alrededor del 5-10% de las invaginaciones^{2,5} y supone sobre un 5% de las causas de obstrucción intestinal^{2,5}. Al contrario de lo que ocurre en la infancia, donde esta enfermedad resulta mucho más frecuente y normalmente de origen idiopático, en los adultos, en la gran mayoría de los casos, existe una causa orgánica que funciona como cabeza de la invaginación y, dentro de éstas, cerca de la mitad son tumores de origen maligno^{1,7}.

Presentamos el caso de un varón de 20 años que acude a urgencias por dolor abdominal en FID de una semana de

evolución, acompañado de vómitos y con ausencia de deposiciones los 2 días previos. A la exploración, el paciente presenta dolor a la palpación en FID, sin datos de irritación peritoneal. Las pruebas complementarias de laboratorio y la radiografía simple no presentan alteraciones significativas. La ECO abdominal muestra datos indicativos de invaginación. Se realiza entonces tomografía computarizada abdominal, en la que se confirma una gran invaginación ileocólica que llega hasta el ángulo hepático, con la característica imagen «en diana», con líquido libre. Se decide, por tanto, intervención quirúrgica, en la que nos encontramos con una invaginación ileocólica (fig. 1) producida por un tumor en íleon terminal que se visualiza tras maniobra de desinvaginación (fig. 2). Se observan además adenopatías en el territorio ileocólico. Se procede a hemicolectomía derecha. El resultado anatomopatológico es de linfoma no hodgkiniano de célula grande B de alto grado de íleon terminal. Posteriormente, se traslada al paciente al servicio de hematología para recibir tratamiento quimioterapéutico.

A pesar de ser la invaginación intestinal una enfermedad muy poco frecuente en el adulto, el hecho de que hasta la mitad de los casos sean de etiología maligna nos debe hacer tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de un cuadro