

Angiosarcoma epiteliode primario de yeyuno multifocal como causa excepcional de anemia crónica por pérdidas digestivas

Primary multifocal epithelioid angiosarcoma as an exceptional cause of chronic anemia due to blood loss in the digestive tract

Sr. Director:

El angiosarcoma es una neoplasia muy infrecuente que tan solo representa un 1-2% de todos los sarcomas. Se origina en el endotelio vascular, y suele afectar a la piel y el tejido subcutáneo, siendo extraordinaria la afectación gastrointestinal² con un comportamiento clínico muy agresivo y un pronóstico nefasto en la mayoría de los casos¹.

Caso clínico

Varón de 78 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, que ingresa por anemia con requerimientos transfusionales y con un cuadro constitucional asociado en los últimos 2 meses. Se realiza endoscopia oral, en la que se observan, a partir del duodeno distal y los primeros centímetros de yeyuno, varias lesiones vegetantes infiltrantes y ulceradas con coágulos rojos, frescos y leve sangrado hemorrágico, y se objetiva al menos la presencia de 5 lesiones de características similares (fig. 1 A y B). Se tomaron muestras para estudio histológico y se diagnosticó de angiosarcoma epiteliode (CD31+, CD34-, pan CK-, CD45- y S100-). El estudio de extensión fue negativo para otras localizacio-

nes. La evolución del paciente fue tórpida en los siguientes meses, y falleció a los 4 meses del diagnóstico.

Discusión

Cuando el angiosarcoma epiteliode afecta al tracto gastrointestinal cursa característicamente en forma de hemorragia digestiva recurrente, anemia y dolor abdominal^{3,4} en este estadio, el comportamiento clínico suele ser muy agresivo y con mal pronóstico con tasas de supervivencia inferiores a 2 años en la mayoría de los casos. Hasta la fecha solo se ha descrito una veintena de casos de afectación exclusiva gastrointestinal², siendo más frecuente la afectación del intestino delgado^{1,2,5}. La afectación gastrointestinal está descrita tanto de forma primaria como metastásica, generalmente tiende a mostrar un origen multicéntrico^{1,2} y su diagnóstico histopatológico es difícil, caracterizándose por distintos grados de proliferación endotelial y con la formación de canales anastomóticos vasculares recubiertos por células epiteliodes, que se localizan en el tejido submucoso, con infiltración de la mucosa que los recubre, por lo que se requiere estudio inmunohistoquímico para confirmación del diagnóstico^{2,5}.

El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con linfoma, carcinoma pobremente diferenciado, melanoma y sarcoma con morfología epiteliode, como el leiomiomasarcoma.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, aunque no suele ser posible por lo avanzado del estadio cuando se realiza el diagnóstico. Existe la posibilidad de aplicar algunos regímenes de quimioterapia adyuvante y radioterapia, con resultados poco esperanzadores, y está en desarrollo el papel de fármacos antiangiogénicos, debido a su origen endotelial, requiriéndose más estudios sobre este aspecto⁶.

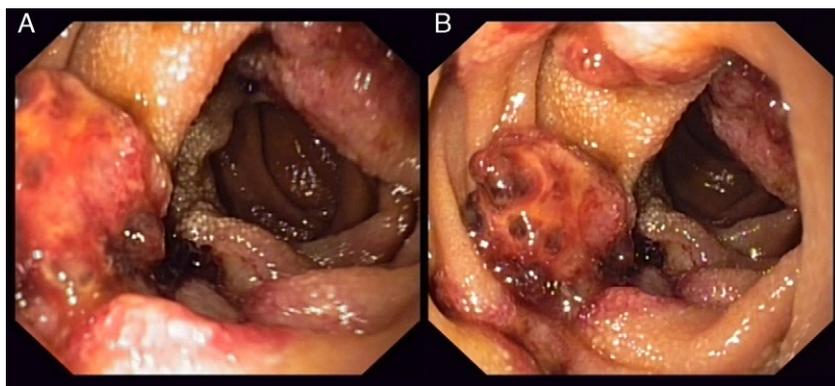


Figura 1 A y B. Lesiones nódulo-eritematosas en intestino delgado.

Bibliografía

- Grewal JS, Daniel AR, Carson EJ, Catanzaro AT, Shehab TM, Twarek JA. Rapidly progressive metastatic multicentric epithelioid angiosarcoma of the small bowel: a case report and a review of literature. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23:745-56.
- Al Ali J, Ko HH, Owen D, Steinbrecher UP. Epithelioid angiosarcoma of the small bowel. *Gastrointest Endosc.* 2006;64:1018-21.
- Ryu DY, Hwang SY, Lee DW, Kim TO, Park DY, Kim GH, et al. A case of primary angiosarcoma of small intestine presenting as recurrent gastrointestinal bleeding. *Korean J Gastroenterol.* 2005;46:404-8, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16301855>.
- Trivedi H, Nachmany I, Randhawa P, Humar A, Shapiro R, Basu A. Image of the month—quiz case. Angiosarcoma Arch Surg. 2010;145:1209-10.
- Maria Luisa C, Policarpio-Nicolas MD, Marlo M, Nicolas MD, Pacita Keh MD, William B, et al. Postradiation angiosarcoma of the small intestine: a case report and review of literature. *Annals of diagnostic pathology.* 2006;10:301-5.
- Syed SP, Martin AM, Haupt HM, Arenas-Elliot CP, Brooks JJ. Angiostatin receptor annexin II in vascular tumors including angiosarcoma. *Hum Pathol.* 2007;38:508-13.

F. Martínez-Alcalá García*, J.M. Pérez Pozo, J.A. Ciria Ávila, H. Galera Davidson y F. Martínez Alcalá

Centro Andaluz de Gastroenterología Integral, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: fmartinez@hotmail.com
(F. Martínez-Alcalá García).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.11.006

Una alternativa para la resolución endoscópica del síndrome de *buried bumper*: *Pull-T technique*

An alternative therapy for endoscopic resolution of Buried Bumper Syndrome. The Pull-T Technique

Sr. Director:

El síndrome de *buried bumper* (enterramiento del tope interno) es una complicación grave de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) que presenta una prevalencia entre el 0,3 y el 2,4%¹. Fue descrita por primera vez en 1988 por Shallman et al.² y desde entonces se han publicado casos con diferentes tipos de PEG (de tracción, de balón y de botón)¹.

Se han descrito numerosas técnicas endoscópicas para tratar esta complicación³⁻⁸, pero hasta la fecha no existe un algoritmo de tratamiento establecido.

Presentamos el caso de una paciente de 77 años, portadora de PEG (Nestlé \cap Nuport 22 F) desde hacía 5 meses por disfagia orofaríngea secundaria a intervención quirúrgica y tratamiento con radioterapia de carcinoma de base de lengua. Acudió al servicio de urgencias por dolor y enrojecimiento de la estoma, asociada a imposibilidad de movilización de la sonda. Se le realizó gastroscopia, donde se visualizó el tope interno de la PEG enterrado parcialmente en la pared gástrica (fig. 1), diagnosticándose de síndrome de *buried bumper* con migración parcial del tope interno (grado 1)⁹.

Para desimpactar el tope interno, combinamos 2 técnicas previamente descritas: técnica de *Needle Knife*, descrita por Ma et al.³ y la técnica de *Push-pull T*, descrita Boyd et al.⁶, aunque modificada.

El procedimiento se llevó a cabo con gastroscopio de 9mm de calibre y canal de trabajo de 2,8mm (Olympus,

GIF-XQ260). Se utilizó propofol en la sedación de la paciente asistida por anestesista.

En primer lugar, con la técnica de *Needle Knife*, realizada con esfinterótomo de aguja (Precutting knife KD-10Q-1 Olympus), se consiguió la exposición del tope interno de la PEG a la luz gástrica, realizando 4 incisiones radiales sobre los mamelones de mucosa gástrica partiendo de la porción de PEG visible. Posteriormente, se cortó la sonda de alimentación de la PEG dejando tan solo un tubo de 3 cm de longitud desde el estoma. Se introdujo desde el exterior a través de la sonda, guía tutora de 0,035 pulgadas (Yadwire TM, Boston Scientific), que se enlazó desde el interior con asa de polipectomía (Disposable Electrosurgical Snare SD-210U-25

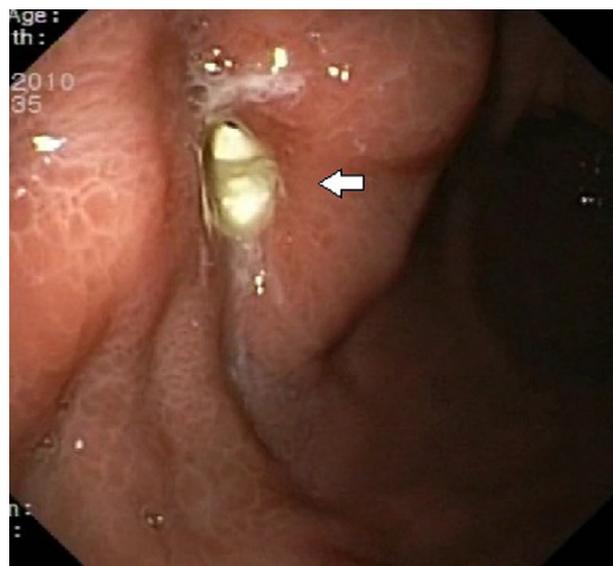


Figura 1 Se aprecia tope interno (flecha) parcialmente enterrado en la mucosa a nivel de cara anterior de cuerpo gástrico. Se clasificó como grado 1 según la clasificación propuesta por Orsi et al.⁹, cuyo tratamiento es endoscópico.