

CARTAS AL DIRECTOR

Hemorragia digestiva secundaria a granuloma piogénico de intestino delgado



Gastrointestinal bleeding due to a small bowel pyogenic granuloma

Sr. Director:

El granuloma piogénico es una lesión vascular benigna que se da con frecuencia en la epidermis y en la mucosa de la cavidad oral. Su presencia en el tracto gastrointestinal es excepcional, habiéndose descrito pocos casos en la literatura médica, tratándose unos pocos de hallazgos casuales, y la mayoría de diagnósticos tras episodios de hemorragia.

Presentamos el caso de un varón de 47 años y origen nigeriano, sin antecedentes médicos de interés salvo un rasgo talasémico. Acude al servicio de urgencias de nuestro centro por cuadro de rectorragia, ingresando en situación de gravedad, con inestabilidad hemodinámica y repercusión analítica severa, precisando transfusión de hemoderivados. En este contexto se realiza una gastroscopia urgente que resulta negativa, y una colonoscopia, en la que se observan restos hemáticos hasta el ciego sin observar lesiones mucosas, asumiéndose un sangrado con origen en el intestino delgado. Tras ello se realiza un angio-TC, que diagnostica una lesión invaginada en el íleon, pero no localiza el punto de sangrado.

Habiendo quedado estable, se lleva a cabo el día posterior un estudio con videocápsula de intestino delgado. En este se observa sangrado agudo poco abundante a nivel del íleon proximal, pero sin poder describirse la lesión responsable. Posteriormente se realizó una enteroscopia de doble balón con acceso por vía anal, pudiendo observarse una lesión polipoidea de grandes dimensiones (al menos 4 cm) y aspecto degenerado en su superficie (fig. 1), que se biopsió, realizándose también marcaje con tinta de la zona. En los días sucesivos el paciente siguió con cuadro de sangrado leve pero persistente, con necesidad de transfusión de más unidades de hemoderivados, por lo que se decidió intervenir quirúrgicamente. Se resecó la lesión, invaginada en el momento de la intervención, tomando como referencia el marcaje endoscópico. El estudio anatomopatológico informó de la presencia en la pieza de un granuloma piogénico de 4 × 2,5 cm.

El granuloma piogénico se suele describir macroscópicamente como una lesión polipoide rojiza, con aspecto

granular y con tendencia al sangrado¹⁻³. Su nombre es equivoco, ya que no se relaciona con procesos infecciosos, por lo que también recibe el nombre de hemangioma capilar lobular, ya que microscópicamente se trata de una lesión de origen vascular. Afecta a ambos sexos por igual y se ha descrito en todos los grupos de edad. Es una lesión típica de la epidermis, especialmente en las extremidades, y de la cavidad oral, habiendo pocos casos descritos con localización en el tracto gastrointestinal³. En buena parte de estos las lesiones fueron responsables de episodios de hemorragia digestiva, diagnosticándose fundamentalmente en el transcurso de estudios endoscópicos¹. En algunos casos se describe a estos granulomas piogénicos como lesiones invaginadas, o que sufren intususcepciones ocasionalmente^{2,3}. Tal fue el caso de nuestro paciente, lo que probablemente condicionó que una lesión de tal tamaño pasara inadvertida al estudio con videocápsula y que también resultara de difícil caracterización para los radiólogos. De entre los casos publicados, en algunos se describen resecciones endoscópicas, mientras que otros tantos fueron tratados mediante embolización y menos casos requirieron cirugía,

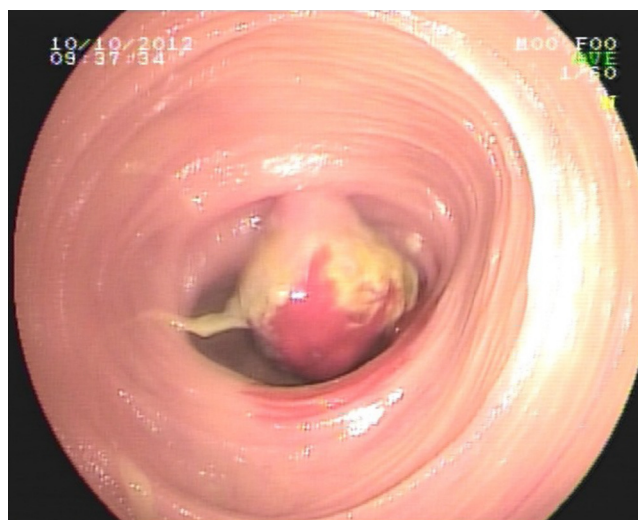


Figura 1 Durante la enteroscopia el granuloma piogénico se mostró como una lesión polipoidea de gran tamaño, rojizo, con superficie irregular y áreas fibrinoides, lo que sugirió en primer lugar una lesión degenerada.

en concreto los de mayor tamaño y localización en el intestino delgado³.

Bibliografía

1. Moffatt DC, Warwryko P, Singh H. Pyogenic granuloma: An unusual cause of massive gastrointestinal bleeding from the small bowel. *Can J Gastroenterol.* 2009;23:261–4.
2. Van Eeden S, Offerhaus GJ, Morsink FH, van Rees BP, Busch OR, van Noesel CJ. Pyogenic granuloma: An unrecognized cause of gastrointestinal bleeding. *Virchows Arch.* 2004;444:590–3.
3. Yamashita K, Arimura Y, Saito M, Iida T, Suzuki R, Niinuma T, et al. Pyogenic granuloma of the small bowel. *Endoscopy.* 2013;45:E9–10.

Juan Egea Valenzuela^{a,*}, Miriam Alajarín Cervera^a, Quiteria Hernández Agüera^b, Aquilino Albaladejo Meroño^a y Fernando Alberca de las Parras^a

^a *Unidad de Gestión Clínica de Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

^b *Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanegeavalenzuela@gmail.com (J. Egea Valenzuela).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.11.005>

Tuberculosis abdominal diagnosticada endoscópicamente en paciente en tratamiento con fármacos biológicos



Abdominal tuberculosis diagnosed by endoscopy in a patient under treatment with biological agents

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo «Tuberculosis intestinal que simula carcinoma colorrectal diseminado»¹, recientemente publicado en esta revista. Coincidiendo con su publicación hemos podido diagnosticar un caso similar, pero con algunas peculiaridades que consideramos relevantes.

Se trata de un varón de 47 años con antecedentes familiares de primer grado de cáncer colorrectal (CCR) y personales de espondiloartropatía seronegativa en tratamiento con adalimumab desde hacía 3 años. Antes de comenzar dicho tratamiento, presentó un test de Mantoux positivo con radiografía detórax normal, por lo que recibió profilaxis con isoniacida durante 6 meses. El paciente ingresó en nuestro servicio por un cuadro de un mes de evolución de dolor y distensión abdominal, alteración del ritmo intestinal, hiporexia con pérdida de 5 kg de peso y febrícula vespertina. En la colonoscopia se observó una neoformación de 3 cm de diámetro a 5 cm de la válvula ileocecal, sugestiva de malignidad. Las biopsias mostraron únicamente tejido de granulación. Se completó el estudio con un TC que mostraba ascitis e infiltración peritoneal. Fue valorado por cirugía general, realizándose una laparotomía exploradora en la que se encontró líquido ascítico (citología y cultivo negativos) e imagen sugestiva de carcinomatosis peritoneal difusa, con el apéndice englobado en una masa tumoral, por lo que se finalizó la intervención. Ante la sospecha diagnóstica se suspendió entonces el tratamiento con adalimumab. Tras ello fue remitido a oncología médica. Se realizó una biopsia peritoneal con resultado de granulomas tuberculoideos, lo que nos orientó al diagnóstico de tuberculosis, confirmado

posteriormente mediante cultivo de esputo y broncoaspirado en el servicio de neumología. Ante dicho hallazgo, se repitió la radiografía de tórax observándose un infiltrado en lóbulo superior derecho. Tras recibir tratamiento con terapia cuádruple presentó una buena evolución clínica, radiológica y endoscópica.

Nuestro caso es similar al publicado por García-Castro et al. pero presenta características diferenciales:

En primer lugar nuestro paciente había recibido tratamiento inmunosupresor. El adalimumab es un anticuerpo monoclonal humano recombinante específico contra el factor de necrosis tumoral, empleado en patología reumática y en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se asocia, como otros fármacos antiTNF, a un incremento de la incidencia de tuberculosis activa y a mayor frecuencia de formas extrapulmonares².

En segundo lugar se trataba de un paciente con PPD positivo que recibió tratamiento profiláctico con isoniazida. Se han desarrollado diferentes guías de cribado de tuberculosis latente en pacientes que vayan a ser sometidos a tratamientos inmunosupresores³. Es importante recalcar que la aplicación de esas guías reduce, pero no elimina⁴, la posibilidad de aparición de nuevos casos de tuberculosis, ya sea por incumplimiento de las recomendaciones de cribado y profilaxis, por falsos negativos de la PPD (anergia) o por nuevos contactos durante el tratamiento.

En tercer lugar, como consecuencia de la alta sospecha de CCR, tanto por su clínica, imagen endoscópica e histología inespecífica, nuestro paciente fue intervenido quirúrgicamente y enviado a consultas de oncología.

Como conclusión, siguiendo las recomendaciones de las guías para la prevención de la tuberculosis en pacientes con EII⁵, hay que recalcar la importancia de advertir al paciente sobre la presencia de síntomas indicativos de tuberculosis (tos, sudoración, astenia). Por otro lado los facultativos responsables del paciente han de mantener un alto índice de sospecha incluso una vez suspendido el tratamiento inmunosupresor.

Bibliografía

1. García-Castro JM, Javier-Martínez R, López-Gómez M, Hidalgo-Tenorio C, López-Gómez M, Hidalgo-Tenorio C, et al. Tuberculosis