

El tratamiento, tanto de la patología primaria como de su diseminación y recurrencia, es quirúrgico. La adyuvancia con tratamiento quimioterápico y radioterápico no está estandarizada, aunque forma parte de algunos esquemas terapéuticos.

En conclusión, el tumor de Frantz o SPT es una neoplasia de curso generalmente benigno, que aparece predominantemente en mujeres jóvenes y cuya evolución es favorable con tratamiento quirúrgico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Frantz VK. Tumors of the pancreas. En: Rosai J, Sobin L, editores. Atlas of Tumor Pathology, section VII, fasc. 27 y 28. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1959. p. 32-3.
- Klöpffel G, Solcia E, Lognecker DS, Capella C, Sobin Lh. Histological typing of tumours of the exocrine pancreas. En: World Health Organization: international histological classification of tumours. Berlin: Springer-Verlag; 1996. p. 11-20.
- Kosmahl M, Seada LS, Jänig U, Harms D, Klöpffel G. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: Its origin revisited. *Virchows Arch.* 2000;436:473-80.
- Karatag O, Yenice G, Ozkurt H, Basak M, Basaran C, Yilmaz B. A case of solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *World J Gastroenterol.* 2006;12:6239-43.
- Dovigo AG, Díaz MB, Gutiérrez MG, Selles CF, Grobas JP, Valladares M, et al. Liver transplantation as treatment in a massive from Gruber-Frantz pancreatic tumor: A case report. *Transplant Proc.* 2011;43:2272-3.
- Sumida W, Kaneko K, Tainaka T, Ono Y, Kiuchi T, Ando H. Liver transplantation for multiple liver metastases from solid pseudopapillary tumor of the pancreas. *J Pediatr Surg.* 2007;42:e27-31.
- Huang HL, Shih SC, Chang WH, Wang TE, Chen MJ, Chan YJ. Solid-pseudopapillary tumor of the pancreas: Clinical experience and literature review. *World J Gastroenterol.* 2005;11:1403-9.
- Machado MC, Machado MA, Bacchella T, Jukemura J, Almeida JL, Cunha JE. Solid pseudopapillary neoplasm of the pancreas: Distinct patterns of onset, diagnosis, and prognosis for male versus female patients. *Surgery.* 2008;143:29-34.
- Kang CM, Kim KS, Choi JS, Kim H, Lee WJ, Kim BR. Solid pseudopapillary tumor of the pancreas suggesting malignant potential. *Pancreas.* 2006;32:276-80.
- Carreño L, Smok G, Villarroel MA, Sanhueza V. Solid pseudopapillary pancreatic neoplasm: Report of five cases. *Gastroenterol Hepatol.* 2011;34:266-70.

Begoña Álvarez-Cuenllas<sup>a,\*</sup>, Luis Manuel Vaquero<sup>a</sup>, C. Pisabarras<sup>a</sup>, Laura Rodríguez<sup>a</sup>, Marta Aparicio<sup>a</sup>, Raquel Rueda<sup>b</sup>, Concepción Álvarez-Cañas<sup>c</sup>, Roberto Riera<sup>d</sup>, Santiago Vivas<sup>a</sup> y Francisco Jorquera<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios, León, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bealvcue@gmail.com (B. Álvarez-Cuenllas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.09.010>

## Hemorragia digestiva secundaria a enteritis por herpes virus en paciente inmunodeprimido



### Gastrointestinal bleeding secondary to enteritis due to herpes virus in an immunosuppressed man

Sr. Director:

Los virus pueden causar en los pacientes trasplantados de órgano sólido, una variedad extensa de síndromes infecciosos con comportamiento clínico diferente. A continuación presentamos el caso clínico de un paciente inmunodeprimido tras trasplante renal que presentó hemorragia digestiva de origen oscuro.

Paciente varón de 57 años con antecedentes de trasplante renal de donante cadáver hace 10 años con nefropatía crónica del injerto en tratamiento con tacrolimus, micofenolato y prednisona. Acudió al servicio de urgencias por

presentar diarrea, hematoquecia, vómitos y dolor abdominal leve de localización difusa de 4 días de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología. En la exploración física llamaba la atención la presencia de lesiones ulceradas en región perianal que se biopsiaron. En la analítica destacaba una anemia de 8,1 g/dl de hemoglobina, macrocítica hipocrómica, leucocitosis con fórmula normal e insuficiencia renal sin cambios respecto a analíticas previas.

Ante la presencia de una hemorragia digestiva se inició el estudio mediante colonoscopia que mostraba restos hemáticos en todo el colon sin objetivarse la causa del sangrado. Además se realizó una gastroscopia donde no se observaron lesiones.

Cinco días después del ingreso persistía la anemia, por lo que ante la presencia de hemorragia digestiva de origen oscuro se realizó una cápsula endoscópica donde se encontró en íleon terminal la presencia de mucosa edematosa con punteado eritematoso sin sangrado activo en ese momento (fig. 1), por lo que se decidió a realizar una enteroscopia para toma de biopsias, no pudiéndose canalizar la válvula ileocecal.

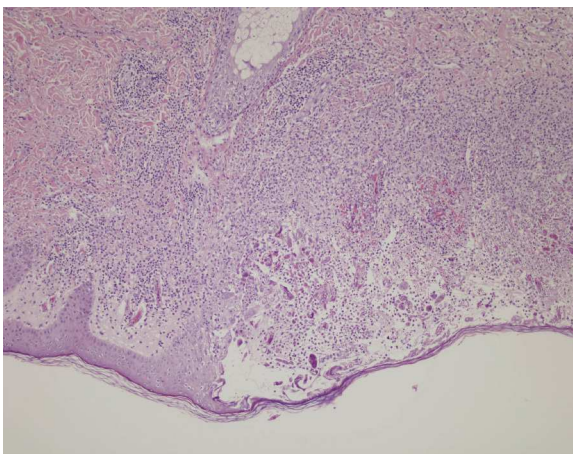


**Figura 1** Imagen de cápsula endoscópica PillCam SB2®: mucosa edematosa con punteado eritematoso y úlcera en íleon terminal.

En el transcurso del ingreso, se recibió el resultado de la biopsia de las úlceras perianales donde se describían signos de infección herpética con PCR positiva para herpes virus tipo 2 (fig. 2).

El paciente recibió tratamiento inicialmente con valaciclovir vía oral. Durante el seguimiento presentó de nuevo úlceras perianales por lo que se decidió continuar el tratamiento por un año. Coincidiendo con la recaída se realizó una enterorresonancia que objetivó un engrosamiento liso y homogéneo del íleon distal con afectación de 7 cm de longitud compatible con proceso inflamatorio. Actualmente se encuentra asintomático y no ha presentado nuevas lesiones perianales ni episodios de hemorragia digestiva con el tratamiento antiherpético.

Tras un año de tratamiento antiviral se ha solicitado una enterorresonancia de control donde la afectación



**Figura 2** Biopsia de lesiones perianales: lesiones ampollasas intraepidérmicas acantolíticas con signos de infección herpética e intenso componente inflamatorio granulomatoso con PCR positiva para herpes virus tipo 2.

inflamatoria de íleon ha desaparecido, así como las lesiones ulceradas de la región perianal.

Las complicaciones infecciosas siguen siendo una fuente importante de morbimortalidad en pacientes con inmunosupresión secundaria a trasplante sobre todo en el primer semestre, aunque las infecciones por herpes virus suelen ser las más frecuentes después del primer mes postransplante. El riesgo de infección en los pacientes con trasplante de órgano sólido está directamente relacionado al estado de inmunosupresión, a las alteraciones anatómicas y a las exposiciones epidemiológicas<sup>1,2</sup>.

Puede destacarse la simple infección por CMV con fiebre y citomegaloviremia, pero también enfermedad grave de órgano específico<sup>3</sup> como enterocolitis, neumonía, hepatitis, retinitis y encefalitis<sup>4</sup>.

Muy similar comportamiento pueden adoptar otros virus de la familia herpes, como el VHS, el VVZ y el VHH-6<sup>5</sup>, causando enfermedad exantemática mucocutánea. Son especialmente graves las hepatitis, las neumonitis, las afecciones del tracto digestivo (esofagitis y colitis) y, sobre todo, las formas neurooftalmológicas de meningoencefalitis, encefalomielitis y retinitis<sup>4</sup>.

El virus del herpes simple (HSV) se ha aislado a partir de casi todos los sitios viscerales y mucocutáneos. Las manifestaciones clínicas y el curso de las infecciones por el HSV dependen de la localización anatómica de la infección, la edad y el estado inmunológico del huésped, y el tipo antigénico del virus<sup>6</sup>.

El tratamiento de las infecciones por virus en el trasplante de órganos sólidos con fármacos antivirales efectivos debe ser complementado con la reducción en el grado y la intensidad de la inmunosupresión<sup>4</sup>.

En pacientes inmunodeprimidos es frecuente la afectación esofágica por el VHS, pero hay pocos casos descritos de afectación intestinal por el VHS tipos 1 y 2, la afectación aislada del tracto gastrointestinal producida por infecciones víricas se ha descrito en pocas ocasiones y puede provocar ulceraciones con sangrado masivo.

La infección vírica puede producir además del sangrado, irritación difusa de la mucosa y con menor frecuencia, perforación de viscera hueca.

La endoscopia gastrointestinal con biopsia tisular es útil para el diagnóstico e iniciar el tratamiento antivírico<sup>7</sup>. En nuestro caso no se obtuvo confirmación histológica de las lesiones de intestino delgado pero sí de las lesiones perianales y, además, las técnicas de imagen ante una enterocolitis infecciosa añaden un alto valor predictivo positivo, siendo el hallazgo más significativo el engrosamiento y nodularidad de un segmento largo del intestino que se objetivó en nuestro caso durante la presencia de síntomas, comprobándose en la enterorresonancia de control la normalidad del tramo de intestino afectado coincidiendo con la remisión clínica del paciente.

## Bibliografía

1. Cuellar-Rodríguez J, Sierra-Madero J. Infections in solid organ transplant recipients. *Rev Invest Clin.* 2005;57:368-80 (Article in Spanish).

2. Simon D, Levin S. Infectious complications of solid organ transplantations. *Infect Dis Clin North Am.* 2001;15: 521.
3. Fisher R. Cytomegalovirus infection and disease in the new era of immunosuppression following solid organ transplantation. *Transpl Infect Dis.* 2009;11:195-202.
4. Salavert M, Granada R, Díaz A, Zaragoza R. Papel de las infecciones víricas en pacientes inmunodeprimidos. *Med Intensiva.* 2011;2011:117-25.
5. Ljungman P, Singh N. Human herpesvirus-6 infection in solid organ and stem cell transplant recipients. *J Clin Virol.* 2006;37 Suppl 1:587-91.
6. Corey L, Lanza P. Las infecciones por virus del herpes simple. *N Engl J Med.* 1986;314:749-57.
7. Gautam A. Complicaciones gastrointestinales después del trasplante. *Surg Clin N Am.* 2006;86:1195-206.

Rosa Virginia Acosta Materán\*,  
 María Concepción Piñero Pérez, Ana María Mora Soler,  
 Ana Sánchez Garrido, Ana Beatriz Prieto Bermejo,  
 Yuliana Mónica Jamanca Poma,  
 Josué Rigoberto Umaña Mejía  
 y Antonio Rodríguez Pérez

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca, Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca, Salamanca, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [conxipi@hotmail.com](mailto:conxipi@hotmail.com)

(R.V. Acosta Materán).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.09.009>

## Carcinoma primario de células en anillo de sello de íleon terminal



### Primary signet-ring cell carcinoma of the terminal ileum

Sr. Director:

El desarrollo de neoplasias en el intestino delgado (ID) es infrecuente, correspondiendo al 1-2% de las neoplasias gastrointestinales<sup>1</sup>. La mayor parte de ellas son adenocarcinomas y carcinoides. La variedad de carcinoma de células en anillo de sello (CCAS) predomina en estómago y en menor medida en colon, siendo raro en otras localizaciones. Hasta el momento, tan solo 3 casos de CCAS en íleon<sup>2-4</sup> han sido descritos en la literatura y otros 4 en yeyuno<sup>2,5</sup>. Recientemente se ha descrito un caso en mucosa duodenal no ampular<sup>6</sup>.

Presentamos el caso de un paciente de 81 años con clínica de cuadros suboclusivos de repetición. Se solicitó TAC abdominal en el que se observaba dilatación de asas de ID secundaria a un engrosamiento mural concéntrico hipercaptante de 4 cm del íleon terminal que se acompañaba de pequeños ganglios locorreionales a descartar enfermedad inflamatoria o neoplásica (fig. 1). Se realizó una colonoscopia identificando una válvula ileocecal normal, intubándose los últimos 3-4 cm de íleon en los que se observaba una mucosa edematosa, congestiva, irregular, sin úlceras o aftas, que se biopsió. No se consiguió progresar más por estenosis relativa (fig. 2). Las biopsias fueron informadas como ileítis inespecífica.

Se decidió intervención quirúrgica programada observándose una masa que infiltraba pared abdominal anterior dependiente de íleon terminal realizándose hemicolectomía derecha y resección de íleon terminal laparoscópica. Se identificaron implantes peritoneales. Histológicamente se observó un CCAS bien diferenciado con perforación del peritoneo visceral, adenopatías positivas y afectación del epiplón (fig. 3). El paciente recibió posteriormente tratamiento quimioterápico y colocación de prótesis sobre anastomosis por obstrucción intestinal. La evolución fue

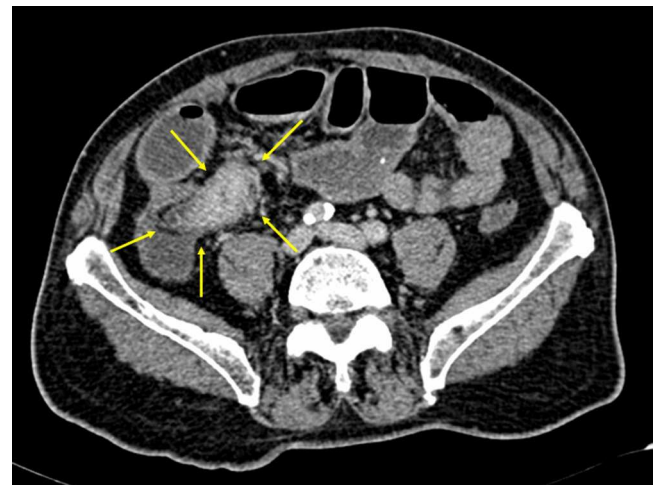


Figura 1 Engrosamiento mural del íleon terminal.



Figura 2 Estenosis ileal secundaria a neoplasia.