

En conclusión, ante un cuadro abdominal agudo recurrente no explicado por otras causas, asociado a otros síntomas neurovisceral y cutáneos, debe investigarse la existencia de una HCP; el desarrollo añadido de una anemia hemolítica estrecha el diagnóstico diferencial a la variedad harderoporfiria. La asociación de síntomas es fundamental para establecer el diagnóstico de sospecha en las porfirias agudas y permitir su tratamiento precoz.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ramanujam VM, Anderson KE. Porphyria Diagnostics —Part 1: A brief overview of the porphyrias. *Curr Protoc Hum Genet.* 2015;86:20117-226.
2. Kühnel A, Gross U, Doss MO. Hereditary coproporphyrinuria in Germany: Clinical-biochemical studies in 53 patients. *Clin Biochem.* 2000;33:465.
3. Seshabhatter P, Morrow JS. Syndrome of inappropriate anti-diuretic hormone secretion associated with coproporphyrinuria: Case report and review of literature. *Endocr Pract.* 2007;13:164.

4. Anderson KE, Lee C. Testing for porphyria. The American Porphyria Foundation. 2010 [consultado Oct 2018]. Disponible en: <http://www.porphyrifoundation.com/testing-for-porphyrinuria>.
5. Badminton MN, Elder GH. Management of acute and cutaneous porphyrias. *Int J Clin Pract.* 2002;56:272–8. PubMed: 12074210.

Alicia Martín-Lagos Maldonado^{a,*}, Elena Borrego García^b y Andrés Ruiz Sancho^c

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Cecilio, Granada, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital San Cecilio, Granada, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aliciamartin-lagos@hotmail.com (A. Martín-Lagos Maldonado).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.01.011>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ileítis isquémica idiopática, con sangrado digestivo oscuro manifiesto



Idiopathic ischaemic ileitis, with overt obscure digestive bleeding

La ileítis isquémica idiopática es una lesión irreversible de la mucosa, inducida por isquemia intestinal, sin evidenciar oclusión de la arteria mesentérica^{1,2}. Se considera que es causada por hipoperfusión de los vasos mesentéricos, sin una causa estructural, obstructiva o inflamatoria que lo explique. La forma de presentación más frecuente es la estenosis inflamatoria.

Se presenta el caso de un varón de 59 años con antecedentes de hipertensión arterial, quien niega consumo de alcohol, de tabaco y de AINE. Ha sido evaluado varias veces en urgencias por sangrado digestivo manifestado por melenas. En los exámenes se le encontró anemia ferropénica (hemoglobina: 5,1 g/dl, hierro total: 15 µg/dl y ferritina: 27 ng/ml). En estudios endoscópicos (2 esofagogastroduodenoscopias y una colonoscopia) fueron reportados como normales. En una cápsula endoscópica (VCE) se evidenció, a nivel del íleon proximal una lesión inflamatoria ulcerada, que genera estenosis concéntrica, con una luz residual estimada en un 30% a ese nivel (fig. 1A), la VCE se quedó retenida al nivel de la estenosis (fig. 1B) durante 72 h; el paciente manifestó dolor tipo cólico, distensión, aunque sin vómitos. Se realizó una enteroscopia de doble balón retrograda, pero no logramos llegar hasta el lugar de la estenosis, por lo cual se programó a resección local por laparoscopia. Se realizó resección local del segmento enfermo y anastomosis término-terminal, sin complicaciones intraquirúrgicas. En los hallazgos intraquirúrgicos

describieron un área de estenosis fibrótica de unos 5 cm, dura, marcada inflamación local, por lo que se sospechó de enfermedad de Crohn (EC). En la histopatología se demostró una inflamación crónica del íleon con fibrosis de submucosa y serosa, hipertrofia muscular y marcada congestión vascular compatible con ileítis crónica activa de etiología isquémica (figs. 1C y D). Sin hallazgos sugestivos de EC, ni malignidad. Se realizaron coloraciones especiales en el tejido como Ziehl-Neelsen, plata metenamina, PAS y Gram, las cuales fueron negativas; además inmunohistoquímica de citomegalovirus, con lo cual se descartaron causas infecciosas. Se hicieron estudios complementarios donde destacaron unos anticuerpos nucleares, anticuerpos anti-citoplasmáticos que fueron negativos, por lo cual se descartó vasculitis sistémica. En una angio-TAC de abdomen no se detectaron trombos, ni otras lesiones vasculares, por lo cual se descartó enfermedad isquémica mesentérica; la calprotectina fecal fue normal, lo que hace poco probable una EC, ya que esta tiene un alto valor predictivo negativo. El paciente evolucionó satisfactoriamente, sin nuevos episodios de sangrado, ni anemización posterior a la cirugía. En el control a los 12 meses asintomático, sin medicamentos.

El tratamiento quirúrgico fue definitivo para la curación de la enfermedad, no obstante, se deben hacer controles clínicos periódicos.

Esta es una enfermedad infrecuente, de difícil diagnóstico, con escasos reportes de casos². Se considera causada por hipoperfusión de los vasos mesentéricos, sin embargo existen múltiples factores que hacen poco usual esta entidad: el intestino delgado rara vez presenta cambios isquémicos debido a su rico flujo de arterias colaterales; en segundo lugar, no existen criterios diagnósticos clínicos o patológicos establecidos para la enteritis isquémica; en tercer lugar, el

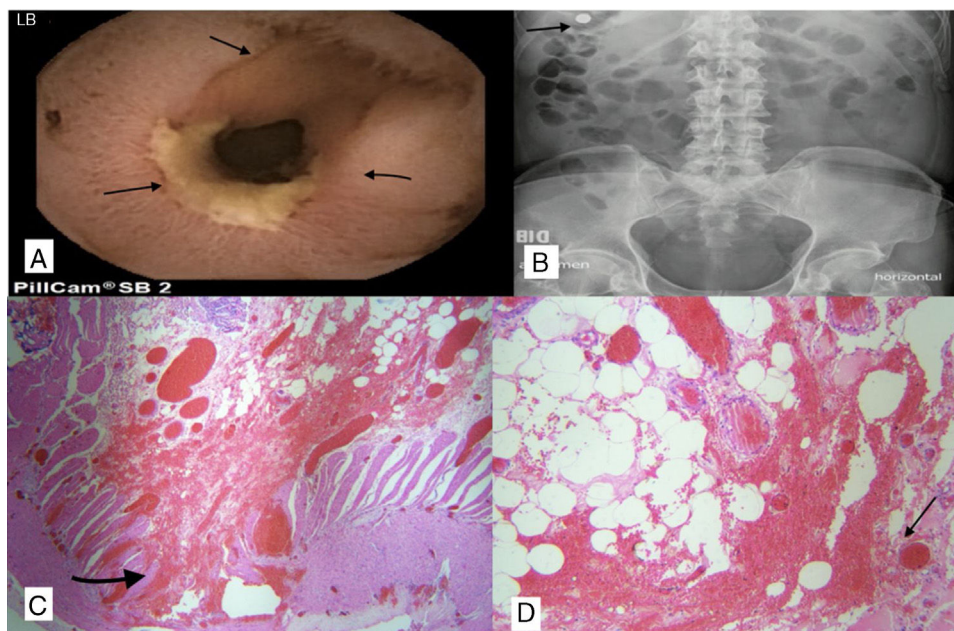


Figura 1 A) Cápsula endoscópica donde se evidencia estenosis severa, de aspecto fibrótico, ulcerada y recubierta de fibrina. B) Rx de abdomen simple: VCE retenida al tercer día de ingerida. C y D) Úlcera fibrótica con inflamación submucosa, serosa, severa congestión vascular e hipertrofia de la capa muscular.

intestino delgado no es fácil de evaluar por su extensión. La enteritis isquémica se clasifica según la evolución como transitoria: cuando se resuelve por completo dentro de unos pocos días sin secuelas y permanente o estenótica^{1,2}: cuando se presenta con estenosis tubular después de un periodo de inflamación crónica¹. Los hallazgos histopatológicos macroscópicos más característicos son la formación de estenosis, úlceras segmentarias circunferenciales y estenosis tubular proximal^{1,2}. Las estenosis tienen tendencia a empeorar progresivamente y en última instancia dar lugar a la oclusión total¹⁻³. Microscópicamente se identifican úlceras de profundidad variable, con base revestida con tejido de granulación, fibrosis severa principalmente en la submucosa. Severa infiltración inflamatoria (principalmente linfocitos y células plasmáticas), macrófagos cargados de hemosiderina-dispersos a lo largo de todo el espesor del intestino.

La creciente utilización y conocimiento en estudios como la VCE y la enteroscopia con balón, podría aumentar la detección más temprana y con mejor precisión de la enfermedad^{2,4,5}. En este caso la aproximación diagnóstica se hizo mediante VCE, seguida por tratamiento quirúrgico que fue curativo.

Bibliografía

1. Nobuhiro Takeuchi N, Naba K. Small intestinal obstruction resulting from ischemic enteritis: A case report. *Clin J Gastroenterol*. 2013;6:281-6.

2. Koshikawa Y, Nakase H, Matsuura M, Yoshino T, Honzawa Y, Minami N, et al. Ischemic enteritis with intestinal stenosis. *Intest Res*. 2016;14:89-95.
3. Cangemi JR, Picco MF. Intestinal ischemia in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am*. 2009;38:527-40.
4. Sidhu R, Sanders DS, Morris AJ, McAlindon ME. Guidelines on small bowel enteroscopy and capsule endoscopy in adults. *Gut*. 2008;57:125-36.
5. Gurudu SR, Bruining DH, Acosta RD, Eloubeidi MA, Faulx AL, Khasab MA, et al., ASGE Standards of Practice Committee. The role of endoscopy in the management of suspected small-bowel bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2017;85:22-31.

Gabriel Mosquera-Klinger^{a,*} y Reinaldo Andrés Rincón^b

^a Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^b Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gami8203@yahoo.com
(G. Mosquera-Klinger).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.10.005>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.