

5. Oh RC, Husted TR. Causes and evaluation of mildly elevated liver transaminase levels. *Am Fam Physician*. 2011;84:1003-8.
6. Davidson DF, Watson DJM. Macroenzyme detection by polyethyleneglycol precipitation. *Ann Clin Biochem*. 2003;40:514-20.
7. Lee M, Vajro P, Keeffe EB. Isolated aspartate aminotransferase elevation: think macro-AST. *Dig Dis Sci*. 2011;56:311-3.
8. Galasso PJ, Litin SC, O'Brien JF. The macroenzymes: a clinical review. *Mayo Clin Proc*. 1993;68:349-54.
9. Turecky L. Macroenzymes and their clinical significance. *Bratisl Lek Listy*. 2004;105:260-3.

Diego Martinez-Urbistondo* y Bruno Sangro

Unidad de Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dmurbistond@unav.es

(D. Martinez-Urbistondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.04.007>

Complicaciones de la biopsia de próstata transrectal ecoguiada: a propósito de un caso

Complications of the biopsy of prostate transrectal ecoguide: about a case

Sr. Director:

La biopsia de próstata es el único procedimiento para el diagnóstico del cáncer de próstata, siendo su indicación un valor de PSA superior a 4 ng/ml y/o un tacto rectal sospechoso. Se considera una técnica segura y se realiza de forma ambulatoria.

Las complicaciones de la biopsia de próstata son frecuentes, autolimitadas y raramente afectan a la vida del paciente (tabla 1). Pueden dividirse en menores (hematuria, hemospermia, rectorragia, infecciones) y mayores (ponen en peligro la vida del paciente)¹.

Presentamos el caso de un paciente que sufrió una hemorragia digestiva masiva tras una biopsia prostática.

Se trata de un varón de 64 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulado con Sintrom y enviado a la consulta por un PSA de 15,53 ng/ml (cociente PSA libre/PSA total 14%). Tras la sustitución de la anticoagulación oral por heparina de bajo peso molecular fue comprobada la normalidad de las pruebas de coagulación y del hemograma. La biopsia prostática transrectal ecoguiada se realizó utilizando una pistola *Pro-Mag™ Ultra* con aguja tipo Chiba de 22 G, obteniendo un total de 18 cilindros (9 derechos y 9 izquierdos), informados posteriormente como negativos para malignidad. A las 48 h, el paciente acude a urgencias por un cuadro de rectorragia de 12-24 h

de evolución. A su llegada presenta palidez mucocutánea y datos de anemia (hemoglobina 10,3 g/dl, hematocrito 29,8%). A las 2 h inició un cuadro de inestabilidad hemodinámica con hipotensión asociada e importante pérdida hemática evidenciada tras un nuevo hemograma (hemoglobina 7,3 g/dl, hematocrito 21,6 ng/ml). Inmediatamente avisamos al endoscopista de guardia para la realización de colonoscopia urgente. Durante la exploración advirtió una lesión ulcerada con sangrado en «jet», localizada en la cara anterior del recto. Tras la esclerosis endoscópica con adrenalina y etoxiesclerol, se colocan 2 hemoclips sobre el vaso sangrante, que permitieron el cese del sangrado. El paciente evolucionó de forma favorable, siendo dado de alta a las 72 h sin presentar nuevos episodios de sangrado.

Las complicaciones leves y autolimitadas tras la realización de una biopsia de próstata son frecuentes, principalmente aquellas relacionadas con el sangrado (hematuria, rectorragia y hemospermia). La aparición de complicaciones graves (cuadros sépticos, sangrado masivo) representan un porcentaje bajo, aproximadamente el 1%, pero su aparición puede comprometer la vida del paciente y obligar a la realización de actuaciones urgentes que permitan su estabilización, como en el caso descrito. Naughton et al. correlacionan las tasas de sangrado con el número total de cilindros obtenidos y con la biopsia de áreas mediales³, sin embargo Ghani et al. no encontraron datos que confirmaran dicha relación⁴.

La rectorragia ocasionada por esta técnica suele ser leve y cesa espontáneamente, sin embargo la hemorragia masiva es muy infrecuente. Ante rectorragias masivas, inicialmente está indicada la realización de compresión digital o taponamiento (sondas de Foley o *packing* rectal)⁵. También ha sido descrita la posibilidad de realizar una ecografía transrectal con Doppler para identificar el punto sangrante y aplicar medidas mecánicas a ese nivel⁶. Cuando estas actuaciones no son suficientes para controlar el sangrado está indicada la realización de una endoscopia digestiva baja para identificar y tratar el punto de sangrado mediante la termocoagulación, inyección de sustancias (adrenalina o adrenalina asociada a esclerosante como el polidocanol), colocación de hemoclips o ligadura del vaso sangrante.

Las complicaciones graves, como la hemorragia rectal masiva, son infrecuentes pero pueden poner en peligro la vida del paciente. El control y el tratamiento endoscópico de este tipo de lesiones representa un arma importante en el tratamiento urgente de esta complicación.

Tabla 1 Complicaciones de la biopsia de próstata transrectal ecoguiada

Menores		Mayores	
Hemospermia	37,4%	Sepsis	0,3-1%
Hematuria	14,5%	Hemorragia rectal masiva	1%
Rectorragia	2,2%	Prostatitis	1,0%
Retención urinaria	0,2%	Fiebre	0,8%
Epididimitis	0,7%		

Fuente: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology².

Bibliografía

1. Moreno Alarcón C, López González PA, López Lubillana P, Doñate Iñiguez G, Ruiz Morcillo JC, Olarte Barragán EH, et al. Morbilidad y factores de riesgo de la biopsia transrectal prostática. *Actas Urol Esp.* 2010;34:531–6.
2. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Prostate Cancer Early Detection V.2.2007. Disponible en: <http://www.ccchina.net/UserFiles/2009-4/20/200942001149157.pdf>
3. Naughton CK, Ornstein DK, Smith DS, Catalona WJ. Pain and morbidity of transrectal ultrasound guided prostate biopsy: a prospective randomized trial of 6 versus 12 cores. *J Urol.* 2000;163:168–171.
4. Ghani KR, Dundas D, Patel U. Bleeding after transrectal ultrasonography-guided prostate biopsy: a study of 7-day morbidity after a six-, eight- and 12-core biopsy protocol. *BJU Int.* 2004;94:1014–20.
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.

Mario de Arriba Alonso^{a,*}, Luis Vaquero Ayala^b, Miguel Ángel Alonso Prieto^a y Pedro Linares Torres^b

^a *Servicio de Urología, Hospital de León, León, España*

^b *Servicio de Digestivo, Hospital de León, León, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marioaa.85@hotmail.com

(M. de Arriba Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.05.001>