

CARTAS AL DIRECTOR

Pólipo fibroide inflamatorio gigante de estómago: manejo endoscópico



Giant inflammatory fibroid polyp of the stomach: Endoscopic management

Sr. Director:

El pólipo fibroide inflamatorio (PFI) es un raro tumor mesenquimal del tracto gastrointestinal¹. La mayor parte de los mismos están localizados en el antro prepilórico, en cuyo caso son típicos los síntomas de obstrucción subtotal a la salida del estómago². El empleo del asa de polipectomía endoscópica, con o sin *endoloops*, es la técnica de elección para el tratamiento de los pólipos gigantes^{3,4}, hasta cierto tamaño.

Presentamos un caso de PFI gástrico gigante, de gran tamaño, invaginado en duodeno y complicado con anemia y obstrucción a la salida gástrica, que pudo resecarse de forma completa, y sin complicaciones, utilizando una combinación de procedimientos endoscópicos.

Paciente de 78 años, con antecedentes de valvulopatía mitral en tratamiento con clopidogrel, que ingresa por dolor epigástrico intenso, vómitos y anemia ferropénica. En la endoscopia oral se objetivó una voluminosa formación vegetante y polipoide que ocupaba prácticamente todo el duodeno, hasta la cuarta porción. En el estudio gastroduodenal con contraste, dicha tumoración tenía unas dimensiones aproximadas de 15 cm x 3,5 cm. Era llamativa la marcada dilatación de todo el marco duodenal (fig. 1). Dado que las biopsias convencionales no fueron concluyentes, se tomó una macrobiopsia con asa, con un duodenoscopio, que demostró abundantes eosinófilos y células plasmáticas, descartando malignidad. Dada la edad de la paciente, y sus antecedentes, se descartó la cirugía, pero la paciente seguía muy sintomática.

Tras la macrobiopsia, y al retomar la antiagregación, la paciente empezó a presentar melenas de forma intermitente y anemia progresiva (Hb 9,6 gr/dl; Hcto 29%), que requirieron transfusión de varias unidades de sangre. En una nueva endoscopia oral se comprobó que, en realidad, se trataba de un pólipo gástrico gigante, de unos 15 cm x 4 cm, con varias ulceraciones extensas, con fibrina y signos de sangrado, y cuya base de implantación se encontraba en el área yuxtapiilórica, que tendía a invaginarse en duodeno.



Figura 1 Voluminosa tumoración vegetante y polipoide, con unas dimensiones aproximadas de 15 cm x 3,5 cm, que ocupa gran parte del marco duodenal. Es llamativa la dilatación del duodeno.

Se programó la polipectomía endoscópica en quirófano, bajo anestesia general y con el apoyo del equipo quirúrgico del hospital, ante la eventualidad de que surgieran complicaciones. La tumoración se encontraba nuevamente invaginada en duodeno, con su extremo distal en tercera porción. En un principio, se *inyectó la base de la lesión* con solución salina con adrenalina 1/10.000 en varios puntos, hasta conseguir la isquemia de la zona. A continuación, y con gran dificultad técnica, al tener que trabajar en duodeno, se enlazó una parte de la cabeza de dicha tumoración con un *endoloop* de 30 mm Ø; no fue posible hacerlo progresar, hasta abarcar toda la tumoración, dado el gran tamaño de la misma. Una vez liberado el *endoloop*, se traccionó del mismo, con una pinza, para restituir la tumoración al estómago (fig. 2). Se puso a la paciente en posición de Trendelenburg y se le administró buscapina, para que no volviera a duodeno.

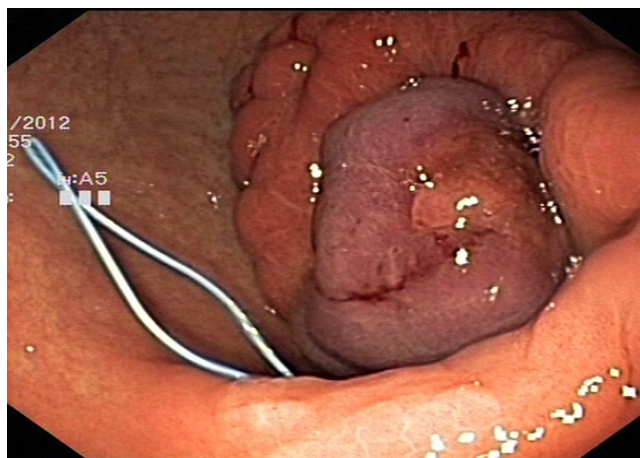


Figura 2 Tumoración polipoide que se ha conseguido restituir a estómago tras ser traccionada con un *endoloop*. En el centro de la imagen, aparece el extremo distal de la tumoración con un color más congestivo debido a la compresión ejercida por el lazo. En el centro, se ve que está ulcerada.



Figura 3 Tres de los 4 fragmentos de la tumoración extirpada que se pudieron recuperar. Obsérvese sus dimensiones con la regla de referencia.

A continuación, se enlazó la parte de la cabeza de la tumoración que quedaba distal al *endoloop*, utilizando un asa de diatermia, empleando altos datos de coagulación (60W), se realizó polipectomía en varios tiempos, reduciéndose la lesión a 4 voluminosos fragmentos. Se pudieron recuperar 3 de ellos, de 45, 30 y 25 mm Ø, respectivamente (fig. 3). El cuarto fragmento, de unos 50 mm, lo expulsaría

la paciente a las 48 horas del procedimiento. Tras la polipectomía, se objetivó una profunda escara, bien coagulada, que sangraba discretamente en el fondo. Se hizo hemostasia mediante *fulguración con argón plasma*, sin ningún problema.

La paciente permaneció 72 h en el hospital, recibiendo una perfusión i. v. continua de esomeprazol y hierro i. v. Fue dada de alta al cuarto día tras comprobar el estado de la escara y la adecuada tolerancia oral. No se produjeron complicaciones. La histología reveló que se trataba de un PFI gigante.

El PFI suele tener un tamaño que varía entre 1-5 cm de longitud⁵. En estos casos, el tratamiento endoscópico, utilizando asas de diatermia, con o sin *endoloops*, es de elección^{3,4}.

El problema del tratamiento se plantea cuando las lesiones son de mayor tamaño. La mayoría de los autores eligen el tratamiento endoscópico cuando se trata de lesiones de 8 o menos cm^{3,6-8}, reservando la cirugía para lesiones gigantes, de 8 o más cm^{5,9}, si bien, algún autor¹⁰ se ha atrevido con lesiones de hasta 10 cm de longitud empleando procedimientos exclusivamente endoscópicos.

En la tabla 1 se consignan los diferentes casos reportados en la literatura de PFI gigante de estómago y la forma en que fueron tratados. En 2 casos^{5,9} se optó por la cirugía debido a su localización en fundus y a su extensa y amplia base de implantación (antro y cuerpo), respectivamente. El resto fueron resecados mediante polipectomía endoscópica, sin incidencias, salvo en 2 casos^{4,7} que presentaron cierto sangrado durante el procedimiento, que pudo ser controlado con técnicas hemostáticas.

El caso que presentamos tiene varias peculiaridades que deben ser tenidas en cuenta. Por un lado, su enorme tamaño, el mayor descrito hasta la fecha; por otro, el hecho de que la tumoración estuviera invaginada en duodeno, simulando un tumor duodenal primario; finalmente, por la combinación de procedimientos endoscópicos que se emplearon para su resección, hasta 4.

El tamaño, inicialmente, no fue un inconveniente para que intentáramos el tratamiento endoscópico de la lesión. Contábamos con el apoyo del equipo quirúrgico, por si surgiesen complicaciones.

El problema mayor fue que la lesión estaba invaginada en el duodeno. Para resolverlo, y no sin gran dificultad, se enlazó parte (no cabía entera) de la cabeza de la lesión con un *endoloop*, traccionando del mismo hasta restablecer la lesión al estómago. Con ello se pudo resecar una parte de la

Tabla 1 Relación de casos de pólipo fibroide inflamatorio gigante de estómago reportados en la literatura, y las técnicas de tratamiento aplicadas

Autor/referencia	Dimensiones (cm)	Técnica
Shaji Sebastian ³	5,5	<i>Endoloop</i> + polipectomía endoscópica
Ülkü Sarıtaş ⁶	6,4	Polipectomía endoscópica
Joan B. Gornals ⁷	7 × 3	<i>Endoloop</i> + disección submucosa
Simón Yriberry Ureña ⁸	7 × 4	<i>Endoloop</i> + polipectomía endoscópica
E. Marcote Valdivieso ⁹	8	Gastrectomía subtotal
Aguilar Davidov B. ⁵	9,1 × 6,3	Gastrectomía total
R. Niehues ⁴	10 × 1,5	Polipectomía endoscópica + dormía
Sebastián J. J.	15 × 4	<i>Endoloop</i> + polipectomía endoscópica

voluminosa cabeza de la lesión, distal al *endoloop*. Solo tras ello se pudo enlazar el resto de la tumoración con el asa de polipectomía, realizando la resección completa de la misma por partes, con un total de 4 fragmentos. Se duplicaron los niveles de electrocoagulación para minimizar el sangrado, simultaneándola con el corte (80 W). Las secciones de la tumoración se fueron realizando muy lenta y gradualmente, sin prisa. Previamente, habíamos inyectado con salino y adrenalina la base del tumor. No se produjo sangrado en ningún momento, salvo al seccionar la base del pedículo, lo que se controló, sin problemas, mediante fulguración con argón plasma.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, salvo un intenso dolor epigástrico, que interpretamos en relación con la electrocoagulación empleada y la escara resultante, que se controló con meperidina. Se administró una perfusión i. v. continua de esomeprazol durante 72 h, siguiendo las recomendaciones de un estudio reciente¹¹ para evitar el resangrado. A las 3 semanas del procedimiento se habían normalizado los parámetros hematológicos (Hb 12,7 gr/dl; Hcto 39%).

Bibliografía

1. Helwig EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynecol Obstet*. 1953;96:335–67.
2. Hattori Y, Kobayashi S, Takahashi H, Yoneda M, Inamori M., Abe Y, et al. Gastric inflammatory fibroid polyp treated by endoscopic submucosal dissection. *Case Rep Gastroenterol*. 2008;2:283–6, 19.
3. Sebastian S, Addley J, Crotty P, Buckley M. Giant gastric polyp. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:398–9.
4. Niehues R, Domschke W, Pohle T. Endoscopic resection of a giant gastric polyp. *Endoscopy*. 2008;40:E50. S2.
5. Aguilar Davidov B, Chablé Montero F, Medina Franco H. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico gigante. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex*. 2008;73:239–41.
6. Sarıtaş Ü, Üstündağ Y, Gedikoğlu G. Successful endoscopic treatment of huge gastric inflammatory fibroid polyp. *Turk J Gastroenterol*. 2011;22:224–6.
7. Gornals JB, Loras C, Ornaque I, Botargues JM. Giant gastric polyp resection using two poly loops and endoscopic submucosal dissection technique. *Dig Endosc*. 2012;24:194.
8. Yrribery Ureña S, Vila Guitérrez S, Salazar Miente F. Polipectomía and manejo endoscópico de lesión gigante gástrica. *Rev Gastroenterol Perú*. 2010;30-2:167–71.
9. Marcote Valdivieso E, Baltasar Torrejón A, Escrivá Escrivá C, Barnés Marco JJ. Pólipo fibroide inflamatorio gástrico. *Cirugía Española*. 1989;XLVI:284–7.
10. Niehues R, Domschke W, Pohle T. Endoscopic resection of a giant gastric polyp. *Endoscopy*. 2008;40:E50.
11. Sung JJ, Barkun A, Kuipers EJ, Mössner J, Jensen DM, Stuart R, et al., Peptic Ulcer Bleed Study Group. Intravenous esomeprazole for prevention of recurrent peptic ulcer bleeding: A randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;150:455–64.

Juan J. Sebastián Domingo^{a,*}, Gloria Ceña Lázaro^a, Tomás Cabrera Chaves^a, Mara Charro Calvillo^a, Mónica Navarro Dourdil^a, Elena Peña González^a y María T. Soria San Teodoro^b

^a Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

^b Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjsebastian@salud.aragon.es (J.J. Sebastián Domingo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.11.010>

Paciente con negativización de HBsAg durante el tratamiento. ¿Podemos considerarlo como una curación de la hepatitis B?



Patient with HBsAg negativization during treatment. Could it be considered a cure for hepatitis B?

Sr. Director:

El tratamiento actual de la hepatitis B consigue unas altas tasas de respuesta viral, con supresión de la carga viral en la mayoría de los pacientes^{1–3}. Pero en pocas ocasiones se consigue obtener una curación y eliminación del virus. Se ha considerado clásicamente que la negativización del HBsAg durante el tratamiento sería equiparable a una curación del virus^{4–7}.

Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años de edad natural de Marruecos que estaba en seguimiento en consultas externas de digestivo desde 2005. En febrero de

2006 presentaba los siguientes datos analíticos: GOT 89 UI/L (n < 38), GPT 142 UI/L (n < 41), GGT 73 UI/L (n: 11–49), HBsAg +, HBcAc +, HBcAc IgM -, HBeAg +, HBeAc y carga viral VHB de 100.800.000 copias/ml. No se realizó biopsia hepática y en ese momento no se disponía de la posibilidad de realización de Fibro-scan para evaluar el grado de fibrosis. Aun así, ante la presencia de una carga viral alta y una cifra de aminotransferasas elevada, se decidió iniciar en ese momento tratamiento antiviral, pautándose adefovir 10 mg/día.

Tras iniciar el tratamiento presentó descenso progresivo de las cifras de aminotransferasas hasta su normalización, con una nueva elevación sobre todo de GPT mayor a 5 veces el límite superior de la normalidad a los 9 meses de tratamiento (GOT 135 UI/L [n < 38], GPT 283 UI/L [n < 41], GGT 128 UI/L [n 11–49]) no asociada a la negativización de HBeAg que persistía positivo en ese momento, manteniéndose el mismo tratamiento.

Durante el seguimiento se detectó una negativización de la carga viral antes del primer año de tratamiento, con negativización de HBeAg pero sin seroconversión a HBeAc. Asimismo se apreció a los 2 años de iniciar el tratamiento una negativización del HBsAg con aparición de HBsAc. A pesar