



CARTAS AL DIRECTOR

Tratamiento endoscópico de un lipoma duodenal gigante



Endoscopic treatment of giant duodenal lipoma

Sr. Director:

Una mujer de 62 años acude por presentar melenas de 3 días, e informa de vómitos de retención de varios meses. El estudio endoscópico inicial realizado con endoscopio de visión frontal y un duodenoscopio de visión lateral, revela en segunda porción duodenal una lesión polipoidea pediculada de gran tamaño con una zona proximal ulcerada. Se realizó un TAC que describió una masa alargada de densidad grasa intraluminal en segunda porción duodenal de 70×18 mm que ocupa casi totalmente la luz. Con la sospecha de tratarse de un lipoma se realizó la resección endoscópica de la lesión con un endoscopio de visión frontal Olympus® usando un asa de polipectomía tras inyección de su base con adrenalina diluida al 1/10.000 y posterior colocación de clips en la base de la polipectomía. El procedimiento que se resume en la **figura 1** transcurrió sin incidencias. La lesión se recuperó con la propia asa y presentó una tonalidad algo amarillenta con una zona de ulceración superficial y una longitud de casi 9 cm como se puede observar en la **figura 2**. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de lipoma de $8,5 \times 1,8$ cm. Los lipomas duodenales son raros (sésiles o pediculados) siendo esa localización el 4% de los lipomas gastrointestinales y suelen estar en segunda porción¹. Son benignos y salvo los mayores de 4 cm no suelen presentar síntomas, pero cuando estos suceden puede tratarse de: dolor abdominal, obstrucción intestinal, intususpección o hemorragia. La hemorragia sucede en el 5,5% por ulceración superficial sobre la mucosa que los recubre, lo cual es normal². Su aparición es en la submucosa, y con el crecimiento del tumor la fuerza de los movimientos peristálticos y el contenido intestinal causan una tracción sobre la mucosa y se hace pediculado, dicha tracción puede también dar lugar a erosiones o ulceraciones que originan la hemorragia. Para el diagnóstico, la endoscopia es básica junto al TAC que muestra una lesión densidad grasa y la ecoendoscopia que muestra lesión hiperecoica homogénea en submucosa³. Los sintomáticos deben ser extirpados. Si bien antes eran remitidos a cirugía, actualmente el

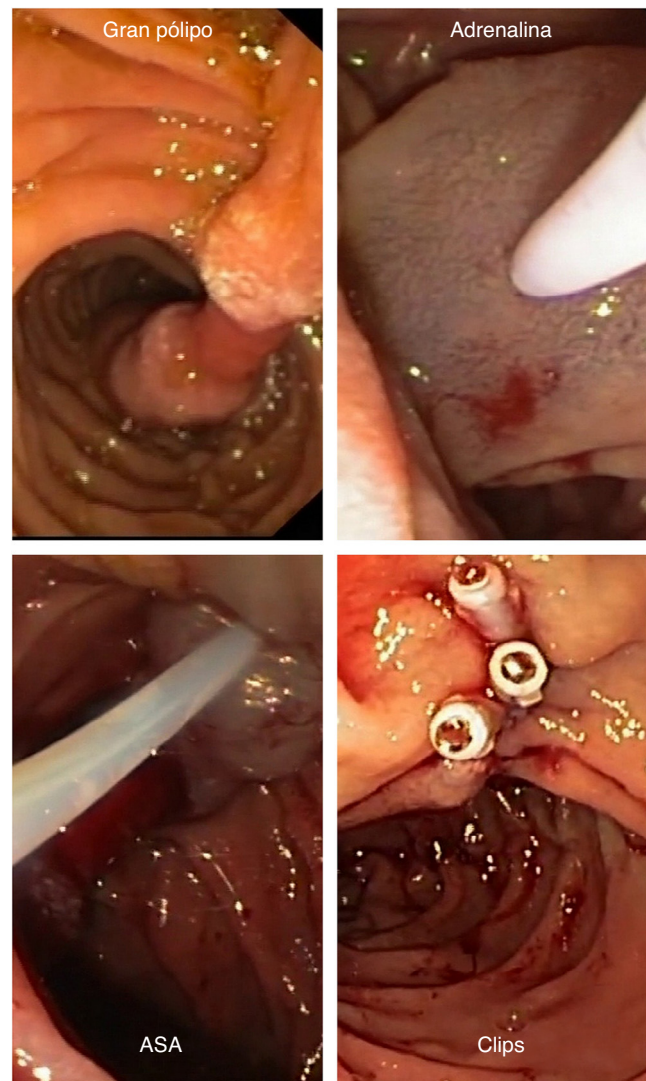


Figura 1 Se explica en 4 pasos el procedimiento. La visión tangencial e imposible en su totalidad del gran pólipo, la inyección de adrenalina diluida previa en pedículo, el atrapamiento con asa de polipectomía y, finalmente, la colocación de varios clips en su base de corte.



Figura 2 El ejemplar nada más resecarse con zona ulcerada cercana a la base de corte.

tratamiento endoscópico es el recomendado incluso en los de mayor tamaño. En nuestro caso, por su gran tamaño, el mayor referido en la literatura, no nos pudimos ayudar de *endoloop*, así que creemos que la colocación de clips posterior es un procedimiento que recomendamos para evitar la complicación más relevante que es la hemorragia pospolipectomía. La disposición tangencial de estas lesiones y su tamaño a veces hacen difícil su manejo con endoscopio frontal y se ha descrito el uso de endoscopios de doble canal y otras técnicas como el *unroofing* que sería solo resecar la mitad superior^{4,5}. En nuestro caso fue posible realizar tanto la polipectomía con asa como la recuperación del pólipo con endoscopio frontal. La paciente evolucionó favorablemente sin incidencias y fue dada de alta a las 48 h.

Bibliografía

1. Tung CF, Chow WK, Peng YC, Chen GH, Yang DY, Kwan PC. Bleeding duodenal lipoma successfully treated with endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc.* 2001;54:116–7.
2. Blanchet MC, Arnal E, Paparel P, Grima F, Voiglio EJ, Caillot JL. Obstructive duodenal lipoma successfully treated by endoscopic polypectomy. *Gastrointest Endosc.* 2003;58:938–9.
3. Thorlacius H, Weiber H, Ljungberg O, Nielsen J, Toth E. Endoscopic diagnosis and treatment of a giant duodenal lipoma presenting with gastrointestinal bleeding. *Endoscopy.* 2013;45 Suppl. 2:E385–6.
4. Sou S, Nomura H, Takaki Y, Nagahama T, Matsubara F, Matsui T, et al. Hemorrhagic duodenal lipoma managed by endoscopic resection. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21:479–81.
5. Hizawa K, Kawasaki M, Kouzuki T, Aoyagi K, Fujishima M. Unroofing technique for the endoscopic resection of a large duodenal lipoma. *Gastrointest Endosc.* 1999;49:391–2.

Ignacio Casado Morentin*, Cesar Ibarra Ponce de Leon, Pilar Pazo Meijide y Manuel Zaballa Iñiguez

Unidad de Endoscopia, Servicio de Digestivo, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: icasadomorentin@gmail.com (I. Casado Morentin).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.06.005>

Hepatitis aguda secundaria a mesalazina



Mesalazine-induced acute hepatitis

Sr. Director:

La mesalazina es un derivado del ácido 5-aminosalicílico (5-ASA) muy utilizado para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. La sulfasalazina es el salicilato más antiguo y está constituido por 2 moléculas: la sulfapiridina y el 5-ASA. A la sulfapiridina se le ha atribuido la mayoría de los efectos secundarios descritos como reacciones de hipersensibilidad, neutropenia, fiebre, urticaria, hepatitis, etc.¹. Este es el motivo por el que las nuevas moléculas prescindan de ella. A pesar de ello siguen describiéndose casos de urticaria, angioedema, neumonitis, hepatitis e incluso pancreatitis debidos a la mesalazina².

Presentamos el caso de un paciente que desarrolló una hepatitis aguda secundaria al consumo de mesalazina.

Varón de 53 años diagnosticado de proctitis ulcerosa moderada en noviembre de 2013, y en tratamiento con 3 comprimidos de mesalazina (Mezavant®) de 1.200 mg y un supositorio de mesalazina de 1.000 mg/día. Sin otros antecedentes de interés ni toma de otros fármacos. No hábitos tóxicos ni ingesta de alcohol. En un control realizado en enero de 2014 el paciente está asintomático, sin datos de actividad, pero en la analítica de rutina se aprecia elevación de las cifras de ALT en rango de hepatitis

(tabla 1) junto con leucopenia, sin eosinofilia. La exclusión de causas alternativas se realiza mediante la valoración de la ausencia de infecciones virales recientes tanto por virus hepatotópicos (virus de la hepatitis A, B y C), como por otros virus como el de Epstein-Barr, el citomegalovirus y el herpes virus, marcadores de autoinmunidad (ANA, AMA, anti-LKM1, AML), marcadores metabólicos (ceruloplasmina, índice de saturación de transferrina, alfa 1-antitripsina) y la realización de pruebas de imagen para descartar lesiones neoplásicas, vasculares y enfermedad de la vía biliar (ecografía, TAC y colangio-resonancia). Se suspende la administración de mesalazina por vía oral, manteniendo tan solo el uso de supositorios de 500 mg/72 h. El enfermo presenta mejoría paulatina de los niveles de transaminasas normalizándolas transcurridos 55 días desde su supresión (tabla 1).

Es bien conocido el potencial hepatotóxico de la sulfasalazina en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, sin embargo, el daño hepático secundario a la mesalazina se ha descrito en muy pocos casos^{3,4}. Se estima que la incidencia de hepatitis tóxica es de 3,2 casos por millón de prescripciones de mesalazina².

Nuestro caso siguió un patrón de daño hepatocelular al igual que el publicado por Coumaros et al.⁵, aunque también se han comunicado casos con patrón colestásico o mixto^{3,4}. Cuando aplicamos la escala de *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS)⁶ obtenemos una puntuación de 9 (altamente probable o definitiva).