

# Pólipo inflamatorio de intestino delgado en un menor de 17 años con repercusión sistémica

Salvador Enríquez Sánchez, Ramón Alonso Guillén, Emilio J. Buendía Pérez, Mustafa Hamed-Moh y Fuad Bumedien  
 Cirugía General. Hospital Militar de Melilla. Melilla. España.

Los pólipos inflamatorios son lesiones benignas raras del tracto gastrointestinal. Se originan de la submucosa y crecen como una masa polipoidea. Se encuentra con más frecuencia en el estómago, pero hay comunicaciones de casos raros en el colon y el intestino delgado. Esta lesión fue descrita inicialmente por Vanek<sup>1</sup> en 1949 como un granuloma gástrico con infiltración de eosinófilos. Una variedad de nombres como granuloma eosinófilo, hemangiopericitoma, fibroma polipoide, fibroma gástrico con infiltración de eosinófilos y pseudotumor inflamatorio son sinónimos. Sin embargo, el término pólipo inflamatorio fibroide, propuesto por Helwig et al<sup>2</sup> en 1953, es el más aceptado. Aunque su patogenia es desconocida<sup>3-5</sup>, algunas series han descrito un gran número de eosinófilos, lo que indica una base alérgica; sin embargo, otros no han demostrado esta relación y sí con la infección por *Helicobacter pylori*. La presencia de músculo liso indica un posible origen leiomatoso<sup>3</sup>, que se puede encontrar en todos los grupos de edades, pero tiene un pico de incidencia entre la sexta y la séptima década de la vida. Aunque en la mayoría de los casos son esporádicos, también se ha descrito una relación familiar<sup>4,6</sup>.

Se manifiesta clínicamente por una hemorragia digestiva aguda, que en algunos casos causa hemorragia grave y anemia ferropénica por ulceraciones, también puede originar una oclusión intestinal, frecuentemente causada por una invaginación intestinal. Más raramente se han descrito síntomas sistémicos, como síndromes febriles, poliartritis, poliartralgias, aumento de la eritrosedimentación, leucocitosis o trombocitosis, entre otros.

En el presente trabajo comunicamos un caso de pólipos inflamatorios de interés extraordinario debido a que en él concurren diversas circunstancias que lo hacen de especial relevancia. No sólo se trata de una enfermedad poco frecuente en general, sino que afecta a una estructura anatómica donde su aparición es estadísticamente más infrecuente, como el intestino delgado. Asimismo, la edad del paciente para la aparición de esta enfermedad es atípica (17 años), así como la presentación de un cuadro sindrómico no habitual que abarca todos los posibles síntomas descritos en la literatura.

Correspondencia: Dr. S. Enríquez Sánchez.  
 Plaza de la Goleta, Urbanización el Carmen, portal 8, 4.º A.  
 52006 Melilla. España.  
 Correo electrónico: campotejar@hotmail.com

Manuscrito recibido el 12-12-2007 y aceptado el 26-2-2008.

Se trata de un varón de 17 años de edad, que ingresó el 6-10-2007, procedente de urgencias, por cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos, a cargo del servicio de medicina interna. No tenía antecedentes patológicos de interés.

El paciente refiere que desde julio de 2007 sufre un dolor continuo leve en la fosa ilíaca izquierda.

Posteriormente, a partir de septiembre, apareció un dolor epigástrico de tipo "quemazón", intermitente. Ese mismo mes presentó un cuadro de vómitos posprandiales durante 2 días, motivo por el cual fue al médico de cabecera, que prescribió dieta blanda y antieméticos orales, con lo cual el cuadro cedió.

El día 6-10-2007 sufre otro cuadro de náuseas y vómitos que motiva su ingreso desde urgencias.

Otros síntomas a destacar son: sudoración nocturna y sensación febril vespertina de 1 mes de evolución. El paciente presenta una intensa astenia y anorexia, así como una tos irritativa desde 2 meses antes de su ingreso, con pérdida de peso de más de 10 kg en ese período.

La exploración clínica al ingreso es la siguiente: peso, 75 kg; presión arterial, 110/75 mmHg; frecuencia cardíaca, 75 lat/min; piel pálida y sudorosa; temperatura, 37,6 °C; sin adenopatías palpables en cuello y cara, carótidas con pulsos regulares y sincronizados, pupilas isocóricas y normorreactivas. Tórax: auscultación cardíaca, rítmica a 75 latidos; auscultación pulmonar, normal con murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, algo doloroso a la palpación profunda en epigastrio y marco cólico; sin masas. Regiones ganglionares: no se palpan adenopatías. Exploración neurológica: normal.

Análítica (9-10-2007, ingreso): creatinina, 0,8; lactato-deshidrogenasa, 130; leucocitos, 8.800 (neutrófilos, 54%; linfocitos, 24%); bilirrubina, 0,8; GOT, 16; GPT, 16; GGT, 43. Trombocitos, 558.000; hemoglobina, 7,8; PCR, 11,4; velocidad de sedimentación globular, 130 en la primera hora. Estándar de orina, normal. Tuberculina negativa.

Endoscopia digestiva baja (9-10-2007): se explora recto, sigma y colon transverso que son normales, sin llegar al ciego, por lo que se solicita enema opaco, que fue normal. El mismo día de la exploración endoscópica, comienza con dolor testicular, por lo que se pide interconsulta a urología que solicita ecografía genital.

Urocultivo y hemocultivo (11-10-2008): ambos negativos. Pendiente cultivo de semen. Coprocultivo: negativo. Sangre en heces (17-10-2007): negativo. Informe oral de enema opaco: normal. Observación de neumología: radiografía de tórax y exploración normales.



Fig. 1. Pólipo inflamatorio fibroide (tamaño).



Fig. 2. Pólipo inflamatorio fibroide (visión lateral).

Interconsulta a otorrinolaringología: rinitis edematosa leve, aconsejan radiografía de senos, que es normal.

Ecografía abdominal (31-10-2007): hígado, vía biliar, páncreas, bazo y ambos riñones normales. En la pelvis se aprecia una masa polilobulada de aspecto ecográfico sólido de 6 cm de diámetro, por lo que se aconseja una tomografía computarizada abdomino-pelviana, con la misma fecha, que confirma el hallazgo.

Tras traslado (3-11-2007) al servicio de cirugía general, el 7-11-2007 se practica laparotomía exploradora, previa transfusión de dos concentrados de hematíes el día previo a la intervención por hemoglobina de 7. Se realiza laparotomía media, con el hallazgo de un tumor de intestino delgado (figs. 1 y 2) a unos 50 cm de la válvula ileocecal, con grandes adenopatías principales, que se extirpan junto con la pieza quirúrgica; se realiza anastomosis mecánica laterolateral.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, con tolerancia a la alimentación oral a las 24 h, desaparece la febrícula, y se le da de alta a los 4 días de la intervención,

previa interconsulta al servicio de hematología por apariencia de linfoma de la lesión. El resultado de la anatomía patológica es pseudotumor inflamatorio de intestino delgado.

#### Bibliografía

1. Vanek J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration. *Am J Pathol.* 1949;25:397-411.
2. Helwing EB, Ranier A. Inflammatory fibroid polyps of the stomach. *Surg Gynaecol Obstet.* 1953;96:355-67.
3. Malik KA, Pande GK, Aftab A, Nirmala V. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing intussusception. *Saudi Med J.* 2005;26:995-8.
4. Bayle S, Rossi P, Bagnères D, Demoux AL, Ashero A, Dales JP, et al. Ileum inflammatory fibroid polyp revealed by intussusception. About one familial case. *Rev Med Interne.* 2005;26:233-7.
5. Bogner B, Peter S, Hegedus G. Inflammatory fibroid polyp of the ileum causing intestinal invagination. *Magi Seb.* 2005;58:237-40.
6. Anthony PP, Morris DS, Vowles KDJ. Multiple and recurrent inflammatory fibroid polyps in three generations of a Devon family: a new syndrome. *Gut.* 1984;25:854-62.