



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



CARTAS AL DIRECTOR

Hemorragia rectal profusa tras biopsia transrectal de próstata

Profuse rectal bleeding after transrectal prostate biopsy

Sr. Director:

La biopsia de próstata transrectal guiada por ecografía (BPUS) es un procedimiento de uso amplio y, generalmente, las complicaciones son mínimas y de poca gravedad; la hemorragia rectal tras BPUS suele ser leve y cesa espontáneamente, y sólo en una baja proporción (1%) puede provocar hemorragia rectal masiva¹.

Comunicamos el caso de un paciente que presentó rectorragia con repercusión hemodinámica tras una BPUS y que evolucionó favorablemente tras tratamiento endoscópico.

Se trata de un hombre de 73 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, implantación de prótesis metálica por valvulopatía aórtica degenerativa y fibrilación auricular crónica anticoagulada con acenocumarol. Sobre la base de una clínica de síndrome prostático y valores altos de antígeno prostático específico (16,27 ng/ml) se le realizó una BPUS, con previa sustitución de la anticoagulación oral por heparina de bajo peso molecular según el protocolo del Servicio de Hematología. Tras la realización de la BPUS comenzó con rectorragias de cuantía escasa, pero 24h después se hicieron profusas y se acompañaron de sensación de mareo y sudoración. En la exploración física destacaron signos de hipoperfusión periférica, presión arterial de 70/50 mmHg y frecuencia cardíaca de 110 spm (el paciente precisó administración de solución de lactato sódico compuesta para conseguir estabilidad hemodinámica). En la analítica urgente destacó una hemoglobina de 8,8 g/dl (previa a su ingreso era de 14,2 g/dl), sin alteraciones en el resto de los parámetros analíticos, incluidos los tiempos de coagulación, con un cociente internacional normalizado de 1,04.

La colonoscopia urgente evidenció restos hemáticos en la ampolla rectal; se apreció una protuberancia pigmentada y ligeramente translúcida en la cara anterior del recto, compatible con un vaso visible de unos 5 mm de diámetro. Se realizó tratamiento endoscópico mediante una inyección de 12 cc de adrenalina diluida a 1/10.000 y 4 cc de polidocanol al 2%, con aparente buen resultado y sin complicaciones inmediatas. Desde este momento, el enfermo no volvió a presentar nuevas exteriorizaciones hemorrágicas ni episodios de inestabilidad hemodinámica; 48 h

después se realizó un nuevo control endoscópico en el que sólo se apreció una zona eritematosa y fibrinada en el punto de la hemorragia, sin estigmas de riesgo de recidiva.

El paciente precisó una transfusión de 2 concentrados de hematíes, con una hemoglobina al alta de 9,6 g/dl.

Las biopsias de la próstata se informaron como adenocarcinoma que ocupaba todos los cilindros de ambos lóbulos prostáticos.

En general, las complicaciones posteriores a la BPUS son menores (8 a 11%); entre ellas destacan dolor en el sitio de la biopsia, hematuria, hematoespermia, disuria, infección urinaria, fiebre y hemorragia rectal mínima². Sin embargo, en un bajo porcentaje (<1%) los pacientes pueden presentar complicaciones graves, como infección anaerobia fatal³ o hemorragia rectal profusa¹.

No se han identificado factores de riesgo para presentar esta complicación, pero se ha indicado que la posibilidad de rectorragia se incrementa conforme mayor número de biopsias se realicen, así como con la detección en el examen ecográfico de la próstata de áreas hipocogénicas, que corresponden a zonas hipervascularizadas⁴.

El tratamiento inicial de este tipo de hemorragia es la compresión digital directa o a través de un taponamiento rectal⁵ (bien mediante sondas de Foley o mediante *packing* rectal); incluso se ha publicado la utilidad de la ultrasonografía transrectal con Doppler color para identificar el punto exacto de la extravasación sanguínea a modo de guía para realizar una maniobra mecánica compresiva más eficaz⁶.

Generalmente, cuando fracasan estas medidas se indica la colonoscopia con finalidad terapéutica, que, por tanto, se sitúa en un segundo escalón del tratamiento; así, el tratamiento mediante termocoagulación o la ligadura con bandas elásticas han demostrado su eficacia para el tratamiento de esta complicación^{7,8}.

No obstante, la inyección de sustancias por vía endoscópica, bien adrenalina⁹ sola o combinada con una sustancia esclerosante como el polidocanol¹, es un método sencillo, barato y de fácil aplicabilidad, que también ha demostrado su eficacia, como en el caso de nuestro paciente.

Así, en la serie de Brullet et al¹ de 550 pacientes consecutivos a los que se les realizó una BPUS, 5 presentaron rectorragia con inestabilidad hemodinámica; a todos se les realizó colonoscopia urgente en la que se observó el punto de la hemorragia en la cara anterior de la ampolla rectal, y la inyección perendoscópica de adrenalina y polidocanol permitió el control de la hemorragia y la hemostasia permanente en todos los casos, tal y como sucedió en nuestro enfermo.

Finalmente, como conclusión, en los pacientes a los que se les realiza una BPUS no debe olvidarse que el desarrollo de una

complicación grave, como la hemorragia rectal profusa, puede poner en peligro la vida del paciente. El tratamiento endoscópico es un arma terapéutica eficaz en aquellos centros donde esté disponible su realización urgente.

Bibliografía

1. Brullet E, Guevara MC, Campo R, Falcó J, Puig J, Presa A, et al. Massive rectal bleeding following transrectal ultrasound-guided prostate biopsy. *Endoscopy*. 2000;32:792–5.
2. Djavan B, Waldert M, Zlotta A, Dobronski P, Seitz C, Remzi M, et al. Safety and morbidity of first and repeat transrectal ultrasound guided prostate needle biopsies: Results of a prospective European prostate cancer detection study. *J Urol*. 2001;166:856–9.
3. Brewsler SF, Rooney N, Kabala J, Feneley RC. Fatal anaerobic infection following transrectal biopsy of a rare prostatic tumor. *Br J Urol*. 1993;72:977–8.
4. Rodríguez LV, Terris MK. Risks and complications of transrectal ultrasound guided prostate needle biopsy. A prospective study and review of the literature. *J Urol*. 1998;160:2115–20.
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.
7. Strate LL, O'Leary MP, Carr-Locke DL. Endoscopic treatment of massive rectal bleeding following prostate needle biopsy. *Endoscopy*. 2001;33:981–4.
8. Kimmey T, Kozarek R, Wiessman R. Sigmoidoscopic evaluation and treatment of hemorrhage after prostate biopsy. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:2675–7.
9. Braun KP, May M, Helke C, Horchke B, Ernst H. Endoscopic therapy of a massive rectal bleeding after prostate biopsy. *Int Urol Nephrol*. 2007;39:1125–9.

Antonio Garrido*, José Manuel Sousa-Martín, Juan Manuel Bozada-García, Ana Guil Soto y José Luis Márquez-Galán

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agarser@telefonica.net (A. Garrido).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.02.010

Enfermedad de Whipple: ¿podemos hacer un diagnóstico por técnicas de PCR?

Can Whipple's disease be diagnosed through PCR techniques?

Sr. Director:

La enfermedad de Whipple en una enfermedad sistémica causada por una bacteria levemente grampositiva que afecta principalmente al intestino delgado pero que puede afectar a otras estructuras como articulaciones (50–65%), sistema nervioso central (10–45%), aparato cardiovascular, sistema respiratorio (30%), ojos (10%) y piel (20–25%). El diagnóstico hasta hace pocos años se basaba únicamente en la clínica y en la identificación de macrófagos cargados con inclusiones PAS positivas en la lámina propia de las biopsias intestinales. Actualmente, las técnicas de - reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la inmunohistoquímica han supuesto un cambio en el algoritmo diagnóstico. A continuación, les presentamos un caso con un diagnóstico probable de enfermedad de Whipple.

Varón de 26 años, fumador de 10 cigarrillos/día, que desde hace 6 años presenta 6 deposiciones al día, acompañado de dolor abdominal «tipo retortijón» más marcado en fosa iliaca derecha. Ha precisado ingreso en 4 ocasiones por un aumento del número de deposiciones y fiebre de hasta 38 °C. Además, refería artralgias ocasionales en muñeca, codo y metatarsal; cefaleas frecuentes de tipo tensional, astenia y pérdida de peso no significativa.

Los estudios realizados hasta ese momento (gastroscopia, ecografía abdominal, anticuerpos antitransglutaminasa) fueron normales. Acude a nuestro hospital porque, 4 días antes, comienza con un aumento del número de deposiciones, de hasta 20 al día, sin productos patológicos, acompañado de fiebre de 38 °C y de dolor abdominal más marcado en fosa iliaca derecha. Ante la sospecha inicial de gastroenteritis infecciosa se recogen coprocultivos y hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con quinolonas. Dado que los cultivos fueron negativos, se realizó una colonoscopia con ileoscopia y toma de biopsias seriadas de ambos tramos que descartaron una enfermedad inflamatoria y una colitis microscópica. El tránsito intestinal describió un patrón en grano de arena en yeyuno. El paciente a las 48–72 h se encontraba afebril y a las 2 semanas presentaba 2 deposiciones al día de aspecto normal. Se realiza una enteroscopia con toma de biopsias de duodeno y yeyuno que presentaba una mucosa de aspecto normal pero la PCR para *Troperyma whipplei* fue positiva. Se realiza también PCR para la bacteria en saliva y heces resultando positivas. El estudio de las heces no presentaba datos de esteatorrea. En nuestro hospital, no disponemos de la técnica de inmunohistoquímica que permitiría diagnosticar los casos en el que las biopsias intestinales no revelan macrófagos cargados con inclusiones que se tiñen con el PAS, por lo que el diagnóstico no es definitivo. No obstante iniciamos tratamiento empírico y después de 8 meses el paciente se encuentra completamente asintomático y continúa con el tratamiento con cotrimoxazol.

La enfermedad de Whipple es una enfermedad muy poco frecuente y se calcula que la incidencia es de 0,4 casos/10⁶ habitantes/año. Aunque se piensa que es de origen medioambiental, la transmisión interpersonal no puede descartarse ya que puede aislarse PCR de la bacteria en