

5. Shimamura Y, Ishii N, Omata F, Imamura N, Okamoto T, Ego M, et al. Endoscopic band ligation for colonic diverticular bleeding: possibility of standardization. *Endoscopy Int Open*. 2016;4:E233–7.
6. Nagata N, Ishii N, Kaise M, Shimbo T, Toshiyuki F S., Akiyama J, et al. Long-term recurrent bleeding risk after endoscopic therapy for definitive colonic diverticular bleeding: band ligation versus clipping. *Gastrointest Endosc*. 2018;88, 841–853.e4.

Joana Rita Carvalho*, Carlos Freitas, Paula Moura Santos, Mariana Machado, Cilénia Baldaia, Ana Valente, Luís Carrilho-Ribeiro, Rui Tato Marinho

Department of Gastroenterology, CHLN – Hospital de Santa Maria, Portugal

* Corresponding author.

E-mail address: joana.rita.carvalho@gmail.com (J.R. Carvalho).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.11.006>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Leiomatosis peritoneal diseminada, un reto diagnóstico



Disseminated peritoneal leiomyomatosis, a diagnostic challenge

La leiomatosis peritoneal diseminada es una enfermedad benigna e infrecuente, de la que existen unos 150 casos descritos en la literatura¹. Se caracteriza por múltiples nódulos constituidos por músculo liso en la cavidad abdominopélvica. Normalmente aparece en mujeres premenopáusicas^{2,3}, y en algunos casos se ha descrito relación con estados de hiperactividad hormonal como la toma de anticonceptivos orales, neoplasia de ovario, etc.^{1,4,5}. En la mayoría de casos son asintomáticas, aunque la clínica dependerá de número y tamaño de las lesiones, así como un crecimiento rápido. Su diagnóstico suele ser un hallazgo casual en un estudio radiológico o en el transcurso de una intervención quirúrgica^{1,5}. El mayor problema es establecer el diagnóstico diferencial con la carcinomatosis peritoneal^{3,5}, siendo su diagnóstico definitivo histológico².

El tratamiento debe individualizarse, dependiendo de las características y la sintomatología de la paciente.

Presentamos el caso de una mujer de 42 años con antecedentes de HTA, poliquistosis renal en seguimiento por nefrología, y en tratamiento con ACO desde hace 2 años. Intervenido en 2013 mediante laparoscopia por mioma ute-

rino con diagnóstico anatomopatológico de leiomioma. Fue remitida a consultas ante el hallazgo causal en la TC de control por poliquistosis renal de 2 masas de 6,3 y de 3,1 cm localizadas en espacio de Morrison y en mesosigma, sin poder descartar implantes peritoneales. La paciente se encontraba asintomática, y la exploración abdominal era normal. Se realizó PAAF de ambas lesiones, informando de neoplasia mesenquimal de bajo índice de proliferación, que expresaban receptores estrogénicos, Bcl-2 y vimentina, compatible con leiomioma entre otros diagnósticos, siendo imprescindible su exéresis para una correcta filiación. Se completó estudio con PET/TC (fig. 1 A) que mostraba una intensa captación de ambas lesiones, con SUV máximo de 26,4 y 24,8, además de un útero aumentado de tamaño de aspecto miomatoso.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante una laparotomía media, identificando las lesiones y realizando resección completa de ambas (fig. 1 B). La anatomía patológica informaba de neoplasias mesenquimales de bajo potencial maligno (Ki-67 al 2%, <1 mitosis/10 CGA) con inmunofenotipo de músculo liso y receptores estrogénicos positivos, compatibles con leiomiomas. Se compararon los resultados, tanto de hematoxilina-eosina como de inmunohistoquímica, con la miomectomía previa realizada en 2013, siendo muy similares ambas lesiones, con la diferencia que las actuales presentaban una mayor vascularización y una menor positividad para desmina. Ante estos resultados, llamaba la atención la discrepancia entre los altos valores del SUV del PET/TC y el aspecto de bajo grado histológico (escasez de mitosis y ausencia de signos de malignidad como pleomorfismo y necrosis), por lo que se remitió

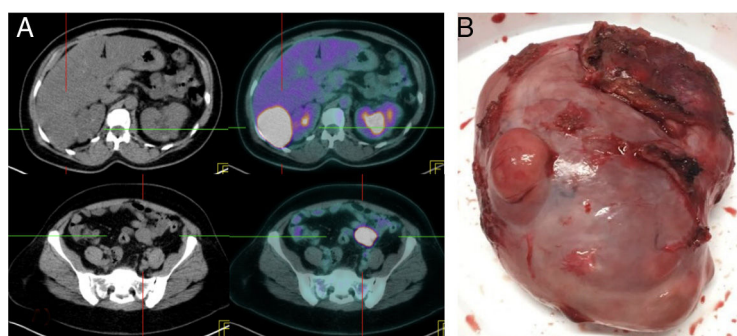


Figura 1 A) PET/TC mostrando 2 focos de captación a nivel de las lesiones en espacio de Morrison y mesosigma con SUV máximo de 26,4 y 24,8, respectivamente. B) Pieza quirúrgica de la lesión localizada en espacio de Morrison.

a ginecología para valoración de histerectomía y doble anexectomía.

A los 3 meses la paciente fue intervenida por ginecología realizando histerectomía abdominal con doble anexectomía, hallando durante la intervención una nueva lesión de 1 cm adherida a peritoneo parietal, con los mismos resultados anatomopatológicos que las lesiones resecaadas previamente, aunque con un Ki-67 del 35%, sin evidenciar hallazgos patológicos en la pieza de histerectomía con doble anexectomía. Fue remitida a oncología, iniciando tratamiento hormonal adyuvante con tamoxifeno, sin signos de recidiva en la TC de control a los 6 meses.

Aunque normalmente se trata de una enfermedad benigna, se ha descrito progresión hacia malignidad en un 3-5% de los casos³. El diagnóstico diferencial se establece principalmente con la leiomiomatosis, la carcinomatosis peritoneal y los linfomas.

Microscópicamente son neoplasias mesenquimales constituidas por fibras musculares lisas, con presencia de receptores hormonales estrogénicos y de progesterona^{1,2}, aunque los niveles hormonales del paciente son normales en la mayoría de casos. Por todo ello, se considera que la predisposición individual constituye un factor muy importante en el desarrollo de la enfermedad³.

Debido al escaso número de casos descritos, el tratamiento revisado en la bibliografía es variable^{1,3}, en función de las características del paciente, desde actitud conservadora con seguimiento clínico-radiológico, hasta la cirugía radical (histerectomía con doble anexectomía y extirpación de todas las lesiones) con el fin de disminuir el influjo hormonal, evitando así la posibilidad de degeneración maligna. En caso de tumores residuales, puede ser útil un tratamiento hormonal adyuvante. El tratamiento con quimioterapia se reserva para aquellos casos que presenten degeneración maligna.

Bibliografía

1. Ferrario L, Zerbi P, Angiolini MR, Agarossi A, Riggio E, Bondurri A, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: A case report of recurrent presentation and literature review. 2018;49:25-9.
2. Wu C, Zhang X, Tao X, Ding J, Hua K. Leiomyomatosis peritonealis disseminate: A case report and review of the literature. Mol Clin Oncol. 2016;4:957-8.
3. Bisceglia M, Galliani CA, Pizzolitto S, Ben-Dor D, Giannatempo G, Bergoli AL, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: Report of 3 cases with extensive review of the literature. Adv Anat Pathol. 2014;21:201-15.
4. Sekulic M, Moench L, Movahedi-Lankarani S. Disseminated peritoneal leiomyomatosis postmorcellated resection of uterine leiomyomatous tissue. APMIS. 2016;124:1063-71.
5. Gebresellassie HW. Leiomyomatosis peritonealis disseminata in postmenopausal women: A case report with review of literature. Int Med Case Rep J. 2016;9:309-12.

Pablo Rodríguez García*, Juan Castañer Ramón-Llín, Elena Romera Barba, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vázquez Rojas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablorg924@gmail.com (P. Rodríguez García).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.12.002>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Barreras para la eliminación del virus de la hepatitis C en el colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana: el elevado riesgo de reinfección. A propósito de un paciente con 6 episodios



Barriers to hepatitis C virus elimination in MSM living with HIV: The high risk of reinfection. Case study: A patient with 6 episodes

En la última década un número creciente de casos de hepatitis aguda por el VHC (HAC) han sido reportados en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) no protegidas y frecuentemente infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹.

Hasta hace escasamente 2 años, el tratamiento de la HAC se basaba en pautas largas de interferón pegilado asociado a ribavirina (P/R), con una eficacia limitada y efectos adversos severos. La generalización de las pautas con antivirales de

acción directa (AAD) ha revolucionado el escenario terapéutico de esta infección con tasas de curación por encima del 95%². La infección por el VHC curada no deja inmunidad y, por tanto, existe un elevado riesgo de reinfección en pacientes que mantienen conductas sexuales de riesgo o patrones de consumo de tóxicos.

Presentamos el caso de un paciente de HSH de 57 años, afecto de una infección crónica por el VIH con buen control viro-inmunológico en tratamiento antirretroviral; que ha presentado 6 episodios de HAC (tabla 1).

El paciente presentó clínica compatible con hepatitis aguda en 3 de los episodios. En los otros casos, a pesar de no presentar clínica sugestiva se sospechó el diagnóstico al constatar una elevación de las transaminasas en la analítica de control semestral para el VIH que se le realiza al paciente.

Interrogado directamente, el paciente niega consumo de drogas por vía parenteral o prácticas de riesgo, excepto sexo anal desprotegido ocasional, con diferentes parejas sexuales, nunca en grupo. Admite el uso de vasodilatadores inhalados y el uso puntual de drogas estimulantes por vía oral. El paciente ha presentado múltiples enfermedades de transmisión sexual (ETS) durante el seguimiento y, en 4 ocasiones, la HAC se le ha diagnosticado de forma con-