

CARTA CIENTÍFICA

Pseudotumor asociado a citomegalovirus simulando un carcinoma de ciego en un paciente inmunocompetente



Cytomegalovirus-associated pseudotumor mimicking cecum carcinoma in a non immunocompromised patient

Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés que consultó en urgencias por dolor abdominal inespecífico, asociado a pérdida de 9 kg de peso. No presentaba diarrea, fiebre, náuseas ni vómitos. No tenía antecedentes familiares de interés,

no había tomado fármacos los meses previos y no presentaba hábitos tóxicos. La analítica sanguínea no presentaba alteraciones relevantes, pero ante la pérdida de peso se decidió desde urgencias ingreso para estudio.

Una tomografía computarizada del abdomen reveló un engrosamiento asimétrico en el ciego, por lo que se solicitó una colonoscopia. Dicha colonoscopia mostró un tumor ulcerado que ocupaba todo el ciego, no presentando alteraciones en el resto de la mucosa (fig. 1, imagen A). Las biopsias realizadas en esta exploración no fueron concluyentes en cuanto a la malignidad. Se realizó una segunda colonoscopia (fig. 1, imágenes B y C), en la que se tomaron nuevas muestras. En este momento, las biopsias mostraron un resultado positivo para citomegalovirus en el estudio inmunohistoquímico, pero no para displasia o carcinoma. En el estudio serológico, la IgG para citomegalovirus fue positiva.

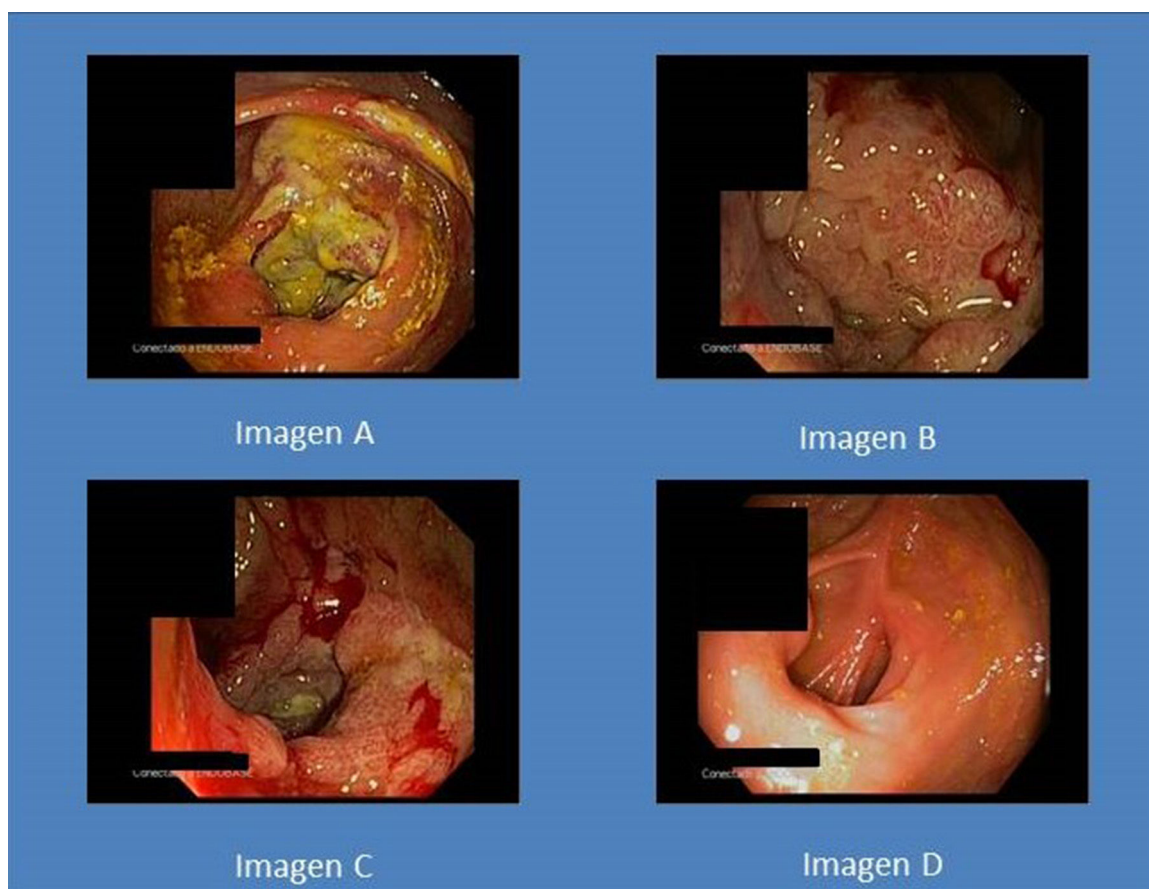


Figura 1 La imagen A muestra el pseudotumor en la primera colonoscopia realizada. Las imágenes B y C muestra la lesión en la segunda colonoscopia. La imagen D muestra la curación mucosa tras el tratamiento antiviral.

El paciente fue tratado con un esquema de 21 días de valganciclovir oral, 900 mg cada 24 horas. Se realizó una nueva colonoscopia dos semanas después del final del tratamiento para evaluar la respuesta endoscópica y asegurar la curación. En esta exploración se evidenció que el pseudotumor había desaparecido por completo (fig. 1, imagen D). Actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Se realizó estudio de posibles factores inmunosupresores, sin encontrarse ninguna patología o condición que supusiese un estado de inmunodepresión en el paciente.

La infección por citomegalovirus puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, siendo mucho más probable en pacientes con VIH, historia de trasplante, uso de corticoides, enfermedad inflamatoria intestinal o tratamiento quimioterápico. Dentro de los pacientes inmunocompetentes, el uso de corticoides y la transfusión de derivados sanguíneos se han identificado como factores de riesgo para la colitis por CMV¹. La incidencia también aumenta con la edad, debido a una reducción en la capacidad de acción de las células T.

La sintomatología habitual es dolor abdominal y diarrea, pudiendo aparecer rectorragia o hematoquecia en hasta la mitad de los pacientes. Los hallazgos endoscópicos no son específicos² y el diagnóstico debe realizarse mediante la observación de cuerpos de inclusión en células de mucosa no neoplásica con tinción de hematoxilina-eosina, apoyado por técnicas inmunohistoquímicas mediante anticuerpos monoclonales. La serología es positiva en aproximadamente dos tercios de los pacientes.

La presentación endoscópica más habitual consiste en úlceras bien definidas y pseudomembranas, pero en raras ocasiones puede aparecer en forma de masa de apariencia neoformativa^{3,4}, que obliga a descartar la neoplasia cólica.

El tratamiento de la colitis por citomegalovirus no está bien establecido en las guías actuales, especialmente en pacientes inmunocompetentes y sin comorbilidades, como era el caso de nuestro paciente⁵. Dado el buen estado general se decidió un tratamiento oral, que permitiese seguir un control ambulatorio y no requiriese ingreso.

Bibliografía

1. Ko JH, Peck KR, Lee WJ, Lee JY, Cho SY, Ha YE, et al. Clinical presentation and risk factors for cytomegalovirus colitis in immunocompetent adult patients. *Clin Infect Dis*. 2015 Mar 15;60:e20–6. <http://dx.doi.org/10.1093/cid/ciu969>. Epub 2014 Dec 1. PMID: 25452594.
2. Suzuki H, Kato J, Kuriyama M, Hiraoka S, Kuwaki K, Yamamoto K. Specific endoscopic features of ulcerative colitis complicated by cytomegalovirus infection. *World J Gastroenterol*. 2010 Mar 14;16:1245–51.
3. Falagas ME, Griffiths J, Prekezes J, Worthington M. Cytomegalovirus colitis mimicking colon carcinoma in an HIV-negative patient with chronic renal failure. *Am J Gastroenterol*. 1996 Jan;91:168–9. PMID: 8561127.
4. Lima M, Matos AP, Ramalho M. Cytomegalovirus pseudotumor of the colon in an HIV patient. *Radiol Case Rep*. 2018 Nov 27;14:273–7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.radcr.2018.11.009>. PMID: 30510610; PMCID: PMC6262821.
5. Yagel O, Israel S, Muszkat M, Ackerman Z, Szalat A. Challenges in the Diagnosis of Cytomegalovirus Colitis in a Presumed Immunocompetent Patient: Interpretation of Clinical Condition, Tissue, and Serum Cytomegalovirus Polymerase Chain Reaction Findings. *Isr Med Assoc J*. 2018 Mar;20:194–6. PMID: 29527862.

Diego Casas Deza^{a,*}, Elena Betoré Glaria^a,
Olivia Sierra Gabarda^a, Lara Luzón Solanas^a,
Marta Gascón Ruiz^b y Eva Sierra Moros^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegocasas8@gmail.com
(D. Casas Deza).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.02.015>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Schwann cell hamartoma as an incidental finding in a colonoscopy



Hamartoma de células de Schwann como hallazgo incidental en una colonoscopia

Dear Editor,

We report a case of a 39-year-old male who underwent a colonoscopy after an episode of acute diverticulitis without other relevant medical or family history. In the descending colon an 8 mm sessile polyp (Paris 0-Is, NICE 1) was removed. Histopathological analysis revealed proliferation of spindle cells in the colonic mucosa without atypia (Fig. 1). With immunohistochemistry these cells displayed positivity for S-100 and CD-34, all of it being compatible with a benign mesenchymal polyp with a suggestive Schwann cell hamartoma phenotype (Fig. 1).

Discussion: In a study based on series of colorectal lesions composed by Schwann cell proliferation in 2009, a new lesion named Schwann cell hamartoma was described. Schwann cell hamartomas are rare colorectal polyps with a mesenchymal origin.¹ 90% of the gastrointestinal hamartomas are gastric and rarely in the colon.² They consist of pure Schwann cells with S-100 protein immunoreactivity proliferation in the lamina propria.¹ In the majority of cases they are incidental endoscopic findings ranging between 1 and 6 mm in size and they usually occur in women of middle age, in the left colon.³ They are considered benign polyps and have not demonstrated any association with inherited syndromes.³ It is important to differentiate this polyp from other mesenchymal lesions (neurofibromas, ganglioneuromas, perineuromas or schwannomas) that do tend to be associated with inherited syndromes such as Cowden syndrome, multiple endocrine neoplasia 2b (MEN-2b) and neurofibromatosis type 1 as well as from others with malignant potential such as gastrointestinal stromal tumours