

Síndrome de *blue rubber-bleb nevus* en pacientes geriátricos



Blue rubber bleb nevus syndrome in geriatric patients

El síndrome de *blue rubber-bleb nevus* (SBRBN) se caracteriza por la formación de múltiples malformaciones vasculares y hemangiomas que comprometen diferentes órganos del cuerpo, principalmente piel y tubo digestivo¹. El SNRBN gastrointestinal es una enfermedad rara, siendo reportados menos de 100 casos en la literatura². El intestino delgado es la región del tubo digestivo más afectada seguida por el colon³. Se manifiesta por la presencia de hemorragia digestiva y anemia severa⁴. El SBRBN se suele diagnosticar al nacimiento o en edad pediátrica; sin embargo, en ocasiones puede comenzar en edad adulta⁵. En este artículo presentamos 2 casos de SBRBN gastrointestinal diagnosticados por cápsula endoscópica (CE) en pacientes geriátricos (> 65 años).

El primer caso se trata de una mujer de 68 años con antecedente de osteoartritis y consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), principalmente ketorolaco y diclofenaco, al menos 5 veces por semana en los últimos 6 meses. Presenta evacuaciones melénicas y descenso de hemoglobina a 9 g/dl por lo que se realiza gastroscopia y colonoscopia en 2 ocasiones, sin identificar sitio de hemorragia. Se coloca CE observando múltiples hemangiomas de 3 a 8 mm de diámetro en yeyuno. Se realiza enteroscopia doble balón (EDB) por vía anterógrada con coagulación con argón plasma (CAP) de las lesiones identificadas (fig. 1). Permanece asintomática por 3 meses hasta que presenta hemorragia digestiva y se realiza nueva EDB anterógrada con CAP de las lesiones observadas y resección con asa del hemangioma de mayor tamaño (8 mm). La paciente modificó su esquema analgésico utilizando paracetamol y evitando AINE. Ha continuado en seguimiento por un año sin presentar hemorragia ni anemia.

El segundo caso es el de un varón de 80 años con antecedente de aneurisma de aorta infrarrenal de 7.5 cm de diámetro y gonartrosis izquierda en tratamiento con meloxicam por 2 meses, presentando evacuaciones melénicas

y síndrome anémico asociados a descenso de hemoglobina a 10 g/dl (hemoglobina basal: 14.9 g/dl). Se realiza gastroscopia y colonoscopia sin identificar causa de hemorragia. Posteriormente se coloca CE observando múltiples hemangiomas de 4 a 6 mm de diámetro, localizados en yeyuno proximal, sin evidencia de sangrado activo (fig. 2). Debido al tamaño del aneurisma de aorta se decide no realizar EDB. Se suspendieron los AINE y se dio seguimiento con hemograma durante 6 meses, sin que se diera nuevo evento de hemorragia y logrando normalización de la hemoglobina.

Una revisión sistemática que incluyó a 120 pacientes con SBRBN mostró que tan solo el 4% de ellos comienzan en edad adulta, aunque no describe cuántos de estos son de edad geriátrica. El paciente más viejo reportado tenía 82 años al momento del diagnóstico⁶. Aquí presentamos los casos de 2 pacientes que comenzaron en la edad geriátrica. En ambos casos los hemangiomas observados son de menor tamaño a los que los autores han visto en pacientes en edad pediátrica. Otro dato relevante es que ambos pacientes consumieron AINE previo al evento de hemorragia. El menor tamaño de los hemangiomas podría contribuir a que comiencen de forma tardía, siendo el consumo de AINE el detonante potencial del sangrado. La CE es una herramienta útil en el diagnóstico de los pacientes con SBRBN gastrointestinal⁷.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran que no se han realizado experimentos en humanos o animales para esta investigación, y que tienen el consentimiento informado, esta obra en poder del autor de la correspondencia. Así mismo informamos que hemos seguido los protocolos del centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, y que su anonimato se ha mantenido en todo momento. Al ser un estudio retrospectivo que incluía revisión de expedientes de pacientes con cápsula endoscópica, por lo que no se requirió la aprobación del protocolo de estudio por el comité de ética correspondiente.

Financiación

No se recibió apoyo financiero en relación con este estudio/artículo.

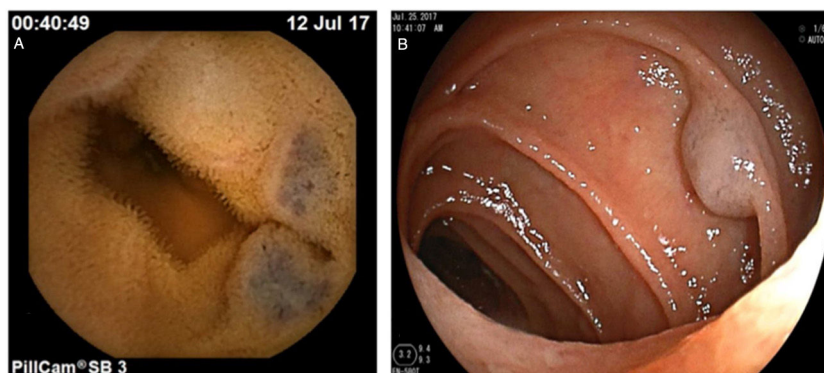


Figura 1 Hemangiomas: A) Observados por cápsula endoscópica. B) Visto por enteroscopia.



Figura 2 Hemangiomas observados por cápsula endoscópica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

- Goud A, Abdelqader A, Walters J, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome: A rare presentation of late-onset anemia and lower gastrointestinal bleeding without cutaneous manifestations. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2016;6:29966.
- Nakjima H, Nouse H, Urushihara N, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome with long-term follow-up: A case report and review of the literature. *Case Rep Gastrointest Med*. 2018;2018:8087659.
- Wonaga A, Fernández JL, Barsanti A, et al. An infrequent cause of iron-deficiency anemia: Blue rubber bleb nevus syndrome. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014;79:151–2.
- Wang KL, Ma SF, Pang LY, et al. Sirolimus alternative to blood transfusion as a life saver in blue rubber bleb nevus syndrome: A case report. *Medicine*. 2018;97:e9453.
- Tang X, Gao J, Yang X, et al. A 10-year delayed diagnosis of blue rubber bleb nevus syndrome characterized by refractory iron deficiency anemia: A case report and literature review. *Medicine*. 2018;97:e10873.
- Jin XL, Wang ZH, Xiao XB, et al. Blue rubber bleb nevus syndrome: A case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2014;20:17254–9.
- Bartas A, Avsar E, Bozbas A, et al. Role of capsule endoscopy in blue rubber bleb nevus syndrome. *Can J Surg*. 2008;51:E119–20.

G. Blanco-Velasco*, R. Zamarripa-Mottú, O.M. Solórzano-Pineda, E. Murcio-Pérez y O.V. Hernández-Mondragón

Servicio de Endoscopia, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, CDMX, México

* Autor para correspondencia. Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Teléfono: +56276900, Ext.: 21317.

Correo electrónico: gerardoblancov@hotmail.com (G. Blanco-Velasco).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.03.004>

0375-0906/ © 2019 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Aclaramiento de garganta como único síntoma de esofagitis eosinofílica. Reporte de caso



Throat clearing as the only symptom of eosinophilic esophagitis: A case report

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica inflamatoria mediada inmunológicamente, que ocasiona disfunción esofágica. Se diagnostica con ≥ 15 eosinófilos/HPF ($\times 400$), habiendo descartado otras causas de eosinofilia esofágica¹. Ocurre en 4:10,000 niños, varones 3:1 y edad media 6.2 ± 4.8 años¹⁻³. Los síntomas difieren por edad. En niños < 6 años hay rechazo al alimento, vómito/regurgitación y fallo de medro; en > 13 años, dolor abdominal, disfagia, impactación de comida y dolor torácico¹.

Reportamos el caso de un niño de 7 años con alergia alimentaria (AA) y rinitis alérgica (RA) quien presentó aclaramiento de garganta persistente, que no se modificó con medicamentos, por lo que se realizó endoscopia demostrando una EoE severa.

Inició a los 3 años con distensión abdominal, regurgitaciones, sibilancias e infecciones respiratorias altas, realizándose SEG D que demostró reflujo hasta el tercio superior de esófago (grado III), sin hernia hiatal. Tenía IgE total: 129 UI/ml, IgE específica a alimentos (ImmunoCAP®) negativa. Pruebas cutáneas positivas a α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina, caseína, clara, trigo, soya, ácaros y fresco. Pruebas del parche positivas a leche, trigo, clara y soya, indicándose dieta de supresión dirigida. Recibió esteroides nasales e inhalados, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y cisaprida. La familia abandonó la vigilancia médica por 4 años.