

el tumor hializante de células fusiformes con rosetas gigantes se ha descrito la translocación t(7;16)(q33;p11) del gen FUS/CREB3L2^{7,8}, lo que podría indicar un origen común de ambos procesos. Por esta razón, el estudio citogenético puede considerarse una herramienta útil para diferenciar el tumor fibromixóide de bajo grado del resto de procesos patológicos como los señalados anteriormente.

Actualmente, el tratamiento de elección es la cirugía, aunque la resección suele ser incompleta por tratarse de tumores generalmente bien circunscritos pero no encapsulados. Ni la radioterapia ni la quimioterapia han demostrado modificar el curso de la enfermedad, tener efectos sobre las recurrencias o metástasis ni mejorar la esperanza de vida^{1,2,6}.

Bibliografía

1. Van den Bossche MRP, Van Mieghem H. Low-grade fibromyxoid sarcoma. *Oncology*. 2000;58:207–9.
2. DeLaney TF. Overview of soft tissue sarcoma. Disponible en: www.UpToDate.com; última actualización octubre 2009.
3. Shidham VB, Ayala GE, Lahaniatis JE, García FU. Low-Grade Fibromyxoid sarcoma. Clinicopathologic case report with review literature. *Am J Clin Oncol*. 1999;22:150–5.
4. Fukunaga M, Ushigome S, Fukunaga N. Low-grade fibromyxoid sarcoma. *Virchows Arch*. 1996;429:301–3.
5. Harish K, Ashok AC, Alva NK. Low grade fibromyxoid sarcoma of the falciform ligament: a case report. *BMC Surgery*. 2003;3:1–7.
6. Park IJ, Kim HC, Yu CS, Kim JS, Jang SJ, Kim JC. Low-grade fibromyxoid sarcoma of the colon. *Digest Liver Dis*. 2007;39:274–7.
7. Vernon SE, Bejarano PA. Low-grade fibromyxoid sarcoma. A brief review. *Arch Pathol Lab Med*. 2006;130:1358–60.
8. Périgny M, Dion N, Couture C, Lagacé R. Sarcome fibromyxóide de bas grade: une étude clinico-pathologique de 7 cas. *Ann Pathol*. 2006;26:419–25.

Goizalde Solano Iturri*, Sonia Blanco Sampascual e Victor Orive Cura

Servicios de Medicina Interna y Aparato Digestivo, Hospital de Basurto, Av. Montevideo 18, 48013, Bilbao, Vizcaya, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Goizalde.solanoiturri@osakidetza.net (G. Solano Iturri).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.09.006

Profilaxis primaria de la hemorragia pospolipectomía con clips

Primary prophylaxis of post-polylipectomy bleeding with clips

Sr. Director:

Tal y como se refiere en la revisión de Rivero et al aparecida recientemente en su revista¹, las aplicaciones de los clips en la terapéutica endoscópica actual son cada vez más numerosas. Además, su accesibilidad y relativa facilidad de colocación han hecho que sea un procedimiento ampliamente utilizado en la mayoría de las unidades de endoscopia de nuestro país, fundamentalmente con fines hemostáticos.

En el campo de la resección endoscópica de pólipos los clips han demostrado ser una excelente técnica para el control de la hemorragia aguda pospolipectomía², aunque se carece actualmente de estudios amplios comparativos frente a otras actuaciones. Por otra parte, tal y como señalan Rivero et al, su empleo como método profiláctico previo al abordaje de lesiones polipoideas con alto riesgo de sangrado es un tema controvertido; su uso en esta situación estaría limitado por la buena efectividad demostrada por la esclerosis y los endo-loops³ y por las escasas comunicaciones al respecto. En este sentido, le presentamos una serie de 15 casos de extirpación completa de pólipos en enfermos considerados como de alto riesgo de sangrado realizados en nuestro servicio en los cuales se utilizaron clips previos a la exéresis endoscópica.

Los 13 pacientes (12 hombres y una mujer) fueron derivados para colonoscopia por diferentes y variados motivos.

Su edad media era de 66 años (rango: 44-84 años), presentando el 66% factores de riesgo cardiovascular y padeciendo el 41,5% enfermedades cardiopulmonares graves; el 25% tenía antiagregación basal mientras que el 16,5% estaba anticoagulado, habiéndose retirado previamente ambas medicaciones según las recomendaciones actuales⁴. Todos los 15 pólipos extirpados (en 2 enfermos existían pólipos sincrónicos) fueron pediculados o semipediculados (14 colónicos y uno gástrico), con un tamaño medio estimado a partir de la pinza de biopsia de 2,1 cm (rango: 0,5-4 cm); en el colon se empleó un clip por cada pólipo, utilizándose 3 en la lesión gástrica. La técnica de colocación fue la habitual, con la mayor insuflación posible y abordaje perpendicular a la zona de implantación del tallo (fig. 1); una vez fijado el clip se realizó corte con electrobisturí de asa, intentando mantener un margen de al menos 3 mm entre el clip y el punto de sección. La mitad de los situados en el colon estaba en el sigma, lo que facilitó la recuperación de todas las piezas excepto tres; todas las muestras colónicas analizadas correspondieron a adenomas (un 25% con displasia moderada-grave), mientras que el pólipo gástrico fue informado como hiperplásico. No existió sangrado ni otra complicación aguda, sin que fuera necesario el empleo de otros métodos hemostáticos endoscópicos o quirúrgicos. En el seguimiento realizado (telefónico y a partir de la historia informatizada) tampoco hemos registrado ninguna complicación.

La implantación de clips de manera preventiva previa a la realización de polipectomías de alto riesgo está empezando a ser considerada como una opción a valorar debido a que ofrece una línea suplementaria de protección frente al posible sangrado⁵. Algunos autores han comunicado incluso su validez aunque las lesiones sean catalogadas como de bajo

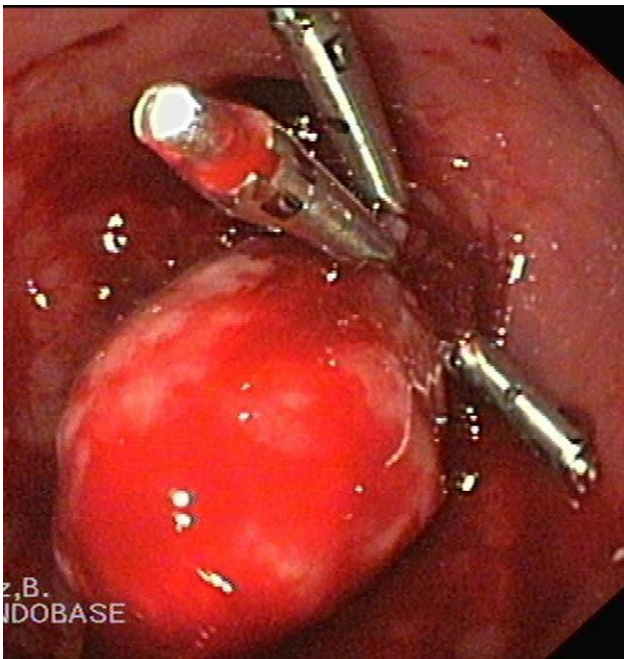


Figura 1 3 clips previos a polipectomía en enfermo con alto riesgo de sangrado.

riesgo⁶. Un estudio español que demostró la eficacia y seguridad de los clips y en el que su utilización fue previa a la exéresis en 16 enfermos refirió que esta metodología facilitaba la resección en bloque, lo que mejoraba la evaluación histológica⁷. En nuestra experiencia esto también fue así, sin que hayamos objetivado sangrado ni otras complicaciones tipo perforación o quemaduras derivadas del carácter metálico del dispositivo. Su colocación previa es sencilla de realizar en la mayoría de los casos en los que existe pedículo sin que se precise un entrenamiento especial, pudiéndose recolocar fácilmente (al contrario que el endo-loop) y sin que su presencia suponga una limitación relevante para el corte posterior o la recuperación de la pieza. A estas ventajas se añadiría el hecho de tener en el momento de su fijación un campo de visión limpio de sangre (al posicionarlos antes de la incisión), una permanencia larga en el tiempo que superaría la ofrecida por la esclerosis⁸ y la posi-

bilidad de ser utilizados como elementos de marcaje en futuras revisiones endoscópicas, radiológicas o tratamientos quirúrgicos.

Bibliografía

1. Rivero M, González JA, Vázquez-Sequeiros E. Aplicaciones de los clips en la terapéutica endoscópica actual. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:171–8.
2. Parra-Blanco A, Kaminaga N, Kojima T, Endo Y, Uragami N, Okawa N, et al. Hemoclipping for postpolypectomy and postbiopsy colonic bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:37–41.
3. Cariani G, Di Marco M, Roda E. Endoloop-assisted polypectomy for large pedunculate colorectal polyps. *Surg Endosc.* 2007;21:1676–7.
4. Nardulli G, Lanás A. Riesgo de hemorragia digestiva con aspirina y antiagregantes plaquetarios. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32:36–43.
5. Nagri S, Anand S. Prophylactic clip application should be the standard of care to prevent postpolypectomy bleeding. *Gastrointest Endosc.* 2007;65:182.
6. Friedland S, Soetikno R. Colonoscopy with polypectomy in anticoagulated patients. *Gastrointest Endosc.* 2006;64:98–100.
7. Sobrino-Faya M, Martínez S, Gómez M, Lorenza A, Iglesias-García J, Iglesias-Canle J, et al. Clips en la prevención y tratamiento de la hemorragia post-polipectomía endoscópica (polipectomía con hemoclips). *Rev Esp Enferm Dig.* 2002;94:457–9.
8. Khashab M, Rex DK. Persistence of resolution clips on colorectal polypectomy sites. *Gastrointest Endosc.* 2007;66:635–6.

Benito Velayos Jiménez*, Luis Fernández Salazar, Lourdes Del Olmo Martínez, Rocío Aller De La Fuente, Lourdes Ruíz Rebollo, Fernando De La Calle Valverde, Ana Macho Conesa, Sara Gómez De La Cuesta, Teresa Arranz Santos e Jose Manuel González Hernández

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico de Valladolid, Avda Ramón y Cajal 3 47005, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benitovelayos@hotmail.com
(B. Velayos Jiménez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.09.008

Espiroquetosis Intestinal

Intestinal spirochetosis

La espiroquetosis intestinal (EI) se define como una colonización de la membrana apical de la mucosa colónica y del apéndice por espiroquetas.¹ La EI es un hallazgo muy poco frecuente en nuestro medio con una prevalencia del 0,7%, pudiendo ser del 11-34% en países menos desarrollados,² e incluso superior al 40% en varones homosexuales y pacientes VIH positivos^{1-3,4}. A continuación se describe un caso muy poco frecuente como causa de diarrea crónica en un individuo inmunocompetente.

Varón de 62 años inmunocompetente, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés y sin tratamiento en la

actualidad que consulta por episodios de diarrea y dolor abdominal difuso de 2 años de evolución. Entre los antecedentes familiares destacaba un hermano con cáncer colorrectal a los 56 años. La exploración física y los datos analíticos incluidos CEA, TSH, T4, Ig A e Ig A antitransglutaminasa fueron normales por lo que se le realizó un estudio colonoscópico donde se objetivó una mucosa colónica normal en todo el trayecto hasta ciego. Ante su historia de diarrea crónica se le tomaron biopsias de colon ascendente, transversal y descendente para el despistaje de colitis microscópica.

El estudio microscópico con tinciones convencionales mostró un infiltrado inflamatorio (figuras b y c) y el diagnóstico se realizó mediante la identificación de las espiroquetas en el borde en cepillo de la mucosa intestinal mediante