

Cartas al Director

Flebitis enterocólica linfocítica granulomatosa idiopática: presentación de un caso y revisión de la literatura

Palabras clave: Flebitis enterocólica. obstrucción intestinal. Abdomen agudo.

Key words: Enterocolic phlebitis. Bowel obstruction. Acute abdomen.

Sr. Director:

La flebitis linfocítica enterocólica (FLE) es una entidad poco frecuente de etiología y patogenia desconocida (1). Se caracteriza por flebitis de la pared intestinal y del mesenterio, sin signos de afectación arterial ni de vasculitis sistémica. Su presentación clínica más frecuente es en forma de abdomen agudo. El diagnóstico clínico, basado en la presentación clínica, pruebas radiológicas y estudios endoscópicos, rara vez permite definir esta entidad, por lo que suele ser diagnosticada tras el examen histopatológico (2-4). Suele ser una enfermedad benigna, sin recurrencias tras la resección quirúrgica de la zona afectada (5).

Presentamos un caso de abdomen agudo por invaginación intestinal secundaria a una FLE cuyo interés radica en el conocimiento y difusión este cuadro patológico tan poco frecuente y de mejor pronóstico que las otras entidades con las que se tiene que hacer el diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Hombre de 35 años de edad sin antecedentes personales de interés. Consultó en urgencias por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho de varios días de evolución

acompañado de vómitos ocasionales y anorexia. A la exploración física se observa un abdomen doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal en hemiabdomen derecho. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominal, que informó la existencia de una invaginación intestinal íleo-cólica cuya cabeza de invaginación alcanza el colon transverso, siendo la causa subyacente una lesión polipoidea (Fig. 1). Con esta sospecha diagnóstica, se realiza laparotomía de carácter urgente, confirmándose una invaginación íleo-coco-apendicular secundaria a lesión polipoidea en la base del ciego, sin otros hallazgos. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis mecánica ileocólica isoperistáltica. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta al 10º día postoperatorio. A los 6 meses de la cirugía, el paciente continúa asintomático y sin evidencias de recidiva. *Anatomía patológica:* el estudio histológico mostró una flebitis linfocítica de las venas submucosas y subserosas del ciego en la zona donde se originaba la masa polipoidea. Algunas de las venas presentaban un infiltrado linfocítico con formación de conglomerados de células alrededor de las mismas. Las arterias presentaban un aspecto normal.

Discusión

La flebitis linfocítica enterocólica es una rara enfermedad, con unos 50 casos descritos hasta la actualidad, aunque el término fue acuñado por Saraga y cols. (6) en 1989, Stevens y cols. (7) lo describieron previamente en 1976. Su etiopatogenia es desconocida y se caracteriza histológicamente por afectar a las venas del intestino grueso y con menor frecuencia a las del intestino delgado, vesícula biliar y epiplo.

Su presentación clínica más frecuente es en forma de obstrucción intestinal por una masa intraluminal digestiva, cuadro clínico por el que consultó nuestro paciente, aunque también puede manifestarse en forma de hemorragia gastrointestinal u otras formas de abdomen agudo (cuadro compatible con apendicitis aguda, diverticulitis sigmoidea, colitis isquémica, etc.) (8). No existen diferencias en cuanto a la frecuencia de presentación de la enfermedad entre hom-

bres y mujeres, además, la edad de presentación en el 80% de los casos es superior a 50 años, lo que contrasta con la joven edad de nuestro paciente (35 años), aunque el caso más precoz comunicado es el de un paciente de 25 años (2,9). No se ha publicado su asociación con vasculitis sistémicas ni con el consumo de drogas, situación que nosotros tampoco hemos observado en nuestro caso, ya que se trataba de un paciente sin patología crónica y deportista.

En la bibliografía se ha descrito el uso de la endoscopia digestiva y la TC abdominal como pruebas complementarias para su diagnóstico, no existiendo ningún hallazgo característico de esta entidad que permita el diagnóstico diferencial con los tumores digestivos u otras patologías abdominales, por tanto, su diagnóstico y tratamiento definitivo requiere la resección quirúrgica del segmento de intestino afecto, siendo la curación sin recidivas del 100%.

En cuanto a la histología, hay que hacer el diagnóstico diferencial con los efectos secundarios de la inflamación enteroatómica, reacciones de hipersensibilidad, púrpura de Schonlein-Henoch, vasculitis sistémicas y otros cuadros de afectación vascular digestiva. El infiltrado de la FLE se caracteriza, por un lado, por acúmulos linfocíticos alrededor de las venas, no estando afectadas las arterias ni arteriolas como en otras enfermedades (vasculitis sistémicas) y por otro, por la ausencia de otro tipo de células típicas de inflamaciones agudas (neutrófilos) o reacciones alérgicas y de hipersensibilidad (eosinófilos) (4,10).

A. Campillo-Soto, J. G. Martín-Lorenzo, J. A. Torralba-Martínez, R. Lirón-Ruiz, M. Mengual-Ballester y J. L. Aguayo-Albasini

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia

Bibliografía

1. Saraga E, Bouzourenne H. Enterocolic (lymphocytic) phlebitis: a rare cause of intestinal ischemic necrosis: a series of six patients and review of the literature. Am J Surg Pathol 2000; 24: 824-9.
2. Ngo N, Chang F. Enterocolic lymphocytic phlebitis: clinicopathologic features and review of the literature. Arch Pathol Lab Med 2007; 131(7): 1130-4.
3. Massasso D, Henderson C, Davies D, Sugrue M, Broadfoot A, Joshua F. Enterocolic lymphocytic phlebitis: a rare mimic of appendicitis and bowel cancer. ANZ J Surg 2007; 77(11): 1031-2.
4. Medlicott SA, Guggisberg KA, DesCôteaux JG, Beck P. Enterocolic lymphocytic phlebitis: statistical analysis of histology features in viable and ischemic bowel. Int J Surg Pathol 2006; 14(3): 200-5.
5. Jain R, Chetty R. Enterocolic lymphocytic phlebitis and lymphocytic colitis: drug-related coexistent pathology. Int J Colorectal Dis 2008 [Epub ahead of print].
6. Saraga E, Costa J. Idiopathic entero-colic lymphocytic phlebitis: a cause of ischemic intestinal necrosis. Am J Surg Pathol 1989; 13: 303-8.
7. Stevens SM, Gue S, Finckh ES. Necrotizing and giant cell granulomatous phlebitis of caecum and ascending colon. Pathology 1976; 8: 259-64.
8. Wright CL, Cacala S. Enterocolic lymphocytic phlebitis with lymphocytic colitis, lymphocytic appendicitis, and lymphocytic enteritis. Am J Surg Pathol 2004; 28(4): 542-7.
9. Bao P, Welch DC, Washington MK, Herline AJ. Resection of mesenteric inflammatory veno-occlusive disease causing ischemic colitis. J Gastrointest Surg 2005; 9: 812-7.
10. Corsi A, Ribaldi S, Coletti M, Bosman C. Intramural mesenteric venulitis: a new cause of intestinal ischaemia. Virchows Arch 1995; 427: 65-9.