Caso Clínico

Adenoma velloso gástrico gigante: extirpación endoscópica. Presentación de un caso y actualización bibliográfica.

Giant villous gastric adenoma: endoscopic extirpation. Case report and review of the literature.

Dr. Iván Nieto Orellana, Dr. Gregorio Santana García. Dr. Freddy Alcarraz García.

Servicio de Gastroenterología del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA Guayaquil.

RESUMEN

Los pólipos adenomatosos representan menos del 10% de los pólipos gástricos. La gran mayoría son sésiles, únicos, de menos de 2 cm, localizados en el antro y de superficie irregular. Tienen un epitelio displásico con un patrón de crecimiento papilar o velloso. La incidencia de transformación maligna oscila entre el 6 y el 75% y está relacionada con el tamaño y el tipo del pólipo.

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 91 años de edad, a la que se realizó una video-endoscopía digestiva alta, encontrándose un pólipo de 8 cm de diámetro, que se extirpó en su totalidad con asa de polipectomía. El estudio anatomopatológico demostró un adenoma velloso con displasia de alto grado.

Palabras claves: *Adenoma, displasia, polipectomía.*

ABSTRACT

Adenomatous polyps are less than 10% of gastric polyps. Typically they are sessile, unique, and smaller than 2 cm, localizated at the antrum, with uneven surface. They have a dysplastic epithelium with papillary or villous pattern of growth. The incidence of malignant transformation ranges between 6 and 75% and it is correlated with type and size of the polyp.

We report the case of a female, 91 years old patient to whom a video-Esophagogastroduodenoscopy was performed, finding a 8 cm polyp. It was entirely removed with handle polypectomy. The hystopathologic study results was villous adenoma with high-grade dysplasia.

Keywords: *adenoma, dysplasia, polypectomy.*

Introducción.

Un pólipo se define como una "protrusión circunscrita", pediculada o sésil, de la mucosa. [1]. En series de autopsias, la prevalencia de pólipos gástricos es de 0.12%-0.8%. Sin embargo, debido a la amplia utilización del endoscopio flexible, la frecuencia de los pólipos gástricos está aumentando [1].

Los adenomas gástricos representan el 10% de los pólipos gástricos, el 60% son antrales, sésiles, solitarios y erosionados, se clasifican en tubulares, vellosos, tubulovellosos y adenomas de glándula pilórica [2].

Correspondencia:
Dr. Iván Nieto
Departamento de Gastroenterología
Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"
SOLCA - Guayaquil.
e-mail: ivanno30@hotmail.com
Teléfono: (593-4) 2288 088

® Los Derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.

No hay criterios histológicos usualmente aceptados para diagnosticar la displasia, sin embargo, la enfermedad ha sido dividida tradicionalmente en 3 grados: leve, moderada y severa [3]. La displasia moderada y fundamentalmente la severa está frecuentemente asociada con el desarrollo del adenocarcinoma gástrico. Se considera el penúltimo estadío de la carcinogénesis gástrica [3].

Los adenomas gástricos se caracterizan histológicamente por epitelio columnar pseudoestratificado con núcleos elongados atípicos y actividad mitótica incrementada, se dividen en bajo y alto grado [2,4]. El adenoma velloso suele ser sésil, cubriendo grandes áreas de superficie luminal gástrica, de localización antral. La incidencia de malignización oscila entre el 15 - 75 % para los adenomas vellosos, estando directamente relacionada con el tamaño del pólipo y su grado de displasia. El umbral crítico se estima en 2 cm, con una incidencia de carcinoma del 24% en pólipos de este tamaño o mayores. La displasia severa está frecuentemente asociada con el desarrollo de adenocarcinoma gástrico [4,5].

El diagnóstico adecuado se realiza mediante la video-endoscopía digestiva alta y la polipectomía que, además, resulta como tratamiento curativo. Antes de extirpar los pólipos grandes mediante polipectomía endoscópica, el médico debe tomar en cuenta el aspecto histológico de la biopsia, los síntomas atribuibles al pólipo, así como la edad y el estado médico del enfermo, para determinar si la extirpación de un pólipo amerita el riesgo del procedimiento[6]. Se propone la remoción con asa de polipectomía de los pólipos de más de 5mm. por endoscopistas de experiencia. La cromoendoscopía con magnificación detecta la metaplasia intestinal gástrica y la displasia en 84% y 83% respectivamente [7]. Presentamos el caso clínico de una paciente portadora de un adenoma velloso gástrico que pudo extirparse de forma endoscópica.

Caso clínico.

Paciente de sexo femenino de 91 años de edad, con antecedentes personales de: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, neumonía basal izquierda tratada, gastritis crónica ligera con atrofia moderada focal y metaplasia intestinal completa focal en biopsia de endoscopía digestiva alta. Colecistectomizada por litiasis. Acude al área de Gastroenterología con cuadro clínico caracterizado por reflujo con regurgitación y vómito ocasional tipo mucoso de varios días de evolución. Al examen físico paciente consciente, orientada, con leve palidez cutáneo-mucosa, cuello sin adenopatías palpables, tórax simétrico, abdomen blando depresible doloroso a la palpación en epigastrio, no se palpan megalias. La biometría hemática y la química sanguínea no presentaron alteraciones. Se realizó video-endoscopía digestiva alta que reportó gran hernia de hiato por deslizamiento. En antro, hacia cara posterior de región pre-pilórica se aprecia pólipo pediculado de unos 8 cm. de diámetro (Fig.1A).

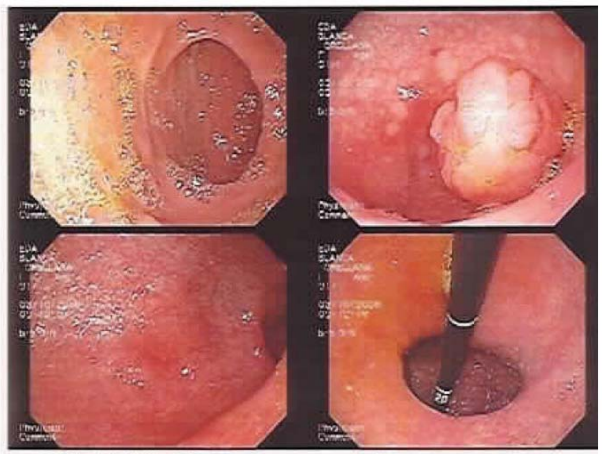

Fig. 1 A.- *Video-endoscopía digestiva alta, donde se observa el pólipo en antro.*

Se realiza extirpación con asa de polipectomía (Fig. 1B).

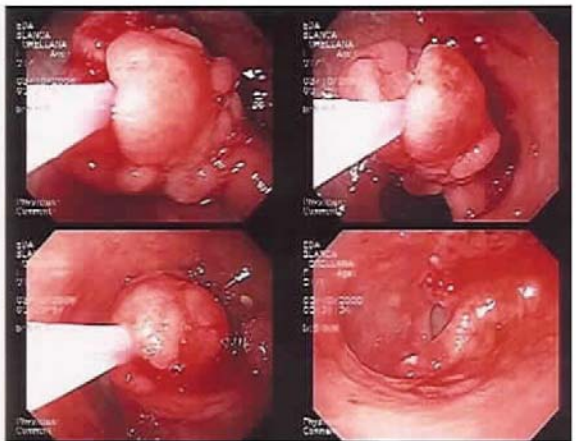

Fig. 1 B.- *Polipectomía con extracción de todo el pólipo.*

El estudio histopatológico reportó: Adenoma velloso con displasia de alto grado (Fig. 2). Actualmente, a 8 meses del procedimiento, la paciente refiere gran mejoría de su sintomatología, cediendo los vómitos, aunque persiste el reflujo, debido sobre todo a la gran hernia hiatal que se visualizó en la video-endoscopía digestiva alta. La endoscopía de control, demostró ausencia de lesiones polipoides.

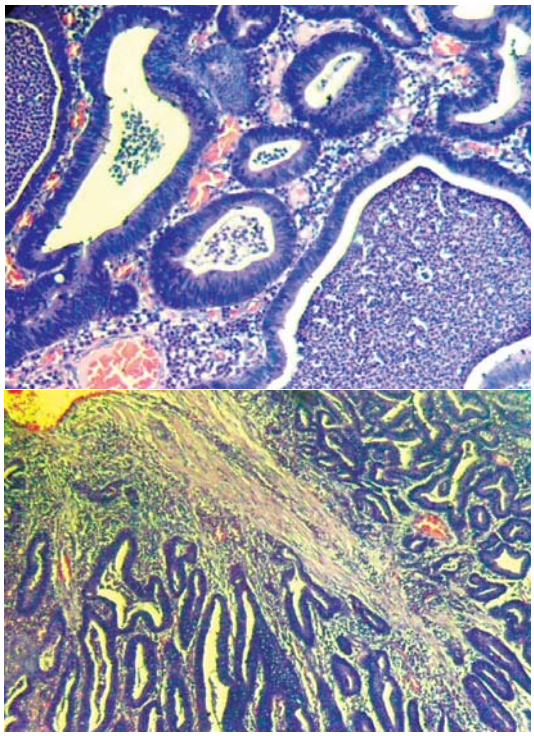

Figura 2. *Microscopía de hematoxilina y eosina donde se observan glándulas tubulares revestidas por células columnares estratificadas con núcleos hipercromáticos y pérdida de la polaridad.*

Discusión

Los pólipos son lesiones poco frecuentes, que se encuentran en menos del 1% de la población. La tasa de transformación maligna de los pólipos es de menos de 1%, y usualmente ocurre en pólipos con diámetros mayores de 1cm [8]. La mayoría de los pólipos que sufren transformación maligna son del tipo adenomatosos. Se ha reportado que alrededor del 11% de los pólipos adenomatosos progresan a carcinoma in situ, en promedio a los 4 años de ser detectados [9].

La mayoría se acompaña de aclorhidria, pólipos adenomatosos se encuentran asociados entre el 1% y el 15% a la anemia perniciosa [10]. En un estudio publicado en la revista de gastroenterología del Perú, se observó que la presencia de pólipos guarda una estrecha relación con la edad. En el caso de los adenomas el 94.1% correspondían a personas mayores de 40 años, encontrándose el pico máximo por encima de los 70 años. El promedio de edad en los portadores de adenomas fue: en los hombres 69.1 años, en las mujeres 63.3 años, con un promedio general para ambos sexos de 67.7 [10]. El análisis de series grandes de pólipos gástricos extirpados por endoscopía muestra que son lesiones más frecuentes en mujeres y que en la mayoría son pólipos hiperplásicos [11,12]. Adicionalmente, los pólipos hiperplásicos están asociados con gastritis crónica y/o infección por Helicobacter pylori [11].

El diagnóstico se basa en la endoscopía digestiva con polipectomía que además resulta curativa. Se recomienda realizar una endoscopía de control al cabo de 1 año tras extirpar un pólipo adenomatoso y si esta exploración es negativa, espaciar los estudios cada 3 a 5 años. En los casos de pólipos con alto grado de displasia, el seguimiento se debe hacer cada 3 meses y si persiste la displasia de alto grado en uno o dos ulteriores controles el tratamiento será quirúrgico [9,12].

En el caso que presentamos, se realizó la polipectomía con extirpación del pólipo en 3 partes con la extracción de toda la lesión. El procedimiento fue considerado como tratamiento curativo, teniendo en cuenta el informe de anatomía patológica y la edad de la paciente, no se considera necesario tratamiento quirúrgico adicional.

Bibliografía:

1.- Dent TL, Kukora JS, Buinewicz BR. Endoscopic screening and surveillance for gastrointestinal malignancy. Surg Clin North Am 1989; 69: 1205-1225
2.- Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Finkenzeller G. Frequency, location, and age and sex distribution of various types of gastric polyp. Endoscopy 1994; 26: 659-665
3.- Vindigni B, Galgani P., Gastric dysplasia: classification and clinical characteristics.Minerva Gastroenterol Dietol. 2004 Dec; 50(4):331-8
4.- Abraham SC, Montgomery EA, Singh VK, Yardley JH, Wu TT. Gastric adenomas: intestinal-type and gastric-type adenomas differ in the risk of adenocarcinoma and presence of background mucosal pathology. Am J Surg Pathol. 2002 Oct;26(10):1276-85
5.- Tomasulo J. Gastric polyps. Histologic types and their relationship to gastric carcinoma. Cancer 1971; 27: 1346-1355
6.- Stolte M. Clinical consequences of the endoscopic diagnosis of gastric polyps. Endoscopy 1995; 27: 32-37; discussion 59-60
7.- Dinis-Ribeiro M, da Costa-Pereira A, Lopez C, et al. Magnification chromoendoscopy for the diagnosis of gastric intestinal metaplasia and displasia. Gastrointest Endosc 2003 ;57:498-504
8.- Zea-Iriarte WL, Sekine I, Itsuno M, Makiyama K, Naito S, Nakayama T, Nishisawa-Takano JE, Hattori T. Carcinoma in gastric hyperplastic polyps. A phenotypic study. Dig Dis Sci 1996; 41: 377-386
9.- Kamiya T, Morishita T, Asakura H, Miura S, Munakata Y, Tsuchiya M. Long-term follow-up study on gastric adenoma and its relation to gastric protruded carcinoma. Cancer 1982; 50: 2496-2503
10.- Espejo L, Navarrete J. Pólipos epiteliales gástricos. Rev Gastroenterol Perú 2004; 50-54.
11.- Gencosmanoglu R, Sen-Oran E, Kurtkaya-Yapicier O, Avsar E, Sav A, Tozun N. Gastric polypoid lesions: analysis of 150 endoscopic polypectomy specimens from 91 patients. World J Gastroenterol 2003; 9: 2236-2239
12.- Papa A, Cammarota G, Tursi A, Montalto M, Cuoco L, Certo M, Fedeli G, Gasbarrini G. Histologic types and surveillance of gastric polyps: a seven year clinico-pathological study. Hepatogastroenterology 1998; 45: 579-582