Cartas al Director

"Cap poliposis". Un síndrome prácticamente desconocido

Palabras clave: Cap poliposis. Pólipo inflamatorio. Poliposis.

Key words: Cap polyposis. Inflammatory polyp. Polyposis.

Sr. Director:

En 1985 Williams (1) describe una nueva entidad caracterizada por diarrea muco-sanguinolenta coincidente con pólipos inflamatorios rectosigmoideos cubiertos con exudado fibrino-purulento y acuña el término de "cap poliposis". Tanto la clínica como el aspecto endoscópico son parecidos al de otras patologías más habituales como son la enfermedad inflamatoria intestinal y los adenomas, llevando frecuentemente a la confusión diagnóstica (2). El diagnóstico definitivo viene de la mano de la anatomía patológica revelando lesiones polipoideas con criptas tortuosas y distendidas, recubiertas de material fibrinoide inflamatorio (3,4). Apenas una veintena de trabajos sobre este síndrome se han recogido en la literatura. En este trabajo presentamos un cuadro clínico compatible con "cap poliposis" y que sería el primer caso de estas características publicado en España.

Caso clínico

Mujer de 26 años diagnosticada a los 18 años de colitis ulcerosa sin precisar tratamiento. En octubre de 2002 presenta nuevos episodios de diarreas de 3-4 deposiciones/día con sangre roja. Anamnesis por aparatos sin alteraciones destacables. Al tacto rectal se aprecia lesión excrecente a unos 3-5 cm de margen anal. Serología VIH, lues, virus de Epstein-Barr y citomegalovirus negativas. Se practican varias colonoscopias (Fig. 1) que informan de formación rectal a 2-3 cm de ano ulcerada en su superficie (infor-

me anatomopatológico de lesión ulcerada con signos de displasia en el epitelio recubierta de material fibrino-leucocitario, no concluyentes) por lo que se instaura tratamiento con medidas higiénico dietéticas, enemas de corticoides e incluso con supositorios de 5-ASA. Una nueva colonoscopia informa de pólipo mixto hiperplásico-adenoma tubular de recto por lo que se remite para intervención quirúrgica que es llevada a cabo en enero 2004 practicando resección transanal de la lesión siendo el informe anatomopatológico de inflamación crónica inespecífica.

Tras volver a analizar la historia de la paciente dada la discordancia entre la clínica, la histología de la lesión así como su evolución en el tiempo, se deciden revisar todas las piezas de biopsia, por el mismo anatomopatólogo, no encontrando evidencia de adenoma velloso ni de enfermedad inflamatoria intestinal en ninguna de las muestras y conjuntamente con él, se llega al diagnóstico de "cap poliposis".

Discusión

Habrá que pensar en esta entidad cuando no exista concordancia entre la clínica, los hallazgos macroscópicos y los anatomopatológicos y siempre que se hayan descartado otras patologías. La etiopatogénesis de esta enfermedad sigue siendo desconocida, si bien se ha postulado que una motilidad anómala del colon provocaría un prolapso mucoso que originaría las lesiones (1,4). Para su tratamiento se han empleado corticoides, aminosalicilatos, metronidazol, infliximab (5), llegando a recurrir a cirugía (6) en los casos rebeldes. Parece existir acuerdo en que su tratamiento debe ser médico inicialmente con infliximab y polipectomía endoscópica ya que parece que la mayoría de las lesiones regresan de esta manera, así como la sintomatología y sólo recurrir a cirugía en casos rebeldes al tratamiento conservador.

J. A. Gracia, J. M. Ramírez, V. Aguilella, M. Elía, A. Lanas¹ y M. Martínez Díez

Sección Coloproctología. Servicios de Cirugía General B y 'Digestivo. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

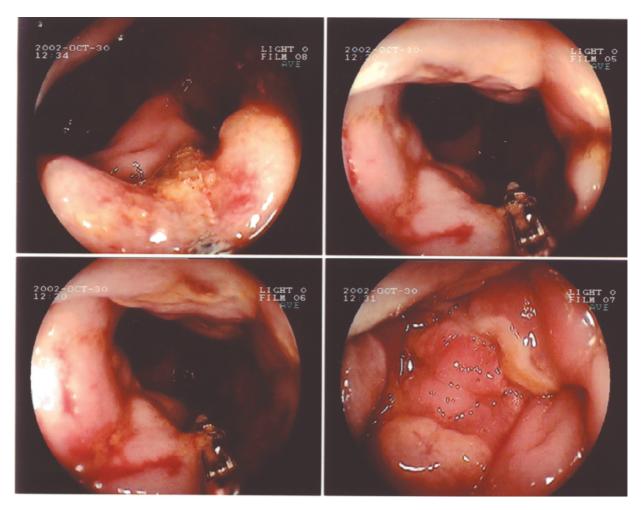


Fig. 1.-

Bibliografía

- Williams GT, Bussey HJ, Morson BC. Inflamatory "cap" polyps of the large intestine. Br J Surg 1985; 72: S133.
- Shiomi S, Moriyama Y, Oshitani N, Matsumoto T, Kuroki T, Kawabe J, et al. A case of cap polyposis investigated by scintigraphy with human serum albumin labeled with Tc-99m DTPA. Clin Nucl Med 1998; 23 (8): 521-3.
- 3. Peny MO, Noel JC, Haot J, Sokolow Y, Zalcman M, Houben JJ, et al. Cap polyposis: A rare syndrome. Gastroenterol Clin Biol 1998; 22 (3):
- 349-52.
- Oriuchi T, Kinouchi Y, Kimura M, Hiwatashi N, Hayakawa T, Watanabe H, et al. Successful treatment of cap polyposis by avoidance of inraluminal trauma: Clues to pathogenesis. Am J Gastroenterol 2000; 95 (8): 2095-8.
- Bookman ID, Redston MS, Greenberg GR. Successful treatment of cap polyposis with infliximab. Gastroenterology 2004; 126 (7): 1868-71.
 Ng KH, Mathur P, Kumarasinghe MP, Eu KW, Seow-Choen F. Cap
- Ng KH, Mathur P, Kumarasinghe MP, Eu KW, Seow-Choen F. Cap polyposis: Further experience and review. Dis Colon Rectum 2004: 47 (7): 1208-15.