

## Cartas al Director

### Poliposis gástrica esporádica

---

**Palabras clave:** Gastrectomía. Poliposis gástrica. Pólipos hiperplásicos.

**Key words:** Gastrectomy. Gastric polyposis. Hyperplastic polyps.

---

Sr. Director:

Aunque la presencia de pólipos en el estómago es un hecho bastante frecuente, su diagnóstico es generalmente casual, al ser en la mayoría de los casos asintomáticos. El término poliposis gástrica difusa hace referencia a la presencia de múltiples pólipos que cubren gran parte de la mucosa gástrica (1). En la mayoría de los casos se trata de pólipos de origen epitelial y de naturaleza hiperplásica (75%), y menos frecuentemente se trata de pólipos adenomatosos o hamartomatosos (1).

Los casos de poliposis, de forma habitual, se desarrollan en el contexto de síndromes de poliposis intestinal transmitidos genéticamente. Su presencia, de forma esporádica, es algo infrecuente. El potencial de malignización de los pólipos, la incapacidad de descartar la malignización de alguno de ellos y los buenos resultados de la técnica quirúrgica condicionan la actitud terapéutica.

#### Caso clínico

Varón de 60 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de interés que durante la realización de una endoscopia para el estudio de anemia ferropénica se descubre la existencia de múltiples pólipos sésiles de tamaño entre 0,5-1 cm que recubren prácticamente toda la superficie del *fundus* y cuerpo gástrico, desde el cardias hasta la parte proximal del antro.

Se practica también colonoscopia y tránsito intestinal, sien-

do ambas pruebas normales. El informe de las biopsias practicadas durante la gastroscopia señala la existencia de pólipos hiperplásicos que coexisten con algún pólipo adenomatoso. Con este diagnóstico se decide realizar gastrectomía total con reconstrucción del tránsito intestinal mediante esófago-yeyunosomía en Y de Roux.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica informa, a nivel macroscópico (Fig. 1), la existencia de múltiples formaciones polipoideas de entre 0,3 y 1 cm de diámetro que se distribuyen por *fundus* y, más abundantemente, por cuerpo gástrico. La descripción microscópica muestra múltiples formaciones gástricas de tipo hiperplásico que coexisten con algún pólipo adenomatoso. Las foveolas gástricas están alargadas, tortuosas y a veces, dilatadas y con metaplasia pilórica. El estroma es fibroso, con haces musculares lisos en continuidad con la *muscularis mucosa*. De la curvatura mayor se aíslan 17 adenopatías entre 0,2 y 0,3 cm. Las adenopatías aisladas muestran tejido linfóide reactivo, es decir, ausencia de lesiones malignas.

El postoperatorio fue satisfactorio, sin complicaciones, dán-



Fig. 1.- Imagen macroscópica. Numerosos pólipos sésiles cubren el *fundus* y cuerpo gástrico. Destaca la variabilidad del tamaño y su superficie lisa y redondeada.

dose de alta hospitalaria a los 7 días tras la intervención. Los controles posteriores en consulta externa de cirugía son normales hasta el momento, habiendo remitido la anemia.

El estudio histológico de los pólipos permite diferenciar entre pólipos hiperplásicos, los más frecuentes (76%), asociados a irritación crónica de la mucosa gástrica, bien por agentes irritantes dietéticos, no demostrado, o bien por infección por el *Helicobacter pylori*. En este último caso se ha observado la regresión de los pólipos con la erradicación de la bacteria. Los inhibidores de la bomba de protones se relacionan con el desarrollo de hiperplasia y pólipos carcinoides. Además de los pólipos hiperplásicos, se describen también los pólipos adenomatosos (6,6%) y los inflamatorios (17,8%) (2).

Los pólipos adenomatosos gástricos conllevan un riesgo significativo de malignización (10%) (3), siendo mayor para los que superan los 2 cm. Los pólipos hiperplásicos, considerados benignos, tienen cierto potencial maligno (2,1%), siendo este mayor a medida que aumenta su tamaño y número (3). La proporción de malignidad en las poliposis gástricas difusas de carácter adenomatoso ronda el 20%, siendo menor para las lesiones hiperplásicas (1).

Carneiro y cols. (4) observaron que las lesiones hiperplásicas y adenomatosas tienen el mismo tipo de glicosilación, diferente de la observada en la mucosa normal, y similar a la de los carcinomas gástricos.

Hattori (5) y Carneiro (6) demostraron que la transformación maligna de los pólipos gástricos puede seguir los caminos diferentes: los adenomatosos llevan a carcinomas de estructura glandular (tipo intestinal) mientras que los hiperplásicos a carcinoma celular aislado (tipo difuso). Sus conclusiones fueron que los pólipos hiperplásicos del estómago merecen la misma vigilancia que los adenomatosos debido a que algunos son precursores de carcinoma gástrico (5).

En el manejo de la poliposis gástrica múltiple propuesto por

la ASGE se plantea la biopsia o polipectomía del pólipo de mayor tamaño, junto con la toma de biopsias de otros pólipos, procediendo a continuación según los resultados histológicos.

En nuestro paciente, los pólipos cubrían una gran área de la mucosa gástrica y algunos eran sésiles, de base amplia, coexistiendo con algún pólipo adenomatoso, lo que hacía imposible la polipectomía endoscópica. El seguimiento endoscópico conlleva el problema del inadecuado examen histológico y la imposibilidad de descartar al paciente libre de carcinoma, por lo que considerando la baja morbilidad actual de la gastrectomía total, esta nos pareció la opción terapéutica más adecuada.

F. Ripoll F, E. Robles<sup>1</sup>, C. Sánchez<sup>1</sup>, M. García-Granero, R. Benages<sup>3</sup> y F. Checa

Servicios de Cirugía. <sup>1</sup>MIR Familia. <sup>2</sup>Anatomía Patológica y <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital General de Requena. Requena, Valencia

## Bibliografía

1. Tail-Lin Hu, Jun-Te Hsu, et al. Diffuse gastric polyposis: report of a case. J Formos Med Assoc 2002; 101 (10): 712-4.
2. Solte M, Sticht T, et al. Frequency, location and age and sex distribution of various types of gastric polyps. Endoscopy 1994; 26: 659-65.
3. Orłowska J, Jarosz D, et al. Malignant transformation of benign epithelial gastric polyps. Am J Gastroenterol 1995; 90: 2152.
4. Carneiro F, Santos L, et al. Antigen and other simple mucin-type carbohydrate antigens in precursor lesions of gastric carcinoma. Histopathology 1994; 24: 195-13.
5. Hattori T. Morphological range of hyperplastic polyps and carcinomas arising in hyperplastic polyps of the stomach. J Clin Pathol 1985; 38: 622-30.
6. Carneiro F, David L, et al. Hyperplastic polyposis and diffuse carcinoma of the stomach. A study of a family. Cancer 1993; 72: 323-9.