

Enfermedad de Menetrier como entidad poco común

Ménétrier's disease as a rare entity

Raysy Sardiñas Ponce, Obel Alcides Guerra Leal

Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La enfermedad de Menetrier se define como la poliposis gástrica múltiple. Es una entidad infrecuente y se caracteriza por pólipos hiperplásicos de menos de 2 centímetros de diámetro, que rara vez se malignizan. Se presenta una paciente con enfermedad de Menetrier, que llevó seguimiento endoscópico durante tres años y debido al aumento progresivo del número de pólipos y la sintomatología se realizó una gastrectomía subtotal sin complicaciones intra ni posoperatorias.

Palabras clave: poliposis intestinal; estómago; cirugía.

ABSTRACT

The Ménétrier's disease is defined as multiple gastric polyposis. It is an infrequent entity characterized by hyperplastic polyps less than 2 centimeters in diameter, which rarely become malignant. We present a patient with Ménétrier's disease, who underwent endoscopic follow-up for three years and, due to the progressive increase in the number of polyps and the symptomatology, was performed a subtotal gastrectomy without intraoperative or postoperative complications.

Keywords: intestinal polyposis; stomach; surgery.

INTRODUCCIÓN

La palabra pólipo deriva del griego *polypus* y en general se aplica a cualquier tumor que sobresale a la luz gástrica.¹ Los pólipos gástricos pueden ser epiteliales o no epiteliales, siendo más comunes los primeros.² Existen cinco tipos de pólipos epiteliales: inflamatorios, hamartomatosos, heterotópicos, hiperplásicos y adenomatosos.³ La prevalencia de pólipos gástricos en la población en general es aproximadamente 0,8 a 2,4 %.⁴ La mayoría son pólipos hiperplásicos,¹⁻⁵ y se acompañan de un bajo grado de malignidad.^{4,5}

Pueden ser solitarios o múltiples, sésiles o pedunculados. La poliposis gástrica múltiple se denomina enfermedad de Menetrier.¹ Se deben a proliferación glandular, ya que son regenerativos más que neoplásicos. Ocasionalmente los pólipos hiperplásicos pueden asociarse a un carcinoma,^{3,6} por otra parte, los pólipos múltiples poseen un mayor riesgo para el desarrollo de un cáncer.⁵

La posibilidad de transformación neoplásica aumenta con el tamaño del pólipo;⁵ su tamaño varía desde unos milímetros hasta varios centímetros¹ y casi todos alcanzan un diámetro menor a 2 centímetros.^{1,5}

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 55 años, femenina, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II. En el año 2011 comenzó con epigastralgia de moderada intensidad, que aumentó con la ingestión de alimentos, sin irradiación, asociada a síntomas dispépticos, por lo que se realizó endoscopia digestiva alta y se diagnostica poliposis gástrica corroborándose histológicamente pólipos gástricos hiperplásico, manteniéndose con seguimiento en consulta de Gastroenterología con endoscopia digestiva alta anual y biopsia.

Al año, presentó rectorragia roja rutilante, no asociada a la defecación, no dolorosa y anemia, por lo se realiza colonoscopia y se diagnosticó pólipos de recto corroborándose su benignidad histológicamente y se realiza la exéresis completa de las lesiones. Se decide realizar tránsito intestinal, donde no se observan lesiones del resto del intestino delgado. Se mantiene con seguimiento endoscópico y evolución favorable durante tres años, observándose en el 2015 progresión en número de las lesiones gástricas y presentando epigastralgia refractaria a tratamiento médico.

Datos positivos al examen físico: Nada a señalar.

Exámenes complementarios (datos positivos):

Estudios iniciales

- Endoscopia digestiva alta (7-11-2011): se visualiza a nivel de cuerpo y fundus múltiples lesiones de aspecto polipoideo de superficie lisa, que oscilan de 0,5 a 1 cm de diámetro, sésiles, con pérdida de elasticidad del tejido, y extremadamente friables. Resto de características normales.

- Biopsia (29-11-2011): fragmentos de mucosa correspondiente al cuerpo y fundus gástrico donde se observan cambios hiperplásicos y displasia epitelial de bajo grado focal, no se observan signos de malignidad.
- Colonoscopia diagnóstica (1-6-2013): a nivel del recto, entre los 15 y 20 cm del borde anal, se observan múltiples lesiones elevadas, poco vascularizadas, de las cuales la mayor no sobrepasa de 1 cm de diámetro, de las cuales se realizan polipectomía satisfactoria. Resto hasta la válvula ileocecal normal.
- Biopsia (21-6-2013): colitis crónica severa inespecífica.
- Tránsito intestinal (19-9-2013): engrosamiento de los pliegues gástricos con bordes bien irregulares y deformidad de la mitra. Intestino delgado con tránsito intestinal acelerado, no observándose defectos de llenado ni imágenes por adición.

Estudios finales

- Endoscopia digestiva alta evolutiva (20-12-2015): la mucosa gástrica muestra áreas eritematosas que alternan con otras más pálidas a nivel antral y en el cuerpo gástrico a partir de los 62 cm de la arcada dentaria hasta el fornix existen numerosísimos pólipos de distintos tamaños, sésiles, recubiertos de mucosa con signos inflamatorios severos, se realiza exéresis de dos de ellos y toma de biopsia de un tercero. Resto normal.
- Biopsia (6-1-2016): múltiples fragmentos de mucosa gástrica que muestra gastritis crónica inactiva. Tres de los fragmentos correspondientes a pólipos hiperplásicos. No evidencia de malignidad.
- Colonoscopia diagnóstica evolutiva (23-12-2015): se explora el colon hasta visualizar el fondo del ciego y la válvula ileocecal, mostrando características normales al igual que el resto del colon.

Se decidió intervenir quirúrgicamente el 15 de febrero de 2016 realizándose gastrectomía subtotal, encontrándose múltiples pólipos en cuerpo y antro gástrico, de diversos tamaños, el mayor de ellos de aproximadamente 1,5 cm (Fig), se revisa remanente gástrico no existiendo evidencias de lesiones en el mismo. El resto de la cavidad abdominal fue normal.

Evolución posoperatoria sin complicaciones y se egresa a los 5 días tolerando dieta libre.

Biopsia posquirúrgica: múltiples pólipos hiperplásicos a nivel de cuerpo y antro gástrico. Gastritis crónica antral.

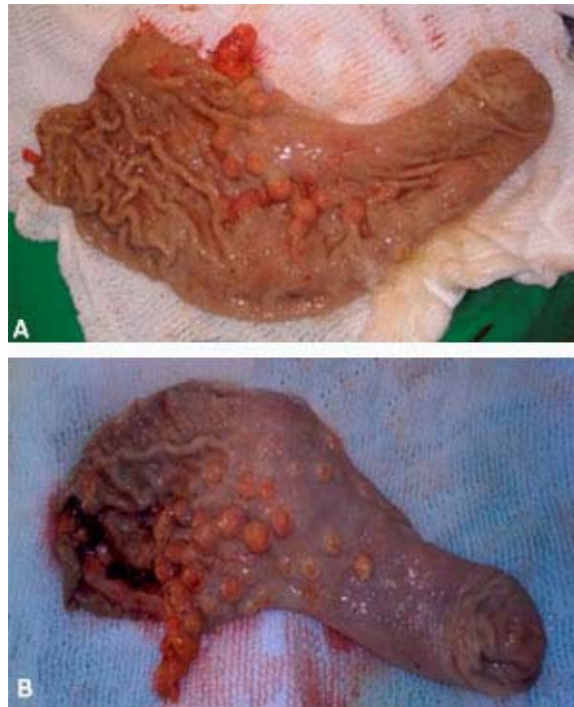


Fig. Pieza quirúrgica que muestra cara anterior (A) y posterior (B) del antro y cuerpo gástrico con múltiples lesiones polipoideas.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Menetrier es una entidad rara. No se encontraron reportes en la literatura nacional de otros casos similares, que generalmente tiene un curso benigno como se presentó en esta paciente. Las revisiones más recientes sugieren que siempre que las lesiones malignas hayan sido descartadas los pólipos gástricos deben ser observados antes que extirpados.⁵ Sin embargo, se sugiere que todos los pólipos mayores de 1 cm o aquellos que causan síntomas, como sangrado digestivo oculto) deben ser removidos por polipectomía endoscópica.

Las decisiones en cuanto a intervalo de seguimiento y tratamiento deben hacerse en base a un análisis individual,^{4,7} por lo que en este caso se siguió endoscópicamente durante 3 años, pero se decidió el tratamiento quirúrgico ante el aumento progresivo del número de pólipos y el empeoramiento de la sintomatología, similar a un paciente reportado por *Srinivasa*.⁸

En este caso, la paciente presentó pólipos de recto concomitantes, que se trataron con polipectomía endoscópica, sugiriendo que pudiera presentar una poliposis múltiple intestinal pero no se demostró la presencia de pólipos en intestino delgado en el resto del estudio, manteniéndose en el seguimiento solo la presencia de pólipos gástricos múltiples. Además, la poliposis múltiple intestinal se presenta en los pólipos adenomatosos,^{1,5} no en los hiperplásico como se manifestó en esta paciente.

Concluimos que la enfermedad de Menetrier es una enfermedad infrecuente, de curso generalmente benigno. Su tratamiento y seguimiento, a pesar de que es básicamente endoscópico, debe ser evaluado individualmente en cada paciente.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pappas T. Estómago y duodeno. Sabiston Patología quirúrgica. 18th ed. Buenos Aires: McGraw-Hill Panamericana; 2013. p. 930-1.
2. Thomson AB, Shaffer EA. First principles of Gastroenterology. 5th ed. Canada: Janssen-Ortho; 2012.
3. Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 2013.
4. Feldman M, Friedman L, Brandt L. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010.
5. Hanks J, Scott R. Tumores del estómago y el duodeno. In: Zudeima, editor. Schakelford Cirugía del aparato digestivo. 3rd ed. Buenos Aires: McGraw-Hill Panamericana; 2003.
6. Freeman HJ, Kwan PWC, Gray JR, Webber D. Hyperplastic gastric polyposis complicated by a high-grade sarcomatoid malignancy. Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology [Internet]. 2014;28(5):239-40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049253/>
7. Nagpal SJS, Macaron C, Pai RK, Alkhouri N. Gastric Polyposis: A Rare Cause of Iron Deficiency Anemia in a Patient With Portal Hypertension. ACG Case Reports Journal [Internet]. 2015;2(2):89-91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4435367/>
8. Srinivasa D, Wray CJ. Total gastrectomy with isoperistaltic jejunal interposition flap for symptomatic management of gastric polyposis from familial adenomatous polyposis. Journal of Gastrointestinal Oncology [Internet]. 2014;5(1):E18-E21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3904020/>

Recibido: 20 de febrero de 2017.

Aprobado: 19 de marzo de 2017.

Raysy Sardiñas Ponce. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: raysyponce@infomed.sld.cu