

Artículo original

Experiencia en pólipos gástricos

Ma. Elena Hernández,¹ Xóchitl García-Samper,¹ Oscar Contreras-Rivas,¹ Amado Medina-González,¹ Rolando Armienta,¹ Gonzalo Cutipa,¹ Katia Jáuregui,¹ César Julio Soto¹

¹Gastroenterología y Endoscopia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

Resumen

En 1824 se describe por primera vez un pólipo gástrico, pero hasta 1965 se logra diferenciar un pólipo gástrico de cualquier lesión prominente por Yamada Fukutomi. Los pólipos gástricos son hallazgos endoscópicos y radiológicos, ya que no dan síntomas. Se dividen en dos grupos, los hiperplásicos y los adenomatosos, la importancia de su diagnóstico es por la posibilidad de malignizarse.

Se realizó un estudio prospectivo entre diciembre de 1996 y marzo de 1998. Se realizó panendoscopia a pacientes mayores de 15 años, que ameritaran este estudio por otro diagnóstico; se incluyeron a todos los pacientes que presentaban pólipos gástricos, se valoró el número de ellos, la localización, el tamaño, las características de la mucosa adyacente, y se realizó polipectomía.

Durante el periodo de 16 meses, se realizaron 1,622 panendoscopias, dentro de las cuales se detectaron 30 pacientes con pólipos gástricos que corresponde a una frecuencia de 1.84%. Se encontraron 10 portadores masculinos y 20 femeninos, la edad más frecuente fue en la cuarta y sexta década de la vida, la localización más frecuente fue en el cuerpo gástrico 18 (60%), antro 9 (30%), fondo 3 (10%). Sólo en cinco pacientes se encontró pólipo único, en 25 fueron múltiples pero no más de cinco; en un 80% los pólipos eran sésiles. En cuanto al resultado histopatológico se encontró que de los 30 pacientes, 20 (66.6%) tenían gastritis crónica, cuatro (13.3%) eran pólipos hiperplásicos, tres (10%) tenían metaplasia intestinal, uno (3.6%) con gastritis folicular, otro (3.6%) con gastritis crónica sin atrofia y uno (3.6%) fue pólipo hamartomatoso.

Comparando los resultados obtenidos en este estudio, podemos observar que la frecuencia en esta población no difiere de otras cifras publicadas. La localización más frecuente corresponde al sitio donde tienen menor posibilidad de malignizarse, y la edad más frecuente entre los 40 y 50, lo que hace mucho más importante el seguimiento.

Palabras clave: *estómago, pólipos, gastritis.*

Summary

In 1824 gastric polyps were first described and in 1965 they were differentiated from other mucosa growths. They can be hyperplastic or adenomatous. Their importance is their possible transformation in cancer.

A prospective study was carried out between 1996 and 1998. Panendoscopy was performed in 1622 patients with various symptoms from hemorrhage to functional distress. Thirty cases with polyps were found (1.84%), 10 in male and 20 in female patients, 60% in the stomach vertical portion, 30% in the antrum and only 10% in the fundus. No malignancies were detected, 66.6% showed chronic gastritis, 13.3% showed hyperplasia and 10% metaplasia.

These data are not unlike most of reports and predominate in the fifth decade.

Key words: *Stomach, gastritis, polyps.*

Introducción

En 1824 por primera vez Otto describe un pólipo gástrico, pero hasta 1965 se diferencia un pólipo de una lesión prominente por Yamada y Fukutomi.¹

El término pólipo gástrico define a una lesión que protruye hacia la luz gástrica,^{2,3} son lesiones raras, con una frecuencia de 3% no hay prevalencia en edad y sexo, aunque se encuentran principalmente en personas de edad mayor.⁴

Se dividen en dos grupos: los hiperplásicos y los adenomatosos;^{2,4,5} los hiperplásicos se encuentran con una frecuencia del 70-90%. Otra clasificación es en neoplásicos y no neoplásicos,³ entre los no neoplásicos se encuentran los hiperplásicos, los hamartomatosos, adenomioses, los fibroides; entre los neoplásicos se encuentran los epiteliales. Los adenomatosos son más frecuentes en colon.^{6,11,12}

Los pólipos son en un 50% asintomáticos,^{2,4,5} pues sus manifestaciones no son específicas y van desde un dolor en epigastrio hasta una hemorragia. Es importante su diagnóstico ya que tienen la posibilidad de malignizarse aunque rara-

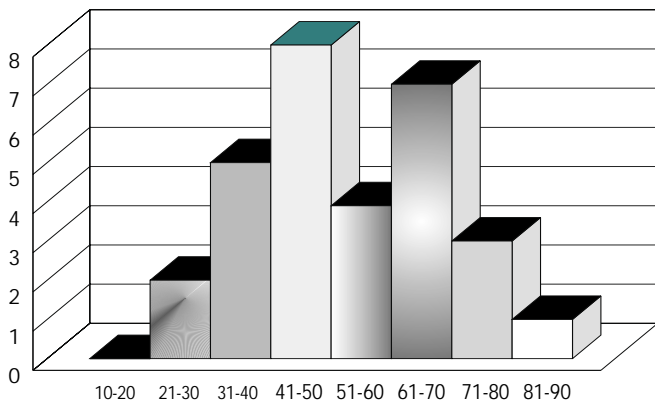


Figura 1. Pacientes con polipos gástricos.

mente: los hiperplásicos de 1.5-3.9%, y los adenomas en un 6-75% tomando en cuenta el tamaño del pólipo ya que este riesgo es más alto en los mayores de 2 cm.⁷ En cuanto a la localización de los pólipos es más frecuente en cuerpo gástrico, los reportes nos indican que los fúndicos son benignos al igual que los del cuerpo.⁷ Para el tratamiento es utilizada la polipectomía endoscópica¹⁻¹⁰ y, en caso de no ser posible, la resección quirúrgica.

Material y métodos

Durante un periodo de 16 meses, de diciembre de 1996 a marzo de 1998, se realizó panendoscopia a pacientes mayores de 15 años que, por algún motivo, se les solicitó endoscopia. En cada caso se determinó la localización, el número, la morfología, el tamaño, estudio histopatológico y el aspecto general de la mucosa gástrica. Todos los pólipos fueron resecados mediante asa de polipectomía, el estudio endoscópico se realizó de manera rutinaria y con el consentimiento escrito de los pacientes, mismos que se encontraban en ayuno mínimo de 8 horas y sin medicación previa, con endoscopios Olympus y con asa de polipectomía.

Se efectuaron 1,622 endoscopias de tubo digestivo superior, se encontraron a 30 pacientes portadores de pólipos gástricos, que corresponden a 1.84% de frecuencia; se resecaron un total de 34 pólipos, 10 en portadores masculinos y 20 femeninos, con una relación de 1 a 2, la edad promedio más frecuente fue de 41 a 50 y 61 a 70 años.

Los pacientes a los cuales se les realizó la panendoscopia fueron enviados por otro motivo, no por ser portadores de sintomatología atribuible a los pólipos; entre los motivos de envío se contó hemorragia del tubo digestivo alto en 423 pacientes (27.7%), enfermedad ácido péptica en 342 (22.4%), reflujo gastroesofágico en 238 (15.6%), hipertensión portal en 154 (10.5%), y hernia hiatal en 132 (8.6%). El resto de los pacientes fueron enviados por síndrome ulceroso, dolor ab-

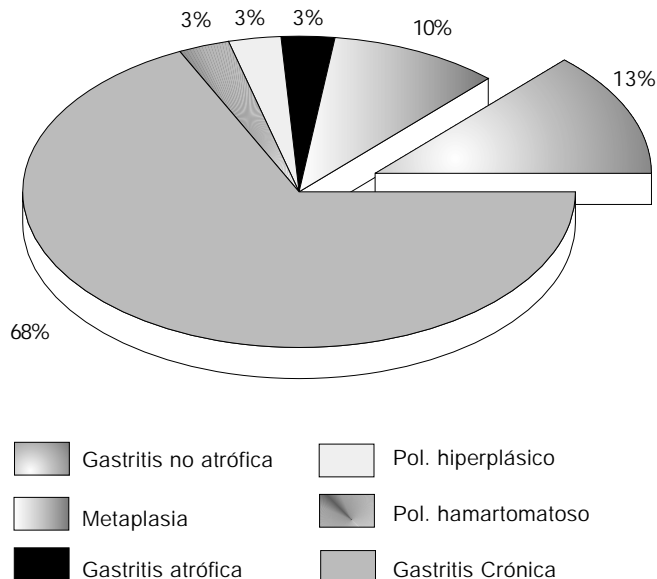


Figura 1. Resultado de biopsias.

dominal, estenosis esofágica, patologías de laringe y con antecedente de cáncer gástrico y esofágico.

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron gastritis aguda en 216 y gastritis crónica en 248, además de 70 con erosiva y 71 congestiva; 74 gastritis alcalina, y gastritis atrofica en 52. Otros casos fueron referidos por hipertensión portal para buscar várices esofágicas, o con hernia hiatal y esofagitis en diversos grados.

La localización de los pólipos fue la siguiente: cuerpo 18 (52.9%), antro 9 (26.4%) y fondo 7 (20.5%). Se encontró que en cinco pacientes era un pólipo único, en 25 eran más de uno, no llegando a más de cinco. En cuanto al tamaño, en 18 pacientes eran menores de un centímetro y en 12 pacientes mayores de un centímetro no llegando a ser mayores de tres centímetros en su diámetro; en un 80% eran pólipos sésiles. En ningún caso se presentó alguna complicación que ameritara cirugía.

El estudio histopatológico encontró en 20 gastritis crónica (66.6%), 4 con pólipos hiperplásicos (13.3%), tres con metaplasia intestinal (10%), uno con gastritis atrofica (3.6%), uno con gastritis folicular (3.6%) y uno con pólipo hamartomatoso (3.6%).

Discusión

La frecuencia encontrada en nuestro estudio es similar a la reportada en la literatura, alrededor de 1.84%; en cuanto a la distribución por sexos se encontró una relación mujeres a hombres de 2 a 1; la edad más frecuente es entre la cuarta y sexta décadas de la vida.

La localización fue en un 52.9% en el cuerpo; en un 83.3% se encontró una poliposis múltiple. En cuanto a la sintomatología principal de la poliposis gástrica es la hemorragia, principal motivo de realización de la panendoscopia, pero no se puede asegurar que sea secundaria a la poliposis. El hallazgo histopatológico más frecuente fue gastritis crónica, lo que es importante, ya que las lesiones precursoras de malignidad principalmente son la gastritis atrófica y la metaplasia intestinal completa, datos que en este estudio fueron hallazgos menores.

En cuanto al reporte histopatológico, se encontró que los principales tipos de pólipos son los hiperplásicos con un 13.3%, hubo un pólipo hamartomatoso, que corresponde al 10%, y el hallazgo más frecuente fue gastritis crónica, es decir, un proceso inflamatorio que deja como secuela pseudopólipos inflamatorios. La gastritis crónica puede derivar hacia una gastritis atrófica que en esta serie se encontró solo en un 10%, con metaplasia completa, que amerita un seguimiento endoscópico para detectar oportunamente un problema neoplásico. No se detectaron pólipos adenomatosos. Actualmente se cuenta con una tecnología avanzada para detectar la poliposis gástrica, el tratamiento es sencillo y las complicaciones son menores; lo importante es diagnosticar a tiempo para evitar la degeneración maligna.

Conclusiones

La frecuencia de los pólipos gástricos no es alta. En este estudio fue de 1.85%. La localización más frecuente es el cuerpo gástrico. Predomina en pacientes de sexo femenino entre la cuarta y sexta décadas de vida. Histológicamente en un 13.3% son hiperplásicos y en 10% hamartomatosos.

Referencias

1. Huerta Torrijos J, Olaeta Elizalde R, Contreras Rodríguez R, Rodríguez López G. Pólipo gástrico hiperplásico con metaplasia intestinal. *Endoscopia* 1993; 2: 47-51.
2. Sleisenger F. *Enfermedades gastrointestinales*. Argentina: Editorial Panamericana, 1994; 781-808
3. Fiona Graeme-Cook . Pathology neoplastic and non-neoplastic. *Surgical Oncology Clinics of Northamerica* 1996; 5(3): 487-511
4. Kumar CR, Quick DL, Carr-Locke. Prolapsing gastric polyp an unusual cause of gastric outlet obstruction: a review of the pathology and management of gastric polyps. *Endoscopy* 1996; 91: 714-717.
5. Gregory G, Ginsberg Firas H, Al-kawas M, Fleischer D, Reilly HF, Stantey B. Gastric polyps: relationship of size and histology to cancer risk. *Journal of Gastroenterol* 1996; 9: 714-717.
6. Gallo R, Rodríguez Hernández H, Elizondo Rivera J. Pólipos gástricos, experiencia en el departamento de endoscopia del Instituto Nacional de la Nutrición. *Rev Gastroenterol Mex* 1990; 55: 51-54.
7. Odze RD, Marcial MA, Antonioli D. Gastric fundic gland polyps; a morphological study including mucin, histochemistry, stereometry, and MIB Immunohistochemistry. *Human pathology* 1996; 27: 896-903.
8. Jacobson JS, Neugut AI. Epidemiology of gastrointestinal polyps. *Surgical Oncology Clinics of North America* 1996: 531-543.
9. Papa A, Camarota G, Tusi A, Fedel G, Gaubarrini G. Management of gastric polyps: the need of polypectomy also for small polyps. *Am Jour of Gastroenterol* 1997; 92: 721-722.
10. Spiro HM. *Gastroenterología clínica*. México: Nueva Editorial Interamericana 1986: 280-322.
11. Zwick A, Munir CK, Ryan J et al. Gastric adenocarcinoma and dysplasia in fundic gland polyps in a patient with attenuated adenomatous polyposis. *Gastroenterology* 1997; 113: 659-663.
12. Sophie MM, Dijkhuizen M, Entius Margon J y col. Multiple hyperplastic polyps in the stomach: evidence for neoplastic potential. *Gastroenterology* 1997; 112: 561-566.