

## Gastritis quística poliposa en un paciente sin cirugía gástrica previa

Julián Arévalo,\* Ricardo Drut,\*\* Luis Carlos Gómez,\* Jorge Alejandro Blasco\*

### RESUMEN

Comunicamos un raro ejemplo de gastritis quística poliposa en un hombre de 45 años con epigastralgia y melena. La lesión se reconoció como una masa tumoral en el examen endoscópico, pero el diagnóstico definitivo pudo hacerse únicamente en la pieza de gastrectomía subtotal. La masa poliposa contenía quistes de epitelio foveolar y glandular en la muscular de la mucosa y la submucosa con un patrón organoide francamente hamartomatoso. La gastritis quística poliposa es más común en los sitios de anastomosis gastro-entérica luego de gastrectomía parcial, aunque hay ocasionales ejemplos similares a los de nuestro paciente, sin cirugía previa.

**Palabras clave:** estómago, gastritis quística poliposa.

### ABSTRACT

We are reporting a rare example of gastritis cystica polyposa developed in a 45 year-old man presenting with epigastric pain and melena. The lesion was recognized as a tumor while the endoscopy procedure but the final diagnosis was possible only after examination of the surgical specimen of partial gastrectomy. The polypoid mass contained cysts lined by foveolar and glandular epithelium arranged in the muscularis mucosae and submucosa in an organoid hamartomatous pattern. Gastritis cystica polyposa is more common at the sites of gastro-enteric anastomosis after partial gastrectomy although there are a few reports similar to ours, in patients without history of a surgical procedure.

**Key words:** gastritis cystica polyposa; stomach.

La gastritis quística poliposa es una afección poco frecuente que se presenta más comúnmente en la zona de una gastroenterostomía,<sup>1-5</sup> aunque hay también algunos casos sin el antecedente quirúrgico. Se comunica un ejemplo de gastritis quística poliposa –hallado en un paciente sin cirugía previa– y se hace una revisión bibliográfica del tema.

### CASO CLÍNICO

Hombre de 45 años de edad que consultó por dolor epigástrico, intolerancia alimentaria y melena. En la endoscopia se halló estómago con contenido biliar y una masa poliposa sésil ubicada en el antro (Figura 1). La biopsia de dicha lesión mostró sólo mucosa superficial sin alteraciones histopatológicas significativas. Debido a la persistencia de la hemorragia digestiva alta, se efectuó una gastrectomía subtotal con reconstrucción de tipo Billroth I. Cinco meses después del procedimiento quirúrgico el paciente estaba sin evidencias de recidiva local.

### Hallazgos anatomo-patológicos

En la macroscopia se reconoció una formación poliposa polilobulada sésil, de 9 x 6.5 x 6 cm ubicada en la curvatura menor, en la transición del cuerpo y antro. Al corte había pequeños quistes con contenido mucoide (Figura 2). En el examen histológico se observaron quistes tapizados por epitelio foveolar y glandular en la muscular de la mucosa y submucosa del pólipo, con erosión e inflamación de la mucosa superficial (Figura 3). Los focos se hallaban

\* Servicio de Patología del Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna, Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

\*\* Servicio de Patología del Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica y Cátedra de Patología "A". Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

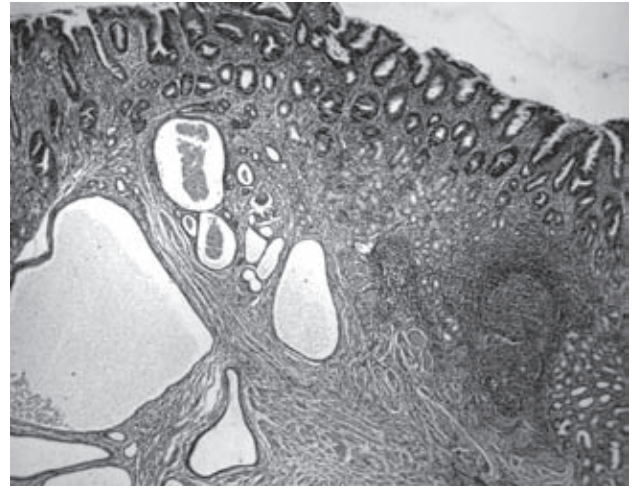
Correspondencia: Dr. Julián Arévalo. Moreno 778, CP (8000) Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires. República Argentina. Correo electrónico: arevalo\_julian@hotmail.com

Recibido: diciembre, 2010. Aceptado: febrero, 2011.

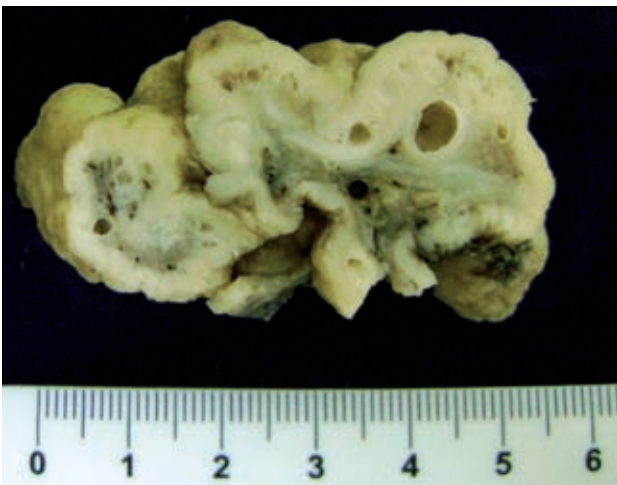
Este artículo debe citarse como: Arévalo J, Drut R, Gómez LC, Blasco JA. Gastritis quística poliposa en un paciente sin cirugía gástrica previa. Patología Rev Latinoam 2011;49(2):141-144.



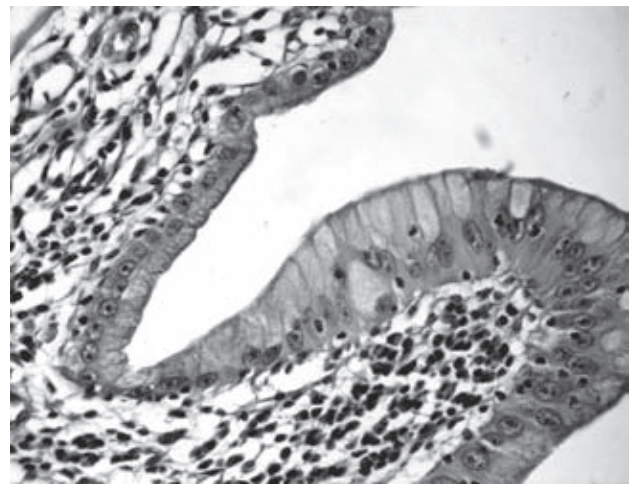
**Figura 1.** Imagen endoscópica que muestra material biliar y una lesión poliposa ubicada en el antro gástrico. Las figuras 1 y 2 de este artículo aparecen a color en el anexo 4 de este número.



**Figura 3.** Hallazgos microscópicos de la lesión poliposa. Se reconocen varias estructuras quísticas en la muscular de la mucosa y submucosa del pólipo, y gastritis crónica folicular en la mucosa adyacente (H & E x4).



**Figura 2.** Superficie de corte de la gastritis quística poliposa. Se observan quistes en la mucosa y submucosa del pólipo.



**Figura 4.** Quiste tapizado por células cilíndricas y cúbicas mucoscretantes. El estroma laxo que rodea el quiste contiene numerosas células inflamatorias (H & E x40).

dispuestos con un patrón organoide, se identificaron células mucosas, parietales y principales en una relación conservada (Figura 4). Alrededor de los quistes había una delgada lámina de tejido conectivo laxo y numerosas fibras de músculo liso (Figuras 5 y 6).

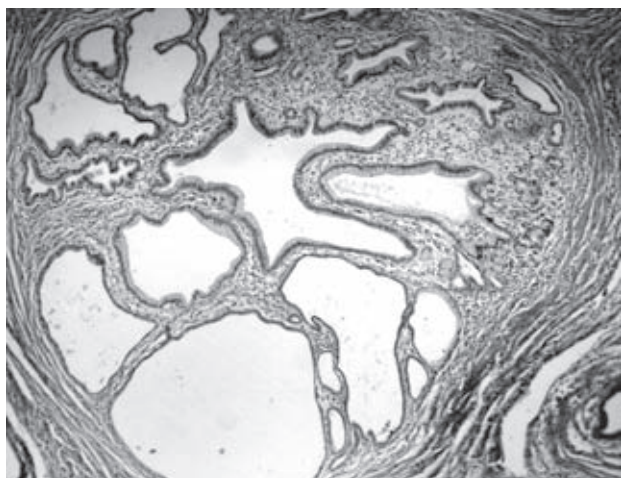
El caso se interpretó como una gastritis quística poliposa.

La mucosa adyacente mostraba una gastritis crónica con focos de metaplasia intestinal completa y gérmenes tipo *Helicobacter pylori*.

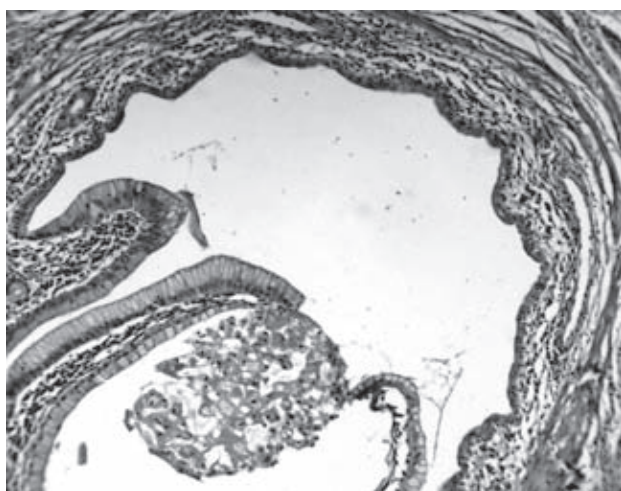
## DISCUSIÓN

La gastritis quística poliposa se define como un pólipo hiperplásico que presenta quistes de epitelio gástrico en la muscular de la mucosa, en la submucosa e, incluso, en la muscular propia del pólipo.<sup>1</sup>

La etiopatogenia de la enfermedad es desconocida, la inflamación crónica inducida por el reflujo biliar posterior a la cirugía se propone como el principal factor desencadenante.<sup>1,3,5-7</sup> Debido a la asociación con el procedimiento de



**Figura 5.** Imagen microscópica en la que se observa un foco organoide cuyos quistes se hallan rodeados por tejido conectivo laxo y haces de músculo liso (H & E x10).



**Figura 6.** Quiste gástrico revestido por epitelio foveolar y glandular, rodeado de tejido de tipo lámina propia y fibras de músculo liso (H & E x10).

la gastrectomía parcial, se presume que la migración de las células epiteliales y su atrapamiento en el tejido conectivo, muscular (o ambos) se produce durante el acto quirúrgico, y que la formación polipoide es causada por una proliferación reactiva exuberante.<sup>1,6,8</sup> Otros factores propuestos en la aparición de la gastritis quística poliposa son la isquemia crónica local, la reacción inflamatoria y el prolapso de la mucosa en el sitio de anastomosis, todos ellos consecuencia de la cirugía gástrica.<sup>1,3-6,9,10</sup>

Aunque habitualmente la gastritis quística poliposa ocurre en el sitio de gastroenteroanastomosis, hay relatos de casos sin cirugía previa<sup>2,5,6,9,11-13</sup> y, si bien se la considera una forma de pólipo hiperplásico adquirido, en los pacientes sin antecedente de cirugía se ha planteado un origen hamartomatoso de la lesión.<sup>2,6,10,12</sup> Matsushita y col. proponen la denominación de gastritis quística poliposa solamente para los que tienen antecedente de gastroenterostomía y prefieren el término *quistes submucosos heterotópicos* cuando los focos aparecen en la submucosa gástrica sin cirugía previa.<sup>6</sup> Otra posibilidad referida en esta última situación es que la gastritis quística poliposa sobreviene como consecuencia de una gastritis crónica.<sup>1,2,4,10,14,15</sup> En la mucosa adyacente al pólipo, nuestro caso tenía gastritis crónica con metaplasia intestinal y *Helicobacter pylori*, y en la endoscopia se observó material biliar en el estómago. ¿Podría ser éste, entonces, un ejemplo de gastritis quística poliposa hamartomatosas que siempre estuvo allí hasta que produjo manifestaciones, a su vez asociada con la inflamación crónica inducida por el reflujo biliar y *Helicobacter pylori*? Los quistes dispuestos en un patrón organoide, junto al gran tamaño del pólipo y la ausencia de cirugía previa, nos hacen sospechar esa posibilidad. Asimismo, la gastritis crónica asociada con *H. pylori* y el reflujo biliar son dos situaciones tan frecuentes que harían que la gastritis quística poliposa fuese mucho más común de lo que es.

Desde el punto de vista macroscópico, estos pólipos son indistinguibles de los pólipos hiperplásicos comunes y su tamaño puede variar desde pocos milímetros a varios centímetros de diámetro.<sup>1,16</sup> Suelen ser polilobulados y la superficie de corte habitualmente muestra pequeños espacios quísticos.<sup>1-3,9,11,17</sup> La mayor parte de los casos descritos en la bibliografía no suele superar 4 cm de longitud mayor.<sup>3,4,9,11,13</sup> Littler y Gleibermann publicaron un ejemplo de gastritis quística poliposa de 8.5 cm de diámetro máximo.<sup>2</sup> El rasgo histológico característico es la presencia de quistes foveolares, glandulares (o ambos) dentro o debajo de la muscular de la mucosa del pólipo, rodeados por una delgada lámina de tejido conectivo laxo e inmersos en una red ramificada de músculo liso.<sup>1-7</sup> En la superficie del pólipo es frecuente encontrar erosión, como así también focos de metaplasia intestinal.<sup>1</sup> Los hallazgos macroscópicos e histológicos de nuestro caso son concordantes con los descritos en la bibliografía.

Se ha sugerido que la gastritis quística poliposa que se desarrolla en la zona de anastomosis gastro-entérica re-



presenta una lesión precancerosa,<sup>1,3-6,9</sup> publicándose casos con transformación maligna.<sup>3,5,15,16</sup> Drut y Velasco-Vela plantearon que la gastritis quística poliposa de la gastroenteroanastomosis posee cierta autonomía proliferativa y que, como tal, tiene un potencial de malignización.<sup>12</sup> Algunos autores cuestionan dicha transformación, y atribuyen que la misma anastomosis acarrea un mayor riesgo de cáncer gástrico debido al daño en la mucosa ocasionado por el reflujo biliar crónico.<sup>6,17</sup> La asociación entre gastritis quística poliposa y carcinoma gástrico en un paciente sin cirugía gástrica previa no está bien esclarecida. Park y col. publicaron el único caso registrado en un paciente sin antecedente de gastrectomía subtotal.<sup>5</sup> Nuestro ejemplo no mostraba áreas de displasia ni transformación maligna. No obstante, debido a que la patogenia de la gastritis quística poliposa se mantiene incierta y su relación con el cáncer no está del todo clara, es necesario realizar controles periódicos ante esta posible asociación.<sup>3-6,12</sup>

En resumen, la gastritis quística poliposa es una afección que suele ocurrir en los sitios de anastomosis gastroentérica en pacientes sometidos a gastrectomía subtotal. Existen pocos casos publicados sin antecedentes de cirugía. En éstos se manifiesta como una formación polipoide que al examen histológico muestra focos de epitelio gástrico quístico dentro o debajo de la muscular de la mucosa del pólipo. Se desconoce la etiopatogenia de la gastritis quística poliposa y se postula la inflamación posquirúrgica inducida por el reflujo biliar como el principal factor desencadenante. Si bien se la considera una lesión adquirida, en pacientes no operados se presume un origen hamartomatoso de la misma. Aunque varios trabajos han documentado la asociación de gastritis quística poliposa y cáncer, se necesitan más estudios para comprender la patogenia de la posible transformación maligna que ocurre en una gastritis quística poliposa en un paciente con o sin cirugía gástrica previa.

## REFERENCIAS

1. Turner JR, Odze RD. Polyps of the stomach. In: Ozde RD, Goldblum JR, Crawford JM. Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract, and pancreas. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia: Saunders; 2004:273-274.
2. Littler ER, Gleibermann E. Gastritis cystica polyposa (gastric mucosal prolapse at gastroenterostomy site, with cystic and infiltrative epithelial hyperplasia). *Cancer* 1972;29:205-209.
3. Hirano T, Kusano H, Miyashita K, Okada D, et al. Gastritis cystica polyposa-report of a case. *Acta Medica Nagasakiensia* 1990;35:29-32.
4. Emna EJ, Haïfa TG, Moussaddak A, Majda E, et al. Gastritis cystica polyposa: report of 7 cases and literature review. *Tunis Med* 2005;83:562-567.
5. Park CH, Park JM, Jung CK, Kim DB, et al. Early gastric cancer associated with gastritis cystica polyposa in the unoperated stomach treated by endoscopic submucosal dissection. *Gastrointest Endosc* 2009;69:47-50.
6. Matsushita M, Mori S, Tahashi Y, Uchida K, et al. Gastritis cystica polyposa in the operated stomach and heterotopic submucosal cysts in the unoperated stomach. *Gastrointest Endosc* 2010;71:1100-1101.
7. Park CH, Park JM, Jung CK, Kim DB, et al. Gastritis cystica polyposa in the operated stomach and heterotopic submucosal cysts in the unoperated stomach. Response. *Gastrointest Endosc* 2010;71:1100-1101.
8. Béchade D, Desramé J, Algayres JP. Gastritis cystica profunda in an unoperated stomach. *Endoscopy* 2007;39:80-81.
9. Park JS, Myung SJ, Jung HY, Yang SK, et al. Endoscopic treatment of gastritis cystica polyposa found in an unoperated stomach. *Gastrointest Endosc* 2001;54:101-103.
10. Honoré LH, Lewis AS, O'Hara KE. Gastritic glandularis et cystica profunda. A report of three cases with discussion of etiology and pathogenesis. *Dig Dis Sci* 1979;24:48-52.
11. Tuncer K, Alkanat M, Musoğlu A, Aydin A. Gastritis cystica polyposa found in an unoperated stomach: an unusual case treated by endoscopic polypectomy *Endoscopy* 2003;35:882.
12. Drut R, Velasco-Vela O. Gastritis poliposa y gastritis quística profunda en la zona de gastroenteroanastomosis. *Arch Fund Roux-Ocefa* 1974;8:173-180.
13. Wu MT, Pan HB, Lai PH, Chang JM, et al. CT of gastritis cystica polyposa. *Abdom Imaging* 1994;19:8-10.
14. Niizawa M, Ishida H, Morikawa P, Watanabe H, Masamune O. Diffuse heterotopic submucosal cystic malformation of the stomach: ultrasonographic diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1992;17:9-12.
15. Mitomi H, Iwabuchi K, Amemiya A, Kaneda G, et al. Immunohistochemical analysis of a case of gastritis cystica profunda associated with carcinoma development. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:1226-1229.
16. Jain R, Chetty R. Gastric hyperplastic polyps: A review. *Dig Dis Sci* 2009;54:1839-1846.
17. Qizilbash AH. Gastritis cystica and carcinoma arising in old gastrojejunostomy stoma. *CMA Journal* 1975;112:1432-1433.