

## POLIPOS DE TUBO DIGESTIVO ALTO

Dr. Miguel Mahia  
Dr. Roberto Vega  
Dr. Eduardo Tagliafico

Servicio de Gastroenterología, Hospital Central, Mendoza

### RESUMEN

Se presentan 84 casos de pólipos de tubo digestivo alto. Los hallazgos más frecuentes en esta serie se indican a continuación. La incidencia de las lesiones es similar en ambos sexos (43 mujeres y 41 hombres). El tipo histológico más frecuente es el pólipo adenomatoso en la localización gástrica y duodenal. La mayoría de las biopsias de lesiones polipoides esofágicas revelan epitelio escamoso estratificado sin alteraciones significativas. Un caso corresponde a un carcinoma polipoide esofágico y dos casos son pólipos adenomatosos con área de transformación maligna.

Las lesiones se localizan: estómago (66 casos), duodeno (13 casos) y esófago (10 casos). Sobre 27 casos se halló más de un pólipo.

Se exponen conceptos para la normatización diagnóstica, terapéutica y criterios de control evolutivos.

### SUMMARY

84 patients with polyps of the Upper Gastrointestinal Tract were studied in the Gastroenterology Department of the Central Hospital in Mendoza, Argentina. In this work, 43 patients were female and 41 were male.

Adenomatous polyps in the stomach and duodenum were the most common histological type. Histologic examination of the oesophageal polyps reveals a high frequency of a normal squamous epithelial tissue.

Only one case was a oesophageal polyp cancer and two cases were adenomatous polyps with blastomatous cells. The location of the polyps were: stomach (66), duodenum (13) and oesophagus (10). An attempt was made to establish diagnostic and therapeutics standards, and follow up criteria were presented.

El término pólipo implica una descripción morfológica aplicable a toda lesión elevada que protruya hacia la luz del tubo digestivo. De forma y tamaño variable, única o múltiple, su implantación puede ser sésil o pediculada.

Desde un punto de vista histológico pueden ser benignos o malignos y su origen es epitelial o mesenquimático. Casi todos los tumores benignos tienen forma polipoide.<sup>(1)</sup>

En esófago, los pólipos pueden ser de naturaleza maligna (carcinoma escamoso) o tumores benignos, generalmente de origen submucoso (leiomioma, lipoma, etc.). En este último caso la biopsia suele mostrar una mucosa normal.

En duodeno, los pólipos de origen mucoso más frecuentes son el adenoma (tipo colónico), hiperplasia de las glándulas de Brünner hiperplasia linfoide. También pueden ser de origen mesenquimal. El duodeno puede participar de poliposis múltiple de tubo digestivo, p. ej.: Síndrome de Gardner y Síndrome de Peutz-Jeghers. Las neoplasias malignas son raras en este segmento intestinal.

El adenoma es el pólipo benigno gástrico de origen epitelial más frecuente. Entre los de origen mesenquimal predomina el leiomioma y aunque habitualmente crece hacia la luz del órgano, su hallazgo suele ser necrótico.<sup>(2)</sup>

El carcinoma gástrico puede presentar morfología polipoide. Según la clasificación del cáncer gástrico precoz, adopta el Tipo I o Prominente (lesión redondeada u oval, de base amplia y cuyo diámetro suele no superar los 3 cm), o el Tipo II o Superficial Elevado (lesión más pequeña que la anterior, ligeramente elevada y de color diferente a la mucosa circundante).<sup>(3)</sup>

En otros casos las células carcinomatosas pueden estar implantadas en un pólipo benigno.

Los pólipos son generalmente asintomáticos y pueden ser un hallazgo radiológico, endoscópico o quirúrgico. Los síntomas más frecuentes son: dolor, hemorragia, síndrome pilórico intermitente y dispepsia.<sup>(4)</sup>

Los pólipos se presentan en 2-3 % de los pacientes sometidos a endoscopia de tubo digestivo alto, afectando a ambos sexos por igual.<sup>(5)</sup> Es discutible la relación patogénica pólipo benigno-cáncer; y aunque el adenoma de localización gástrica es considerado lesión preneoplásica, su potencial de malignización sería muy inferior a la misma lesión de origen colónico.

Carey y Hay consideran que no existe una relación directa entre el desarrollo de un carcinoma y el adenoma, rechazando la teoría de la malignización de un tumor benigno.<sup>(6)</sup> Paul y Logan sostienen que los carcinomas polipoideos son malignos desde su origen. Varios autores no hallaron transformación maligna en pacientes controlados durante 10 años o estudiados por necropsia.<sup>(7)</sup>

Otros autores hallan una incidencia de malignización de gran variabilidad.

Shirakabe, estudiando 217 casos de lesiones elevadas gástricas, no halló degeneración maligna en lesiones menores de 4 mm; hasta 9 mm la tasa de malignidad era de 3 %. El porcentaje de lesiones malignas aumentó en relación al tamaño del pólipo, llegando a 50 % para pólipos de más de 20 mm.

### MATERIAL Y METODO

El objeto del presente trabajo es efectuar una revisión retrospectiva de los pacientes portadores de pólipo

pos de tubo digestivo alto. Se evalúan 84 pacientes, cuya patología fue detectada mediante fibroendoscopia durante el período 1977-1982 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de Mendoza.

## RESULTADOS

### 1. Distribución:

De los 84 pacientes registrados, 43 son mujeres y 41 hombres. Referente a la edad, la mayor incidencia corresponde al grupo etario ubicado entre los 50 y 59 años (29 casos).

TABLA I

Distribución de la población según edad

Grupo etario	Casos
0-9 años	2
10-19 años	1
20-29 años	3
30-39 años	7
40-49 años	11
50-59 años	29
60-69 años	13
70-79 años	16
80-89 años	2

### 2. Localización

Distribución de los casos según su localización en los diferentes segmentos del tubo digestivo alto.

TABLA II

Localización topográfica de la lesión

Esófago	10 casos
Estómago	66 casos
Antro	31
Cuerpo	24
Area cardial	5
Incisura angular	2
Area prepilórica	4
Duodeno	13 casos

### 3. Cantidad

Se detectan pólipos únicos sobre 57 casos, de dos o cinco pólipos en 17 y más de cinco pólipos en 10 (de este grupo 4 casos son gástricos, 4 duodenales y 2 son de localización mixta gastroduodenal).

### 4. Anatomía patológica

El principal tipo histológico hallado es el pólipo adenomatoso para la localización gástrica y duodenal. La mayoría de las lesiones polipoideas esofágicas fueron diagnosticadas como epitelio escamoso estratificado sin alteraciones significativas.

Casos biopsiados	57
Casos no biopsiados	19
Material insuficiente	7
Material enviado a otro hospital	1

En la siguiente tabla se clasifican los tipos histológicos según su localización:

TABLA III

Uso de la biopsia endoscópica

Casos biopsiados	57
Casos no biopsiados	19
Material insuficiente	7
Material enviado a otro hospital	1

TABLA IV

Tipos histológicos

ESOFAGO	
Epitelio escamoso sin alteraciones significativas	3
Epitelio con signos inflamatorios	1
Papiloma	1
Carcinoma pavimentoso	1
ESTOMAGO	
Pólipo adenomatoso	30
Pólipo hiperplásico	10
Adenoma con área de malignización	2
Gastritis crónica	1
Gastritis hipertrófica	1
DUODENO	
Pólipo adenomatoso	5
Pólipo granulomatoso	1
Duodenitis crónica	1

## CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO, TERAPEUTICA Y CONTROL EVOLUTIVO

El reconocimiento de los pólipos depende de la sintomatología o del hallazgo casual radiológico y/o endoscópico. Se sugiere efectuar los estudios en el siguiente orden:

1. Hallazgo radiológico.
2. Confirmación endoscópica.  
Describir localización, tamaño, forma, número e implantación.
3. Obtención de biopsias múltiples.  
Tomas de la superficie polipoidea, pedículo, base y mucosa vecina.

Con respecto a la conducta terapéutica, el empleo de la resección endoscópica y el estudio anatomohistológico de la pieza completa simplifica el tratamiento y ayudará a clarificar este tema.

Se indica la resección del pólipo en los siguientes casos:

1. Pólipos sintomáticos o sangrantes.
2. Pólipos de tipo adenomatoso y mayores de 2 cm.
3. Pólipos portadores de displasia o atipia severa.
4. La gastrectomía subtotal está indicada en cáncer invasor implantado en pólipo adenomatoso o en carcinoma polipoide.

5. El leiomioma debe extirparse o enuclearse localmente si se ha desechado por estudio anatomopatológico un leiomiosarcoma.
6. Los fibromas, lipomas, neurinomas son raros y su tratamiento adecuado es la escisión local.

7. La hiperplasia focal y el pólipo hiperplásico no constituyen indicación quirúrgica.

Los pacientes a los cuales no se les ha efectuado cirugía o resección endoscópica, deben controlarse mediante endoscopia y biopsia cada 6 meses.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 SLEISENGER, M.; FORDTRAN, J. S.: Tratado de Gastroenterología. Ed. Interamericana, México, 1978.
- 2 COX, A. I.: Pathology. Surgery of the Stomach and Duodenum. Boston, Little Brown and Co., 1969.
- 3 Atlas of Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract. Executive Editors: Ottensjann, R.; Elster, K., 1980.
- 4 LOCIUDICE, F.; CASCARDO, S. y col.: Bol. y Trab. Soc. Cirugía. Buenos Aires, 1967.
- 5 Atlas of Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract. Executive Editors: Ottensjann, R.; Elster, K., 1980.
- 6 CARAY, J. B.; HAY, L.: Gastric Polyps. *Gastroenterology* 148, 1950.
- 7 ESTEVA, E. A.; COSEN, J. N.: Pólipos gástricos. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 8, Nº 4, 1978.