

PÓLIPOS COLÓNICOS "INFLAMATORIOS": ¿HABLAMOS SIEMPRE DE COLITIS ULCEROSA?

C. Duarte-Chang¹, A. Benítez-Roldán¹, F. Pellicer-Bautista¹, J.M. Herrerías-Gutiérrez¹, A. García-Escudero²

¹Departamento de Aparato Digestivo. ²Departamento de Patología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 70 años con cuadro de larga evolución caracterizado por diarrea, pérdida ponderal y deterioro del estado general, en ausencia de dolor abdominal. Se le realizó una colonoscopia, donde se observaron pólipos de "aspecto inflamatorio" tapizando la mucosa colónica casi en su totalidad, que histológicamente, no mostraron hallazgos sugestivos de enfermedad inflamatoria intestinal, tipo colitis ulcerosa.

No obstante, los pólipos presentaban una "cap" o "capuchón" peculiar, en su superficie, de coloración blanquecina, que nos recordaba a una entidad poco frecuente, conocida como "cap polyposis".

Palabras clave: pólipos colónicos, colitis ulcerosa, cap polyposis.

CORRESPONDENCIA

Calixto Duarte Chang
Avenida Doctor Fedriani s/n. Sevilla.
Teléfono: +34955008801
Fax: +34955008805

calixtoduarte@gmail.com

Introducción

La CAP poliposis, es una entidad poco común, descrita por primera vez por Williams y colaboradores en 1985, que afecta a cualquier edad, con un promedio de 52 años y con predominio en sexo femenino^{1, 2}.

A nivel macroscópico, se caracteriza por múltiples pólipos inflamatorios sésiles, recubiertos en su ápice por un exudado mucofibrinoide y purulento que se localizan con mayor frecuencia en recto y en sigma. Clínicamente, suelen ser asintomáticos o cursar como diarrea mucosa, rectorragia y tenesmo rectal. Histológicamente, son pólipos de aspecto inflamatorio que se caracterizan por estar cubiertos de una capa o "capuchón" de material mucopurulento que les da una apariencia endoscópica peculiar¹⁻³.

El diagnóstico se establece al reconocer esto hallazgos típicos tanto en la colonoscopia como en la histología, en el contexto de un paciente con un escenario clínico compatible, de ahí la importancia de identificar esta entidad, debido a su similitud con otras entidades de origen inflamatorio como es la colitis ulcerosa.



Figura 1

Se observan lesiones polipoideas de tamaño y número variable, de aspecto fibrinoide, que tapizan la mucosa colónica.

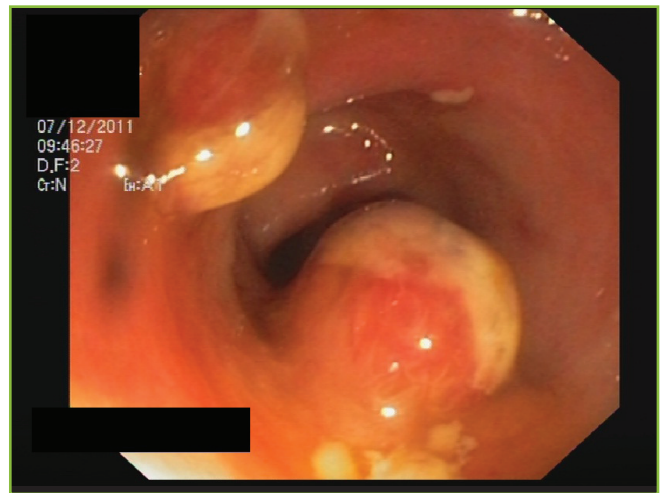


Figura 2

Se observa una formación polipoidea de aspecto "inflamatorio" con la peculiar capa de muco-fibrinoide que cubre su superficie.

Caso clínico

Varón de 70 años que acude a nuestro Hospital por cuadro clínico de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de 5 a 6 deposiciones al día, de consistencia blanda sin restos de moco ni sangre, asociado a una pérdida ponderal de 10 Kg. en los últimos 10 meses, sin dolor abdominal asociado.

Analíticamente, presentaba: hemograma con normalidad de las tres series, LDH 396 U/L, GOT 47 U/L GPT 47 U/L GGT 13 U/L FA 60 U/L PCR 6 mg/ dL, perfil tiroideo normal, Alfa 1 antitripsina 198 normal Ferritina 8.5 baja, Niveles séricos de inmunoglobulinas dentro de límites normales al igual que el anticuerpo anti-gliadina y antitransglutaminasa A.

Con el fin de determinar la etiología del síndrome diarreico crónico que presentaba el paciente, tras negatividad

en los estudios de microbiología en heces, se le solicitó una colonoscopia donde se apreciaron pólipos de aspecto inflamatorio, con un recubrimiento superficial "blanquecino", en un número superior a 50, situados sobre una mucosa colónica de aspecto endoscópico normal. Se tomaron muestras para estudio anatomopatológico de los pólipos y de mucosa colónica adyacente. El estudio histológico de los pólipos mostró una atenuación glandular hacia la superficie, cubierta en su superficie por una capa de exudado y en cuanto a la mucosa colónica, ésta fue de aspecto normal, con ausencia de criptitis y abscesos intraluminales que justificasen una posible colitis ulcerosa en fase quiescente.

El paciente, previo a la colonoscopia, recibió tratamiento con sulfasalina e inmunosupresores, por la sospecha clínica y endoscópica de una Colitis Ulcerosa, sin embargo, no mostró mejoría.

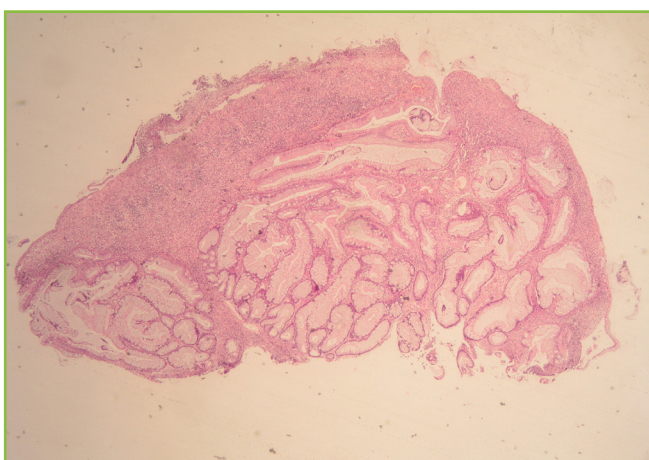


Figura 3

Histológicamente, observamos con tinción de H/E, un pólipo con componente glandular, cubierto en su superficie por tejido de granulación, de igual forma, se observa un "capuchón" formado por exudado muco-fibrinoide en su ápice.

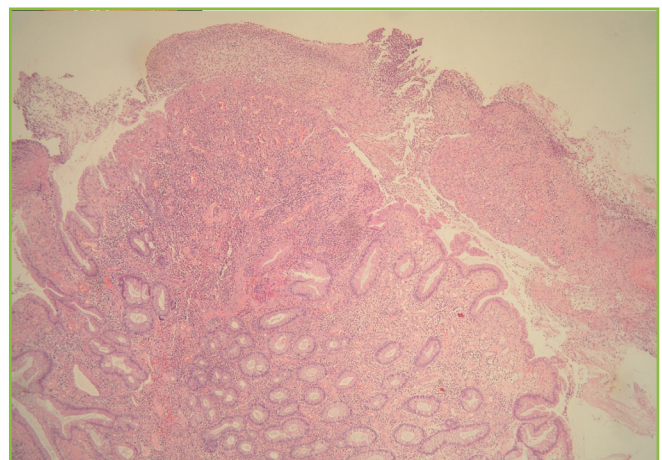


Figura 4

Glándulas ligeramente alargadas, hiperplásicas con un infiltrado inflamatorio en la lámina propia.

Finalmente, ante la ausencia de remisión clínica, y en base a la literatura publicada hasta la fecha, se realizó tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* junto con una pauta de Tinidazol.

Actualmente, el paciente se encuentra con mejoría clínica, en seguimiento ambulatorio, sin presentar nueva pérdida ponderal, ni dolor abdominal, ni aumento en el número de deposiciones.

Discusión

La patogénesis de la "cap poliposis" sigue siendo desconocida y controvertida, y se ha propuesto que alteraciones de la motilidad del colon y el estreñimiento crónico con esfuerzo defecatorio favorecen su formación⁴ y que la enfermedad inflamatoria intestinal o la infección por *H. Pylori* puedan ser causas relacionadas o asociadas, así como las anastomosis quirúrgicas del intestino grueso⁵.

En cuanto al tratamiento, éste no está claramente establecido y actualmente, se basa en la experiencia de los casos publicados, de hecho, como terapia inicial, dada la relación que existe con la motilidad colónica alterada, se debe evitar el estreñimiento y el esfuerzo defecatorio^{6, 7}; Por otro lado, existen casos publicados que han recibido tratamiento con aminosalicilatos, corticoides y metronidazol, con mejoría en alguno de ellos y por último algún caso que resolvió espontáneamente⁸.

Nuestro paciente recibió tratamiento inicialmente con medidas higiénico-dietéticas y laxantes. Además, recibió tratamiento con aminosalicilatos y corticoides, sin embargo no mostró mejoría clínica ni endoscópica con la combinación de ambos.

Existe una serie publicada de 17 casos, en que la erradicación del *Helicobacter pylori* produjo la resolución del cuadro en cinco casos publicados⁹. Nuestro paciente, recibió tratamiento erradicador estándar para *Helicobacter pylori* y una pauta de tratamiento con metronidazol, con mejoría clínica evidente tras el tratamiento^{5, 10, 11}.

Existen dos casos de cap poliposis tratados con infliximab, con mejoría en uno de ellos, por lo que es una posibilidad terapéutica no establecida^{12, 13}.

Actualmente, nuestro paciente, se encuentra clínicamente asintomático, sin embargo aún con la presencia de pólipos colónicos. A pesar de que no esté claramente establecido el potencial de malignidad de estas lesiones, se recomienda resecarlas, sin embargo en nuestro caso, existen más de 100 pólipos a lo largo del todo colon, y la realización de una proctocolectomía, dada la edad y las comorbilidad del paciente, aportaría más riesgos que beneficios.

Pólipos, con estas características pueden ser diagnosticados endoscópicamente como colitis ulcerosa¹⁴, sin hallazgos histológicos confirmatorios. De hecho, en nuestro paciente la mucosa colónica situada entre los pólipos era compatible con la normalidad, con ausencia de abscesos intraluminales ni de criptitis.

Probablemente, desde el punto de vista conceptual, hemos de considerar como CAP poliposis aquellos casos idiopáticos, en los que periodos de estreñimiento previo o de esfuerzo defecatorio concomitante han podido intervenir en su patogenia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esaki M, Matsumoto T, Kobayashi H, et al. Cap polyposis of the colon and rectum: an analysis of endoscopic findings. *Endoscopy* 2001; 33:262.
2. Ng KH, Mathur P, Kumarasinghe MP, et al. Cap polyposis: further experience and review. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1208.
3. Ricardo Nuno da Cunha Araújo, António Castanheira, and Américo Silva. Inusual Colon Polyps. *GASTROENTEROLOGY* 2011;141:e1-e2
4. Konoshi et al. Cap polyposis: an inflammatory disorder or a spectrum of mucosal prolapse syndrome? *Gut* 54:1342-1350. 2005
5. Akamatsu T, Nakamura N, Kawamura Y, et al. Possible relationship between *Helicobacter pylori* infection and cap polyposis of the colon. *Helicobacter* 2004; 9:651.
6. Oruchi T, Kinouchi Y, Kimura M, et al. Successful treatment of cap-polyposis by avoidance of intraluminal trauma: clues to pathogenesis. *Am J Gastroenterol*; 95:2095-8. 2000.
7. Tendler DA, Aboudola S, Zacks JF, O'Brien MJ, Kelly CP. Prolapsing mucosal polyps: an underrecognized form of colonic polyp—a clinicopathological study of 15 cases. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:370-6.
8. Ohkawara T, Kato M, Nakagawa S, et al. Spontaneous resolution of cap-polyposis: case report. *Gastrointest Endosc*; 57:599-602. 2003.
9. Shimizu K, Koga H, Iida M, et al. Does metronidazole cure cap polyposis by its anti-inflammatory actions instead of by its antibiotic action? *Digest Dis Sci* 2002; 47:1465-8.
10. Oiya H, Okawa K, Aoki T, et al. Cap polyposis cured by *Helicobacter pylori* eradication therapy. *J Gastroenterol* 2002; 37:463.
11. Nakagawa Yoshifumi et al. Cap Polyposis (CP) Which Relapsed after Remission by Avoiding Straining at Defecation, and was Cured by *Helicobacter pylori* Eradication therapy. *Inter Med* 48: 2009-2013, 2009
12. Maunoury et al. Infliximab failure in cap polyposis. *Gut* 54:308-316. 2005
13. Bookman ID, Redston MS, Greenberg GR. Successful treatment of cap polyposis with infliximab. *Gastroenterology* 2004; 126:1868.
14. Tamura S, Onishi S, Ohkawauchi K, et al. A case of "cap polyposis" like lesion associated with ulcerative colitis: is this a case of cap polyposis? *Am J Gastroenterol* 95: 3311-3312, 2000.