

# LESIÓN TUMORAL EN RECTO SUGESTIVA DE ADENOCARCINOMA

J.M. Vázquez-Morón, M. Rojas-Feria, B. Benítez-Rodríguez, H. Pallarés-Manrique, M. Ramos-Lora

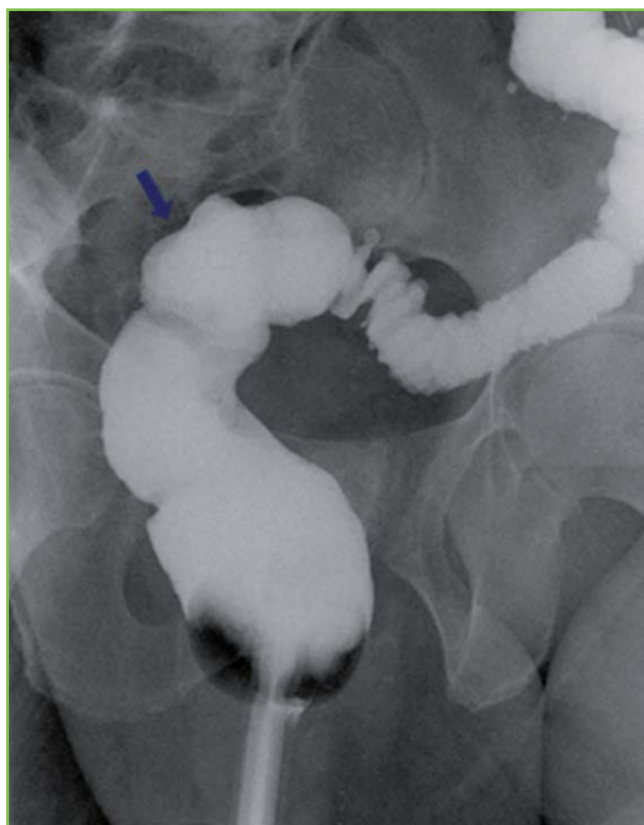
Sección de Aparato Digestivo. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 63 años que acudió a la consulta de digestivo por presentar alteración del hábito intestinal. Se realizaron técnicas de imagen como TAC y enema opaco además de colonoscopia hasta en 2 ocasiones en la que se observó una tumoración mamelonada, ulcerada, de unos 4 cm y que ocupaba el 50% de la circunferencia cólica muy sugestiva de adenocarcinoma rectal. La anatomía patológica informó la presencia de material fibrinoleucocitario y de glándulas colónicas con discreta displasia. Se realizó una resección anterior baja con reconstrucción posterior. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de pólipos hiperplásicos con ganglios linfáticos sin alteraciones. Los pólipos hiperplásicos son lesiones que tienen un potencial maligno escaso, salvo aquéllos de mayor tamaño (> 1 cm) o con mayor distorsión arquitectural y atipia, denominados adenomas serrados. Las pruebas diagnósticas iniciales sugerían presencia de neoplasia rectal pero el análisis de anatomía patológica evidenció el diagnóstico de pólipos hiperplásicos.

## Descripción

Mujer de 63 años, con antecedentes de AVC isquémico hace 19 años, que acude a consulta de digestivo por alteración del hábito intestinal de varios meses de evolución, con deposiciones diarreicas con moco y tenesmo. Se realizó



**Figura 1**

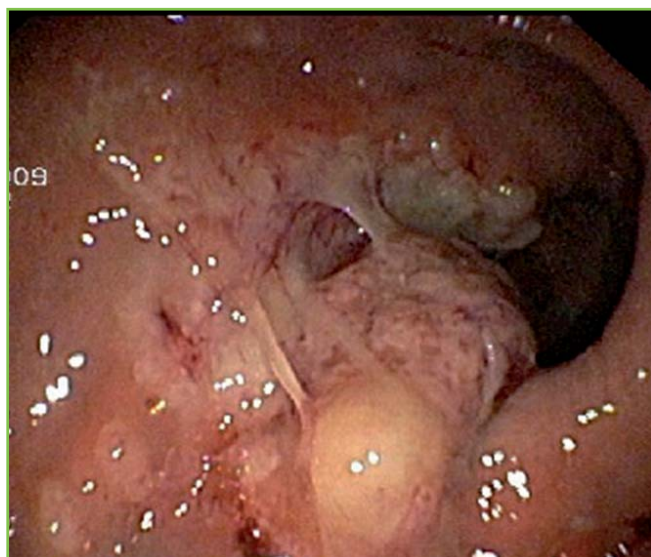
Imagen mamelonada rectal en enema opaco.

estudio analítico, con hemograma, coagulación, proteínas totales y perfil hepático normales. La velocidad de sedimentación globular (VSG) fue de 15 mm/h. Se realizó un enema opaco (**figura 1**), en el que se observó un defecto de repleción de aspecto mamelonado en la superficie anterior izquierda de la ampolla rectal proximal. Tras los hallazgos, se solicitó una

### CORRESPONDENCIA

María Rojas Feria  
Avda Pablo Iglesias 7, BQ2, 4º B  
41008 Sevilla  
Teléfono: 625 053 053

mrojasferia@yahoo.es



**Figura 2**

Lesión tumoral, mamelonada y ulcerada en recto.

colonoscopia (**figura 2**), en la que se aprecia una tumoración mamelonada, ulcerada, dura al tacto, friable, de unos 4 cm, que ocupa aproximadamente el 50% de la circunferencia cólica, y de la que se toman muestras. El TAC de abdomen con contraste (**figura 3**) mostró un engrosamiento de las paredes del recto con adenopatías en región pararectal izquierda. El análisis histológico fue informado como material fibrinoleucocitario y escasos elementos glandulares con displasia. Se decidió repetir la biopsia endoscópica, obteniéndose el mismo resultado histológico (restos fibrinonecróticos. Glándulas colónicas, algunas con discreta displasia).

Ante la clínica y los hallazgos endoscópicos, se decidió intervenir a la paciente, realizándose una resección anterior baja asistida por videolaparoscopia, con posterior reconstrucción del tránsito intestinal. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de pólipo hiperplásico, borde de resección con mucosa hiperplásica y ganglios linfáticos sin alteraciones.

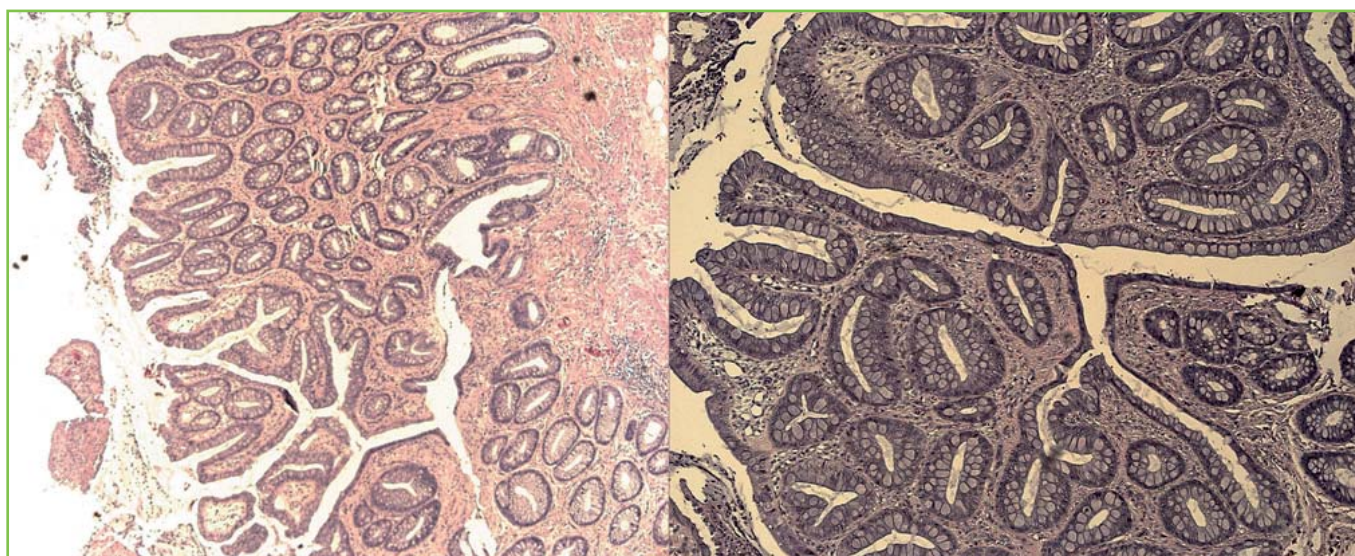


**Figura 3**

TAC: Engrosamiento de paredes del recto.

### Comentarios

Los pólipos hiperplásicos son los pólipos no neoplásicos más frecuentes del colon. Su tamaño habitual no sobrepasa los 10 mm, caracterizándose, microscópicamente, por criptas colónicas elongadas, donde las células epiteliales adquieren una disposición papilar característica. Las mitosis se limitan a la base de las criptas y, a diferencia de los pólipos adenomatosos, no se observa atipia celular<sup>1</sup>. Se considera que los pólipos hiperplásicos tienen un potencial maligno escaso, salvo aquéllos de mayor tamaño (> 1 cm) o con mayor distorsión arquitectural y atipia, denominados adenomas serrados<sup>2, 3, 4</sup>. Presentamos la imagen endoscópica de un pólipo hiperplásico rectal de gran tamaño (4 cm) (**figura 4**), cuyo diagnóstico diferencial hay que realizarlo con el adenocarcinoma rectal, entidad que sugerían todas las pruebas diagnósticas iniciales y que el estudio histológico de la pieza quirúrgica no confirmó.



**Figura 4**

Imagen histológica de pólipos hiperplásicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. East JE, Saunders BP, Jass JR. Sporadic and syndromic hyperplastic polyps and serrated adenomas of the colon: classification, molecular genetics, natural history, and clinical management. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008 Mar; 37(1):25-46.
2. Groff RJ, Nash R, Ahnen DJ. Significance of serrated polyps of the colon. *Curr Gastroenterol Rep.* 2008 Oct; 10(5):490-8.
3. Jass JR. Hyperplastic polyps and colorectal cancer: is there a link? *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004 Jan; 2(1):1-8.
4. Hawkins NJ, Bariol C, Ward RL. The serrated neoplasia pathway. *Pathology.* 2002 Dec; 34(6):548-55.