

Imagen del mes

POLIPOSIS HIPERPLÁSICA GÁSTRICA ASOCIADA A LA TOMA DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

M. Marín-Moreno, J.J. Puente-Gutiérrez, J.L. Domínguez-Jiménez, E. Bernal-Blanco

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar, Jaén.

Caso clínico

Paciente de 52 años de edad remitida a consultas externas por dispepsia de larga evolución con mejoría parcial con omeprazol. Entre sus antecedentes personales destacan ser alérgica a la estreptomocina, hipertensión arterial, tiroiditis subaguda, síndrome de intestino irritable (con colonoscopia y analítica normales hacía un año), dispepsia funcional (se realizó hasta dos endoscopias digestivas altas que fueron normales, la última hacía 5 años, con ureasa rápida negativa), estando en tratamiento con Omeprazol 20 mg diarios, enalapril/hidroclorotiazida y AAS 100 mg diarios (por cefalea vascular). Se le realiza una nueva endoscopia digestiva alta, objetivándose múltiples (más de 30) pólipos en curvatura mayor de cuerpo gástrico, de tamaño y morfología variables, los menores (en torno a 5 mm) sesiles y los de mayor tamaño (16-18 mm) semipedunculados, con mucosa de superficie algo irregular y discrómica (**Figuras 1 y 2**), tomándose múltiples biopsias. La motilidad y distensibilidad de la zona está conservada. Resto de estómago, píloro, bulbo y segunda porción duodenal normales. Se toma igualmente test de la ureasa, que es negativa. La biopsia determina que son pólipos hiperplásicos, por lo que ante el antecedente de toma crónica de inhibidores de la bomba de protones (IBP) se decide suspender el omeprazol, sustituyéndose por ranitidina. Se confirma además la ausencia de *H. Pylori* con la realización del test del aliento. Se realiza endoscopia de control a los 5 meses, objetivándose una notable mejoría tanto en el número de

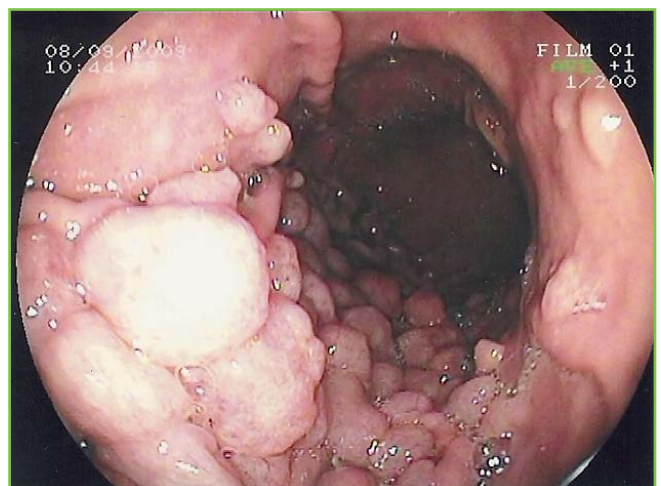


Figura 1

Existen numerosos pólipos en cuerpo gástrico, sobre todo en curvatura mayor, de diferentes tamaños.

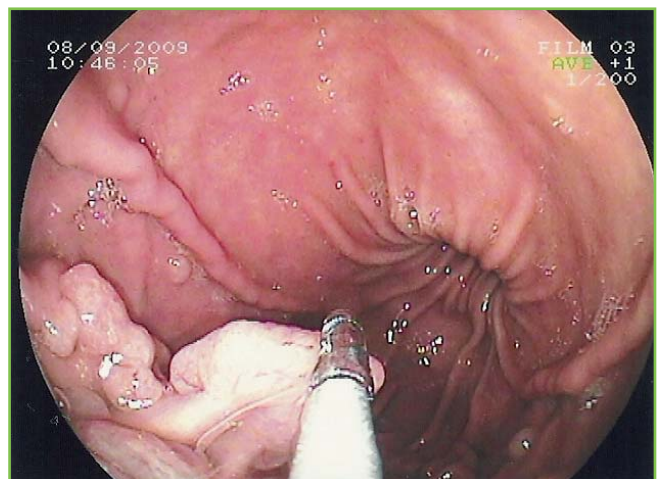


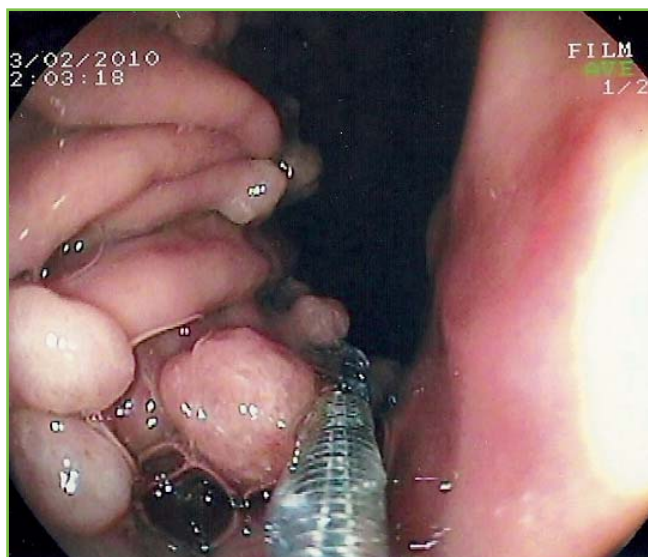
Figura 2

Al coger un pólipo con pinza se aprecia que es semipedunculado.

CORRESPONDENCIA

Miguel Marín Moreno
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Alto Guadalquivir.
Avenida Blas Infante s/n. CP: 23740. Andújar. Jaén.
Tfno: 953 02 16 04 FAX: 953 02 14 06

mmarin@ephag.es



Figuras 3 y 4

Mejoría significativa en esta segunda endoscopia, con disminución tanto en el número como en el tamaño de los pólipos, apreciándose zonas respetadas de mucosa entre los pólipos.

pólipos como en su tamaño (**Figuras 3 y 4**), biopsiándose de nuevo, confirmándose que se trata de pólipos hiperplásicos

Discusión

En la mayoría de los casos los pólipos gástricos son encontrados de manera casual al realizar una endoscopia digestiva alta por cualquier motivo, siendo en general asintomáticos¹. Los pólipos hiperplásicos constituyen el 75% de los pólipos gástricos², y generalmente son únicos y de pequeño tamaño, aumentando su prevalencia en gastritis crónicas: gastritis asociada a H. Pylori, anemia perniciosa, gastritis reactivas o químicas y gastritis postgastrectomía. El potencial de malignización es pequeño pero presente (0.5-7.1%)³, sobre todo en los mayores de 2 cm y en los pedunculados. El tratamiento es la extirpación, objetivándose mejoría en algunos pacientes al erradicar el H. Pylori; la gastrectomía subtotal se debe considerar cuando existe displasia o carcinoma. Nuestra paciente es una tomadora crónica de IBP, estando más relacionado con ello los pólipos de glándulas fúndicas que los hiperplásicos⁴. En nuestro caso se objetivó una gran mejoría al suspender el omeprazol, lo que indica la relación directa con la toma del IBP, además de que se comprobó en varias ocasiones la ausencia de H. Pylori. Debido a los hallazgos, ante el riesgo de malignización por el tamaño de los pólipos observados y por el número, le realizamos seguimiento endoscópico periódico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, Walker MM, Warren B. The management of gastric polyps. *Gut* 2010; 59(9):1270-1276.
2. Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Finkenzeller G. Frequency,

location, and age and sex distribution of various types of gastric polyp. *Endoscopy* 1994; 26(8):659-665.

3. Zea-Iriarte WL, Sekine I, Itsuno M, Makiyama K, Naito S, Nakayama T et al. Carcinoma in gastric hyperplastic polyps. A phenotypic study. *Dig Dis Sci* 1996; 41(2):377-386.

4. Thomson AB, Sauve MD, Kassam N, Kamitakahara H. Safety of the long-term use of proton pump inhibitors. *World J Gastroenterol* 2010; 16(19): 2323-2330.