

HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE RECTAL ÚNICA QUE SIMULA UN PÓLIPO VELLOSO

NODULAR LYMPHOID HYPERPLASIA IN RECTUM WITH THE APPEARANCE OF VILLOUS POLYP

M.C. García-Gavilán, E. Soria-López, M. Puya-Gamarro, A. Sánchez-Cantos

Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga.

Resumen

Paciente diagnosticado de síndrome de intestino irritable tipo diarrea en el que se objetivó durante la colonoscopia una hiperplasia nodular linfoide única rectal, con apariencia por endoscópica de pólipo vellosos.

Palabras clave: hiperplasia nodular linfoide, pólipo vellosos, rectal.

Abstract

Patient diagnosed of irritable bowel syndrome subtype diarrhea. During the colonoscopy it was objective a single nodular lymphoid hyperplasia in the rectum, with an endoscopic appearance of a villous polyp.

Keywords: nodular lymphoid hyperplasia, villous polyp, rectal.

Introducción

La hiperplasia nodular linfoide (HNL) constituye una hiperplasia linfoide localizada en la lámina propia o submucosa superficial, con centros germinales mitóticamente activos que conservan la definición entre las diferentes capas^{1,2}. Su incidencia es desconocida, aunque se ha descrito que el 32% de los pacientes sintomáticos presentan una HNL durante la colonoscopia, objetivándose solo en un 3% cuando el hallazgo es incidental³.

Presentamos el caso de una HNL única a nivel rectal, con apariencia de pólipo vellosos, en el contexto de un síndrome de intestino irritable tipo diarrea.

Caso clínico

Mujer de 76 años con antecedentes de cáncer de colon localizado unos años atrás, que se trató con hemicolectomía derecha sin adyuvancia, desde entonces libre de enfermedad. Fue derivada para estudio por deposiciones diarreicas diarias junto con dolor abdominal cólico en bajo vientre que presentaba desde hacía unos meses. Se realizó una analítica con PCR, calprotectina, serología para celiaquía, marcadores tumorales y cultivo de heces, incluyendo bacterias y parásitos normales. Se completó el estudio con una colonoscopia donde se revisó la anastomosis quirúrgica, sin signos de recurrencia y se objetivó a 5 cm de margen anal, un pólipo sésil de 12 mm, con un patrón de criptas trabecular, que impresionaba de pólipo vellosos bajo exploración con Narrow Band Imaging (patrón IV de Kudo). El pólipo se elevó con adrenalina diluida y se

CORRESPONDENCIA

Mari Carmen García Gavilán
Hospital Costa del Sol
29603 Marbella (Málaga)
marigarciagavilan@hotmail.es

Fecha de envío: 07/04/2019

Fecha de aceptación: 24/04/2019

resecó completamente con asa caliente (Figuras 1-2). El estudio anatomopatológico reveló una hiperplasia linfática con carácter reactivo y un patrón folicular conservado, compatible con HNL. Finalmente, el cuadro clínico cumplía criterios ROMA III y se catalogó como un síndrome de intestino irritable tipo diarrea, que mejoró tras el tratamiento con espasmolíticos y la resolución de los problemas personales.

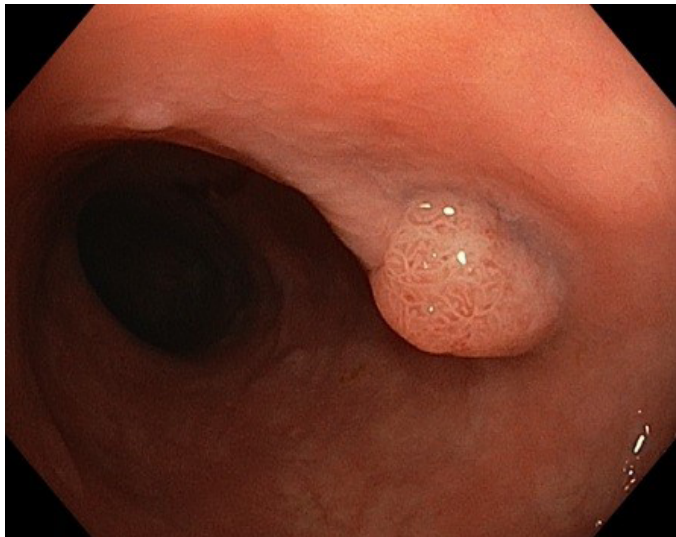


Figura 1

La imagen endoscópica muestra un pólipo séstil, de unos 12 mm, con un patrón de criptas trabecular, sugerente de pólipo vellosa.

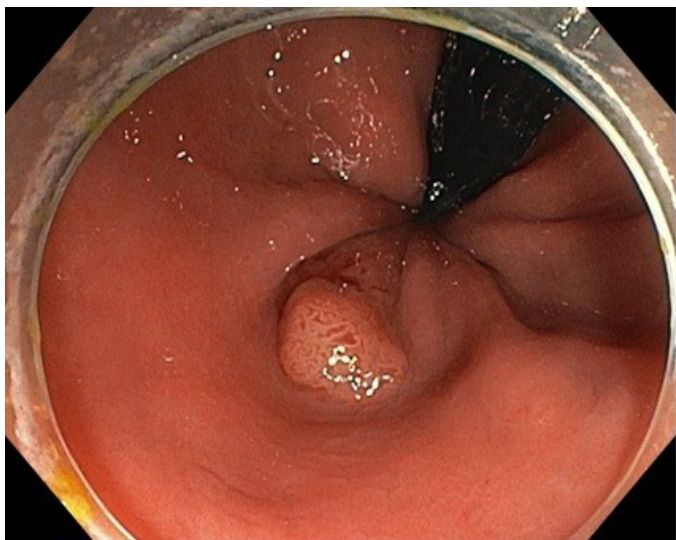


Figura 2

A la retroflexión, se observa la lesión única, con localización muy próxima al margen anal.

Conclusiones

La localización habitual de la HNL suele ser íleon terminal, aunque se puede localizar a cualquier nivel del tracto gastrointestinal, habiéndose descrito en estómago, duodeno y colon/recto²⁻⁴. Normalmente, se presenta como múltiples nódulos entre 2-5 mm, dando una apariencia similar a la poliposis familiar², aunque de forma

menos frecuente se puede presentar como una lesión única, como ocurría en nuestro caso. Su etiología es desconocida, aunque se relaciona con inmunodeficiencias como la inmunodeficiencia común variable, debido a una alteración madurativa de los linfocitos B, o en cuadros de diarrea crónica, por la estimulación repetitiva del tejido linfoide intestinal¹. En este aspecto se ha relacionado con el síndrome de intestino irritable³, el sobrecrecimiento bacteriano y la infección por *Giardia lamblia*^{1,4}. Es importante reconocerlo bien y filiar su origen histopatológicamente, ya que aunque normalmente es expresión de una inflamación mantenida y constituye una entidad benigna, se ha relacionado con el linfoma intestinal y extraintestinal^{1,3,5}.

Bibliografía

1. Rubio-Tapia A, Hernández-Calleros J, Trinidad-Hernández S and Uscanga L. Clinical characteristics of a group of adults with nodular lymphoid hyperplasia: A single center experience. *World J Gastroenterol* 2006; 12(12): 1945–1948. [DOI: [10.3748/wjg.v12.i12.1945](https://doi.org/10.3748/wjg.v12.i12.1945)]
2. Albuquerque A. Nodular lymphoid hyperplasia in the gastrointestinal tract in adult patients: A review. *World J Gastrointest Endosc* 2014; 6(11):534-540. [DOI: [10.4253/wjge.v6.i11.534](https://doi.org/10.4253/wjge.v6.i11.534)]
3. Piscaglia AC, Laterza L, Cesario V, Gerardi V, Landi R, Lopetuso LR, Calò G, Fabbretti G, Brisigotti M, Stefanelli ML, Gasbarrini A. Nodular lymphoid hyperplasia: A marker of low-grade inflammation in irritable bowel syndrome? *World J Gastroenterol* 2016; 14(46):10198-10209. [DOI: [10.3748/wjg.v22.i46.10198](https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i46.10198)]
4. Baran B, Gulluoglu M, Akyuz F. Nodular lymphoid hyperplasia of duodenum caused by giardiasis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013 Oct; 11(10):A22. [DOI: [10.1016/j.cgh.2012.12.019](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2012.12.019)]
5. Hanicha T, Majnaric L, Jankovic D, Sabanovi S, Vcev A. Nodular lymphoid hyperplasia complicated with ileal Burkitt's lymphoma in an adult patient with selective IgA deficiency. *Int J Surg Case Rep* 2017; 30:69-72. [DOI: [10.1016/j.ijscr.2016.11.033](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.11.033)]