

CASOS CLINICOS

Pólipo veloso gástrico

Dres. Carmelo M. Gastambide*; Roberto L. Estrugo**; Fabio Croci*
y Fernando Calleriza***

RESUMEN

Hemos visto un caso de pólipo veloso gástrico, se hicieron consideraciones patológicas, clínicas y terapéuticas. Se destaca su alta incidencia de malignización. Se hace una revisión bibliográfica del tema.

SUMMARY

Gastric Villous Polyp

We have seen one case of a gastric polyp; therapeutical, pathological and clinical considerations were made.

Its high incidence of malignant potential is emphasized. A bibliographic review is made.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Polyps, Gastrointestinal Neoplasms.

INTRODUCCION

Los pólipos vellosos gástricos constituyen menos del 0,1% de los tumores gástricos; las publicaciones al respecto son escasas y se refieren a casos aislados.

Los pólipos vellosos de topografía colónica y rectal por su frecuencia son los que concentran el mayor número de trabajos.

Destacamos que los pólipos vellosos gástricos tienen una incidencia promedial de malignización del 55% superior al 30% registrado en los de topografía distal en el tubo digestivo. (4) Esto motiva que autores como Meltzer y Miller (3,4) planteen si en lugar de pólipo, al adenoma veloso no debiera llamársele tumor veloso.

HISTORIA CLINICA

I.F.R. - Reg. 473.295 Hosp. de Clínicas.

78 años, sexo masculino, ingresa por dolor precordial, hemorragia digestiva alta, insuficiencia cardíaca y taquiarritmia. A.P. intervención hace 4 años por úlcera gastroduodenal y hace 4 meses por hernia inguinal.

Durante su internación en sala reitera el sangrado digestivo, en varias oportunidades, cursa episodio de A.V.E. de tipo isquémico, trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo y tromboembolismo pulmonar.

La fibrogastroscoopia mostró una gruesa formación polipoidea sobre la cara anterior del cuerpo gástrico y pequeña

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de Junio de 1982.

* Asistente de Clínica Quirúrgica. ** Prof. Adjto. de Clínica Quirúrgica. *** Pte. Interno Facultad de Medicina.

Dirección: Pte. Batlle 2560 - Apto. 2. Montevideo.
(Dr. C.M. Gastambide)

Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

curva, de unos 5 cm. móvil, de base ancha, superficie polilobulada.

Histología: pólipo veloso gástrico sin evidencias de malignidad.

El esófagogastroduodeno mostró un grueso proceso vegetante de bordes nítidos, con cierta movilidad, que impresiona como un pólipo gástrico. Divertículo de duodeno y de primer asa delgada.

Operación: 10 - 3 - 81

Incisión mediana, gastrostomía vertical sobre cuerpo gástrico, se aprecia formación polipoidea de aspecto veloso sobre pequeña curva extendido en cara anterior y posterior de 15 x 5 x 3 cm., con un sector engrosado de unos 2 cm. de diámetro, posible zona de biopsia o malignizada. Se realiza una resección por disección submucosa, sin que se aprecien zonas macroscópicas de infiltración neoplásica a la capa muscular gástrica.

Buena evolución postoperatoria.

Anatomía Patológica

Macroscopía, pólipo veloso de 15 x 5 x 5 cm.

Microscopía, en los cortes examinados no se evidencian atipias.

COMENTARIOS

CLINICA. Los síntomas de esta lesión son inespecíficos, puede existir historia de dolor epigástrico variable en carácter e intensidad, en ocasiones con ritmo y periodicidad recordando el sufrimiento de la úlcera gastroduodenal.

Otras veces existen manifestaciones gastrointestinales vagas.

En algunas oportunidades los vómitos repetidos pueden configurar un síndrome pilórico, por topografía prepilórica del pólipo o por prolapsos o invaginación del mismo a través del píloro.

Esta sintomatología se observa con una frecuencia de aproximadamente 4% (2).

En los pólipos que asientan en el duodeno, los síntomas obstructivos aparecen en un 27%, e ictericia en el 66%. (6,7)

Pueden acompañarse de hipoclorhidria e incluso anaclorhidria (7)

Las hemorragias digestivas con repercusión hemodinámica severa no se habrían descrito como complicación de ésta lesión.

La anemia está presente en el 43% de los casos, se instala en forma crónica, a veces con sangrados subclínicos, encontrándose muchas veces sangre oculta en las materias fecales.

Los pólipos vellosos gastroduodenales difieren de los colónicos y rectales en que: 1) no provocan enteropatías con pérdidas proteicas, 2) no provocan alteraciones hidroelectrolíticas y 3) no dan síndromes diarreicos salvo casos excepcionales (4, 7).

Respecto a la frecuencia en ésta topografía son poco comunes, se ve 1 cada 1000 tumores gástricos, constituyen el 1% de los tumores duodenales y el 2,4 % a nivel de ampolla de Vater.

Desde el punto de vista semiológico intraoperatorio diremos que son de consistencia blanda, por lo que a veces son difíciles de palpar. El aumento de consistencia implica en un alto porcentaje malignización.

MALIGNIZACION

La incidencia de malignización en el pólipo vellosos gástrico es independiente de la edad del paciente; aumenta en frecuencia con el tamaño del tumor. El tamaño límite es de 2 cm. de diámetro aunque se han descrito cambios malignos en algunos pólipos de menor tamaño.

El aspecto macroscópico del tumor con o sin transformación maligna en general es el mismo. La mayoría de los cambios neoplásicos ocurren en las vellosidades incluso en varios sectores simultáneamente. Menos frecuentemente suceden en el pedículo o tallo. Se han descrito también ulceraciones malignas en la vecindad de un tumor vellosos.

En una serie de 33 casos operados, los hallazgos operatorios consistieron en: metástasis hepáticas en 1 caso, metástasis a distancia en 3 casos, infiltración de tejidos vecinos en 2 casos, masas glandulares induradas en 8 casos, en los restantes inflamación crónica (7).

Se practicaron 24 resecciones gástricas, 73%, en los 9 casos restantes o sea el 27%, el aspecto benigno del tumor llevó a practicar una gastrectomía y resección local del tumor, de estos últimos en 5 casos se encontró malignización histológica.

Según estos mismos autores la exéresis local no estaría justificada y la resección gástrica debería practicarse en todos los casos.

La malignización de los pólipos vellosos en ésta topografía es mucho más frecuente que en los pólipos vellosos rectales.

En una recopilación efectuada por Miller (4) en 1980, el promedio de malignidad se situó en un 55%, contra un 30% para los del sector digestivo bajo.

RADIOLOGIA

Según Meltzer(3) los hallazgos radiológicos sugieren el diagnóstico. La apariencia radiológica característica es de "burbujas de jabón" con múltiples áreas redondeadas radiolúcidas, con interposición de finos trazos de material radioopaco correspondiendo a la penetración del bario entre las vellosidades del tumor.

Esta imagen típica fue descrita por Marshak y Wolf (5, 8).

El aspecto radiológico de estos tumores es prácticamente igual en todos los sectores del tubo digestivo (7).

El diagnóstico radiológico diferencial se plantea entre otros con: bezoar gástrico, tumores duodenales, otras variedades de pólipos, tumores submucosos, etc.

FIBROGASTROSCOPIA

Hace el diagnóstico prácticamente en el 100% de los casos. Con el estómago insuflado, las vellosidades finas no están flotando libres como en el agua o en suspensión de bario, por lo que es necesaria una cuidadosa inspección sobre todo si el pólipo es pequeño. (1, 7)

Se insiste en la importancia de las tomas biópsicas.

Por lo visto anteriormente se reafirma la conducta de considerar a todos los pólipos vellosos gástricos potencialmente malignos y adoptar una táctica quirúrgica en la cual la amplitud de la exéresis debe ser la primera condición, la intervención indicada será entonces la gastrectomía, cuyo tipo, distal proximal o total variará de acuerdo a la extensión y topografía de la lesión. (1, 4, 7)

Desde el punto de vista pronóstico Walk (7) dice que los pólipos tratados quirúrgicamente ofrecerían un pronóstico mejor que los cánceres ordinarios, dado que aún frente a la presencia de malignización se podría considerar un alto porcentaje de curación, como sucede con los cánceres gástricos incipientes.

En nuestro caso, pese a que la conducta quirúrgica consistió en una exéresis local, el hecho de que luego de 15 meses de evolución no haya presentado recidiva, lo colocaría dentro del grupo de los pólipos vellosos gástricos sin malignización hecho que se vio corroborado por la anatomía patológica.

Esto no implica un cambio en la conducta quirúrgica, que como vimos debe ser la gastrectomía.

CONCLUSIONES

Los pólipos vellosos gástricos son tumores de muy baja frecuencia: con un alto potencial de malignización, siendo su presentación clínica proteiforme e inespecífica.

Radiológicamente se definen por imagen típica que los identifica en cualquier sector del tubo digestivo permitiendo conjuntamente con la fibrogastroscofia tener el diagnóstico en prácticamente todos los casos.

La táctica quirúrgica, cualquiera sea el aspecto macroscópico, debe ser la resección gástrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GONDARD, M.L.; NEGRE, E. et LOUBATIERES, R.: Tumeur Villeuse de L'estomac en voie de dégénérescence étroitement localisée. *Arch. Mal App. Dig.* 46, 1-2, 36, 1957.
2. LECOMTE, MM. P.; COMMANDRE, F.; TARAMASCO, H. et VEDEL, J.P.: Tumeur villeuse antrale dégénérée proliférante dans le duodénum. *Mém. Acad. Chin.*, 1167, 1963.
3. MELTZER, A.D.; OSTRUM, B.J. and ISARD, H.J.: Villous tumors of the Stomach and Duodenum. *Radiology* 78: 511-513, Sept. 1966.
4. MILLER, J.H.; GISVOLD, J.J.; WEILAND, L.H.; McILRATH, D.C.: Upper gastrointestinal tract: villous tumors. *AJR* 134: 933-936, 1980.
5. ROSS, R.J.: Villous adenoma of the stomach. *JAMA*, 195: 175, 1966.
6. KOMOROWSKI, R.A. and COHEN, E.B.: Villous tumors of the duodenum: a clinicopathologic study. *Cancer*, 47: 1377, 1981.
7. WALK, L.: Villous tumors of the stomach. Clinical review and report of two cases *Arch Intern Med*, 87: 560, 1951.
8. WOLF, B.S.: Roentgen diagnosis of villous tumors of the colon. *AJR*, 84: 1093, 1960.