

Sección: Artículos originales

Extirpación endoscópica de pólipos gástricos

Héctor Raúl Echavarría A., M.D.¹

Hernán Ramírez C., M.D.²

Armando Cortez V., M.D.³

RESUMEN

Se revisa la experiencia con polipectomía endoscópica gástrica desde que se introdujo el método en el Hospital Universitario del Valle hace cuatro años. El procedimiento se realizó en 27 pacientes extirpándose en total 33 pólipos, 24 de los cuales fueron revisados con el fin de confrontar el diagnóstico histológico inicial con la clasificación aceptada. Se presenta la distribución por edad y sexo, distribución anatómica y complicaciones. En sólo un caso se encontró un carcinoma gástrico del tipo temprano, variedad intramucosa.

Los pólipos gástricos a diferencia de los colónicos, constituyen una entidad poco frecuente. La prevalencia medida en estudios de autopsia es de 0.3%¹, en estudios endoscópicos de 0.4% a 0.9%² y en estudios radiológicos de 1% a 3%³. La incidencia en Colombia no es conocida ni es posible obtener una casuística en los registros del Departamento de Patología del Hospital Universitario del Valle (HUV), en Cali, Colombia.

La importancia de los pólipos gástricos radica en la posibilidad de transformación maligna en algunos de ellos. Su clasificación histológica ha venido evolucionando con el tiempo siendo motivo de controversias y modificaciones frecuentes¹.

1. Profesor Auxiliar, Servicio de Endoscopia, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Asistente y Jefe, Departamento de Patología, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Patólogo Clínico, Banco de Sangre y Laboratorio Clínico, Cruz Roja, Bogotá, D.E., Colombia.

La aparición de la endoscopia digestiva ha variado el enfoque clásico para el manejo de este tipo de pólipos que consistía en resección quirúrgica por laparotomía en los pacientes de bajo riesgo y en observación y seguimiento radiológico en los casos de riesgo operatorio alto⁴. Las técnicas de resección endoscópica de los pólipos colónicos rápidamente se extendieron al tratamiento de los gástricos convirtiéndose en la forma usual de manejo⁴.

MATERIAL Y METODOS

La experiencia con polipectomía endoscópica gastroduodenal en el HUV comenzó en 1984 habiéndose realizado desde entonces el procedimiento en 27 pacientes hasta la fecha. Todos los pólipos gastroduodenales diagnosticados durante este tiempo fueron resecados endoscópicamente. Los procedimientos, exceptuando dos casos que requirieron anestesia general, fueron realizados ambulatoriamente por uno de los autores (HRE) en la Unidad de Endoscopia Digestiva del HUV, bajo anestesia faríngea tópica con lidocaína y sin utilizar sedación. Se emplearon panendoscopios Olympus® K₂ y ACMI® TX-8. Para la resección se utilizaron asas de diatermia ovales de 3 cm y como fuente eléctrica se empleó un electrobisturí Valley-Lab® SSE-2K en la modalidad de corriente mezclada (blended). Los pólipos menores de 0.5 mg se resecaron empleándose pinzas de copa a las que se aplica corriente eléctrica (forceps "calientes").

La técnica endoscópica de resección fue la convencional: una vez identificado el pólipo se abre completamente el asa de polipectomía de tal forma que rodee el tallo en la base cerrándose y a continuación se aplica alternativamente corriente de coagulación y de corte a medida que se va cerrando el asa hasta lograr la sección del pólipo. En

un paciente con un pólipo antral sésil de 4 cm se hizo resección segmentaria ("piecemeal") en cuatro tiempos dentro de la misma sesión endoscópica como es usual en este tipo de pólipos⁴.

Las placas histológicas de 24 pólipos correspondientes a 22 pacientes fueron revisadas por dos de los autores (HRC, ACV) utilizando como referencia la clasificación de la OMS y criterios histopatológicos propuestos por otros autores^{4,6} (Cuadro 1).

Cuadro 1
Clasificación Histológica
de los Pólipos Gástricos

Pólipos neoplásicos

Adenoma
Adenoma con carcinoma
Carcinoma

Pólipos no neoplásicos

Hiperplásico inflamatorio
Hamartomatoso
Tipo Peutz-Jegher
Otros

Heterotópico
Fúndico
Juvenil
Otros

RESULTADOS

Se realizaron polipectomías endoscópicas en 27 pacientes con edades comprendidas entre 9 y 75 años. Se encontraban entre la quinta y la séptima década de la vida 74% de ellos. El sexo femenino predominó (77.7%) con una superioridad de 4 a 1 sobre el masculino.

Se extirparon en total 33 pólipos. En 21 pacientes los pólipos eran únicos, en 2 casos se encontraron 2 pólipos gástricos, en 1 caso se encontraron 3 pólipos, en 2 pacientes se encontró poliposis gástrica múltiple y en 1 caso se encontraron 2 pólipos en duodeno y 1 en estómago; 25 pólipos medían menos de 1 cm, 6 entre 1 y 2 cm y 2 más de 2 cm.

En 15 (55.5%) pacientes los pólipos se localizaron en antro solamente, en 4 en el techo, en 3 en el cuerpo, en 1 en estómago y duodeno, en 1 en antro y techo, en 1 en te-

cho y cuerpo y en 1 caso en la unión esófago-gástrica; en 1 caso no se registró la localización. En 20 pacientes (74%) los pólipos eran sésiles, en 4 pediculados, en los 3 casos restantes no se encontró registro. De 20 pacientes de los que se obtuvieron datos de historia clínica 15 (75%) consultaron por síntomas pépticos y 5 (25%) por hematemesis. Se presentó una sola complicación (4%) al extirparse un pólipo sésil de 2.5 cm produciéndose sangrado arterial que fue inmediatamente controlado por coagulación monopolar a través del endoscopio.

Estudio histológico. La mayoría de los casos correspondió a pólipos no neoplásicos con un total de 20 (82.9%) y de estos los más frecuentes fueron los hiperplásicos inflamatorios con 45.8% del total (Cuadro 2). Los 2 casos de pólipos de tipo hamartomatoso fueron obtenidos del estómago de una niña de 9 años con síndrome de Peutz-Jegher y de una mujer de 45 años. El único caso de cáncer correspondió a un carcinoma temprano, intramucoso, asociado a un pólipo túbulo-papilar sésil localizado en el antro. El espécimen quirúrgico de este caso no mostró tumor residual; la cirugía fue realizada 2 meses después de la polipectomía endoscópica.

Cuadro 2
Revisión Histológica
de los Pólipos Gástricos

Tipo	Diagnóstico previo	Diagnóstico de revisión	% revisión
Adenoma	4	3	12.5
Adenoma con carcinoma hiperplásico inflamatorio	1	1	4.2
Heterotópico	10	11	45.8
Hamartomatoso	-	3	12.5
Otros	3	2	8.3
	6	4	16.7

DISCUSION

La frecuencia de los pólipos gastroduodenales varía en las series publicadas^{4,7}. La presente revisión no permite establecer la frecuencia de esta patología en el HUV porque los pacientes en su gran mayoría fueron remitidos de otros sitios. Es notorio que antes de 1983 no sea posible obtener en los archivos del Departamento de Patología de la Institución más que casos aislados de especímenes quirúrgicos y de autopsias. El aumento observado en la incidencia en los 3 últimos años refleja posiblemente una mejor actitud diagnóstica o un aumento en esta patología como se ha afirmado³.

Los pólipos gástricos no tienen síntomas específicos. En esta serie la mayor parte de ellos fueron diagnosticados dentro del estudio de síntomas pépticos o de sangrado digestivo hecho que coincide con otras publicaciones⁹. La asociación de pólipos gástricos y sangrado digestivo agudo es un hecho clínico poco conocido.

Tanto la radiología como la endoscopia digestiva permiten hacer un diagnóstico adecuado. La ventaja de la endoscopia está en que permite tomar biopsias o, lo que es mejor, realizar inmediatamente la resección endoscópica³. En los pocos casos del estudio, en los que se hizo simultáneamente radiología y endoscopia, los dos estudios coincidieron en el diagnóstico.

La localización de los pólipos coincide con otras series publicadas⁹ encontrándose en las dos terceras partes de los casos en el antro, cerca de una tercera parte en el techo y con menor frecuencia en el cuerpo. A diferencia de otras publicaciones⁹ la mayor parte de los pólipos resecados fueron sésiles.

El manejo tradicional de los pólipos gástricos, consistente en resección por laparotomía de los sospechosos de malignidad y en seguimiento radiológico de los de aspecto benigno, ha sido cambiado por la resección endoscópica terminándose las controversias previas originadas por el manejo tradicional^{1,7}. La primera polipectomía gástrica descrita en la literatura se realizó en 1968⁴ convirtiéndose desde entonces en el método terapéutico de elección por su sencillez, poco riesgo y bajo costo. La toma de biopsias como único procedimiento para descartar malignidad es inaceptable ya que al ser estudiado todo el espécimen el diagnóstico es cambiado en 75% de los casos con respecto a las biopsias iniciales^{1,8,9}. Es recomendable el seguimiento endoscópico de estos pacientes por la posibilidad de aparición de nuevos pólipos⁴.

Las complicaciones de la resección endoscópica incluyen sangrado, dolor y aparición de úlcera en el sitio de la resección⁸. En la serie del presente estudio, un paciente presentó sangrado arterial que se controló con electrocoagulación por vía endoscópica. Esta complicación ha sido descrita en la literatura en 4.2% de los casos⁹ habiendo sido necesario, en algunas oportunidades, operar a los pacientes para controlar el sangrado¹.

Buena parte de la confusión inicial sobre el manejo de los pólipos gástricos se debió a la poca claridad existente respecto a la clasificación patológica^{1,7}. La clasificación más aceptada es la de la OMS⁴ (Cuadro 1) aún cuando se ha publicado otra recientemente⁷ que busca definir con más precisión la potencialidad de malignización de cada

una de las variedades histológicas.

Además de los pólipos bien definidos y con clasificación histológica aceptada, hay otros de reciente descripción o de significado clínico aún confuso y que justifican ser comentados:

Pólipos postgastrectomía. Ha sido motivo de publicaciones en los últimos años la posibilidad de desarrollarse carcinoma en el muñón gástrico 10 ó más años después de realizada la gastrectomía^{10,11}. Se ha postulado que la exposición de la mucosa gástrica a un flujo constante de bilis y jugo pancreático lleva a cambios histológicos de la célula gástrica apareciendo metaplasia, atrofia, transformación quística de las células gástricas, etc. La poliposis del muñón gástrico ha sido llamada gastritis quística poliposa por la hipertrofia quística de las glándulas gástricas que se observa al microscopio; es más frecuente cerca de las anastomosis gastroentérica y se considera potencialmente precancerosa^{12,13}. Estos pólipos tienen la potencialidad de producir sangrado, como uno de los pacientes de esta serie quien consultó por hematemesis encontrándose en la endoscopia un pólipo sésil de 1 cm en el techo gástrico, sangrando activamente y que se controló con polipectomía endoscópica.

Complejo pólipo-pliegue. Hace 9 años fue publicado por primera vez un informe sobre el hallazgo en 8 pacientes de pólipos en la unión esófagogastrica asociado a un pliegue gástrico hipertrófico. Los pólipos eran de características inflamatorias y estaban asociados en todos los casos a reflujo gastroesofágico. Publicaciones más recientes describen hallazgos similares sin asociación con reflujo^{14,15}. Uno de los enfermos de la presente serie tenía un pólipo de este tipo.

Pólipos y cáncer gástrico. La mayor preocupación sobre los pólipos gástricos reside en la posibilidad de originarse en ellos un carcinoma. Aún cuando la relación pólipo-cáncer no tiene en este caso la importancia que existe en los pólipos colónicos, es claro que algunas variedades de pólipos gástricos son claramente precancerosas¹. El hallazgo de un pólipo gástrico obliga a su resección para descartar la presencia de malignidad, para evitar transformación maligna en el futuro o para descartar la posibilidad que se esté ante un cáncer gástrico tipo polipoides³. La posibilidad de cáncer en un pólipo gástrico es alta si mide más de 2 cm, si es sésil y si es adenomatoso¹. El único pólipo con un foco de malignidad en esta serie, tenía esas tres características. Los pólipos hiperplásicos, más frecuentes que los adenomatosos, rara vez se asocian a carcinoma⁹.

El tratamiento de un pólipo gástrico con un foco de carcinoma es controvertido, a diferencia de los pólipos de colon sobre los que existen pautas de manejo bien definidas¹⁶: la resección endoscópica de un pólipo de colon con un foco de malignidad es en general suficiente si el tallo (submucosa) no está tomado, ya que es en este sitio donde se localizan los vasos sanguíneos y linfáticos del pólipo, siendo ellos casi inexistentes en la mucosa; por este motivo un carcinoma en un pólipo colónico que sólo comprometa la mucosa no hace metástasis. A diferencia de la colónica, la mucosa gástrica tiene un comportamiento diferente debido a que en su lámina propia hay vasos sanguíneos y linfáticos lo que permite la existencia de metástasis en tumores que sólo comprometen la mucosa (carcinoma intramucoso)¹⁷.

A diferencia del manejo de pólipos colónicos, no existen series clínicas que permitan una conducta clara sobre el tratamiento adecuado de pólipos gástricos con focos de carcinoma. En 1984 se publicó una serie de 22 pacientes con pólipos gástricos y carcinoma tratados con polipectomía endoscópica¹⁸. Con base en esa experiencia y en estudios previos realizados por el mismo grupo en especímenes quirúrgicos de la misma patología, se recomienda como único tratamiento polipectomía endoscópica si se cumplen los siguientes requisitos: pólipo pediculado, carcinoma temprano de la variedad intramucosa, más de 5 mm de distancia entre el carcinoma y la superficie de corte.

Se debe hacer tratamiento quirúrgico en pólipos sésiles, carcinoma temprano de la variedad submucosa, carcinoma invasivo y distancia menor de 5 mm entre el tumor y la superficie de corte. El único enfermo de la presente serie con cáncer tenía un pólipo sésil de 4 cm en la curva menor del antro resecado en una sola sesión; el estudio histológico mostró un adenoma túbulo-papilar con atipias y un foco de carcinoma intramucoso. De acuerdo a los criterios discutidos el paciente fue sometido a una gastrectomía subtotal no encontrándose en el espécimen quirúrgico evidencia de neoplasia.

Al considerar el papel del patólogo en la evaluación del material de polipectomías y su comunicación con el endoscopista, es necesario anotar que el diagnóstico de pólipo es totalmente macroscópico y por lo tanto es función del endoscopista, correspondiendo al patólogo definir a qué variedad histológica corresponde. La responsabilidad primordial está en determinar si se trata o no de una lesión neoplásica de tipo epitelial; en la presente serie hubo una concordancia de 83.3% con el diagnóstico patológico inicial respecto al diagnóstico de adenoma lo cual es debido a que los criterios de diagnóstico histoló-

gico son los mismos que se utilizan para los adenomas del colon siendo estos ampliamente conocidos por los patólogos.

Los pólipos no neoplásicos corresponden a una gran variedad de lesiones de tipo epitelial y estromal, algunos de pocos milímetros de diámetro, en los cuales la concordancia con el diagnóstico previo es menor debido a la poca similitud con los pólipos colónicos, escasa experiencia en su identificación y falta de criterios histopatológicos bien definidos. En la mayoría de estos casos una descripción microscópica adecuada es suficiente, siendo necesario que el patólogo pueda distinguir algunos tipos histológicos asociados con síndromes clínicos definidos como la poliposis múltiple juvenil, el síndrome de Peutz-Jegher y el de Cronkite-Canada.

La experiencia con 27 pacientes a quienes se practicó polipectomía gástrica endoscópica coincide con los informes de la literatura, siendo este un método sencillo, de bajo costo y con muy pocas complicaciones.

SUMMARY

Gastric polyps are potentially malignant lesions and should therefore be resected: Endoscopic gastric polypectomy is the accepted method of treatment with a very low complication rate. The experience with endoscopic gastric polypectomy ever since the method was introduced at the Hospital Universitario del Valle four years ago is presented. Thirty-three polyps were resected in 27 patients. The microscopic diagnoses in 24 cases were revised.

REFERENCIAS

1. Neimark, S. & Rogers, A.I. Gastric polyps: A review. *Am J Gastroenterol*, 1982, 77: 585-587.
2. Niv, Y. & Bat, L. Inflammatory gastric polyps (letter). *N Engl J Med*, 1985, 313: 697-698.
3. Feczko, P.J., Halpert, R.D. & Ackerman, L.V. Gastric polyps: radiological evaluation and clinical significance. *Radiology*, 1985, 155: 581-584.
4. Ghazi, A., Ferstenberg, H. & Shinya, H. Endoscopic gastroduodenal polypectomy. *Ann Surg*, 1984, 200: 175-180.
5. Kozuka, S. Gastric polyps. In Filipe, M.I. & Tass, J.R. (eds): *Gastric carcinoma*. Churchill-Livingstone, 1986.
6. Appelman, H.D. Localized and extensive expansions of the gastric mucosa: mucosal polyps and giant folds. Pp. 79-118. *Pathology of the esophagus, stomach and duodenum*. Churchill-Livingston, 1984.
7. Nakamura, T. & Nakano, G. Histopathological classification and malignant change in gastric polyps. *J Clin Pathol*, 1985, 38: 754-764.
8. Lanza, F.L., Graham, D.Y., Nelson, R.S., Godines, R. & Mckechnie, J.M. Endoscopic upper gastrointestinal poly-

- pectomy. *Am J Gastroenterol*, 1981, 75: 345-348.
9. Hughes, R.W. Gastric polyps and polypectomy: rationale, technique and complications. *Gastrointest Endosc*, 1984, 30: 101-102.
10. Greene, F.L. Early detection of gastric remnant carcinoma. *Arch Surg*, 1987, 122: 300-303.
11. Morgenstern, L., Yamakawa, T. & Seltzer, D. Carcinoma of the gastric stump. *Am J Surg*, 1973, 125: 29-38.
12. Delpre, G., Kadish, U., Avidor, I. Postgastrectomy polyps and polyps at the site of anastomosis-further considerations (letter). *Gastrointest Endosc*, 1986, 32: 247.
13. Weinshel, E., Folkstein, D.B. & Raicht, R.F. Post-gastrectomy polyps a cause of bleeding. *Gastrointest Endosc*, 1985, 31: 202-204.
14. Styles, R., Gibb, S.P. Tarshis, A., Silverman, M.L. & Scholz, F.J. Esophagogastric polyps: radiographic and endoscopic findings. *Radiology*, 1985, 154: 307-311.
15. Van der Veer, L.D. Kramer, K., Relkin, R. & Clearfield, H. The esophagogastric polyp-fold complex. *Am J Gastroenterol*, 1984, 79: 918-920.
16. Echavarría, H.R. Polipectomía endoscópica de colon: experiencia en el Hospital Universitario del Valle. *Colombia Med*, 1987, 18: 62-64.
17. Abe, S. & Ogawa, Y. Early gastric cancer: results in a general hospital in Japan. *World J Surg*, 1984, 8: 308-314.
18. Oguro, Y., Hirashima, T. & Tajiri, H. Endoscopic treatment of early gastric cancer: polypectomy and laser treatment. *Jpn J Clin Oncol*, 1984, 14: 271-282.

**LA PUBLICACION DE ESTA REVISTA
ES POSIBLE POR LA COLABORACION DEL
DECANATO DE LA FACULTAD DE SALUD,
UNIVERSIDAD DEL VALLE**

