

Poliposis inflamatoria gigante difusa*

Drs. MARÍA ISABEL QUIJADA G.¹, ALEJANDRO BARRERA E.¹,
GUILLERMO BANNURA C.¹, CARLOS MELO L.¹

¹ Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Abstract

Diffuse giant inflammatory polyposis. Report of one case

We report a 41 years old male, presenting with hematochezia, diarrhea and weight loss. A colonoscopy showed a great number of polyps of varying sizes, specially distributed in the left and transverse colon. The patient was subjected to a total colectomy. The pathological examination of the surgical piece revealed an intense inflammatory reaction with areas of erosion and ulcers, crypt abscesses and numerous pseudo polyps. The pathological diagnosis was an active pancolitis with giant pseudo polyposis.

Key words: Colitis, pseudo polyps, colectomy.

Resumen

Presentamos un caso de poliposis inflamatoria gigante (PIG) difusa operado por la sospecha de un cáncer en el colon transverso. Esta entidad es una rara manifestación de una enfermedad inflamatoria intestinal y se asocia en dos tercios de los casos con la enfermedad de Crohn. Las manifestaciones clínicas son semejantes a la de cualquier enfermedad inflamatoria y puede presentarse con síntomas derivados de las masas polipoideas colónicas. El tratamiento recomendado es la resección colónica con el estudio histopatológico completo que permita descartar una neoplasia del colon

Palabras clave: Poliposis, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon.

Introducción

La poliposis inflamatoria gigante (PIG), también llamada seudo-poliposis inflamatoria o poliposis filiforme, es una manifestación extrema y poco común de las poliposis inflamatorias, frecuentemente asociadas a una enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Sus características más destacadas son la presencia de inflamación del intestino y la aparición de pólipos de al menos 1,5 cm de tamaño, los

que se pueden asociar a otros de menor tamaño¹. Habitualmente se presenta con un patrón segmentario, con lesiones circunferenciales que se ubican de preferencia en el colon izquierdo^{2,3}, aunque existen formas difusas con compromiso de grandes segmentos de colon hasta en el 30% de los casos⁴. Los síntomas varían desde molestias menores en los casos segmentarios, hasta graves manifestaciones de una enfermedad inflamatoria intestinal como dolor abdominal, diarrea, sangrado, anemia y baja

*Recibido el 11 de Mayo de 2010 y aceptado para publicación el 12 de Junio de 2010.

Correspondencia: Dr. Alejandro Barrera E.
Apoquindo 8160 Dpto. 31 Las Condes, Santiago, Chile.
E-mail: abarrera@med.uchile.cl

de peso. Pueden asociarse con otras manifestaciones de la poliposis, como la presencia de masa palpable, obstrucción e intususcepción intestinal en los casos más graves^{1,4,5}. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso extremo de PIG intervenido con el diagnóstico presuntivo de cáncer de colon en el contexto de una poliposis gigante de etiología incierta.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 41 años de edad sin antecedentes mórbidos conocidos, con una historia de un año de evolución caracterizada por dolor abdominal difuso, asociado a deposiciones líquidas, cuadro que se intensifica en marzo de 2008, con la aparición de deposiciones sanguinolentas, fiebre alta y baja de peso de 30 kg en 5 meses. Consulta en agosto de 2008 en el servicio de urgencia, donde se hospitaliza e inicia tratamiento antibiótico. La colonoscopia mostró un gran número de pólipos de distinto tamaño distribuidos principalmente en el colon izquierdo, pero que se extienden hasta el colon transverso. Es informada como un síndrome poliposo con componente adenomatoso. La anatomía patológica comprobó que se trataban de pólipos hiperplásicos con algunos signos de displasia leve. Ingres a nuestro Hospital con el diagnóstico de síndrome diarreico crónico y poliposis colónica. Al examen físico se aprecia un paciente enflaquecido, con marcado compromiso del estado general con un índice de Karnofsky de 60%. Se destaca la pérdida de grasa corporal y masa muscular, con un peso de 58 kilos (IMC 20,4). En el abdomen se constata una masa dolorosa ubicada en epigastrio y flanco izquierdo de límites mal definidos, no adherida a planos profundos. Evoluciona febril, anémico, con mala respuesta al tratamiento por persistencia del dolor abdominal y diarrea sanguinolenta. Se realiza nueva colonoscopia que muestra una estenosis parcial del colon transverso y una poliposis múltiple con alta probabilidad de transformación neoplásica. La biopsia endoscópica revela una colitis crónica activa erosiva con formación de pseudopólipos. La tomografía computada con enterocclisis informa una poliposis colónica total de predominio izquierdo y probable compromiso del yeyuno. Por la discordancia entre los hallazgos endoscópicos, el examen físico y la enterocclisis se solicita un enema baritado de doble contraste que muestra una poliposis colónica múltiple que compromete todo el colon izquierdo y el colon transverso asociado a un dolicosigmoides. En el colon transverso se aprecia una lesión estenosante, por lo que no puede descartarse una neoplasia (Figura 1). Dada la duda diagnóstica, la probabilidad de neoplasia y la mala respuesta al tratamiento se

decide la cirugía con el diagnóstico de neoplasia del colon transverso, síndrome poliposo asociado a una enfermedad inflamatoria intestinal de stirpe no determinada. En la cirugía se realiza una colectomía total con cierre del muñón rectal e ileostomía terminal. Al abrir la pieza operatoria se aprecia gran cantidad de lesiones polipoideas de distinto tamaño con úlceras profundas entre los pólipos (Figuras 2 a 4). La evolución postoperatoria se complicó con un cuadro de ascitis infectada que requiere un aseo peritoneal, luego del cual presenta una recuperación lenta y progresiva. Actualmente se encuentra en control ambulatorio, con un alza de peso de 15 kilos y en espera de la reconstitución del tránsito intestinal.

La anatomía patológica de la pieza operatoria muestra una intensa inflamación linfoplasmocitaria, áreas de erosión y úlceras con inflamación aguda y crónica, la presencia de algunos abscesos crípticos y numerosos pseudo-pólipos de distinto tamaño, los mayores de 3 cm. En algunas zonas las úlceras alcanzan hasta la muscular propia (Figura 5). Los cambios son acentuados en el colon transverso y en el colon sigmoides y más leves en el colon derecho. El diagnóstico histológico es una pancolitis crónica activa con pseudo-poliposis gigante. Los cambios descritos son compatibles con una colitis ulcerosa, pero la presencia de úlceras profundas no permite descartar una enfermedad de Crohn.



Figura 1. Enema baritado: imagen de mordida de manzana en colon transverso. Poliposis gigante difusa.



Figura 2. Poliposis gigante de predominio en colon izquierdo y colon transverso.



Figura 3. Poliposis gigante difusa: lesiones elevadas gigantes múltiples con úlceras profundas.

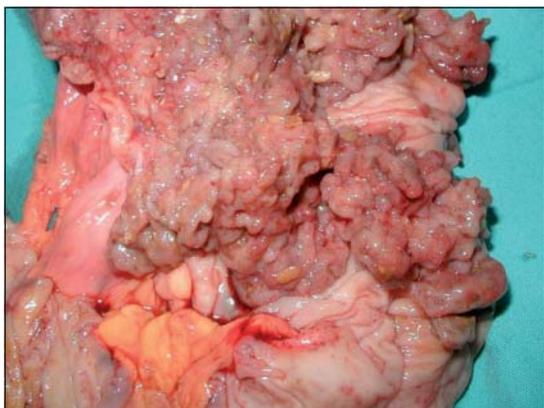


Figura 4. Detalle de la poliposis inflamatoria gigante en colon transverso que puede simular una neoplasia.

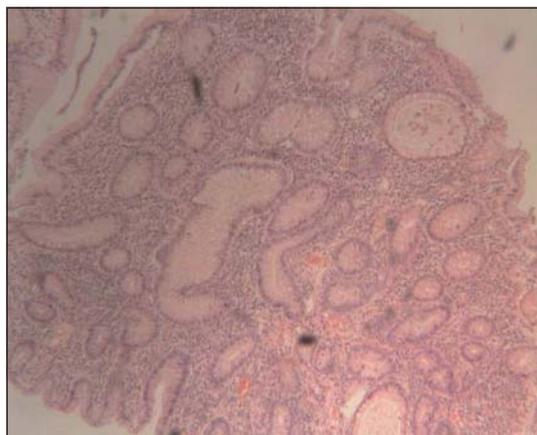


Figura 5. Poliposis inflamatoria gigante: acentuada inflamación linfoplasmocitaria con úlceras y abscesos cripticos. H&E x 40.

Discusión

La presencia de pólipos inflamatorios se describe entre el 10 y 20% de los pacientes portadores de una colitis ulcerosa idiopática⁶, aunque pueden ser encontrados además en la enfermedad de Crohn⁷, en la colitis infecciosa o isquémica⁸. En raras ocasiones los pólipos alcanzan un mayor tamaño, definido arbitrariamente como 1,5 cm⁹, son tan numerosos que no se pueden contar y comprometen gran parte o la totalidad del colon, constituyendo una PIG. Existe controversia respecto de la asociación existente entre esta entidad y la colitis ulcerativa idiopática y la enfermedad de Crohn. Un estudio antiguo muestra una incidencia de colitis ulcerosa en el 55% de los pacientes que presentan una PIG¹⁰. Sin embargo, publicaciones más recientes señalan que cerca de

los dos tercios de los pacientes con una PIG tienen una enfermedad de Crohn y sólo un tercio una colitis ulcerosa³. El compromiso puede ser variable, sin embargo, es más frecuente que se encuentre afectado el colon descendente y sigmoideas. El compromiso del colon transverso y derecho es excepcional¹¹.

La presentación clínica puede no variar de la clásica de una enfermedad inflamatoria, acompañada de diarrea, sangrado que puede llevar a la anemia crónica, dolor abdominal y baja de peso. Sin embargo, en algunos casos como el que se presenta, destaca la presencia de una masa abdominal o la aparición de complicaciones dadas por la presencia y el tamaño de los pólipos, tales como la intususcepción intestinal o la obstrucción intestinal mecánica^{5,12}. La patogenia de los pólipos está relacionada con una regeneración exagerada con una proliferación

hiperplástica de la mucosa remanente entre las úlceras¹⁰. Los hallazgos histológicos son semejantes a los encontrados en los pólipos inflamatorios, es decir, infiltrado inflamatorio sobre la muscular de la mucosa, asociado a úlceras profundas e hiperplasia linfoide. Los casos segmentarios o asociados con estenosis pueden confundirse con una neoplasia. La disposición filiforme de los pólipos puede ser confundida con un cáncer fungiforme³. Esta entidad es considerada una patología benigna dado que los reportes que se asocian con neoplasia son excepcionales¹⁴. Sin embargo, es perentorio considerar el cáncer entre los diagnósticos diferenciales de una PIG.

Algunos autores han propuesto que dada la escasa asociación con neoplasia estos pacientes debieran ser tratados en forma médica. Sin embargo, si los hallazgos endoscópicos, radiológicos o clínicos orientan hacia una neoplasia, la colectomía debe ser efectuada para obtener un estudio histopatológico completo que la descarte¹.

En resumen, se presenta un caso de PIG en que se planteó el tratamiento quirúrgico por la sospecha de una neoplasia del colon transversal, en el cual la biopsia de la pieza quirúrgica mostró una colitis indeterminada con grandes pseudopólipos e inflamación hasta la muscular propia. El tratamiento efectuado fue una colectomía total con ileostomía terminal con recuperación de su estado general en forma progresiva.

Referencias

1. Sheikholeslami MR, Schaefer RF, Mukunyadzi P. Diffuse giant inflammatory polypoidosis. A challenging clinicopathologic diagnosis. *Arch Pathol Lab Med* 2004; 128: 1286-1288.
2. Goldglaber MB. Pseudopolyposis in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1965; 8: 355-363.
3. Kelly JK, Langevin JM, Price LM, Hershfield NB, Share S, Blustein P. Giant and symptomatic inflammatory polyps of the colon in idiopathic inflammatory bowel disease. *Am J Surg Pathol* 1986; 10: 420-428.
4. Renison DM, Forouhar FA, Levine JB, Breiter JR. Filiform polyposis of the colon presenting as massive hemorrhage: an uncommon complication of Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 413-416.
5. Yada S, Matsamoto T, Kudo T, Hirahasi M, Mibu R, Lida M. Colonic obstruction due to giant inflammatory polyposis in a patient with ulcerative colitis. *J Gastroenterol* 2005; 40: 536-539.
6. Jalan KN, Walker RJ, Sircus W, MacManus JPA, Prescott RJ. Pseudopolyposis in ulcerative colitis. *Lancet* 1969; 2: 555-559.
7. Freeman AH, Berridge FR, Dick AP, Gleeson JA, Zeegen R. Pseudopolyposis in Crohn's disease. *Br J Radiol* 1978; 51: 782-787.
8. Levine DS, Surawicz CM, Spencer GD, Rohman CA, Silverstein FE. Inflammatory polyposis two years after ischemic colon injury. *Dig Dis Sci* 1986; 31: 1159-1167.
9. Hinrichs HR, Goldman H. Localized giant pseudopolyposis of the colon. *JAMA* 1968; 205: 248-249.
10. Buchanan WM, Fyfe AHB. Giant pseudopolyposis in granulomatous colitis. *J Pathol* 1978; 127: 51-54.
11. Schneider R, Dickersin GR, Patterson JF. Localized giant pseudopolyposis: a complication of granulomatous colitis. *Dig Dis* 1973; 18: 265-270.
12. Bernstein JR, Ghahremani GG, Paige ML, Rosenberg JL. Localized giant pseudopolyposis of the colon in ulcerative and granulomatous colitis. *Gastrointest Radiol* 1978; 3: 431-435.
13. Kusunoki M, Nishigami T, Yanagi H. Occult cancer in localized giant pseudopolyposis. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 379-381.