



Pólipos gástricos, a propósito de un caso

Gastric polyps, about a case Gastric polyps

Francisco Javier Suárez-Guzmán^{1,2,a}

Resumen

Los pólipos gástricos son lesiones asintomáticas descubiertas accidentalmente en las endoscopias digestivas altas. Los pólipos hiperplásicos son los más comunes en los países occidentales (1-6%), su frecuencia varía dependiendo del tipo de población, características del estudio, tipo de equipo, etc. Varón de 29 años, con epigastralgia y pérdida de unos 12 kg, diagnosticado de pólipos hiperplásicos por endoscopia y confirmados por biopsia. El 90% de los pólipos gástricos hiperplásicos son asintomáticos. El aumento del uso de la gastroscopia ha incrementado el número de diagnósticos. Suelen ir asociados a infección por *H. pylori*. Posteriormente se deben realizar biopsias y endoscopias para descartar lesiones malignas y tener un seguimiento. La polipsectomía fue optativa del paciente, ya que, debido al tamaño de los pólipos, existía un importante riesgo de hemorragia.

Palabras claves: endoscopia del sistema digestivo, helicobacter pylori, inhibidores de la bomba de protones, pólipos gástricos hiperplásicos

Abstract

Gastric polyps are asymptomatic lesions discovered accidentally during upper gastrointestinal endoscopies. Hyperplastic polyps (HP) are the most common in Western countries (1-6%), its frequency varies depending on the type of population, study characteristics, type of equipment, etc. 29-year-old man, with epigastric pain and loss of about 12 kg, diagnosed with hyperplastic polyps by endoscopy and confirmed by biopsy. 90% of hyperplastic gastric polyps are asymptomatic. The increased in the use of gastroscopy has incremented the number of diagnoses. They are usually associated with *H. pylori* infection. Subsequently, biopsies and endoscopies must be performed to rule out malignant lesions and have follow-up. Polypectomy was optional for the patient, since, due to the size of the polyps, there was a significant risk of hemorrhage.

Keywords: endoscopy of the digestive system, helicobacter pylori, proton pump inhibitors, hyperplastic gastric polyps

Recibido el

14 de marzo de 2024

Aceptado

07 de octubre de 2024

¹Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica. Hospital Universitario de Badajoz. Badajoz. España.

²Grupo de Investigación Biomarcadores de Neurodegeneración en Cerebro del Gobierno de Extremadura. España.

^aDoctor en Medicina por la Universidad de Extremadura, España.
<https://orcid.org/0000-0002-8295-4005>.

*Correspondencia:

Franciscojavier Suárez-Guzmán

Correo electrónico:

fcjsuarez@telefonica.net

Doi:

<https://doi.org/10.47993/gmb.v47i2.848>

Los pólipos gástricos (PG) son lesiones lumbales normalmente asintomáticas, que sobresalen de la mucosa, y cuyo descubrimiento suele ser accidental al realizar una endoscopia digestiva alta (EDA)^{1,2}. Los PG se descubren en el 1 al 6% de las EDA, y entre el 0,1 y 0,8% de las autopsias, dependiendo su frecuencia del tipo de población evaluada, características del estudio, tipo de equipo utilizado, etc.³. Se han relacionado con distintas causas como la infección por *H. pylori*, el cada vez mayor uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) o la gastritis crónica atrófica, entre otros⁴. El aumento del uso de las endoscopias ha incrementado proporcionalmente la detección de dichos pólipos⁵.

Caso clínico

Varón de 29 años de edad, raza caucásica, sin antecedentes personales reseñables. Consulta por epigastralgia de varias semanas de desarrollo, que se ha agravado últimamente, inapetencia, náuseas y vómitos, así como haber perdido aproximadamente 12 kg. Afebril. A la exploración: vigil, atento, normohidratado, colaborador, eupneico y normocoloreado, no mostrando exantemas, petequias, ni signos de irritación meníngea. A la auscultación cardiopulmonar: rítmico, controlado, no soplos ni roces, no presentando ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio, no muestra signos de masas ni megalias, Blumberg y Murphy negativos, encontrando algunos ruidos hidroaéreos. Miembros inferiores sin edemas con pulsos conservados. Se realiza analítica con hemograma y coagulación normales; bioquímica: glucemia 87 mg/dl, urea 36 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, bilirrubina total 0,47 mg/dl, sodio 135 mmol/l, potasio 4,1 mmol/l, LDH 208 UI/l, GPT 29 UI/l, amilasa 50 UI/l, proteína C reactiva 0,3 mg/l. Rx abdomen sin hallazgos patológicos, Rx tórax no presentando derrame, ni neumoperitoneo. Se decide ordenar una EDA con anestesia tópica faríngea e hidrocloreuro de petidina 25 mg más midazolam 1 mg intravenosos, encontrando en orofaringe epiglotis abarquillada de aspecto edematoso, laringe con eritema en pliegues interaritenoides posterior compatible con reflujo. En esófago se observa mucosa normal con línea Z en situación normal con impresión hiatal a su nivel, no presentado signos de esofagitis. En estómago se aprecia lago mucoso blanquecino normal, fundus en visión directa sin lesiones focales, en cuerpo alto hacia cara posterior se observa pólipo sésil hiperplásico de unos 8 mm, mientras que en cara posterior se detecta pólipo semipedunculado de 1,5 cm. de cabeza, y otro de 1,5 cm en cuerpo alto de la curvatura mayor, teniendo el aspecto de pólipos gástricos hiperplásicos (PGH). En el cuerpo medio en su cara inferior se

divisan dos pólipos de unos 8 mm. En antro se localiza un pólipo de unos 8 mm semipediculado. Píloro normal. Duodeno con bulbo duodenal no deformado, con placas eritematosas compatibles con duodenitis aguda erosiva. Segunda porción duodenal normal. Se realiza biopsia de antro, presentando uno de los fragmentos dos focos puntuales de inflamación crónica y aguda de lámina propia, con evidencia de criptitis activa. También se realiza test de ureasa que es negativo.

Dada la pérdida de peso se decide realizar TAC de tórax, así como de abdomen y pelvis con agua vía oral, y como contraste yodado intravenoso 370 mg/ml de iopromida, para descartar proceso neoforativo, encontrando un corazón de tamaño normal, con banda de líquido pericárdico anterior de unos 10 mm de anchura. Discreto aumento del calibre de la aorta ascendente. No se detectan adenopatías mediastínicas, hiliares o en axilas, de volumen significativo. Tenue aumento de densidad del parénquima pulmonar periférico de ambos lóbulos inferiores, con tenues micronódulos subpleurales o pleurales inespecíficos. No existe derrame pleural. Hígado de tamaño normal y densitometría homogénea, con lesión hipodensa subcentimétrica en segmento II y área hipodensa de esteatosis focal en segmento IV adyacente a la cisura del ligamento redondo. Vías biliares no dilatadas. Bazo, suprarrenales, páncreas y grandes vasos retroperitoneales sin hallazgos significativos. Estómago relleno con agua, siendo visible en la luz gástrica imágenes polipoideas o pseudopolipoideas por la disposición de pliegues gástricos, algunos en posible relación con imágenes vistas en gastroscopia. No se identifican adenopatías retroperitoneales, mesentéricas, ni en cadenas pélvicas. Resto sin hallazgos significativos.

Debido al líquido pericárdico hallado, se practica un ecocardiograma transtorácico no detectando nada anormal.

Tras describir al paciente las ventajas y desventajas de la polipectomía gástrica, existiendo en este caso un importante riesgo de sangrado por el tamaño de los pólipos, lo cual obligaría a un mayor tiempo de exploración y a una sedación profunda bajo control por anestesta, el paciente accede a la realización de la polipectomía.

Se realiza polipectomía esófago-gastro-duodenal, con anestesia tópica faríngea y sedación profunda, con buena tolerancia. En estómago se localizan los dos pólipos de mayor tamaño en cuerpo alto. Se inicia primero la polipectomía de un pólipo de 1,5 cm con tallo ancho de 1,5 cm en cuerpo alto hacia curvatura menor. Se inyecta en la base del pólipo 1 cc de adrenalina 1:10000 y 2 cc de etoxiesclerol al 1%, consiguiendo edematizar el tallo. Se enlaza con asa de polipectomía y se secciona con coagulación. Tras la extirpación se produce leve sangrado desde el tallo. En una primera sesión se colocan sobre el tallo dos clips hemostáticos y se observa la detención del sangrado, y en un segundo tiempo, en retrovisión, se coloca un tercer clip. Posteriormente se inicia la polipectomía de un pólipo de 1,5 cm en curvatura mayor, repitiendo la maniobra de edematización del tallo. Se secciona dejando una escara limpia algo profunda, colocándose tres clips hemostáticos para cerrarla. No se observa sangrado. Dado lo prolongado de la exploración y el sangrado, no se realizan más polipectomías. Se extraen los pólipos con un asa de red, y se reintroduce el endoscopio para confirmar la estabilidad de las escaras. No se visualiza sangrado activo.

Se recomienda durante tres días IBP para la estabilización de los coágulos y disminuir el riesgo de sangrado. Dieta absoluta 8 horas, control de TA y frecuencia cardiaca, así como de las heces. Si sangrado con estabilidad hemodinámica valorar segunda endoscopia, con pérdida de la estabilidad solicitar valoración por cirujano.

El resultado de las biopsias arroja dos PGH. El control analítico ofrece cifras dentro de la normalidad. El paciente no presentó ningún episodio postoperatorio digno de mención, siendo citado para revisiones anuales.

Discusión

Los pólipos gástricos son una extracolónica y común manifestación de la poliposis familiar adenomatosa⁶. Los pólipos convencionales tienen diferente prevalencia en distintas partes del mundo, siendo los hiperplásicos los más comunes en países occidentales, seguidos de los inflamatorios, mientras que en China son los inflamatorios los más frecuentes⁷. Los PGH se detectan en todas las edades, pero la incidencia mayor es entre los 65 y los 70 años de edad, siendo más habituales en mujeres⁸. Un creciente número de estudios han demostrado que los PGH pueden complicarse con displasia y cánceres, especialmente los mayores de 2 cm, en una probabilidad entre el 0,6 y el 4,5%⁹. Los PGH pueden desarrollar una ectasia vascular gástrica con hemorragias en antro, después de la electrocoagulación¹⁰. En general los PGH crecen a partir de una atrofia de la mucosa gástrica, originada por infecciones de *H. pylori*, o gastritis autoinmunes^{11,12}, aunque en este caso el test de *H. pylori* fue negativo.

La mayoría de los PGH son de menos de 2 cm. y asintomáticos, siendo la gastroscopia el pilar del diagnóstico y tratamiento clínico¹³. Los pólipos de mayor tamaño pueden manifestarse como hemorragias digestivas altas, anemia ferropénica u obstrucción gástrica¹⁴. Los PGH suelen ser solitarios y de predominio antral (60%), múltiples pólipos se dan en el 20% de los casos, careciendo los pequeños de mutaciones genéticas patológicas¹⁵. El manejo de los PGH está determinado por el tamaño de las lesiones, o si se detecta displasia, siendo la resección endoscópica el tratamiento elegido¹⁶. La mayoría de los PGH pueden ser diagnosticados y tratados usando solamente la endoscopia, recomendándose actualmente la resección de los mayores de 5

mm, especialmente si son pedunculados¹⁷. El diagnóstico se debe basar en el estudio anatomopatológico de las biopsias¹⁸.

Es importante estar alerta ante los pacientes con elevado y continuado consumo de IBP, ordenar pruebas diagnósticas en aquellos que presenten dolor abdominal inespecífico, sangre en heces o anemia, así como realizar a los ya diagnosticados o tratados controles endoscópicos periódicos.

Conclusiones

Los PGH son los más comunes de los pólipos gástricos en países occidentales. El 90% son asintomáticos. El aumento del uso de la gastroscopia ha incrementado el número de diagnósticos, la mayoría accidentales como resultado del estudio de otros síntomas. Suelen ir asociados a infección por *H. pylori*. Se deben realizar biopsias para completar el estudio y descartar lesiones malignas, así como endoscopias sucesivas para vigilar posibles malignizaciones. En el caso que nos ocupa, la polipectomía fue optativa del paciente, debido al tamaño de los pólipos, que incrementaba el riesgo de sangrado.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales

El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

El autor declara que en este artículo no aparecen datos del paciente.

Uso de inteligencia artificial para generar textos

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Financiación

Ninguna declarado por el autor.

Agradecimientos

Ninguno declarado por el autor.

Referencias bibliográficas

- Argüello L, Córdova H, Uchima H, Sánchez-Montes C, Ginés A, Araujo I, et al. Pólipos gástricos: análisis retrospectivo de 41.253 endoscopias digestivas altas. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;40(8):507-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28222897/>.
- Macías-Rodríguez RU, García-Flores OC, Ruíz-Margáin AR, Barreto-Zúñiga R. Evaluación de los pólipos gástricos en endoscopia. *Endoscopia*. 2014;26(2):62-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endomx.2014.03.001>.
- Markowski AR, Markowska A, Guzinska-Ustymowicz K. Pathophysiological and clinical aspects of gastric hyperplastic polyps. *World J Gastroenterol*. 2016;22(40):8883-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27833379/>.
- Elhanafi S, Saadi M, Lou W, Mallawaarachchi I, Dwivedi A, Zuckerman M, Othman MO. Gastric polyps: Association with *Helicobacter pylori* status and the pathology of the surrounding mucosa, a cross sectional study. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7(10):995-1002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26265993/>.
- Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saboorian MH. The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120.000 patients. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(6):1524-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19491866/>.
- Mankaney GN, Cruise M, Sarvepalli S, Bhatt A, Liska D, Burke CA. Identifying factors associated with detection of sessile gastric polyps in patients with familial adenomatous polyposis. *Endosc Int Open*. 2022;10(8):E1080-E1087. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35979026/>. DOI: 10.1055/a-1839-5185.
- Zhang Z, Guo Z, Zhang J, Yu X. Diffuse benign inflammatory gastric polyps: A rare case in a young female: Case report and review of the literature. *Front Surg*. 2023;9:1090622. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36684282/>.
- Xing Y, Han H, Wang Y, Sun Z, Wang L, Peng D, et al. How to improve the diagnosis of neoplastic transformation of gastric hyperplastic polyps in the context of autoimmune gastritis?: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(48):e32204. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36482631/>.
- Yamanaka K, Miyatani H, Yoshida Y, Ishii T, Asabe S, Takada O, et al. Malignant transformation of a gastric hyperplastic polyp in a context of *Helicobacter pylori*-negative autoimmune gastritis: a case report. *BMC Gastroenterol*. 2016;16(1):130. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27729029/>. DOI: 10.1186/s12876-016-0537-x.
- Harada S, Sakakibara Y, Ishida H, Mori K, Mita E. Early Gastric Cancer Arising From Hyperplastic Polyps After Argon Plasma Coagulation for Gastric Vascular Ectasia. *ACG Case Rep J*. 2023;10(1):e00953. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36699190/>.
- Jain R, Chetty R. Gastric hyperplastic polyps: a review. *Dig Dis Sci*. 2009;54(9):1839-46.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19037727/>.

12. Terao S, Suzuki S, Yaita H, Kurahara K, Shunto J, Furuta T, et al. Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. *Dig Endosc.* 2020;32(3):364-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31368581/>.

13. Wysocki AP, Taylor G, Windsor JA. Inflammatory fibroid polyps of the duodenum: a review of the literature. *Dig Surg.* 2007;24(3):162-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17476106/>.

14. Jain A, Chaudhary D, Goyal S, Agarwal AK, Sakhuja P. Giant hyperplastic gastric polyp: A diagnostic dilemma!! *Indian J Pathol Microbiol.* 2022;65(4):914-17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36308206/>.

15. Kóvári B, Kim BH, Lauwers GY. The pathology of gastric and duodenal polyps: current concepts. *Histopathology.* 2021;78(1):106-24. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33382489/>.

16. Banks M, Graham D, Jansen M, Gotoda T, Coda S, di Pietro M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric

adenocarcinoma. *Gut.* 2019;68(9):1545-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31278206/>.

17. Evans JA, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Decker GA, Early DS, Fisher DA, et al. The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. *Gastrointest Endosc.* 2015;82(1):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25935705/>.

18. Andersen JW, Jensen TM, Kjær DW, Oppfeldt AM. The management of gastric polyps. *Ugeskr Laeger.* 2022;184(18):V10210773. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35506619/>.