

## Imagen del mes

### Pólipos gástricos múltiples en un paciente joven

Sara Maquilón T.<sup>1</sup>, Carlos Agüero L.<sup>1</sup>, Marcela Martínez B.<sup>2</sup>, Gonzalo Urrejola S.<sup>3</sup>, David Oddó B.<sup>4</sup>, Natalia Gómez A.<sup>4</sup> y Andrés Rivas B.<sup>1</sup>

Image of the month

Multiple gastric polyps in a young patient

Paciente masculino de 24 años con antecedentes de poliposis adenomatosa familiar (*familial adenomatous polyposis-FAP*, por sus siglas en inglés) diagnosticada el 2016 en contexto de rectorragia. Operado de proctocolectomía en septiembre de 2016 por biopsia de pólipo compatible con adenocarcinoma intramucoso. En la pieza quirúrgica, el análisis histológico se informa con múltiples adenomas tubulares con displasia de bajo grado y sin compromiso neoplásico de ganglios.

Se mantiene en controles con cirujano tratante y con reservorioscopias. En febrero de 2018 se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) y baja.

En la EDA el estómago es amplio y distensible. La inspección de la región subcardial en retrovisión revela un aspecto normal sin lesiones (Figura 1A). La mucosa del fondo y cuerpo exhibe pliegues conservados y presenta múltiples pólipos (más de 100) menores de 10 mm, sin ulceraciones, se biopsian 4 pólipos de aspecto adenomatoso (Figuras 1B, 1C, 1D, 1E y 1F). El antro y píloro son de aspecto normal (Ver Figura 1G). El bulbo es amplio y no presenta lesiones ni cicatrices. La segunda porción exhibe pliegues normales en número, grosor y superficie. En la segunda porción se observa lesión protruida con depresión central que se biopsia (Figura 1H).

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna Hospital El Carmen Maipú, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Departamento de Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>4</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Recibido: 10 de mayo de 2018  
Aceptado: 16 de junio de 2018

**Correspondencia a:**  
Dra. Sara Maquilón Tamayo  
Diagonal Paraguay 362 – 4° piso, Santiago.  
Tel.: [+56 2] 23543822  
saramaquilon@gmail.com

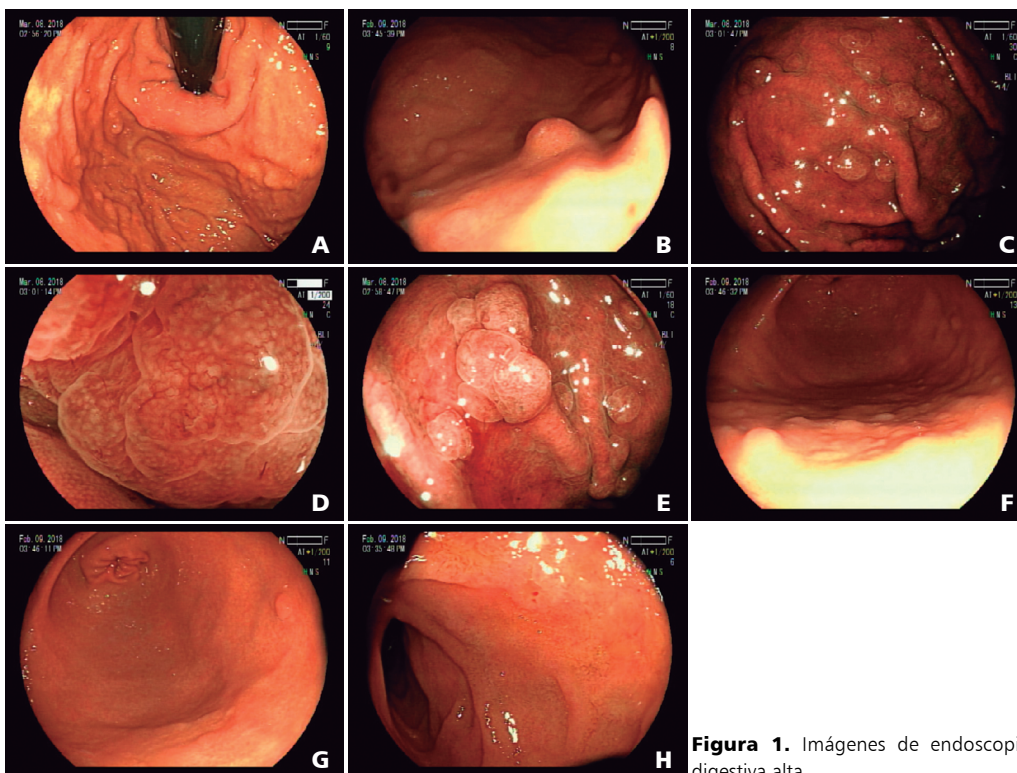
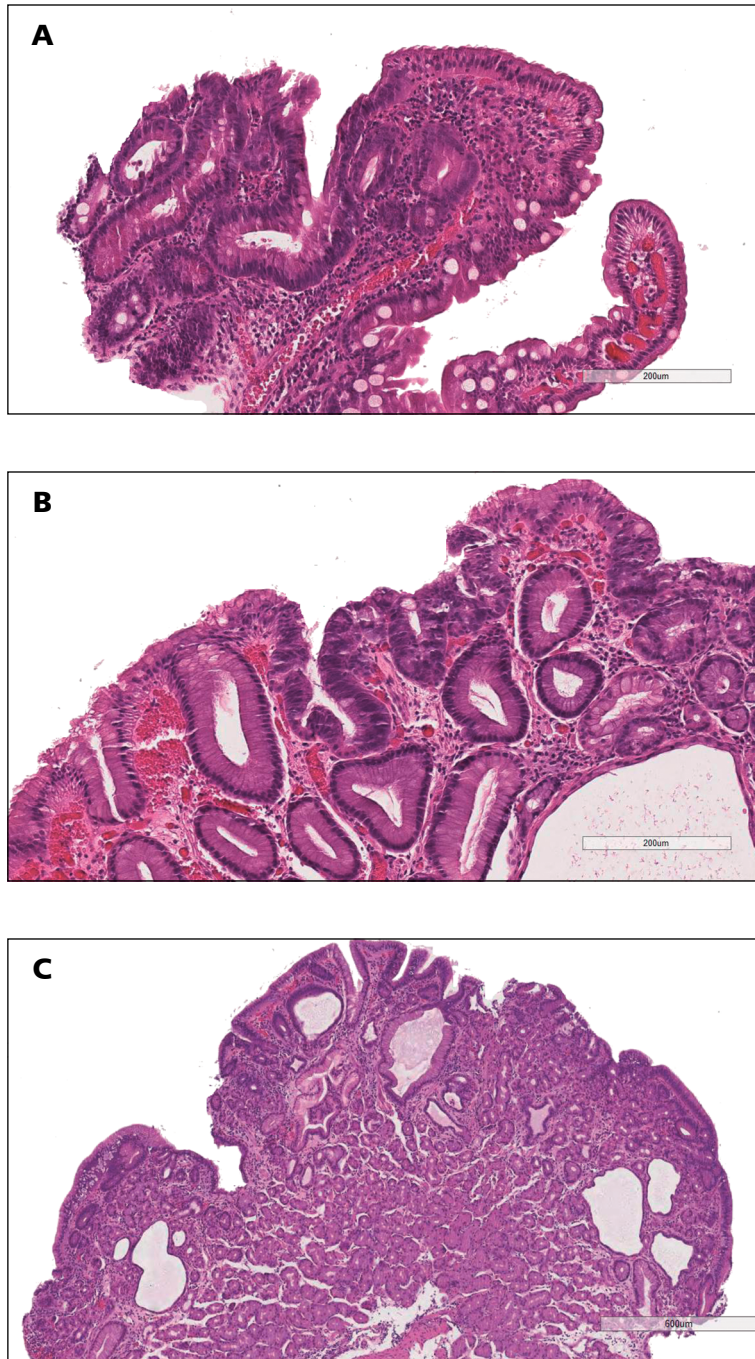


Figura 1. Imágenes de endoscopia digestiva alta.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Imágenes en Gastroenterología

En las biopsias se informa adenoma tubular con displasia de bajo grado en pólipo duodenal (Figura 2A), adenoma tubular con displasia de bajo grado en mucosa gástrica de tipo corporal (Figura 2B) y pólipo de glándula fúndica (Figura 2C). Sin presencia de bacilos del tipo *Helicobacter pylori*.



**Figura 2.** Histología de pólipos gástricos y duodenales.

## Discusión

La FAP es una enfermedad hereditaria autosómica dominante caracterizada primariamente por el desarrollo de adenomas y carcinomas colorrectales<sup>1</sup>. Se produce por una mutación en el gen APC (*adenomatous polyposis coli*) que codifica una proteína que juega un importante papel en la supresión tumoral<sup>2</sup>.

Secundariamente se conoce el mayor riesgo de adenomas gástricos y duodenales, así como de neoplasias tiroideas y tumores desmoides<sup>3</sup>.

Dentro de las lesiones gástricas, las más frecuentes son los pólipos de glándulas fúndicas que se presentan entre 20 a 88% de los pacientes con FAP<sup>1,4</sup>.

La prevalencia de adenomas gástricos en pacientes con FAP va desde 10% en series de Estados Unidos a 36-50% en estudios realizados en Asia<sup>3,5</sup>.

El seguimiento de las lesiones duodenales se encuentra bien establecido según el estadio de Spigelman y está recomendado su seguimiento desde los 25-30 años<sup>6</sup>. Sin embargo, las características, tratamiento y seguimiento de las lesiones gástricas no han sido estandarizadas y han cobrado importancia dada la disminución de la incidencia de cáncer colónico en base a la colectomía profiláctica y la consejería genética, dejando como causa principal de mortalidad en este grupo a las neoplasias del tracto digestivo superior<sup>3</sup>.

En cuanto al aspecto endoscópico para detectar adenomas, éste no es patognomónico, por lo que requiere de un alto grado de sospecha. Varían desde un aspecto plano sésil a polipoideos con superficie de amarillo pálido y difícil de distinguir de los pólipos de glándulas fúndicas que son más prevalentes en los pacientes con FAP<sup>3</sup>.

Un estudio coreano reportó una tasa de incidencia de riesgo de cáncer gástrico de 6,9 casos por cada 100.000 hab. en pacientes con FAP. Sin embargo, no fue posible determinar si se debía al mayor riesgo basal de esta población de desarrollar cáncer gástrico<sup>7</sup>.

En estudios occidentales no se ha logrado establecer dicho riesgo y en series pequeñas de seguimiento no se ha atribuido un mayor riesgo de cáncer respecto a la población general<sup>2,5</sup>.

En cuanto al seguimiento, la guía del *American College of Gastroenterology* (ACG) del 2015 menciona que al realizar EDA en los pacientes con FAP se debe incluir biopsias al azar de los pólipos de glándulas fúndicas, y establece que la opción quirúrgica estaría reservada para la displasia de alto grado. Sin embargo, no se establecen tiempos de seguimiento de las lesiones gástricas<sup>8</sup>.

En el estudio estadounidense de Mankaney y cols. de 2017 se analizó en forma retrospectiva las endoscopias digestivas altas de 767 pacientes con el diagnóstico de FAP, y se buscó el diagnóstico de cáncer gástrico entre los años 2001 y 2016. Se encon-

**Tabla 1. Seguimiento de adenomas gástricos en FAP**

Número de pólipos, tamaño, presencia de pólipos en montículos	Histología	Estrategia de seguimiento
Múltiples menores de 10 mm	PGF con o sin DBG foveolar	EDA según ES si hay pólipo duodenal o cada 3 años
Múltiples o en alfombrado, menores de 10 mm	AGP o AT	Cada 1 año
Múltiples o en alfombrado, mayores de 10 mm	PGF con o sin DBG foveolar, AGP o AT	Cada 6-12 meses
Múltiples de cualquier tamaño sin formación de montículos de pólipos	PGF con DAG, AGP con DAG o AT con DAG	Cada 3-6 meses u ofrecer gastrectomía
Montículos de pólipos proximales	PGF con o sin DBG foveolar , AGP o AT	Cada 3 -6 meses, EUS. Considerar CT o RNM de abdomen
Montículos de pólipos proximales	PGF con DAG, AGP con DAG o AT con DAG	Gastrectomía profiláctica
Cualquier tamaño o número	Adenocarcinoma intramucoso o invasivo	Gastrectomía

PGF pólipo de glándula fúndica, AGP adenoma de glándula pilórica, AT adenoma tubular, DBG displasia de bajo grado, DAG displasia de alto grado, ES estadio de Spiegelman., EUS endoscopic ultrasonography Adaptado de :Mankaney G. et al.<sup>2</sup>.

traron 10 casos, de los cuales 7 se diagnosticaron en los últimos 20 meses de análisis, lo que evidencia un aumento en la incidencia de los últimos años. En base a las características endoscópicas de dichos pacientes se propuso un esquema de seguimiento que se detalla en la Tabla 1.

El último trabajo mencionado es un esfuerzo por

estandarizar el seguimiento de las lesiones gástricas en los pacientes con FAP. Sin embargo, hasta el momento no existen recomendaciones de sociedades internacionales al respecto, por lo que aún se debe analizar el caso paciente a paciente y se requiere de estudios con evidencia de mayor calidad para establecer pautas de seguimiento certeras.

**Referencias**

1. Yamaguchi T, Ishida H, Ueno H, Kobayashi H, Hinoi T, Inoue Y, et al. Upper gastrointestinal tumours in Japanese familial adenomatous polyposis patients. *Jpn J Clin Oncol* 2016;46:310-5.
2. Mankaney G, Leone P, Cruise M, LaGuardia L, O'Malley M, Bhatt A, et al. Gastric cancer in FAP: a concerning rise in incidence. *Fam Cancer* 2017;16:371-6.
3. Ngamruengphong S, Boardman L, Heigh RI, Krishna M, Roberts ME, Riegert-Johnson DL. Gastric adenomas in familial adenomatous polyposis are common, but subtle, and have a benign course. *Hered Cancer Clin Pract* 2014;24:4.
4. Bianchi LK, Burke CA, Bennett AE, Lopez R, Hasson H, Church JM. Fundic gland polyp dysplasia is common in familial adenomatous polyposis. *Clin Gastroenter Hepatol* 2008;6:180-5.
5. Fatemi SR, Safae A, Pasha S, Pourhoseingholi MA, Bahrainei R, Molaei M. Evaluation of endoscopic characteristics of upper gastrointestinal polyps in patients with familial adenomatous polyposis. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15:6945-8.
6. Spigelman AD, Williams CB, Talbot IC, Domizio P, Phillips RK. Upper gastrointestinal cancer in patients with familial adenomatous polyposis. *Lancet* 1989;30:783-5.
7. Park JG, Park KJ, Ahn YO, Song IS, Choi KW, Moon HY, et al. Risk of gastric cancer among Korean familial adenomatous polyposis patients. Report of three cases. *Dis Colon Rectum* 1992;35:996-8.
8. Syngal S, Brand RE, Church JM, Giardiello FM, Hampel HL, Burt RW. ACG Clinical Guideline: Genetic Testing and Management of Hereditary Gastrointestinal Cancer Syndromes 2015;110:223-62.