

IMAGEN DEL MES

Embolización de pólipo gástrico previo a resección endoscópica

Embolization of gastric polyp prior to endoscopic resection

Raúl Honrubia López^{a,*}, Andrés Enrique Madrid Vallenilla^b,
Marta Muñoz Fernández de Legaria^c y Carmen Comas Redondo^a

^a Sección de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico-Radiología Vascular e Intervencionista, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

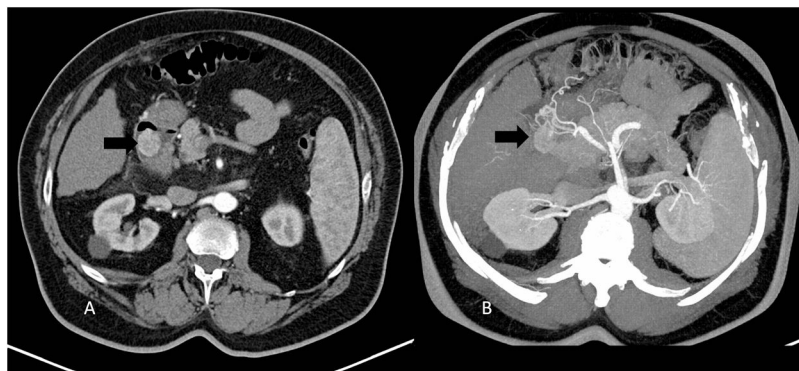


Figura 1 A: TC abdominal donde se observa cabeza del pólipo con marcado realce en fase arterial (flecha). B: TC abdominal en proyección de máxima intensidad donde observamos las ramas arteriales que se dirigen hacia el pólipo (flecha).

Varón de 69 años con antecedentes de cirrosis hepática compensada. En la tomografía computarizada (TC) abdominal se objetiva pólipo en duodeno proximal de 27 mm con marcado realce en fase arterial, incluyendo en el pedículo rama de arteria gastroduodenal (fig. 1A-B). La gastroscopia muestra pólipo gástrico con pedículo en antro que se introducía a través del píloro y cabeza del mismo en bulbo duodenal (fig. 2A-B). Por su tamaño se indica polipectomía. Para

minimizar el riesgo de complicaciones se decidió realizar previamente embolización selectiva con etilen vinil alcohol de las arterias localizada sobre la arcada duodenal que nutrían la lesión (fig. 3A-B). En TC abdominal posterior el pólipo presentaba disminución del realce en fase arterial y disminución del tamaño que se confirmó también en la endoscopia (fig. 2C). Finalmente, se realizó polipectomía endoscópica sin complicaciones. El diagnóstico anatomopatológico fue de pólipo hiperplásico (fig. 4A-B)

La hemorragia postpolipectomía en lesiones gástricas es una complicación poco frecuente, llegando hasta el 7,2%¹, que en algunos casos requiere la embolización arterial². No

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raul.honru@gmail.com (R. Honrubia López).



Figura 2 A: Cabeza del pólipo pediculado que se encuentra en bulbo duodenal; presenta una difícil visualización por ocupar gran parte del bulbo. B: Pedículo del pólipo que se encuentra en antro y se introduce a través del píloro. c: Imagen del pólipo tras embolización; se observa importante disminución en su tamaño.

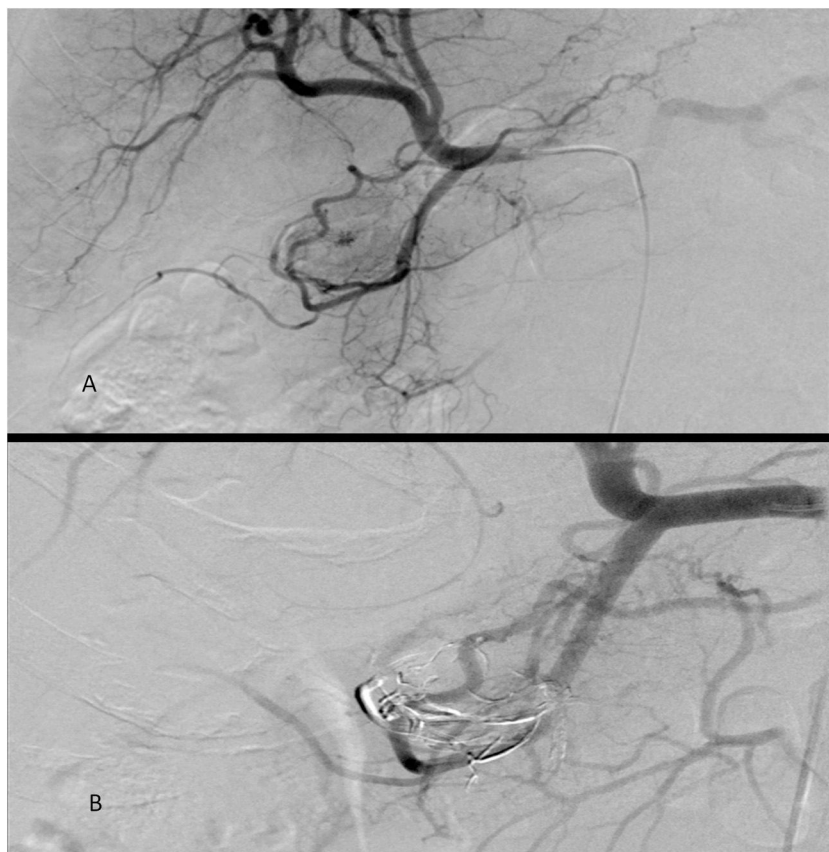


Figura 3 A: Imagen de arteriografía de la arteria gastroduodenal donde se observa el hiperaflujo vascular al pólipo. B: Imagen de aretriografía tras embolización selectiva donde se observa disminución del flujo vascular y presencia del material de embolización.

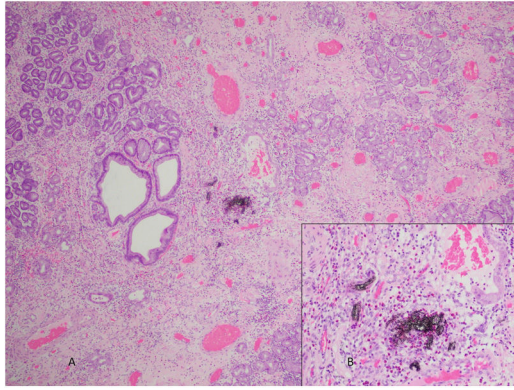


Figura 4 A: Corte histológico con aumento a 10X donde se observa pólipo hiperplásico con material de embolización en su seno. B: Aumento a 40X de la zona donde se encuentra el material de embolización objetivando en las zonas adyacentes al mismo infiltrados inflamatorios agudos, con polimorfonucleares de predominio eosinófilo y con algunas células gigantes multinucleadas.

está descrito la realización de este procedimiento de forma profiláctica para evitar el sangrado. En nuestro caso sirvió para prevenir complicaciones hemorrágicas y consiguió reducir el tamaño de la lesión siendo más fácil su resección endoscópica.

Bibliografía

1. Bardan E, Maor Y, Carter D, Lang A, Bar-Meir S, Avidan B. Endoscopic ultrasound (EUS) before gastric polyp resection: is it mandatory? *J Clin Gastroenterol.* 2007;41:371–4.
2. Busch OR, van Delden OM, Gouma DJ. Therapeutic options for endoscopic haemostatic failures: the place of the surgeon and radiologist in gastrointestinal tract bleeding. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2008;22:341–54.