



CARTA AL DIRECTOR

Pseudopoliposis colónica en enfermedad inflamatoria intestinal



Colonic pseudopolyposis in inflammatory bowel disease

Sr. Director:

Los pseudopólipos colónicos o pólipos postinflamatorios que aparecen en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son lesiones elevadas de naturaleza inflamatoria no neoplásica. Histológicamente difieren de los pólipos adenomatosos o hiperplásicos. Aunque se asocian a formas extensas de la enfermedad no se consideran factor de mal pronóstico¹.

Presentamos el caso de un varón de 37 años que consultó inicialmente por diarrea de 4 deposiciones/día líquidas de 2 meses de evolución, acompañado de fiebre y pérdida de peso. En la analítica destacaba la presencia de anemia ferropénica. La colonoscopia mostraba desde 20 cm de margen anal hasta ángulo hepático múltiples pólipos de 5-10 mm sésiles que tapizaban la totalidad de la pared (fig. 1). La histología los definió como pseudopólipos inflamatorios, con

arquitectura glandular alterada y un aumento del infiltrado inflamatorio, similares a los pseudopólipos de la colitis ulcerosa (fig. 2). En la entero-RMN se observó una dilatación de todo el colon hasta recto, con aspecto de tubo rígido y pérdida de morfología de pliegues. Con el diagnóstico inicial de enfermedad inflamatoria intestinal indeterminada se inició tratamiento con mesalazina, 4 gramos/día.

Tras 7 meses de mejoría clínica, precisó ingreso hospitalario por brote moderado-severo, con actividad endoscópica grave en colon transverso, puentes mucosos y úlceras profundas. Se inició tratamiento con infliximab 10 mg/kg y azatioprina 2,5 mg/kg. Después de 18 meses, se mantiene en remisión clínica con curación mucosa e histológica (fig. 3).

Los pseudopólipos representan la complicación local más frecuente en la colitis ulcerosa¹. Surgen como

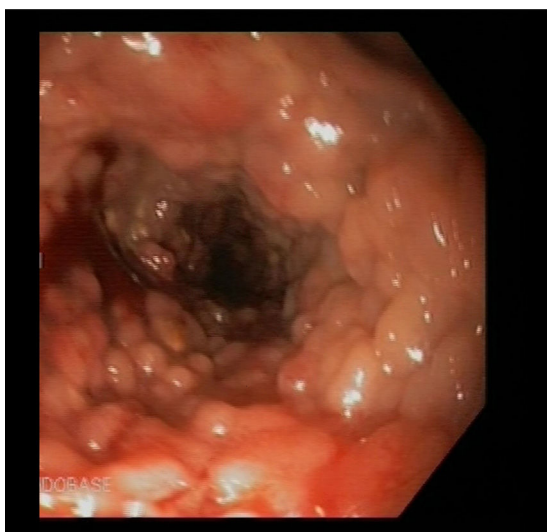


Figura 1 Afectación mucosa en la colonoscopia diagnóstica que inicialmente hace sospechar de una poliposis hereditaria.

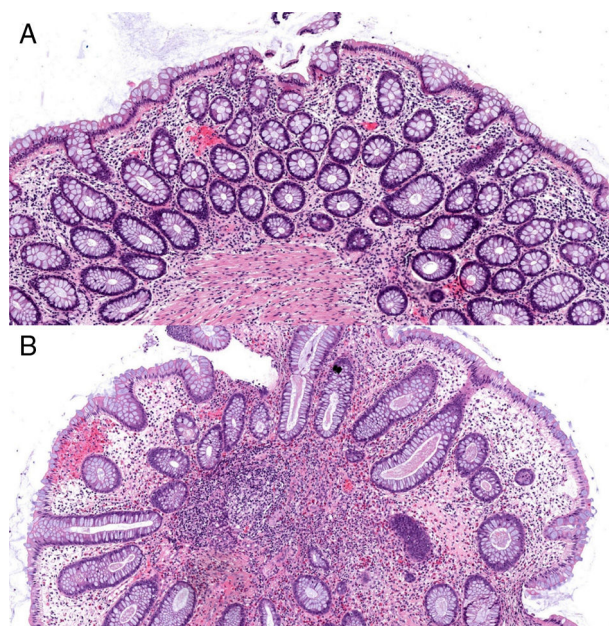


Figura 2 Tinción hematoxilina-eosina x 100 aumentos. 2.A: mucosa de intestino grueso con la arquitectura conservada, criptas revestidas por células caliciformes y escaso infiltrado inflamatorio linfocitario de carácter inespecífico en la lámina propia. 2.B: formación polipoide con epitelio colónico distorsionado mostrando algunas criptas levemente dilatadas y otras ramificadas, rodeadas por lámina propia inflamatoria.

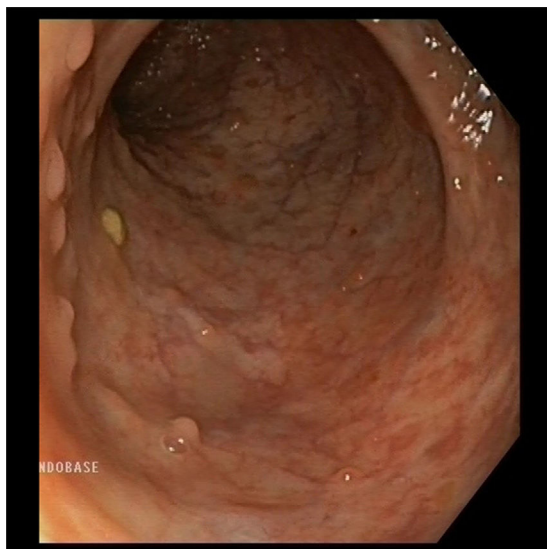


Figura 3 Endoscopia de control con patrón mucoso preservado sin datos de actividad inflamatoria (Mayo 0).

consecuencia de la reparación mucosa tras una inflamación crónica. Pueden presentarse tanto en fase activa como inactiva de la enfermedad y mostrar una distribución difusa o localizada. En nuestro paciente aparecen ya en el momento del diagnóstico, probablemente debidos a una actividad mucosa subclínica previa.

Aparecen en un 10-62% de las colitis ulcerosas, aunque pueden verse en colitis infecciosa, diverticulosis, cercanos a anastomosis y ocasionalmente, en cuadros isquémicos^{1,2}. Su tamaño varía generalmente desde pocos milímetros hasta 1 cm; si bien pueden llegar a formar una masa (pseudopoliposis gigante) que simule un adenoma vellosa o adenocarcinoma^{3,4}, o causar incluso una oclusión intestinal⁵.

La pseudopoliposis *per se* no requiere un tratamiento médico específico. En aquellos casos que provoquen sintomatología como hemorragia por ulceración o síntomas obstructivos pueden precisar tratamiento endoscópico o quirúrgico. El control de la actividad inflamatoria se puede asociar a una disminución de su tamaño⁶. Tampoco suponen un estado precanceroso, aunque se ha visto que su presencia se asocia a un mayor riesgo de cáncer colorrectal, probablemente como resultado de una mayor inflamación previa de la mucosa adyacente^{7,8}. La displasia sobre pseudopólipos gigantes se ha descrito de forma anecdótica⁹.

En nuestro caso destacan los hallazgos endoscópicos iniciales, con una gran afectación polipoidea continua, en un segmento aislado de colon, sin mostrar la mucosa adyacente, haciendo sospechar otro tipo de patología: poliposis juvenil, pólipos hamartomatosos o poliposis adenomatosa familiar. Estas entidades presentan una transcendencia clínica y un tratamiento diferente. Por este motivo, es importante recordar estas lesiones al establecer un diagnóstico diferencial ante un hallazgo endoscópico similar. Los

pólipos postinflamatorios representan un marcador de riesgo de malignidad en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Ante su presencia se recomienda inspeccionar la mucosa circundante con cautela, en ocasiones pueden dificultar una correcta visualización por su tamaño o disposición, y acortar el intervalo de vigilancia endoscópica de displasia a 2-3 años. La cromoendoscopia sería la técnica de elección siempre que esté disponible¹⁰.

Bibliografía

1. De Dombal FT, Watts J, Watkinson G, Goligher JC. Local complications of ulcerative colitis: stricture, pseudo-polypoidosis and carcinoma of colon and rectum. *Br Med J*. 1966;5501:1442-7.
2. Velayos FS, Loftus EV, Jess T, Harmsen WA, Bida J, Zinsmeister AR, et al. Predictive and protective factors associated with colorectal cancer in ulcerative colitis: A case-control study. *Gastroenterology*. 2006;130:1941-9.
3. Marks RD, Roberts-Rhomonson IC. Gastrointestinal colonic pseudopolypoidosis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2000;15:213.
4. Leo-Carnerero E, Gutiérrez-Domingo I, Trigo-Salado C, de la Cruz MD, Lazo-Alonso MD, Herrera-Justiniano JM, et al. Pseudopolipoidosis gigante simulando un tumor vellosa. Respuesta a Infliximab. *Rapd online*. 2013;36:197-200.
5. Huristone DP. Large bowel obstruction secondary to localized rectal giant pseudopolypoidosis complicating ulcerative colitis: First reported case. *Endoscopy*. 2002;34:1025.
6. Choi YS, Suh JP, Lee IT, Kim JK, Lee SH, Cho KR, et al. Regression of giant pseudopolyps in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2012;6:240-3.
7. Velayos FS, Loftus EV Jr, Jess T, Harmsen WS, Bida J, Zinsmeister AR, et al. Predictive and protective factors associated with colorectal cancer in ulcerative colitis: a case-control study. *Gastroenterology*. 2006;130:1941-9.
8. Rutter MD, Saunders BP, Wilkinson KH, Rumbles S, Schofield G, Kamm MA, et al. Cancer surveillance in longstanding ulcerative colitis: endoscopic appearances help predict cancer risk. *Gut*. 2004;53:1813-6.
9. Wyse J, Lamoureux E, Gordon PH, Bitton A. Occult dysplasia in a localized giant pseudopolyp in Crohn's colitis: a case report. *Can J Gastroenterol*. 2009;23:477-8.
10. Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2013;7:982-1018.

Luzdivina Monteserín^{a,*}, Marcos Jiménez^a, Gema Molina^a, Nelson Reyes^a, Mercedes Hernando^b, Mónica Sierra^a y Luis Vaquero^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monteserin.luz@gmail.com (L. Monteserín).