

Pólipo de Nakamura: un hallazgo endoscópico infrecuente



Nakamura polyp: An unusual endoscopic finding

El pólipo mioglandular inflamatorio (PMGI) o pólipo de Nakamura es un pólipo no neoplásico de superficie lisa y coloración rojiza, poco frecuente, que se sitúa preferentemente en el colon distal. Se caracteriza por presentar unos hallazgos histológicos típicos que permiten diferenciarlo de otros pólipos no neoplásicos¹. Desde el punto de vista anatomopatológico destacan 3 características típicas: el tejido inflamatorio infiltrando la lámina propia, la proliferación muscular lisa y la presencia de glándulas hiperplásicas que pueden llegar a formar quistes².

Presentamos el caso de un varón de 69 años remitido a la unidad de endoscopias para la realización de colonoscopia tras positividad en el test de sangre oculta en heces. En la anamnesis el paciente refería encontrarse asintomático desde el punto de vista digestivo, con un hábito intestinal regular y heces sin productos patológicos. En la exploración física abdominal no se objetivó ningún dato relevante, siendo el abdomen no doloroso a la palpación. En la analítica de sangre el paciente presentaba hemoglobina de 12,9 g/dl sin otros resultados llamativos. En el estudio endoscópico se objetivó en el colon ascendente, a 4 cm de la válvula ileocecal, un pólipo pediculado (0-Ip de la clasificación de París) con pedículo de 10 mm y cabeza de 30 mm con aspecto lobulado y superficie erosionada (fig. 1A). Se realizó polipectomía endoscópica con asa de diatermia en un solo tiempo, previa inyección submucosa con solución de adrenalina diluida, índigo carmin e hidroxietilalmidón, colocando posteriormente un clip hemostático en la escara. Se recuperó el pólipo con cesta de Roth y el estudio histológico reveló un tejido formado por proliferaciones glandulares con dilataciones quísticas separadas por tabiques de fibras musculares lisas asociado a tejido de granulación (fig. 1B).

El PMGI fue inicialmente descrito por Nakamura en 1992 en una serie de 32 pacientes que presentaban pólipos colónicos solitarios no neoplásicos, la mayoría de ellos pediculados, con una superficie roja y lisa con localización predominantemente distal al ángulo esplénico³. Desde entonces, en la literatura existen publicados 76 casos de

PMGI con la siguiente distribución: 40 en sigma (52,6%), 14 en colon transverso (18,4%), 11 en recto (14,5%), 7 en descendente (9,2%), 2 en ascendente (2,6%), uno en ciego (1,3%) y uno en íleon terminal (1,3%). Además, del total de ellos, un 84% eran pediculados y un 16% sésiles, habitualmente con una mucosa de color rojizo y lisa, aunque ocasionalmente de aspecto lobulado^{1,2,4,5}. La fisiopatología de estas lesiones no está totalmente esclarecida por el momento. Inicialmente se postuló una etiología traumática, siendo los eventos iniciales el daño y/o prolapso mucoso producido por el tránsito fecal de heces formadas y la peristalsis, más marcados en el colon distal. Sin embargo, en los últimos casos clínicos publicados, al igual que en nuestro paciente, se ha observado que estas lesiones también pueden estar presentes en zonas más proximales del colon, por lo que presumimos que otros factores adicionales deben influir en su desarrollo¹. Los PMGI pueden ser asintomáticos, si bien la hemorragia digestiva baja es el síntoma más frecuente, pudiendo manifestarse clínicamente en forma de hematoquecia, sangre oculta en heces o como anemia crónica. Además, en algunos pacientes que presentan pólipos de gran tamaño se han descrito manifestaciones digestivas tales como dolor abdominal o estreñimiento². El diagnóstico se alcanza con el estudio histológico de la pieza de polipectomía, obtenida habitualmente mediante polipectomía endoscópica, al observar las características anatomopatológicas típicas comentadas anteriormente. En ocasiones, el estudio de las biopsias del pólipo no es concluyente al no poder objetivar la proliferación de músculo liso en la muestra por ser esta demasiado superficial, lo que puede conducir a resultados erróneos. En algunos casos descritos en la literatura la resección se llevó a cabo de forma quirúrgica¹. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otros pólipos no neoplásicos tales como pólipos inflamatorios, pólipos inflamatorios tipo «cap», pólipos secundarios a prolapso mucoso, pólipos inflamatorios fibroides, pólipos juveniles o aquellos presentes en el síndrome de Peutz-Jeghers. La distinción entre ellos se basará de forma primordial en el contexto clínico del paciente, así como en los hallazgos histológicos observados¹. El pronóstico de los PMGI es favorable, ya que son lesiones benignas tanto clínica como histológicamente, sin potencial maligno conocido. Por el momento tampoco se han descrito recurrencias después de la resección endoscópica de este tipo de pólipos^{1,2}.

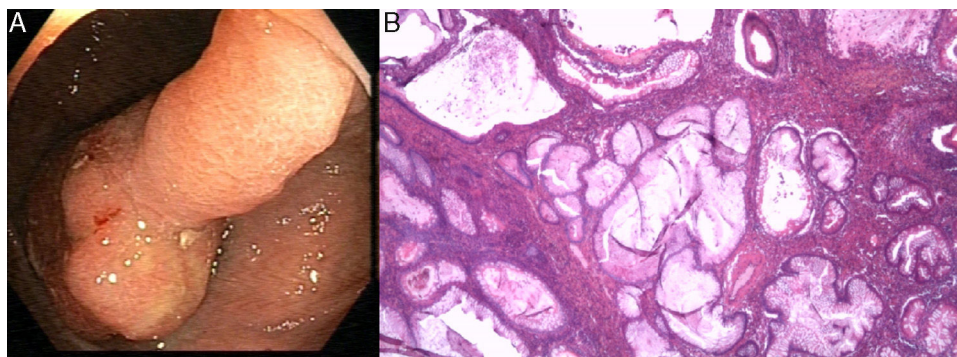


Figura 1 A) Pólipo pediculado (0-Ip) de gran tamaño identificado durante estudio endoscópico. B) Pólipo mioglandular inflamatorio compuesto por lóbulos de criptas hiperplásicas y dilatadas, separadas por bandas de tejido fibromuscular, con tejido de granulación (H&E $\times 200$).

En conclusión, el pólipo mioglandular inflamatorio es un tipo de pólipo colorrectal no neoplásico poco frecuente con características histológicas distintivas, siendo excepcional su localización en colon ascendente.

Bibliografía

1. Meniconi RL, Caronna R, Benedetti M, Fanello G, Ciardi A, Schiratti M, et al. Inflammatory myoglandular polyp of the cecum: Case report and review of literature 2010. *BMC Gastroenterol.* 2010;26:10.
2. Becheanu G, Gheorghe C, Dumbravă M, Serban-Barbu V, Diclescu M. Inflammatory myoglandular colorectal polyps: A series of seven cases and review of literature. *Chirurgia (Bucur).* 2011;106:613–7.
3. Nakamura SI, Kino I, Akagi T. Inflammatory myoglandular polyps of the colon and rectum. A clinicopathological study of 32 pedunculated polyps distinct from other types of polyps. *Am J Surg Pathology.* 1992;16:772–9.
4. Hokama A, Kobashigawa C, Fujita J. Inflammatory myoglandular polyps of the rectum. *Hong Kong Med J.* 2015;21:e3–4.
5. Chung SH, Son BK, Park YS, Jo YJ, Kim SH, Jun DW, et al. Inflammatory myoglandular polyps causing hematochezia. *Gut Liver.* 2010;4:146–8.

Rubén Sánchez-Aldehuelo^{a,*}, Alexandre Figueroa-Tubío^a, Irene García de la Filia^a, Carolina González-Olivares^a, Ana García García de Paredes^a, Mónica García-Cosío^b, Enrique Vázquez-Sequeiros^a y Agustín Albillos^a

^a Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruben.sanchez.aldehuelo@gmail.com (R. Sánchez-Aldehuelo).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.01.008>
0210-5705/

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Absceso cervicotorácico secundario a punción con aguja fina guiada por ecografía endoscópica transesofágica



Cervicothoracic abscess secondary to transesophageal ultrasound-guided fine needle aspiration

El diagnóstico histológico de las neoplasias intratorácicas y pulmonares supone un reto diagnóstico para el que existen diversas técnicas. La biopsia de una adenopatía mediastínica con punción con aguja fina guiada por ecografía endoscópica transesofágica (USE-PAAF) es un procedimiento en el que se han descrito complicaciones infecciosas, como la mediastinitis y el absceso mediastínico o torácico¹. Las bacterias más comúnmente descritas que pueden causar dichas complicaciones son *Enterococcus faecium* o *Streptococcus viridans*². El *Streptococcus anginosus* pertenece al grupo de los *Streptococcus viridans* que habita fundamentalmente en la orofaringe y el tracto digestivo. Aunque se han descrito infecciones con tendencia a la formación de abscesos en pacientes con problemas dentales y mala higiene oral³, es menos frecuente el hallazgo de este patógeno en un absceso intratorácico.

Presentamos el caso de un varón de 61 años con hábito tabáquico sin otros antecedentes de interés, que acudió a urgencias por presentar edema facial de un mes de evolución. A la exploración destacaba la presencia de edema en esclavina, cuello abotargado y congestión de ambas yugulares. La analítica sanguínea era anodina. Ante estos hallazgos se decidió ingreso para estudio, solicitando en un primer momento una radiografía torácica en la que se identificó un ensanchamiento mediastínico. Se amplió el

estudio con una tomografía computarizada cervicotorácica en la que se apreció un nódulo espiculado en el lóbulo superior derecho, además de una masa mediastínica de 3 × 4 cm que infiltraba y estenosaba la vena cava superior (fig. 1 A). Ante la presencia de un síndrome de vena cava superior se administró metilprednisolona intravenosa y se colocó una endoprótesis en la misma. Además, una semana después, para aclarar la etiología del cuadro, se realizó una USE-PAAF (22Fr), con 3 pases a través del esófago, en la que se obtuvo como resultado adipocitos, miocitos y epitelio escamoso esofágico, sin llegarse a objetivar células tumorales. Debido a la alta sospecha de malignidad, pasadas 2 semanas del ingreso, se realizó una videomediastinoscopia bajo profilaxis con amoxicilina-ácido-clavulánico en quirófano con las convenientes medidas asépticas, obteniendo material histológico compatible con adenocarcinoma pulmonar pobremente diferenciado. Desde el día siguiente de la USE-PAAF el paciente comenzó con dolor de intensidad progresivamente creciente en el hombro y región torácica izquierda. Una vez recuperado el paciente inició tratamiento con quimiorradioterapia. Pasadas 3 semanas acudió de nuevo a urgencias por este motivo, asociando esta vez tumoración indolora palpable en la región torácica izquierda y drenaje purulento espontáneo por la incisión de la mediastinoscopia, sin signos de infección de herida. La tomografía computarizada mostraba la presencia de una masa de aspecto quístico de 12 × 6 cm en localización cervicotorácica izquierda en el tejido celular subcutáneo (fig. 1 B). Se inició tratamiento con meropenem intravenoso y se realizó evacuación del absceso con salida de abundante contenido purulento, colocando drenajes en el tejido celular subcutáneo y subpectoral izquierdo. El estudio bacteriológico del exudado demostró la presencia de *Streptococcus anginosus*. El paciente fue dado de alta a los 20 días.