

Reporte inusual de un polipo sesil: colitis quística profunda

Autores Erika Rodríguez-Wulff,¹ Francisco Vargas,² Carmela Cantón,¹ José Caballero³

Afiliación ¹Médico Gastroenterólogo. ²Médico especialista en Medicina Interna. ³Médico Patólogo. Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, Colon. Panamá.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2017;71(2):87-89. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 2477-975X

Autor correspondiente: Erika Rodríguez-Wulff. Complejo Hospitalario Dr. Manuel Amador Guerrero, Colon. Panamá. Calle 11 y Paseo Washington. Ciudad de Colon, Provincia de Colon, Panamá erikaew2@gmail.com
Correos Autores: erikaew2@gmail.com; franciscovargas24@gmail.com; carcant@hotmail.com; jcaballeiro@gmail.com;
Fecha de recepción: 14 de marzo de 2017. Fecha de revisión: 28 de abril de 2017. Fecha de Aprobación: 15 de mayo de 2017.

Resumen

La colitis quística profunda (CQP) es una condición rara caracterizada por la presencia de quistes de moco, ubicados en la submucosa del colon y recto que puede ser localizada segmentaria o difusa. La colitis quística profunda debe considerarse como diagnóstico diferencial de lesiones polipoideas, su diagnóstico es histopatológico; el tratamiento es controversial y el pronóstico es excelente. Se describe el caso de una paciente con hallazgo por colonoscopia de un pólipo sésil el cual fue resecado, reportándose la biopsia como colitis quística profunda.

Palabras Clave: Colitis, Colitis quística, Polipos.

UNUSUAL REPORT OF A POLIPO SESIL: DEEP CYSTIC COLITIS

Summary

Deep cystic colitis is a rare condition characterized by the presence of mucous cysts located in the submucosa of the colon and rectum that can be localized, segmental or diffuse. Deep cystic colitis should be considered in the differential diagnosis of polypoid lesions, the diagnosis is histopathological; treatment is controversial and the prognosis is excellent. We describe a patient with a colonoscopy finding of sessile polyp which was resected, reporting biopsy as deep cystic colitis.

Key words: Colitis, Cystic colitis, Polyps.

Introducción

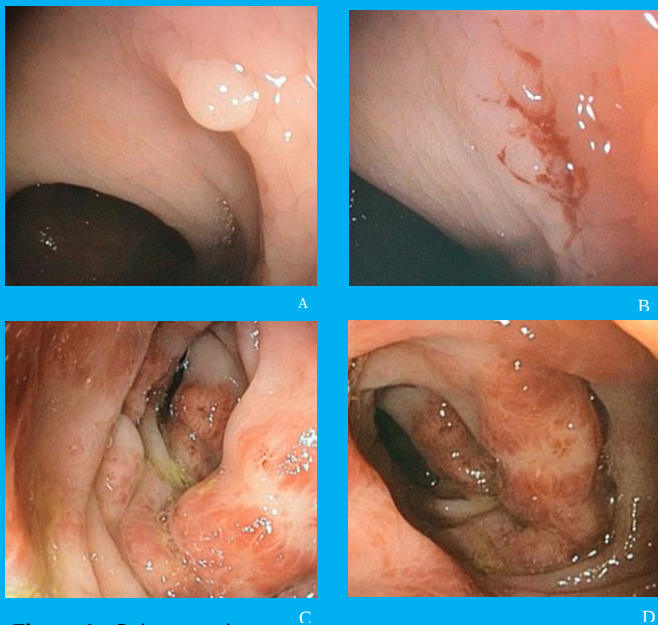
La colitis quística profunda (CQP), es una entidad rara, benigna, de causa desconocida¹⁻³ que se caracteriza por la presencia de una o múltiples lesiones polipoideas a veces ulceradas, formadas por glándulas mucosas o quistes rellenos de moco parcialmente epitelizados ubicados en la submucosa del colon^{1,4}. Su etiología no está clara². Puede ser clasificada en tres tipos: localizada, segmentaria y difusa⁵. Usualmente se localiza en recto^{5,6}. Está asociada a otras patologías intestinales donde el común denominador es una irritación crónica de la pared intestinal^{2,6}. Los pacientes generalmente refieren evacuaciones con moco y sangre, pudiendo también referir diarrea y dolor abdominal. El diagnóstico es mediante biopsias⁴. El tratamiento es controversial⁶.

Caso Clínico

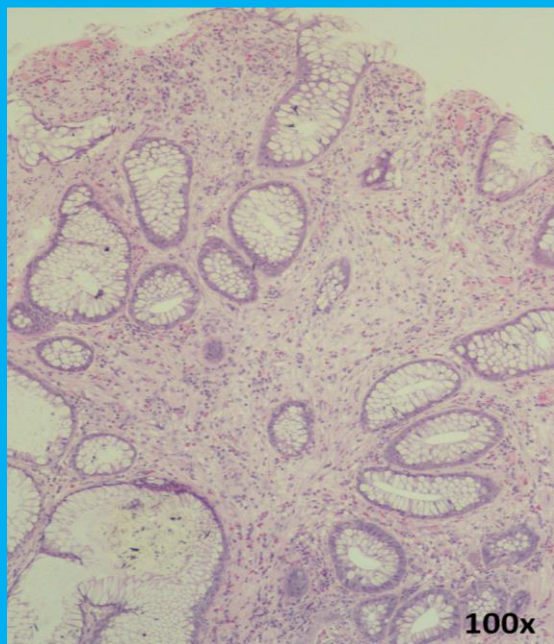
Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 83 años de edad, sin antecedentes médicos conocidos, quien consultó por diarreas intermitentes sin moco con sangre roja rutilante intermitente de 4 meses de evolución. Negaba alergias y quirúrgicos. Antecedentes familiares no contributivos. Al examen funcional, negaba pérdida de peso; gastrointestinal: negaba dolor abdominal, solo refería un hábito intestinal con diarreas intermitentes con sangre roja rutilante de 4 meses de evolución. Se planteó colonoscopia con los siguientes hallazgos:

Colonoscopia: En sigmoide se evidencian haustras engrosadas, erosionadas con úlceras lineales. Se toman múltiples biopsias. En recto, se evidencia lesión polipoidea sésil la cual se reseca con pinza de biopsia en una pieza sin complicaciones inmediatas. (**Figura 1**).

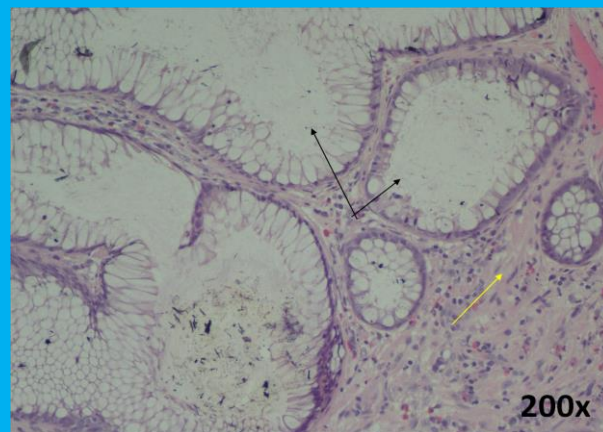
Resultado de la biopsia: Las biopsias de sigmoide reportaron inflamación crónica inespecífica sin granulomas y ausencia de criptas. El pólipo fue reportado como colitis quística profunda. (**Figuras 2 y 3**).

**Figura 1.** Colonoscopia

A. Pólipo sésil en recto B. Resección de pólipo en recto C. y D. Pliegues engrosados, erosionados con úlceras lineales.

**Figura 2.** Histología 100 X

En esta microfotografía se puede observar un corte de mucosa rectal con erosión del epitelio superficial, distorsión de la arquitectura de las criptas, desplazadas hacia las áreas más profundas con formaciones quísticas. La lámina propia presenta incremento del tejido fibromuscular y disminución del infiltrado inflamatorio normal.

**Figura 3.** Histología 200 X

A un mayor aumento se aprecia la hiperplasia de fibras fibromusculares de la lámina propia (flecha amarilla) y las criptas dilatadas en forma de quistes (flechas negras) al compararse con otras de arquitectura conservada.

Discusión

Los quistes de mucus pueden ser encontrados en la submucosa de cualquier segmento del tracto gastrointestinal, ahora bien, es frecuentemente observarlos en colon, siendo estas denominadas colitis quísticas profunda⁴. El primer reporte de CCP fue descrito por Stark en 1766² con la descripción de dos casos asociados a disentería. En 1863 Virchow reportó un caso de múltiples lesiones polipoideas producidas por quistes submucosales y le dio el nombre de "colitis quística poliposa". Posteriormente, en 1957 el término colitis quística profunda fue utilizado para diferenciar esta condición de la "colitis quística superficial", condición asociada a la pellagra en donde hay quistes llenos de moco en la mucosa intestinal⁸.

Comúnmente se afecta la parte distal del colon, tendiendo estas lesiones a estar localizadas en recto, sin embargo, puede afectarse el sigmoides y en formas severas podría extenderse a todo el colon². La localización rectal es mas frecuente en pacientes con trastornos de la defecación⁴ y pueden representar un intento a la cicatrización de una úlcera rectal³. Pueden extenderse desde recto hasta la margen anal⁴.

Afecta principalmente a adultos jóvenes^{1,2} y ocurre en una relación similar hombre-mujer²; otra literatura reporta mayor frecuencia en mujeres con un pico de incidencia en la cuarta década de la vida³. La patogenia de esta enfermedad es poco conocida¹; se cree que estas lesiones representan una respuesta a un factor inflamatorio o traumático^{3,6}; este origen inflamatorio insinúa su asociación con colitis ulcerosa así como la respuesta al mismo tratamiento empleado para la EI¹, en la paciente del caso presentado, se evidenció mucosa erosionada y úlceras lineales en colon descendente, no obstante el reporte histopatológico concluyó Colitis crónica sin hallazgos sugestivos de EI. Además, ha sido asociada a síndrome de úlcera rectal solitaria, prolapso rectal, pólipos adenomatosos y enteritis post-radiación⁶.

Uno de los posibles mecanismos patogénicos es la isquemia inducida por un microtrauma de la pared intestinal. El prolapso mucosal causa compresión de las estructuras vasculares induciendo isquemia de la pared con el riesgo de ulceración mucosal. La reducción en el lumen de las venas mucosales secundario a una hipertrofia de las mismas causa isquemia ayudando a perpetuar este daño. Posteriormente el crecimiento glandular de la mucosa y herniación de la submucosa y muscular contribuye a la formación de áreas quísticas donde se acumula el moco².

Puede presentarse de tres formas diferentes: 1. Difusa comprometiéndose toda la extensión del colon; 2. Segmentaria afectando una parte del colon, o 3. Localizada, afecta al recto. Endoscópicamente puede observarse como lesiones polipoideas sésiles o pediculadas que pueden ser solitarias o múltiples, formadas por la colección de cantidades de moco en la submucosa.

En cuanto a la clínica, puede cursar con rectorragia, diarrea, tenesmo rectal, expulsión de moco, dolor abdominal o perineal y tenesmo^{1,3,6}.

El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen, de las cuales destaca la ecografía transanal, confirmándose con macro biopsias¹. En la colonoscopia puede identificarse como pólipos de diferentes características pudiendo ser sésiles y rara vez pediculados, de diferentes tamaños, habiendo sido reportados hasta de 2 cms de diámetro⁷ o aparecer como un engrosamiento de las paredes del colon y presentar ulceración de la mucosa^{2,6}.

El colon por enema puede demostrar defectos de llenado o engrosamiento en los pliegues mucosales⁶. El ultrasonido transrectal es la técnica más simple, inocua y de ayuda en su diagnóstico; se evidencian como múltiples imágenes quísticas submucosales rodeadas de bandas hiperecogénicas que no llegan hasta la capa muscular además de la ausencia de ganglios linfáticos regionales o locales⁴. El estudio endoscópico y el colon por enema no provee signos característicos que hacen distinguir este tipo de colitis⁴. La tomografía computada y la resonancia magnética pueden ayudar en el diagnóstico de lesiones benignas con el fin de evitar cirugías mutilantes en enfermedades benignas⁴.

El diagnóstico definitivo lo provee la biopsia⁴ y debe ser siempre confirmado por la histología². El examen histológico revela la presencia de epitelio colonico benigno debajo de la muscular propia. Este epitelio produce moco que forma espacios quísticos que caracterizan la patología³.

Ha sido asociada a enfermedades que presentan microtraumas, inflamación crónica y ulceración de la mucosa. Aunque el tratamiento ha sido tradicionalmente quirúrgico, la gran mayoría de los casos documentados responden al tratamiento médico¹.

El tratamiento es controversial; se han utilizado esteroides tópicos en pacientes con síntomas leves y lesiones pequeñas. En lesiones grandes especialmente asociadas a obstrucción intestinal o pérdida de sangre de forma crónica es requerida la cirugía. Si existe alguna condición que predisponga a CCP debe ser corregida con el fin de prevenir las recurrencias⁶.

En casos de lesiones grandes debe establecerse como diagnóstico diferencial a un adenocarcinoma, linfoma o una enfermedad inflamatoria intestinal; además, debe diferenciarse de la colitis quística superficial que ocurre típicamente en pacientes con pellagra². La confusión de esta lesión con un proceso neoplásico puede llegar hasta una cirugía radical¹.

Referencias Bibliográficas

1. Spicakova K, Ramírez de la Piscina P, Duca I, Urtasun. Colitis quística profunda. Rev Esp Enferm Dig 2012; 104 (Supl. I): 253-336.
2. Sarzo G, Finco C, Parise P, Vecchiato M, Savastano S, Luongo B. et al. Colitis cystica profunda of the rectum: report of a case and review of the literature. Chirurgia Italiana 2005. 57 (6):789-798.
3. Lowry A, Goldberg S. Internal and overt rectal procidentia. Gastroenterol Clin North Am. 1987; 16:47-70.
4. Valenzuela M, Martin-Ruiz J, Alvarez-Cienfuegos E, Caballero A. et al. Colitis Cystica Profunda: Imaging Diagnosis and Conservative Treatment. Dis Colon Rectum. 1996. May; 39 (5): 587-590.
5. Yashiro K, Murakami Y, Lizuka B, Hasegawa K, Nagasako K, Yamada A. Localized Colitis Cystica Profunda of the Sigmoid Colon. Endoscopy. 1985. 17:198-199.
6. Madan A, Minocha A. First Reported Case of Colitis Cystica Profunda in Association with Crohn's Disease. Am Journal Gastroenterology. 2002; 97 (9):2472-2473.
7. Magidson J, Lewin K. Diffuse colitis cystic profunda. The American Journal of Surgical Pathology. 1981. June; 5 (4): 393-399.
8. Guest C.B, Reznick R.K. Colitis Cystica Profunda. Dis Colon Rectum. 1989. Nov; 32 (11): 983-988.

Clasificación del trabajo

AREA: Gastroenterología.

TIPO: Caso Clínico.

TEMA: Intestino.

PATROCINIO: este trabajo no ha sido patrocinado por ningún ente gubernamental o comercial.