ANALES de la Facultad de Ciencias Médicas

Reporte de caso

Reporte de caso: Pólipo cloacogénico inflamatorio.

Case report: Cloacogenic inflammatory polyp.

Segovia Lohse HA, Chaparro A

II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas.
Universidad Nacional de Asunción

RESUMEN

Introducción: Los pólipos cloacogénicos inflamatorios son lesiones polipoideas benignas muy poco frecuentes. Se encuentran clasificados dentro de los pólipos colónicos no adenomatosos (inflamatorios) y se denominan cloacogénicos por estar localizados en la región de transición ano-rectal. Su principal forma de presentación es el sangrado rectal (macro o microscópico). **Caso clínico:** Paciente varón de 64 años con hematoquezia y anemia crónica con tumoración polipoidea palpable a 4cm del margen anal, en el cual se realizó una polipectomía endoscópica que por histopatología retornó como pólipo cloacogénico inflamatorio. Se constató además diverticulosis colónica. **Conclusión:** a pesar de ser lesiones muy poco frecuentes deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial de todo pólipo en la región anorrectal. Como tratamiento se plantea la polipectomía endoscópica cuando produzcan síntomas o no se pueda excluir un proceso maligno.

Palabras clave: pólipos intestinales, pólipos del colon, enfermedades del recto.

ABSTRACT

Introduction: inflammatory cloacogenic polyps are generally rare benign polypoid lesions. They are classified into non-adenomatous colonic polyps (inflammatory) and are called cloacogenic for being located in the anorectal transition region its main form of presentation is rectal bleeding (gross or microscopic). **Case report:** A 64-year-old man with hematochezia and chronic anemia with a polypoid tumor palpable at 4 cm from the anal margin in which endoscopic polypectomy was performed and the histopathology informed an inflammatory cloacogenic polyp. Colonic diverticulosis was also found. **Conclusion:** Despite being very rare lesion, it should be considered as differential diagnosis of polyp in the anorectal region. Preferred treatment is endoscopic polypectomy when the polyp present symptoms or when is not possible to exclude malignancy.

Keywords: intestinal polyps, colonic polyps, rectal diseases

Autor Correspondiente: Dr. Helmut Alfredo Segovia Lohse. Manuel A. Godoy N°1080, 3400 Caaguazú, Paraguay**.** Tel. +595(981) 656884**.**
Email: hhaassll@gmail.com

Fecha de recepción 30 de mayo 2011, aceptado el 27 de septiembre 2011

INTRODUCCIÓN

Los pólipos son tumoraciones que protruyen desde el epitelio intestinal hacia la luz. La mayoría de los pólipos gastrointestinales se localizan en el intestino grueso (pólipos colorrectales) y dentro de este grupo prevalecen en la región rectosigmoidea (1).

Histológicamente se clasifican en adenomatosos o neoplásicos y no adenomatosos (hiperplásicos, hamartomatosos e inflamatorios). Los pólipos inflamatorios representan un 2,3 a 10% del total de los pólipos colónicos (1-2).

Los pólipos cloacogénicos inflamatorios (PCI) son lesiones incluidas dentro del síndrome de prolapso de mucosa (3) que también incluye a los pólipos asociados a diverticulosis, la ectasia gástrica vascular antral, los pólipos inflamatorios "cap", los pólipos secundarios a prolapso de mucosa (4) y para algunos autores también la úlcera solitaria de recto y los pólipos mioglandulares (5). El síndrome de prolapso de mucosa es debido a un mal funcionamiento del esfínter interno del ano y la musculatura del recto e isquemia mucosa, causados por un proceso inflamatorio crónico (6-8).

Los PCI son más frecuentes en mujeres de la tercera y cuarta década (7). Se denominan cloacogénicos por estar localizados en la mucosa de la zona de transición anorectal. Suelen ser solitarios, pediculados y de arquitectura tubulovellosa. Histológicamente presentan hiperplasia fibromuscular en la lámina propia, engrosamiento de la muscular de la mucosa, elongación e hiperplasia (deformación) de las criptas, grado variable de inflamación y epitelio con cambios regenerativos sin displasia (1, 9).

El síntoma más frecuente de los PCI es el sangrado rectal (10) o sangre oculta en heces, hematoquezia y/o anemia, (11) seguido por la presencia de gleras, dificultad para la defecación, y proctalgia entre otros, aunque más del 20% de los mismos son asintomáticos (9, 11).

A pesar de su baja frecuencia debe considerarse como diagnóstico diferencial con otras lesiones polipoideas, especialmente con los adenomas, con los cuales se los confunde frecuentemente (6, 9, 12), e incluso se han descrito casos de carcinoma sobre PCI (11, 13).

El tratamiento debe apuntar a la causa que provoque la inflamación crónica de la mucosa y la resección endoscópica o quirúrgica cuando produzcan síntomas o no se pueda excluir un proceso maligno (3).

El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico de PCI de un paciente masculino de 64 años debido ser una patología bastante infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente varón de 64 años, hipertenso conocido, sin otra patología de base, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas por cuadro de hematoquezia de aproximadamente tres meses de evolución, intermitente, que en el último mes se exacerba en frecuencia y se acompaña de astenia, mareos y pérdida de peso de aproximadamente seis kg. Niega otras alteraciones del hábito defecatorio. Ingresa con signos vitales como presión arterial 130/80mmHg, frecuencia cardiaca 80/min y temperatura 36℃, hemoglobina de 3,5mg/dL.

Al examen físico presenta palidez marcada y abdomen plano, simétrico, blando depresible, no doloroso, sin masas palpables, con ruidos hidroaéreos conservados. Al tacto rectal presenta una tumoración sólido elástica de superficie lisa, no dolorosa, localizada en cara posterior del recto a aproximadamente cuatro cm del margen anal. Recibe transfusión de cuatro volúmenes de glóbulos rojos concentrados con lo que se obtiene una hemoglobina de 8mg/dL. A la rectoscopía se

observa una tumoración pediculada de dos cm de diámetro mayor de superficie rugosa que se biopsia en su totalidad.

Es internado con el diagnóstico de pólipo rectal a descartar neoplasia y se solicitan endoscopía digestiva alta y colonoscopía. La primera resulta normal y la colonoscopía se realiza en forma incompleta por la poca distensibilidad del colon sigmoides, en esta se constatan múltiples divertículos y el recto impresiona poseer aspecto normal donde se observan vasos de la submucosa.

El informe de anatomía patológica retorna como PCI (ver Figura 1 y Figura 2). El paciente egresa sin complicaciones en plan de control por consultorio externo de coloproctología. A pesar de haberlo citado para su seguimiento, el paciente no llegó a acudir al consultorio nuevamente.



Figura 1. Zona de transición anorectal. Epitelio cilíndrico simple con criptas de la región rectal (izquierda) y epitelio plano estratificado de la región anal (derecha). Hematoxilina Eosina. *Gentileza de la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas UNA.*

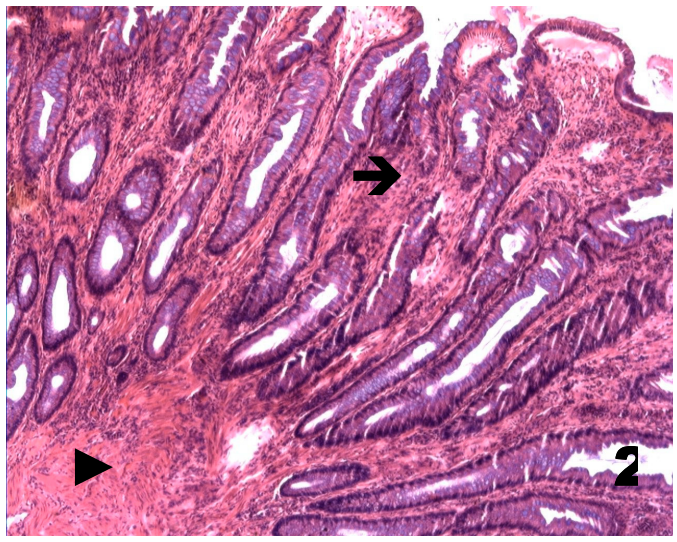


Figura 2. Pólipo cloacogénico inflamatorio: deformación de las criptas, epitelio hiperplásico sin atipias en lámina propia (➔), engrosamiento de la muscular de la mucosa (►). Hematoxilina Eosina. *Gentileza de la Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Ciencias Médicas UNA.*

DISCUSIÓN

Los PCI son bastante infrecuentes, lo que motivó la realización de una revisión y publicación del caso.Según la literatura consultada, los PCI son lesiones benignas ubicadas en la transición anorrectal, con una fisiopatología descripta en investigaciones de Du Boulay y col y Saul col (9) en las cuales probablemente la isquemia e inflamación crónica de la mucosa representan la principal

causa etiológica (7-8). Hanson y col han propuesto al daño directo en la mucosa como agente etiológico (13).

El caso presentado es un varón de 64 años de edad, lo cual contrasta con la epidemiología del PCI, ya que comprende una patología frecuente en adultos jóvenes y según Mathialagan y col (14) el 80% de los pacientes presenta menos de 50 años. La principal manifestación (como la de los pólipos en general) es el sangrado rectal (9-11). Se destaca el retraso con que el paciente decide acudir a consulta como ser tres meses de hematoquezia y la anemia severa. Las publicaciones existentes sobre PCI se basan también en reportes de casos aislados, en los cuales el síntoma principal del mismo en el sangrado rectal (1, 3, 7).

Al momento del examen físico (tacto rectal) y rectoscopía existía la posibilidad de tratarse de un proceso neoplásico maligno, uno de sus principales diagnósticos diferenciales (6, 9, 12).

El diagnóstico final se obtuvo por el estudio histopatológico, en el cual se encontraron casi las mismas características que un carcinoma, solo diferenciándose de este último, por la falta de epitelio displásico atípico y una lámina propia engrosada.

El tratamiento abarcó el pólipo, así como la patología de base que presentó el paciente, realizándose una polipectomía endoscópica y medidas dietéticas para la enfermedad diverticular del colon. Por tanto, se pone de manifiesto y se enfatiza que, en lesiones polipoideas accesibles al tacto rectal u observables por colonoscopía, el cirujano (y el endoscopista también) deben tener presente al PCI como probable diagnóstico diferencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Arévalo F, Aguilar R, Ramos C, Arias Stella Castillo J, Monge E. Pólipos inflamatorios de colon: reporte de casos y revisión de literatura. Rev Gastroenterol Peru 2009;29(1)supl.1

2 Sung Hy et al. Polyps in the gastrointestinal tract: discrepancy between endoscopic forceps biopsies and resected specimens. Eur J Gastroenterol Hepatol 2009;12:190-5.

3 Ciriza de los Ríos C et al. Pólipos inflamatorios cloacogénicos: una causa inusual de sangrado rectal. Gastroenterol Hepatol 2007;30(8):461-4

4 Chetty R, Bhathal PS, Slavin JL. Prolapse-induced inflammatory polyps of the colorectum and anal transitional zone. Histopathology. 1993;23:63-7.

5 Nakamura S, Kino I, Akagi T. Inflamatory myoglandular polyps of the colon and rectum. A clinicopathological study of 32 pedunculated polyps, distinct form other types of polyps. Am J Surg Pathol 1992;16:772-779.

6 Saul SH. Inflammatory cloacogenic polyp: relationship to solitary rectal ulcer syndrome/mucosal prolapse and other bowel disorders. Hum Pathol 1987;18:1120-5.

7 Calva-Rodríguez R y cols. Pólipo cloacogénico inflamatorio (Presentación de un caso clínico). Rev Gastroenterol Mex 2007;72(4):371-5.

8 Levine DS. Solitary rectal ulcer syndrome: are “solitary” rectal ulcer syndrome and “localized” colitis cystic profunda analogous syndromes caused by rectal prolapse? Gastroenterology 1987;92:243-53.

9 Saiote J, Quintela C, Bettencourt MJ. Uma causa incomum de rectorragia. Rev Port Coloproct 2010;7(1):32-4.

10 Lobert PF, Appelman HD. Inflammatory cloacogenic polyp: a unique inflammatory lesion of the anal transitional zone. Am J Surg Pathol 1981;5:761-6.

11 Tendler DA, Aboudola S, Zacks JF, O’Brien MJ, Kelly CP. Prolapsing mucosal polyps: an underrecognized form of colonic polyp. A clinicopathological study of 15 cases. Am J Gastroenterol 2002;97:370-6.

12 Carr NJ, Monihan JM, Nzeako UC, Murakata LA, Sobin LH. Expression of proliferating cell nuclear antigen in hyperplastic polyps, adenomas and inflammatory cloacogenic polyps of the large intestine. Clin Pathol 1995;48:46-52

13 Hanson IM, Armstrong GR. Anal intraepithelial neoplasia in an inflammatory cloacogenic polyp. J Clin Pathol 1999;52:393-4.
14 Mathialagan R, Turner MJ, Gorard DA. Inflammatory cloacogenic polyp mimicking anorectal malignancy. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000;12:247-50.