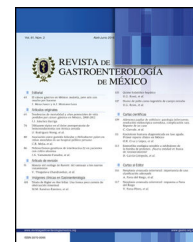




# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

### Síndrome de poliposis serrada

### Serrated polyposis syndrome

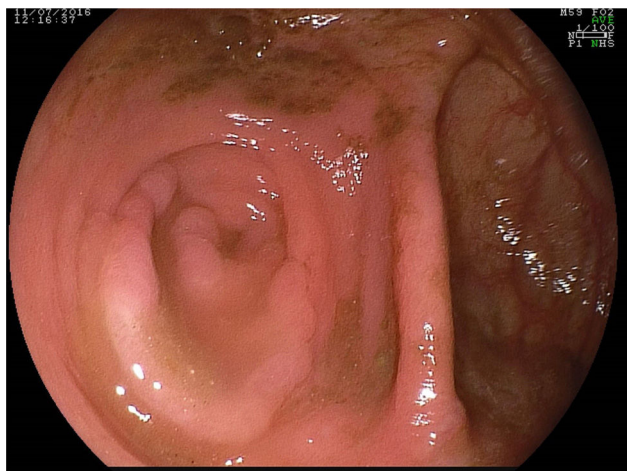


N. González<sup>a,\*</sup>, M. Caballero<sup>a</sup> y C. Cannesa<sup>b</sup>

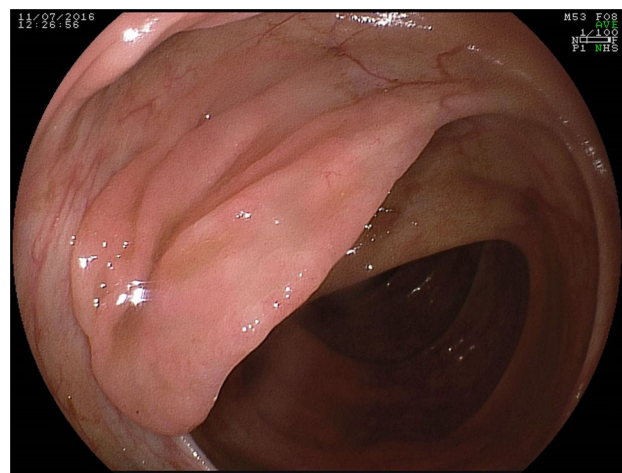
<sup>a</sup> Departamento de Gastroenterología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Varón de 55 años sin antecedentes personales ni familiares a destacar. Se realizó videocolonoscopia por test de sangre oculta en heces positivo evidenciando múltiples (más de 40) pólipos planos elevados (0-IIa clasificación de París), de 10 a 50 mm de diámetro a predominio de colon derecho (figs. 1 y 2). Se realizó cromoendoscopia con ácido acético



**Figura 1** Aspecto endoscópico de los pólipos serrados. Pólipo plano localizado en el orificio apendicular.



**Figura 2** Pólipo serrado localizado en colon ascendente. Es muy característica la pérdida del patrón vascular como único signo de la presencia de un pólipo serrado.

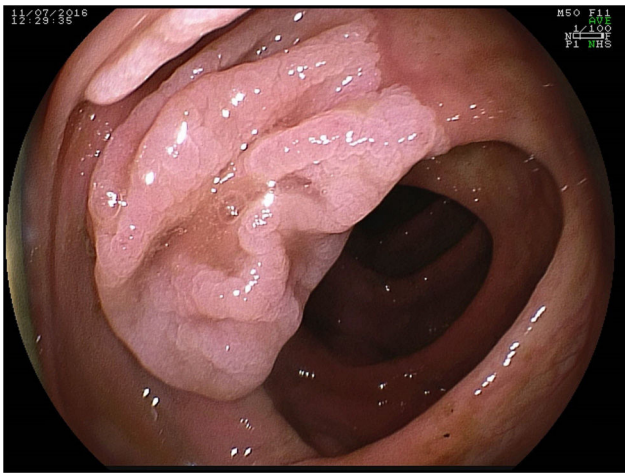
al 3% y magnificación (figs. 3 y 4) obteniéndose una mejor definición de los mismos. El estudio anatomopatológico de uno de ellos informó adenoma serrado sin displasia citológica (fig. 5).

De acuerdo a la definición de la OMS se estableció el diagnóstico de síndrome de poliposis serrada (SPS) por la presencia de más de 20 pólipos serrados de cualquier tamaño distribuidos a lo largo del colon.

Debido a la multiplicidad de lesiones de gran tamaño a predominio de colon derecho y a la topografía de uno de ellos a nivel del orificio apendicular, que condiciona su

\* Autor para correspondencia. Departamento de Gastroenterología, Hospital de Clínicas, Av. Italia 2870-Piso 4, Montevideo 11600, Uruguay. Fax: +598 2 4808472.

Correo electrónico: [nicolasendoscopia@yahoo.es](mailto:nicolasendoscopia@yahoo.es) (N. González).

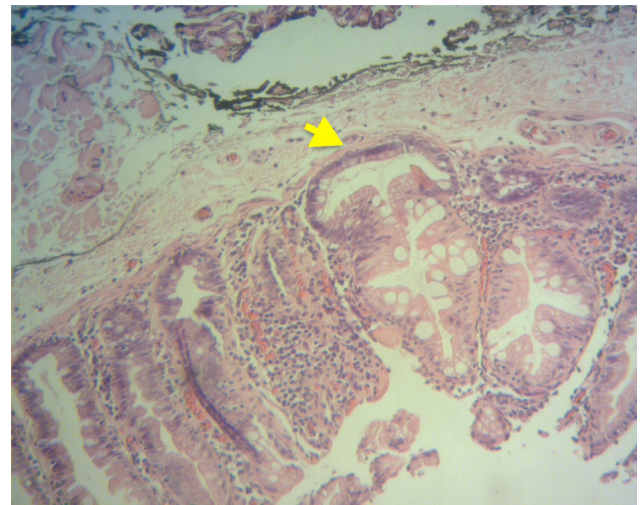


**Figura 3** La aplicación de cromoendoscopia con ácido acético facilita la caracterización de la lesión y la determinación de sus límites.



**Figura 4** Imagen de alta resolución con luz blanca y magnificación después de realizar cromoendoscopia con ácido acético. Se observa un patrón glandular característico de los adenomas serrados tipo abierto II-O descrito por Kimura et al.

resecabilidad endoscópica, se decidió en conjunto con médicos cirujanos la realización de hemicolecotomía derecha y resección por técnica de mucosectomía de los pólipos topografiados en colon izquierdo.



**Figura 5** Adenoma serrado sésil sin displasia (hematoxilina-eosina). Se observan las características dilataciones luminales basales (flecha) de las glándulas en forma de «ancla», «J» o «bota» siendo esta característica arquitectural objetiva y fácil de identificar que marca la diferencia con los pólipos hiperplásicos de la variedad microvesicular.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

No se recibió.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.