

Consideraciones sobre un caso singular de "Mutilación" digestiva

Roald B Martini,¹ Walter Campo,² Gerardo Zanoni³

¹ Médico Consultor, Hospital Italiano, Córdoba.

² Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano, Córdoba.

³ Especialista Nacional en Coloproctología.

Resumen

El contenido de este trabajo se ajusta a la presentación de un caso notable que expone dos particularidades primordiales: 1) paciente sometida sucesivamente a: colectomía total, colecistectomía, gastrectomía total y ulteriormente a resección de los dos tercios superiores del recto; y 2) que haya sido factible practicar una evaluación clínica y paraclínica a más de tres décadas de la primera intervención quirúrgica, posibilitando de este modo estimar y debatir distintos ángulos de enfoque del caso en cuestión.

Summary

The remarkable case presented on this paper has two special characteristics: 1) the patient received, sequentially, a total colectomy, a cholecystectomy, a total gastrectomy and a resection of the two upper thirds of the rectum; and 2) the fact that it was feasible to make a clinical and paraclinical assesment more than three deca-

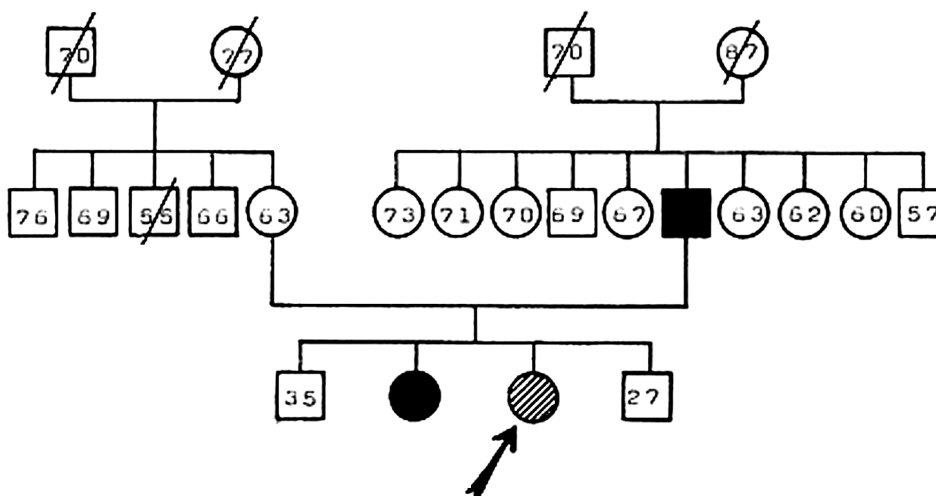
des after the first surgery, making it possible to consider and to debate the different approaches towards this particular case

Introducción

En el año 1974 la paciente consulta por primera vez cuatro años antes por dolor en FII. Se le diagnóstica poliposis colónica y se le extirpan, en controles sucesivos cada tres a seis meses "muchos" pólipos. En el último año refiere puntualmente dos electrofulguraciones de cinco y dos pólipos respectivamente (Dr Pescetti).

En la historia familiar encontramos que su padre falleció a los 42 años por "cáncer de colon inextirpable" y una hermana fallece con 29 años de edad por "cáncer de colon sobre poliposis". Dos hermanos de 35 y 27 años, controlados en esa época, estaban libres de enfermedad (Figura 1).

Figura 1. Esquema de cuadro familiar.



Correspondencia: Roald B Martini
E-mail:

En la actualidad se conoce que dos de tres hijas de la hermana fallecida fueron portadoras de la enfermedad y debieron ser operadas. Los dos hermanos varones y sus descendientes no registraron poliposis.

Cuando la paciente llega a nosotros es estudiada por **Rx de colon** que señala: poliposis colónica generalizada (Figura 2) y la **RSO** consigna la existencia aún de un pólipo a los 13 cms del margen anal (Figura 3). Se llega al diagnóstico de poliposis colónica familiar.

Figura 2. Rx colon, preoperatoria.

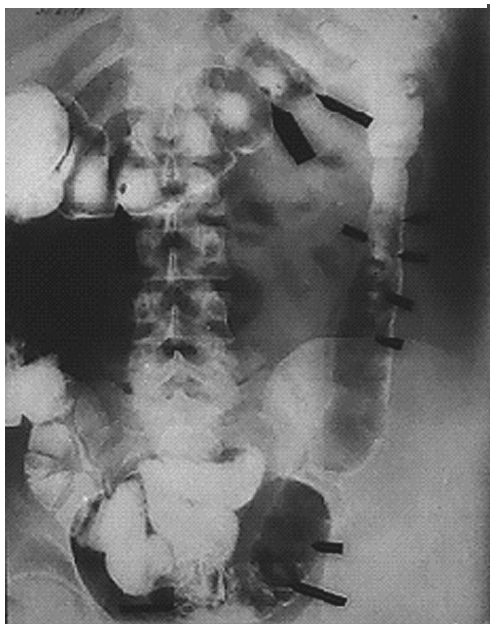
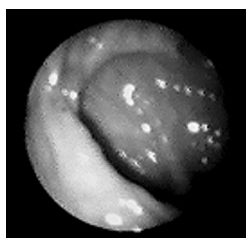


Figura 3. RSO preoperatoria. Pólipo remanente.



Iª. Operación – (VI-1974)

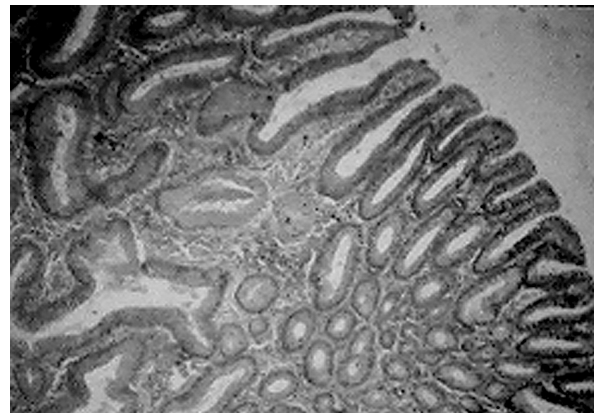
Edad: 31 años = 36 años atrás

Fue sometida a Colectomía total con ileorrecto anastomosis. La evolución post operatoria inmediata y alejada fue normal. El estudio **Histopatológico** de la pieza quirúrgica señala: numerosos pólipos escalonados a partir de ciego, algunos mayores y pediculados; la histopatología confirma poliposis adenomatosa (Dr Escarguel Malbrán). (Figuras 4 y 5).

Figura 4. Macroscopía de la poliposis.



Figura 5. Histología de pólipo (x40 A).



Hallamos consignado en un control a 4 años de operada que está con una deposición diaria, excepcionalmente dos, a pesar de haber incorporado celulosa (lechuga) a la dieta. Ha superado el peso preoperatorio.

La poliposis colónica familiar (PCF) o poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad hereditaria de carácter mendeliano dominante, caracterizada por la existencia de numerosas formaciones polipoideas de tipo adenomatoso difundidas en el colon y recto, con gran potencialidad maligna, que ocurre en edades tempranas de la vida y que ocasionalmente revisten el carácter de multicéntricas. Es el resultado de una mutación genética y la mitad de los descendientes padecerán el morbo. Sólo los que han heredado la enfermedad pueden transmitirla a sus descendientes. Afecta a ambos sexos igualmente. Si dentro de una familia afectada alguno de los miembros llega a la edad de 40 años sin padecer la enfermedad, es muy difícil que haga su aparición después.

Si nos detenemos en las **consideraciones sobre el tratamiento quirúrgico de la PCF** en aquella época, vemos alguna diversidad de criterios o va-

riantes técnicas que pueden resumirse en:

- 1) La colectomía total con ileorrectoanastomosis seguida por la mayor parte de los autores. Requerirá controles periódicos y extirpación ulterior de los pólipos que se generen en el remanente rectal, o eventual amputación del recto si se tornan incontrolables o malignizan. Algunos autores son partidarios de la extirpación del recto alrededor de los diez años después de la primera operación.¹²
- 2) La proctocolectomía, aconsejada por Bacon y col para todos los pacientes.¹ En opinión de otros autores debe reservarse para los casos donde el elevado número de pólipos hace imposible su control o el estudio histopatológico no descarta la existencia de transformación maligna.
- 3) Una técnica propuesta por Wangenstein y col es la colectomía con conservación de ciego, seguida de cecorrectoanastomosis.⁵ Fundamentan la proposición en: conservar la (válvula ileocecal y su importante capacidad funcional) y que habitualmente en el PCF el número de pólipos en ciego es escaso y que el recto más el ciego estarían bajo el área del control endoscópico.¹⁵
- 4) El "pouch ileal" anastomosado al recto no estaba incorporado a la técnica de esa época; se describe en 1980 (Parks-Nicholls-Sodomilla) y demora en imponerse.

Regresión espontánea post-colectomía de pólipos en el remanente rectal

Los partidarios de la colectomía total con ileorrectoanastomosis especulan con el hecho fortuito de regresión y aún desaparición de pólipos en el remanente rectal, hipótesis sustentada por Hobbard en 1957, corroborada ulteriormente por otros autores.^{8,22} Turnbull admitía que "la desaparición de los pólipos era un hecho comprobado del que no se podía determinar aún el porcentaje";^{11,16} actualmente se ha comprobado que este beneficio lo obtienen más de un tercio de los pacientes.²¹

Planteada esta realidad, se ha tratado de hallar una explicación a esas esporádicas desapariciones y se han planteado varias teorías:

- 1) Quizá la más relevante sea la que puntualiza que el contenido ileal que a posteriori se vierte en el recto es ligeramente ácido,¹³ a lo que se sumarían variaciones enzimáticas (desoxirribonucleasa), flora bacteriana y estado fecal semi-líquido, todo lo que contribuiría a crear un medio ambiente desfavorable para los adenomas. Concuera con esta idea el hecho de que en la poliposis generalizada lo habitual es que haya escasos pólipos en ciego.
- 2) Otras hipótesis señaladas son: reducción del flujo sanguíneo creado por la operación resectiva; acción de un mecanismo inmunológico, análogo al fenómeno de rechazo al homoinjerto, etc.⁸
- 3) Debe advertirse que el fenómeno de regresión

de los pólipos ocurre dentro de los seis a diez meses y que, de no hacerse presente en ese lapso se debe abordar el tratamiento de resección endoscópica.¹³

El prólogo expuesto nos permitirá interpretar más fácilmente los hechos que ocurrieron en la evolución de la paciente en estudio.

En las semanas previas a la colectomía la paciente había sido sometida en otra institución a "electrofulguración" de sus pólipos rectales; no obstante, en el estudio RSO preoperatorio se determinó la existencia de un pólipo remanente de 8 mm de diámetro, sénil, con asiento en el borde libre de la tercera válvula de Houston, a 13 cms del margen anal. No se efectuó polipectomía preoperatoria por falta de oportunidad.

A los tres y seis meses de operada se le practicaron controles RSO y no se evidenció pólipo. Los controles se repitieron periódicamente hasta los cuatro años de la colectomía sin hallazgo de nuevos pólipos.

En diciembre de 1975, a cuatro años de operada, se la sometió a un **Registro de pH en materia fecal** durante seis días mientras la paciente mantuvo un plan alimentario variado, que arrojó cifras extremas de pH 5 a 6, con promedio dentro del tenor de pH 5,5.

Era materia de debate si, en el remanente rectal conservado beneficiado con la regresión espontánea de los pólipos cabía -en menor o mayor grado- la posibilidad de asiento de cáncer. Bunrain y col² afirmaban que sí. Freinberg y col²¹ lo observaron en 7 de 116 pacientes.²³

2º. operación-IV/1985

Edad: 42 años = 25 años atrás

A raíz de litiasis biliar sintomática, se le practicó colecistectomía (convencional) en la ciudad donde reside. En la evolución ulterior no hay hechos de significación.

IMPORTANTE: dentro de la evaluación preoperatoria a la colecistectomía se le efectuó **estudio radiológico de estómago y duodeno** que fue normal.

AÑO 1989. Edad: 46 años.

A consecuencia de un cuadro clínico de náuseas y vómitos se le indica en su localidad un nuevo estudio Radiológico gastroduodenal que muestra **Poliposis gástrica múltiple** (Figuras 6 y 7).

Con ese diagnóstico es remitida a nosotros para su consideración. Le practicamos **gastroduodenofibroscopía** que corrobora la poliposis múltiple, más numerosa en cuerpo y techo gástrico que en antro (Figura 8). **Sin lesiones en duodeno.** Para el estudio histopatológico extirpamos con el ansa de polipectomía algunos pólipos considerados los más desarrollados.

El estudio histopatológico (Nº 8.523) concluye: pólipos hiperplasiógenos (Figura 9)

Figura 6. Rx Doble contraste: techo gástrico.



Figura 7. Ídem: cuerpo y antro.



Figura 8. Endoscopia gástrica: poliposis.

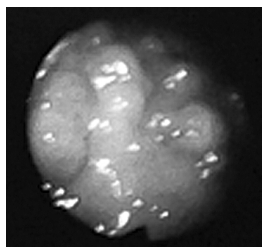
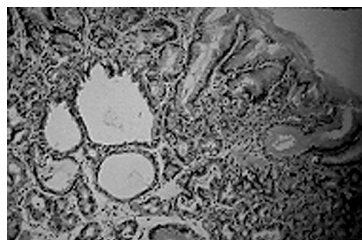


Figura 9. Histología: pólipo H. (x120 A).



Ante la severidad del problema en análisis, y teniendo en cuenta la oportunidad de que semanalmente se reunía en el Hospital el "Comité de tumores", consideramos relevante llevar el caso en consulta. El mencionado comité, coincidiendo con nuestro criterio, se orientó hacia una gastrectomía total, fundamentado en los siguientes hechos:

- 1) La "explosiva" aparición de su poliposis múltiple, que no existía dos años atrás;
- 2) La ya conocida predisposición de la PCF se le suma poliposis del tracto gastrointestinal superior y aún tumores extradigestivos;
- 3) Que partiendo de la clasificación de Seifert y Elster 14, los pólipos hiperplasiógenos tienen en su estructura histológica elementos de los adenomas y de los pólipos hiperplásicos (en esa época se conocía poco de su comportamiento evolutivo);
- 4) El potencial neoplásico de la paciente; la edad en ese momento y su proyección a décadas futuras;
- 5) Que en la poliposis múltiple no todos los pólipos pueden pertenecer a un mismo tipo histológico, sin descartar la coexistencia de carcinoma mural;
- 6) Que este caso, escapaba por el número de lesiones, al tratamiento endoscópico propuesto para los pólipos gastro-duodenales.

Resumiendo todos los elementos de juicio expuestos precedentemente se decide someterla a tratamiento quirúrgico. Como la paciente estaba excedida de peso, se le indica régimen alimentario adecuado, siendo operada nueve meses después.

3º. Operación-VI/1989

Edad: 46 años = 21 años atrás

Gastrectomía total, creando un "neo estómago" por interposición de un asa yeyunal pediculada, entre esófago y duodeno –Operación de Henley-Longmire^{3,6} (Figuras 10 y 11).

Figura 10. Reproducida de Veppo 17. Esquema de operación de Longmire.

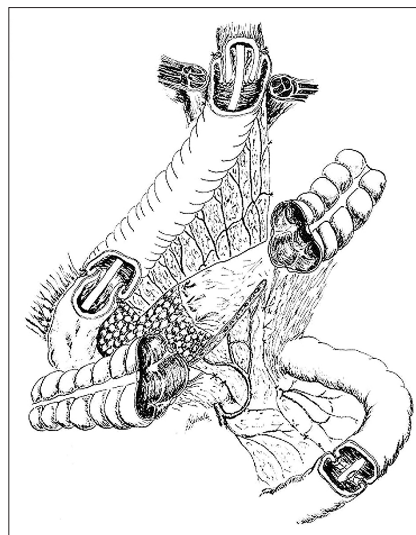
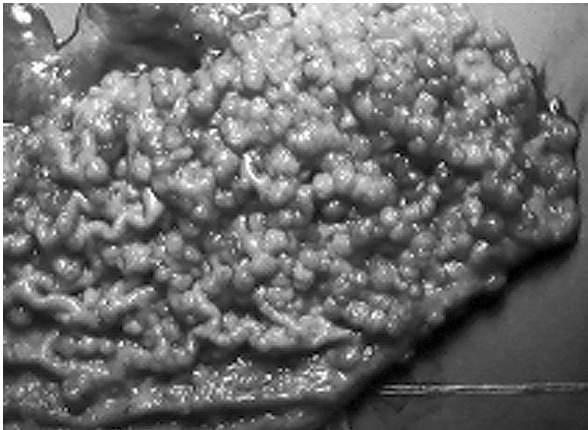


Figura 11. Estómago: macroscopía de pieza operatoria.

La paciente cursa un postoperatorio normal y es dada de alta al noveno día, previo control radiológico con contraste baritado, (Figura 12).

Figura 12. Rx De control 9° día postoperatorio.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria (No 10.075) confirma: pólipos hiperplasiógenos múltiples (Dr Ribichini).

El postoperatorio inmediato es satisfactorio, destacando la presencia de meteorismo y flatulencia. Al año de operada y sin medicación, ha normalizado su estado general; peso conservado (69 Kgs); tiene dos deposiciones diarias "pastosas-consistentes"; disminuyó sensiblemente la flatulencia y se define totalmente recuperada en fuerzas y capacidad laboral. **Laboratorio.** Hb 13,48 Grs -GB- plaquetas, glucemia, calcemia y ferremia: normales. Proteinograma: PT 7,76 Grs, Alb 3,82 Grs **Van De Kamer:** 58 Grs

en 24 Hs.(VN 5 Grs) Rx: **Tránsito intestinal baritado:** en 160 minutos el bario llega el recto; en la Rx **directa de abdomen** se observa escasa cantidad de aire en intestino.

Algunas consideraciones sobre la operación de Henley-Longmire

En 1952 Longmire publica su serie inicial de seis casos en los que practicó gastrectomía total con reconstrucción del tránsito interponiendo un asa yeyunal pediculada entre esófago y duodeno.⁶ En el mismo año Henley publica técnica similar.³

Aunque en la bibliografía no se percibe una adopción "masiva" para esta propuesta técnica en la bibliografía nacional hay referencias: R Finochietto -Pren Méd Argent.- (1957)-44:2389 – JM Mainetti – Act Asoc Argent Cir -(1967)-1:1 – AA Veppo defiende vehementemente el procedimiento y hace referencia a 178 casos de su experiencia.¹⁷ Por nuestra parte, adoptamos esta técnica y en 1994 publicamos 19 casos operados, de los cuales 17 pertenecían a uno de los actuales autores (RBM). En él señalábamos que la morbilidad no tenía diferencias con relación a los otros recursos de continuidad esófago-digestiva. Tampoco presentaba dificultades técnicas especiales ni aumento del número de anastomosis ni del tiempo operatorio, comparada con la clásica "Y" de Roux.¹⁰ Por otra parte, las ventajas teóricas de la operación de Longmire son las siguientes:

- 1) Se crea un reservorio alimentario que permite la ingestión de cantidad suficiente de alimentos;
- 2) Al incorporar el duodeno al circuito alimentario, el "laboratorio duodenal" mantendría en parte su funcionalismo, 17 con excitación de las secreciones bilio-pancreáticas y sincronismo funcional entre éstas y el alimento;
- 3) No hay dumping;
- 4) No hay reflujo alcalino ya que el asa interpuesta, isoperistáltica, de 35 a 40 cms de longitud lo impide;
- 5) No se detecta aceleración del tránsito intestinal ni diarrea encontrada con frecuencia en los montajes en "Y"; 17
- 6) Veppo agrega un último ítem: "el calibre del asa yeyunal, en su forma, tamaño y funcionalidad, con el tiempo adquieren los propios del órgano reemplazado".¹⁷ Sin embargo, no lo hemos observado en el control practicado a nuestra paciente 24 años después de operada; tampoco en el control a otro paciente con sobrevida de cinco años.

Obvio es destacar que hay con constancia una eliminación aumentada de grasas (Van de Kamer) en materia fecal, como consecuencia de la agastría.

4ª. Operación – VIII/2004

Edad: 61 años = 6 Años Atrás

La paciente nos refiere, y luego lo corroboramos por haber accedido al protocolo, que en el

curso de controles periódicos se detecta una formación poliposa en recto medio de 1,5 cm de diámetro y otras más pequeñas. La histopatología de biopsia informa: adenoma vellosos con cambios carcinomatosos *in-situ*.

Se practica una evaluación completa de la paciente y en agosto de 2004 es intervenida quirúrgicamente (Dr Del Cantare - Clínica Regional del Sur - Río Cuarto), practicándose, por vía abdominal, resección de recto superior y medio y anastomosis ileo-rectal baja con sutura mecánica. El curso postoperatorio inmediato y alejado fue normal con alta sanatoria al 6º día. El estudio histopatológico de la pieza operatoria consigna: 6 cm de íleon y 10 de recto (con sutura de resección previa) destacando: 17 pólipos de 0,5 a 0,8 cm de diámetro catalogados como pólipos adenomatosos de tipo tubular, sin cambios displásicos, 4 como túbulo-vellosos con cambios displásicos de alto grado. Los márgenes quirúrgicos pasan por tejido sano; 9 ganglios linfáticos sin anormalidades.

Análisis sobre la paciente en el año 2010

La paciente tiene en la actualidad 67 años y es soltera. Impresiona muy favorablemente su estado físico y disposición psíquica; pesa 78 Kg "dos menos que su peso máximo".

Antes de su cuarta operación de 2004 donde se resecan los dos tercios superiores del recto, participaba de la alimentación familiar, debiendo omitir la ingestión de cítricos, acelga, lechuga y repollo. Su ritmo intestinal estaba dado por una -ocasionalmente dos- deposiciones diarias de consistencia formada o blanda, con escasa flatulencia; ésta aparecía cuando comía banana.

Después de la operación donde se reduce el recto, sus deposiciones habituales son líquidas, a veces postprandiales y en número de dos a cuatro.

De considerarlo necesario, responde a la Loperamida 2 Mgs, 1 ó 2 Comp por día, que "la contiene" e ingiere sólo en forma ocasional.

Los estudios paraclínicos practicados señalan:

LABORATORIO	RADIOLOGÍA
Hemocitológico: GR - 4.550.000 - Hto 42% Hemoglobina: 13.86 Grs. Serie blanca: s/p. Ionograma plasmático. -Sodio: 146 Mmol/l. -Potasio: 4.5 -Cloruros: 108 Proteinograma por Electroforesis: -Prot.totales: 6.59 Grs. % -Albúminas: 4,01 -Globulinas: 2,58 -Form Glob: S/P (Dra. Massa de Sileoni)	Tránsito de intestino delgado: - Esófago de calibre y tono normales con buen funcionamiento de la anastomosis. - El contraste progresa sin dificultad. - Se observan algunas asas ligeramente dilatadas. - El tiempo en el tránsito de la sustancia de contraste hasta llegar al recto fue de 5 Hs. Fig. 13 y 14.- (Dr. R.Alberti)

Figura 13. Rx año 2010. área: asa yeyunal interpuesta.



Figura 14. Ídem: Tránsito de I delgado.



Comentarios

Encuadrar este análisis de un solo paciente no puede ir en otro rubro que el de casuística y no debe ser tomado como ejemplo de lo que se debe hacer, sino como ejemplo de cuál puede llegar a ser la tolerancia del organismo ante repetidas intervenciones quirúrgicas, varias mutilantes, aún cuando sus indicaciones sean inapelables.

Debemos admitir que, como conocedores profundos de esta paciente, no cabe encuadrarla dentro de los parámetros habituales, sino por el contrario como casi excepcionales. Era y es dueña de una notable estructura física y una indomable respuesta psíquica.

De todas las "mutilaciones" quirúrgicas la más severa desde el punto de vista funcional fue la gastrectomía total y en grados menores la colectomía total y la colestectomía, atentos a que estos órganos extirpados realizan funciones importantes para la digestión de los alimentos y la homeostasis del organismo.

Puede considerarse entonces que el ser humano tiene de regla desde escasa hasta abundante capacidad de compensación ante fallas anatómo-funcionales. Ergo: entendemos que no se puede tomar este caso como paradigma, porque la gran capacidad de

compensación que le asignamos por los considerando vertidos, son sólo una posibilidad que indicaría hasta dónde puede llegar la cirugía con las mutilaciones, en casos excepcionales como el que nos ocupa.

¿Qué otras enseñanzas nos deja esta posibilidad de analizar la paciente a tres décadas posteriores a sus tratamientos quirúrgicos?:

- 1) Sus parámetros clínicos y bioquímicos son compatibles con lo normal;
- 2) En el tránsito radiológico de intestino delgado observamos que el medio de contraste llega al recto en 5 horas, cuando lo habitual en el paciente sano tarda alrededor de 90 minutos en llegar al ciego. ¿Habría una "compensación" al enlentecer el tránsito para una mejor y mayor absorción de nutrientes y líquidos por el yeyuno-íleon? Es un solo caso y un solo estudio para sacar conclusiones, pero el dato radiológico y el estado clínico y bioquímico de la paciente nos conduce a aceptarlo como verosímil.
- 3) No hemos hallado consideraciones bibliográficas sobre el comportamiento del asa yeyunal interpuesta entre esófago y duodeno, creando un neo-estómago. No hay más que evaluaciones generales, quizá porque la mayor parte de las gastrectomías totales lo son por cáncer, las más de las veces avanzados, donde la evolución de la enfermedad da lugar a cursos postoperatorios cortos, en un elevado porcentaje.

En nuestro caso, evaluando un postoperatorio a más de dos décadas, el yeyuno interpuesto como "neo-estómago" no ha sufrido grandes modificaciones estructurales y nada que lo aproxime al órgano extirpado. Integraría, junto al resto del yeyuno-íleon lo que el radiólogo destaca: "se observan algunas asas ligeramente dilatadas". ¿Esto está en consonancia con el comportamiento funcional?

Por último, agradecemos profundamente a la paciente por su disposición y sostenida colaboración que han hecho posible el logro de este estudio evolutivo y evaluativo que entendemos, de por sí, podría ser médicamente valioso.

Bibliografía Inicial (Décadas 1960 /70)

- 1) Bacon HE, Villalta GL, Saber Y. et al. -Adenomatosis of the colon and rectum.- Soudern Med.- (1957)-5:630-636.
- 2) Buntain WL, Remine WH, Farrow GM.- Premalignancy of polyps of the colon.- Surg. Gyn.Obst.- (1972)-134:499-508.
- 3) Cornell GN, Gilder H, Moody F. et al.-The use of yeyunal interposition with total gastrectomy.-Ann.Surg.- (1960)-152:430-444.
- 4) Henley FA.- Gastrectomy with replacement. A preliminary communication.- Brit. J.Surg.- (1957)-40:118-128.
- 5) Lillehei RC, Wangenstein OH.- Bowel function after colectomy for cancer, polyps and diverticulitis.-J.A.M.A.- (1955)-159:163-170.
- 6) Longmire (Jr.) WP, Beal JM.- Construction of substitute gastric reservoir following total gastrectomy.- Ann. Surg. - (1952)-135:637-645.
- 7) Martini RB.- Poliposis benigna del recto-colon.- Rev. Fac. Cienc. Méd. Córdoba. - (1966)-24:413-440.
- 8) Martini RB, Ferreras HBS.- Poliposis colónica familiar. Regresión espontánea de pólipos en el remanente rectal, luego de colectomía e ileoproctoanastomosis.- Pren. Méd. Argent. - (1979)-66:796-798.

- 9) Martini RB, Gil OA, Campo WD, Traverso RA.- Poliposis gástrica en poliposis colónica familiar.- Rev. Argent-Coloproctol. - (1990)-3:251-259.
- 10) Martini RB. et al.- Gastrectomía total. Operación de Longmire -(Henley-Longmire)- Rev Méd. Córdoba - (1994)-82:11 -15.
- 11) Mc. Lachling AD.- Familial intestinal poliposis.-Arch. Surg. - (1959)-79:393-397.
- 12) Moreno González E, Hidalgo Pascual M, Canales López R. et al.- Ideas actuales del tratamiento de la poliposis recto colónica familiar.- Hosp.General. - (1973)-13:491-514.
- 13) Shepherd JA.- Familial polyposis of the colon with special reference to regression of rectal polyps after subtotal colectomy.- Brit.J.Surg. - (1971)-58:85-91.
- 14) Seifert E, Elster M.- New classification of gastric polyps, based on the experiences in polypectomy.- (International Workshop at Hannover 1974)- Edit. Verlag GW.- Baden Baden, (1975):35-40.
- 15) Rosi PA, Cahill W.- Subtotal colectomy with cecorectal anastomosis for multiple adenomas of the colon. Amer.J. Surg.- (1962)-103:75-80.
- 16) Turnbull RB.- En la discusión del trabajo de Mc Lachlin -(11).
- 17) Veppo AA.- Cáncer de estómago. Diagnóstico temprano y tratamiento actual.- Medicina Alemana-(1979)-20:773-868.

Bibliografía Actualizada

- 18) Böticher R, Bunte H, Hermanek P. et al.- Gastric polyps: prognosis and treatment.-Dtsch.Med.Wochenschr.- (1975)-100:167-170.
- 19) Domizio P, Talbot IC, Spigelmen AD. et al.- Upper gastrointestinal pathology in familial adenomatous polyposis: results from a prospective study of 102 patients.- J.Clin.Pathol.- (1990)-43:738-743.
- 20) Elster K, Eidt H, Otenjenn. et al.- The glandular cyst, a polypoid lesion of the gastric mucosa.- Dtsch. Med. Wochenschr. - (1971)-102:183-187.
- 21) Feinberg SM, Jagelman DG, Sarre RG. et al.- Spontaneous resolution of rectal polyps in patients with familial polyposis following abdominal colectomy and ileorectal anastomosis.- Dis.Colon Rectum-(1988)-31:169-17.
- 22) Spontaneous regression of rectal polyps following abdominal colectomy and ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyps, without sulindac treatment: report of four cases.- Endoscopy-(2007)-39:665-668.
- 23) Gutiérrez A, Collia Avila KA, Muñoz JP. Et al.- Tratamiento quirúrgico de la poliposis adenomatosa familiar: nuestro algoritmo.- Acta Gastroenterolog.- (2009)-39-Suplem.3:19.
- 24) Haberecht B, Lisewski G, David H. et al.- Endoscopic polypectomy of the stomach.- Dtsch.Med.Stoffwe chselkr.- (1983)-43:246-250.
- 25) Hassan A, Yerian LM, Kuan SF. Et al.- Inmunohistochemical evaluation of adenomatous polyps coli, beta-catenin, c Mic, cyclin D1, p53, and retinoblastoma protein expression in syndromic fundic glands polys.- Hum. Pathol.- (2004)-35:328-334.
- 26) Kato Y, Sugano H, Rubio CA.- Classification of intramucosal cysts of the stomach.- Histopathology (1983)-7:931-938.
- 27) Moriy Y, Arita T, Shimoda K. et al.- Jejunal interposition to prevent postgastrectomy syndromes.- Brit. J.Surg.- (2000)-87:1576-1579.
- 28) Müller-Lissner SA, Weibecke B.- Investigations of hyperplasiogenous gastric polyps by partial reconstruction.- Pathol.Res. Pract.- (1982)-174:368.
- 29) Seifert E.- Polypoid processes of the stomach.- Leber Magen Darm.- (1983)-13:206-211.
- 30) Sung HY, Cheung DY, Cho SH. et al.- Polyps in the gastrointestinal tract: discrepancy between endoscopic forceps biopsies and respective specimens.- Eur.J.Gastroenterol.Hepathol.- (2009)-21:190-195.
- 31) Valenzuela E, Martínez R, Sharp A. et al.- Interposición de asa tipo Henley-Longmire en gastrectomía total. Rev. Chilena de Cirugía.- (2004)-56:449-452.
- 32) Watanabe H, Enjoji M, Yao T. et al.- Gastric lesions in familial adenomatosis coli: their incidence and histologic analysis.- Hum.Pathol.- (1978)-9:269-283.