

IMAGEN DEL MES

MELANOSIS COLI Y PÓLIPOS COLÓNICOS

MELANOSIS COLI AND COLON POLYPS

Pardillos Tomé A¹, Guillén Gómez M², Comín Orce A²

¹Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza.

²Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

La melanosis coli es una condición benigna, consecuencia del efecto tóxico que producen los laxantes antraquinónicos sobre las células del epitelio colónico, desencadenando apoptosis celular y acúmulo del pigmento lipofuscina en el interior de los macrófagos de la lámina propia. No requiere tratamiento específico y desaparece al retirar el agente responsable. La tasa de detección de adenomas es mayor en estos pacientes debido a una mejor visualización de los pólipos, y no porque exista asociación con mayor riesgo de cáncer colorrectal ni de formación de adenomas.

Palabras clave: melanosis coli, antraquinonas, lipofuscina, pseudomelanosis.

Abstract

Melanosis coli is a benign condition, due to the toxic effect produced by anthraquinonic laxatives on the cells of the colonic epithelium, producing cellular apoptosis and accumulation of lipofuscin inside the macrophages of the lamina propria. It does not require specific treatment and it disappears when the responsible agent is removed. The detection rate of adenomas is higher in these patients due to better visualization of the polyps. There is not an association with higher risk of colorectal cancer or adenoma formation.

Keywords: melanosis coli, anthraquinones, lipofuscin, pseudomelanosis.

Introducción

El hallazgo casual de melanosis coli es frecuente durante la realización de una colonoscopia, especialmente en pacientes que padecen estreñimiento crónico. No se ha demostrado asociación con malignidad, pero la posibilidad de detección de pólipos es mayor en estos pacientes, como en el caso que exponemos a continuación.

CORRESPONDENCIA

Ana Pardillos Tomé
Hospital Ernest Lluch
50299 Calatayud, Zaragoza.
apardtome@hotmail.com

Fecha de envío: 21/07/2020

Fecha de aceptación: 20/08/2020

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo activo de 10 cigarrillos al día y síndrome del túnel carpiano, en tratamiento farmacológico con enalapril-hidroclorotiazida, simvastatina y tramadol. Se realiza colonoscopia programada por cribado de cáncer colorrectal, tras positividad en sangre oculta en heces. En ella se observa una llamativa pigmentación marrón-negruzca de la mucosa colónica a lo largo de todo su trayecto, siendo más intensa a nivel de colon proximal y ciego (Figura 1), respecto a colon distal (Figura 2). A nivel de colon ascendente se detectan dos pólipos sésiles menores de 5 mm de color rosado, que resaltan con facilidad entre la mucosa pigmentada (Figura 3). Se resecan con asa fría, confirmándose adenomas sin displasia en el estudio anatomopatológico. En la mucosa adyacente a ellos, se observan macrófagos a nivel de la lámina propia con pigmento marrón en su interior, a diferencia del tejido polipoide que carece de macrófagos pigmentados. Ante este hallazgo y la sospecha de melanosis coli, la paciente confirmó la autoprescripción de sen como laxante debido a estreñimiento crónico.



Figura 2

Colon descendente, observando el típico aspecto atigrado de la mucosa.



Figura 3

Resalta la presencia de un pólipo sésil sonrosado rodeado de mucosa pigmentada, a nivel de colon ascendente.



Figura 1

Colon ascendente proximal, donde se observa la pigmentación marrón oscura de la mucosa adoptando formas poliédricas.

Discusión

La melanosis coli es una condición benigna caracterizada por la pigmentación marrón-negruzca de la mucosa del colon. Se debe principalmente a la administración de laxantes antraquinónicos derivados de plantas como la cáscara sagrada, el sen, la frángula, el aloe o el ruibarbo, frecuentemente autoadministrados sin receta médica en casos de estreñimiento crónico. La melanosis coli también

ha sido descrita tras la administración de diacereína, fármaco utilizado como tratamiento sintomático de la osteoartritis¹.

Desde su primera descripción en 1829 por Cruveilhier, se han dilucidado algunos datos sobre su patogenia. En estos pacientes, las antraquinonas producen un daño directo sobre las células del epitelio colónico, incrementando la apoptosis celular por efecto tóxico². Mediante microscopía electrónica, se observó que el pigmento que contenían los macrófagos en su interior era lipofucsina, y no melanina como durante mucho tiempo se pensaba³. La lipofucsina es producto de la oxidación de los lípidos y de la degeneración de los orgánulos celulares en el interior de los macrófagos. Por ello, algunos autores proponen los términos “pseudomelanosis coli” o “lipofuscinosi”, como denominaciones más correctas. Su diagnóstico es casual al realizar una colonoscopia por cualquier indicación, observando el típico aspecto atigrado de la mucosa, con una pigmentación poliédrica dividida por finas líneas pálidas. El estudio histológico confirma la presencia de macrófagos pigmentados en la lámina propia. Puede afectar a todo el colon, en especial a ciego, colon ascendente y recto-sigma. La razón por la que la pigmentación es más intensa en determinadas zonas del colon no es del todo conocida. Puede ser debido a una mayor concentración

del agente tóxico en estas áreas, mayor absorción de éste o una mayor concentración de macrófagos a nivel de colon proximal y recto. En el recto, donde son numerosos los agregados linfoides, la melanosis adopta el patrón característico de “noche estrellada”, ya que las células linfoides no poseen pigmento en su interior y resaltan sobre el resto de mucosa marrón-negruzca. Aunque es menos frecuente, también se han reportado casos aislados a nivel de intestino delgado y estómago⁴.

La melanosis coli es asintomática y no requiere tratamiento específico. Puede aparecer aproximadamente 4 meses después de la utilización continuada de laxantes antraquinónicos y desaparece unos meses después de su retirada.

La melanosis coli es una entidad benigna. No se ha demostrado mayor riesgo de cáncer colorrectal ni mayor desarrollo de adenomas⁵. Se piensa que la tasa de detección de adenomas en estos pacientes es mayor debido a una mejor visualización de los pólipos en el contexto de una mucosa colónica hiperpigmentada, como en nuestro caso, y no por una mayor formación de pólipos. Se desconoce por qué los adenomas no se encuentran pigmentados. Se ha propuesto que los macrófagos que no contienen pigmento en su interior son los que migran al tejido polipoideo. Las lesiones colónicas submucosas sí que se observan hiperpigmentadas durante la realización de una colonoscopia, ya que los macrófagos pigmentados se encuentran a nivel mucoso.

En conclusión, la melanosis coli, o más correctamente, pseudomelanosis coli, es una entidad benigna, que desaparece meses después tras la retirada del agente responsable, no asociada a mayor riesgo de malignidad, pero sí a una mayor tasa de detección de adenomas.

Bibliografía

1. Esteban Jimenez O, Navarro Pemán C, González Rubio F, Malo Aznar MC. Melanosis coli asociada a diacereína. *Gastroenterol Hepatol*. 2017; 40 (2): 93-95. DOI:10.1016/j.gastrohep.2016.01.004
2. Freeman HJ. "Melanosis" in the small and large intestine. *World J Gastroenterol*. 2008;14(27):4296-4299. doi:10.3748/wjg.14.4296
3. Ghadially FN, Walley VM. Melanoses of the gastrointestinal tract. *Histopathology* 1994; 25: 197-207
4. Weinstock LB, Katzman D, Wang HL. Pseudomelanosis of stomach, duodenum, and jejunum. *Gastrointest Endosc* 2003;58:578
5. Puppa G, Colombani R. Brown colon (melanosis coli) harbouring pale tumors (adenocarcinoma and an adenomatous polyp). *J Gastrointest Liver Dis* 2009;18:509-510.