

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre", Ciudad de La Habana

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS PÓLIPOS DE COLON Y DE RECTO

Dr. Fausto Hugo Méndez Leiva,¹ Dra. Marcia Almuíña Güemes² y Dr. Carlos Villegas Valverde³

RESUMEN

Se revisaron 100 historias clínicas de pacientes consultados en los años 1998 y 1999 en los servicios de Coloproctología, Gastroenterología y Medicina Interna del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre", con los diagnósticos clínico-imagenológico y endoscópico de pólipos de colon y de recto. Se les realizó biopsia, y se halló 50 % de pólipos adenomatosos benignos y lesiones de alto riesgo como: adenomas tubulares (15 %), adenomas vellosos (12 %), adenocarcinomas (10 %), pólipos con lesiones atípicas (3 %). Se determinó en el estudio los beneficios de la resección endoscópica que se realizó en 85 % de los pacientes, así como el seguimiento de las lesiones según su histología. Se encontraron 11 pacientes con recidivas entre 6 meses y 1 año: 6 pacientes con pólipos adenomatosos originales que no cambiaron su histología y los 5 restantes con adenomas tubulares y vellosos, que recidivaron como adenocarcinomas.

DeCS: ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL; POLIPOS DEL COLON/cirugía; RECURRENCIA; NEOPLASMAS DEL RECTO/cirugía; NEOPLASMAS DEL COLON/cirugía.

Los pólipos de colon y de recto son tumores benignos de origen epitelial, que aparecen con frecuencia en la luz del órgano.¹ Hay autores que señalan que el cáncer colorrectal surge a punto de partida de adenomas preexistentes, otros defienden la teoría que es el adenocarcinoma quien en etapas tempranas adopta una forma polipoidea.^{2,3}

Se conoce que el cáncer colorrectal ocupa en la actualidad el segundo lugar des-

pués del carcinoma broncopulmonar, y gracias a los equipos endoscópicos flexibles, se detectan precozmente las lesiones tumorales que quizás por su pequeño tamaño, pudieran escapar a los estudios contrastados.³

Igualmente, la extirpación por vía endoscópica de estas lesiones constituyen un método eficaz para prevenir el cáncer colorrectal e inclusive tratarlo en sus estadios incipientes.³

¹ Especialista de I Grado en Coloproctología. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre".

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas, "10 de Octubre". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. (ISCMH)

³ Médico General Básico en Servicios Rurales.

Estas fueron las razones que nos motivaron a realizar nuestro estudio.

MÉTODOS

Se revisaron 100 historias clínicas de pacientes consultados en los años 1998 y 1999 en los servicios de Coloproctología, Gastroenterología y Medicina Interna del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre", teniendo como condición el diagnóstico presuntivo, dado por la clínica-imagenología y/o endoscopia de pólipos de colon o de recto, independientemente de la confirmación histológica.

Las historias se seleccionaron por muestreo aleatorio simple y para la recolección de los datos se confeccionó un modelo de encuesta, para detallar los síntomas, estudios pre y posoperatorios y evolución de los pacientes, incluyendo las recidivas.

Los datos se introdujeron en una microcomputadora IBM-AT y programa MFOXPLUS. Los resultados se expresaron por el método numérico-porcentual por tratarse la muestra de 100 pacientes.

RESULTADOS

Se estudiaron los pacientes cuyas edades oscilaron desde 16 años hasta 80 años y más. El grupo etáreo de 51 a 60 años fue el más representativo con 42 %; no existieron diferencias significativas en cuanto a los demás grupos. No había predominio en cuanto al sexo y sí en cuanto a la raza, con el 73 % perteneciente a la blanca.

El motivo de consulta más frecuente fue enterorragia, mucorrea y dolor abdominal en 71 % de los pacientes, seguido de diarrea con 53 %. Al realizarles el estudio de hemoglobina, el 40 % presentaba cifras por debajo de 11 g por ciento. El tacto rectal se realizó al 100 % de los pacientes y se

encontró palpable en 24 % de éstos. En el 20 %, al retirar el guante se encontró el dedo manchado de sangre y en el 15 % se encontró mucus.

De los pacientes estudiados se sometieron a exámenes radiológicos contrastados 70 pacientes, 47 se estudiaron por la técnica de colon por enema por relleno y 23 con doble contraste o neumocolon. En el colon por enema fueron positivos 22 estudios para el 46,8 % de los 47 realizados. El neumocolon fue positivo en 17 de los 23 pacientes a los que se les realizó esta prueba, con resultado de 73,9 %. De ahí la mayor efectividad del neumocolon sobre el colon por enema. De los medios diagnósticos endoscópicos: la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia, que se le realizó al 100 % de los pacientes, la primera fue positiva en el 82 % y la segunda en el 100 % de ellos.

La lesión hística hallada con más frecuencia fue el pólipo adenomatoso (50 %), y le seguía el adenoma tubular (15 %), el adenoma veloso (12 %), el adenocarcinoma (10 %) y otros, y en este grupo se incluyeron algunos seudopólipos de la colitis ulcerativa y algunos poco definidos e inespecíficos. La localización más frecuente de las lesiones fue en rectosigmoides.

La resección endoscópica fue el tratamiento más empleado en 85 % de los pacientes. Existieron 11 pacientes con recidivas y ocurrieron entre 6 meses y 1 año posterior al tratamiento. De ellos 6 que presentaban originalmente pólipos adenomatosos, tuvieron la recidiva con esa misma histología, pero los otros 5 restantes cambiaron su histología de adenoma tubular o adenoma velosos a adenocarcinoma.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio existió predominio de pólipos de colon y/o recto en pacientes de 51 a 60 años. No hubo diferencia en el sexo y sí en cuanto a la raza, con predominio de la blanca. En la literatura médica se plantea, que más que las diferencias étnicas,

parece ser que los hábitos alimentarios y el medio ambiente de cada pueblo, son factores que predisponen a la aparición de tumores benignos o malignos del colon y del recto.^{1,4}

Entre los síntomas predominaron la enterorragia, mucorrea y dolor abdominal en el 71 % de los pacientes, los que coincidieron con la literatura médica revisada.^{2,4,6} y este sangramiento trae como consecuencia la anemia. El tacto rectal realizado al 100 % de los pacientes es de gran valor, pues detecta pólipos situados al alcance del dedo y permite apreciar si son sésiles o pedunculados, así como su movilidad, superficie, determinar su altura, tamaño y diferenciarlo de los fecalitos. En nuestro estudio el tacto rectal permitió encontrar tumores palpables de aproximadamente 1 cm y consistencia blanda, con menos frecuencia duros y friables. También se hallaron signos indirectos, como son la presencia de sangre y *mucus*.

De los exámenes radiológicos contrastados el neumocolon tuvo más valor que el colon por enema, pero aún así, estos estudios tiene márgenes de error, además hay pérdida de tiempo por la preparación del paciente y cada día ambos se ven más desplazados por los estudios endoscópicos.^{6,7}

La rectosigmoidoscopia fue positiva en el 82 % de los pacientes y la colonoscopia en el 100 % de éstos. Se comprueba el valor de estas pruebas que permiten ver lesiones muy pequeñas que pasan por alto en los estudios radiográficos, pero además tienen función diagnóstica y terapéutica.⁷ Según estos estudios las lesiones fueron únicas, en su mayoría de color rojizo, con gran vascularización, de tamaño menor de 1 cm generalmente, aunque otros llegaron hasta los 7 cm, el mayor número de forma pedunculada y sésiles y consistencia blanda. Mediante estudios endoscópicos se tomaron muestras de tejido para determinar la histología. La variedad histológica más frecuente fue el pólipo adenomatoso (50 %), y le seguía el adenoma tubular (15 %), adenoma vellosos (12 %) y adenocarcinoma

(10 %) (tabla 1). Se destaca que el mayor tanto por ciento de las lesiones está localizado en rectosigmoideas, aunque un pequeño porcentaje se ubica en el resto del colon, de ahí que la rectosig-moidoscopia fuera positiva en el 82 % de los enfermos.

La resección endoscópica fue el tratamiento más empleado en el 85 % de los pacientes (tabla 2). El desarrollo tecnológico cada día más alto hace que con este tipo de tratamiento, aun para pacientes con degeneración carcinomatosa y avanzada edad, se evite el riesgo quirúrgico a que conlleva la cirugía colónica.⁸⁻¹⁰ En el 15 % de los pacientes el tratamiento fue quirúrgico por tratarse de tumoraciones de gran tamaño y presentar 2 de estos pacientes poliposis múltiple.

TABLA 1. *Historia de los pólipos de colon y de recto según biopsia por endoscopia*

Histología	No. de pacientes	%
Pólipos adenomatosos	50	50
Adenomas tubulares	15	15
Adenomas vellosos	12	12
Adenocarcinomas	10	10
Atipia	3	3
Otros	10	10
Total	100	100

Fuente: Historia clínicas del Archivo del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre".

De los 100 pacientes tratados sólo existieron 11 recidivas y ocurrieron entre 6 meses y 1 año (tabla 3). En 6 pacientes la histología del tumor recidivante coincidió con la histología del original, y fueron pólipos adenomatosos. En 5 pacientes cambió la histología de la lesión de adenomas tubulares o vellosos que mostraban inicialmente adenocarcinomas. Por tanto, no se justifica dejar una lesión que en un momento determinado pueda malignizarse, pues muchos cánceres colorrectales surgen de adenomas preexistentes.

TABLA 2. Tratamiento empleado en los pólipos de colon y de recto

Tratamiento	No. de pacientes	%
Resección endoscópica	85	85
Quirúrgico	15	15
Total	100	100

Fuente: Historias clínicas del Archivo del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre".

AGRADECIMIENTOS

A los estudiantes de 4to y 6to año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas "10 de Octubre" Guillermo Toledo Sotomayor y

Roberto Aragonés Laffita, por su valiosa cooperación en la consecución de este trabajo.

TABLA 3. Recidivas de los tumores de colon y de recto reseçados

Histología original	Histología de la recidiva	Pacientes con recidivas
Pólipos adenomatosos	Pólipos adenomatosos	6
Adenomas tubulares	Adenocarcinomas	3
Adenomas vellosos	Adenocarcinomas	2
Total		11

Fuente: Historias clínicas del Archivo del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre".

SUMMARY

100 medical histories of patients with the clinico-imaging and endoscopic diagnoses of colonic and rectal polyps seen at the services of Choloproctology, Gastroenterology and Internal Medicine of "10 de Octubre" Clinical and Surgical Hospital in 1998 and 1999 were reviewed. Biopsy was performed and 50 % of benign adenomatous polyps and high risk lesions as: tubular adenomas (15 %), villous adenomas (12 %), adenocarcinomas (10 %) and polyps with atypical lesions (3 %) were found. The benefits of endoscopic resection performed in 85 % of the patients, as well as the follow-up of the lesions according to their histology, were determined in the study. 11 patients had recurrences between 6 months and 1 year: 6 patients with original adenomatous polyps that did not change their histology and the other 5 with tubular and villous adenomas that relapsed as adenocarcinomas.

Subject headings: ENDOSCOPY, GASTROINTESTINAL; COLONIC POLYPS/surgery; RECURRENCE; COLONIC NEOPLASMS/surgery; RECTAL NEOPLASMS/surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H. Reduction in colorectal cancer incidence following colonoscopic polypectomy: report from the National Polyp Study (NPS). *Gastroenterology* 1994;100:A410.
2. Rozen P. Screening for colorectal neoplasia in the Tel Aviv area: Cumulative data 1979-89 and initial conclusion. *Isr J Med Sc* 1992;28(Suppl):8-20.
3. Naume B, Espevir T. Immunoregulatory effects of cytokines on natural killer cells. *Scand J Immunol* 1994;40:128-34.
4. Valev V. Techniques of CT colonography (virtual colonoscopy). *Crit Rev Biomed Eng* 1999;27(1-2):1-25.
5. Muller-Decker K. Cellular localization of cyclo-oxygenase isozymes in Crohn's disease and colorectal cancer. *Int J Colorectal Dis* 1999;14 (4-5):212-8.
6. Wilson JW. Belw expression in colorectal adenocarcinoma. *Br J Cancer* 1998;82(1):178-85.
7. Balachandar G. Early colorectal cancer in a flat adenoma. *J Natl Med Assoc* 1999;91(11):631-2.
8. Kirilin WG. Glutathione redox potential in response to differentiation and enzyme inducers. *Free Radic Biol Med* 1999;27(11-12):1208-18.
9. Nash GF. Perianal recurrence in colonic cancer. *J R Soc Med* 1998;92(9):469.
10. Jackman AL. Combination of raltitrexed with other cytotoxic agents: rationale and preclinical observations. *Eur J Cancer* 1999;35(Suppl 1): 63-8.

Recibido: 30 de marzo del 2000. Aprobado: 27 de julio del 2000.

Dr. Fausto Hugo Méndez Leiva Hospital Clínicoquirúrgico Docente "10 de Octubre" Calle 10 de Octubre No. 130, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba.