ARTICULO DOCENTE

ENFOQUE ACTUAL PARA EL MANEJO DE LOS POLIPOS COLORRECTALES

Dr. John Freddy Vallejo,
Dr. Juan Ignacio Vergara
Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile.

El cáncer colorrectal continúa siendo un problema de salud pública en el cual la mortalidad sigue teniendo, invariablemente, los mismos índices elevados, a pesar de los avances en el desarrollo de la técnica quirúrgica y de los métodos de tratamiento coadyuvante.

Cada vez es mayor el número de investigadores que apoyan la teoría de la secuencia adenoma-displasia-carcinoma (1,2,3,5,6,9,13). En la actualidad los métodos de búsqueda en la población con alto riesgo de desarrollar carcinoma nos ha enfrentado con un grupo de pacientes en los cuales se encuentran pólipos que eventualmente podrían ser adenomas. Del manejo adecuado de los pacientes con pólipos; dependerá que la secuencia adenoma-displasia carcinoma sea interrumpida y por ende la morbimortalidad del cáncer sea modificada (1).

Se define como pólipos a cualquier protrusión desde una superficie mucosa, los cuales corresponden a pediculados si su tallo es dos veces el diámetro de la cabeza, de otra forma son considerados sésiles.

Histológicamente podemos encontrar tres tipos de pólipos colorrectales: hiperplásicos, hamartomatosos y adenomatosos.

Ni los pólipos hiperplásicos puros, ni los hamartomatosos sufren progresión tumoral (2), como si lo hacen los adenomatosos; aunque ésto sólo sea en el menor porcentaje de los casos, ya que es necesario la suma de gran cantidad de eventos ambientales y genéticos para que tal transformación se presente (2).

POLIPOS HIPERPLASICOS (METAPLASICO)

Son pólipos de naturaleza no neoplásica que endoscópicamente aparecen sésiles, redondeados, con color igual al de la mucosa que los rodea o ligeramente más pálidos, generalmente son menores de 5 mm, y son encontrados en el recto y colon sigmoide principalmente (3). Histológicamente tienen patrón en sierra con hiperplasia mucinosa, lo que hace que las células aparezcan como hiperdistendidas.

A pesar de que son distintos de los adenomas y por lo tanto, no neoplásicos, se les ha encontrado, epidemiológicamente, relacionados con carcinomas colorrectales. Su localización distal es marcador débil de adenomas proximales, por lo que por el momento no hay suficientes datos que soporten que su presencia sea una indicación para colonoscopía (4).

Entre un 0.5% y un 13% de los pólipos hiperplásicos colónicos, tienen un foco adenomatoso, siendo éstos los llamados pólipos mixtos: pólipos hiperplásicos-adenomatosos (5).

Endoscópicamente es imposible distinguir un adenoma de un pólipo hiperplásico (3), sin embargo, se ha descrito una correlación entre el tamaño del pólipo y su naturaleza histológica. Se ha visto que aquellos que son mayores de 5 mm tienen alta probabilidad de ser adenomas (7).

Teniendo en cuenta, que la mayoría de los pólipos encontrados durante los exámenes de rectosigmoidoscopía, serán pólipos hiperplásicos, Rex (3) ha propuesto el esquema que se presenta en la figura 1, para el manejo de estos pacientes . Pólipos mayores de 5 mm debe continuarse en el estudio con colonoscopía, para descartar la existencia de otra

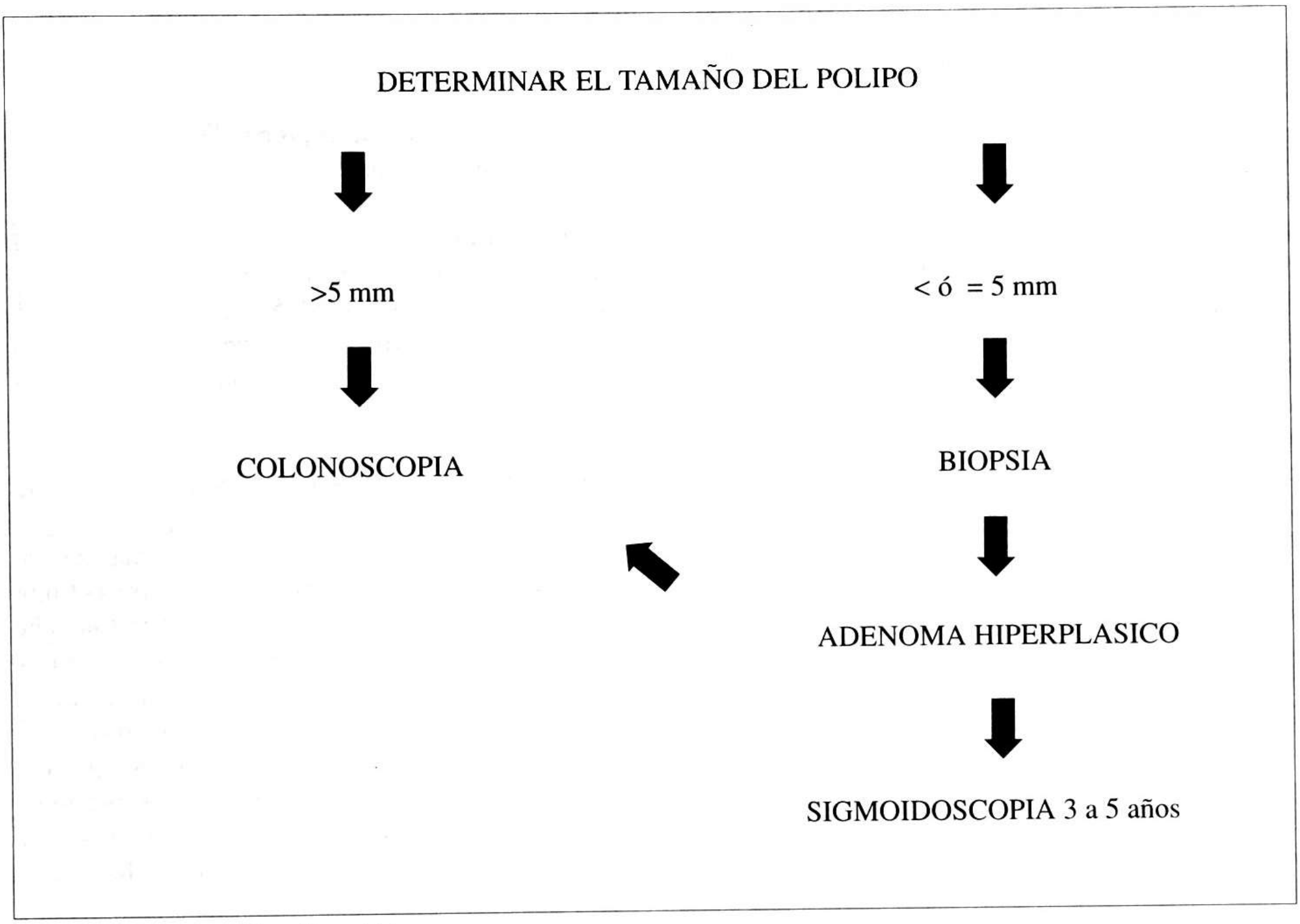

***Figura 1**. Manejo de pólipos hiperplásicos.*

neoplasia colorrectal; pólipos menores de 5 mm, primero esperar biopsia, de tratarse de adenomas, seguir con colonoscopía; si se trata de pólipos hiperplásicos, se puede dejar el estudio hasta ese nivel y realizar nueva rectosigmoidoscopía en un plazo de 3 a 5 años.

HAMARTOMAS

Corresponde a una neoformación compuesta por mezcla anormal, ya sea por la proporción o por la disposición de los elementos constitutivos de un tejido.

Ejemplos típicos de esta situación son la poliposis juvenil y el síndrome de Peutz Jeghers.

A pesar de que tradicionalmente no se ha encontrado transformación neoplásica en los hamartomas, existe evidencia de que en los casos de poliposis juvenil, en los que existen pólipos múltiples (30%)(8), pueden coexistir pólipos adenomatosos y transformación neoplásica (9); esto mismo puede presentarse en el sindrome de Peutz Jeghers (10); es por ésto que Williams recomienda controlar a los pacientes con endoscopía alta y baja cada 2 años, si éstos son asintomáticos (11).

ADENOMAS

Los pólipos adenomatosos están conformados por epitelio que tiene diferentes grados de displasia. Aunque no existe acuerdo, la tendencia es la de considerar carcinoma in situ a aquellos pólipos adenomatosos que tienen alto grado de displasia, cuando está confinada a la membrana basal. En el caso de no haber formación de masa, se tratará de una displasia plana. En un 30% de los adultos pueden

encontrarse pólipos de tipo adenomatoso, los cuales contienen carcinoma in situ entra un 5% y un 7% (12).

Desde el punto de vista histológico, son túbulos de epitelio desordenado, separados por la lámina propia, pudiendo ser de tipo tubular, papilar o velloso, con núcleos hipercromáticos, aumento en el número de mitosis y disminución en la producción de mucus. Endoscópicamente se ven como masas de superficie lisa con hendiduras que les dan aspecto multilobulado, que pueden ser un indicador de malignidad cuando además existe ulceración, induración y friabilidad.

COLONOSCOPIA VS ENEMA DE BARIO EN EL DIAGNOSTICO DE POLIPOS COLORRECTALES

En la actualidad existe acuerdo en considerar al enema baritado de doble contraste y a la colonoscopía como exámenes complementarios (13). Al combinar ambos métodos, se consiguen rendimientos diagnósticos que alcanzan el 97% (14). El punto de importancia es la seguridad en detectar y manejar adecuadamente pólipos colorrectales y es probablemente la combinación de ambos métodos, lo que permite un enfoque clínico con mayor efectividad para el paciente.

Existen factores asociados con cada procedimiento, que hacen que éstos no tengan una sensibilidad y especificidad de 100%; por lo que un hallazgo positivo en el enema baritado, o un hallazgo negativo en la colonoscopía, no puede ser tomado como absoluto. Weyman considera que en caso de que la colonoscopía falle en encontrar una lesión significativa en el enema baritado, el estudio radiográfico debe repetirse y si la lesión persiste, otra colonoscopía debe realizarse y mejor aún, bajo control fluoroscópico (15).

MANEJO DEL PACIENTE CON POLIPO COLORRECTAL MALIGNO

En el caso de pólipos adenomatosos existe aceptación respecto a que deben ser tratados con polipectomía. En el caso de encontrarse carcinoma in situ (16), es decir que halla confinamiento a la mucosa, sin invasión de la muscularis propia, la polipectomía es el tratamiento adecuado (17).

Cuando ya existe invasión de la muscularis propia hay probabilidad potencial de que se produzcan metástasis linfáticas entre 8.5% a 17% (18), en este caso el manejo ofrece controversia, en cuanto a determinar si el tratamiento con polipectomía es adecuado o no (17).

Post polipectomía endoscópica debe existir completo acuerdo de que hubo resección completa entre el endoscopista y el patólogo, con un márgen de seguridad histológico libre de tumor entre 1-3 mm del borde de quemadura diatérmica. Además debe confirmarse endoscópicamente, al tercer y décimosegundo mes post polipectomía, que la remoción fue completa (16). Si se logra una extirpación completa endoscópica y patológica del pólipo con carcinoma, si éste es bien diferenciado y no existe invasión vascular ni linfática, se considera que la probabilidad de dar metástasis es baja (1%) (16).

Pólipos con invasión del tallo pueden ser manejados por polipectomía endoscópica como único tratamiento, sólo si las condiciones favorables anteriores están presentes (16). Los pólipos sésiles malignos deben ser tratados quirúrgicamente si no hay contraindicación médica para ello (19).

RESUMEN

La interrupción de la secuencia adenoma-displasia-carcinoma, sin lugar a dudas, va a dar lugar a una reducción en la mortalidad por cáncer colorrectal. Es por ésto que el diagnóstico y extirpación de los pólipos adenomatosos es de vital importancia. El hallazgo de pólipos hiperplásicos o hamartomatosos, en general, no revierte problemas; son los adenomas los que nos deben preocupar, especialmente si éstos son mayores de un centímetro. Los pólipos deben ser extirpados en su totalidad. Si en la pieza extirpada

se demuestra la existencia de carcinoma in situ, debe asegurarse la remoción completa con márgenes libres. Se recomienda que los pólipos sésiles malignos sean tratados con cirugía convencional, con criterio oncológico.

REFERENCIAS

1. Clar WH. Tumour progression and nature of cancer. BrJCanceri99l ;64:631 -636

2. Broner MP., Haggitt RC. The polyp-cancer sequence. Do all colorectal cancers arise from benign adenomas? Gastrointestinal Endoscopy 1993 ; 3 : 611 - 622

3. Rex DK., Cummings 0W. The controversy regarding distal hyperplastic polyps. Gastrointestinal Endoscopy 1993 ; 3 : 639 - 648

4. Tedesco FJ., Hendrix JC., Pickens CA. Diminutive polyps : Histopathology, spatial distribution, and clinical significance. Gastrointestinal Endoscopy 1982 ; 28:1 - 5

5. Cooper HS., Patchefsky AS., Marks G. Adenomatous and carcinomatous changes within hyperplastic colonic epithelium. Dis Colon Rectum 1979 ; 22:152 - 156

6. Chapius PH., Dent OF., Goulston KJ. Clinical accuracy in the diagnosis of small polyps using the flexible fiberoptic sigmoidoscope. Dis Colon Rectum 1982 ; 25 : 669 - 672

7. Feczo PJ., Berstein MA., Alpert RD. Small colonic polyps: a reappraisal of their significance. Radiology 1984; 152 : 301 - 306

8. Corman ML. Polypoid diseases. Colon and Rectal Surgery. Editorial Lippincot. Third Ed. 1993 : 436-486

9. Longo W., Touloukian R., Ballantyne G. Malignant potential of Juvenile Polyposis Coli. Report of a case and review of the literature. Dis Colon Rectum 1990 ; 33 : 980 - 984

10. Hizawa K., Lida M., Matsumoto T. Neoplastic transformation arising in Peutz-Jeghers Polyposis. Dis Colon Rectum 1993; 36: 953 - 957.

11. Williams CB., Goldblatt M., Delaney PV. «Top and Tail endoscopy» and follow up in Peutz-Jeghers Syndrome. Endoscopy 1982; 14: 82 - 88.

12. Cranley J. Proper management of the patient with a malignant colorectal polyp. Gastrointestinal Endoscopy 1993; 3: 661 - 671

13. Wolff W. Colonoscopy: History and development. Am J Gastroenterol 1989 ; 84:1017-1023

14. Thoeni R., Petras A. Double-contrast barium enema examination and endoscopy in the detection of polypoid lesions in the coecum and ascending colon. Radiology 1982; 144: 257-262

15. Weyman P., Koehler R., Zuckerman G. Resolution of radiographicendoscopic discrepancies in colon neoplasms. J Clin Gastroenterol 1981; 1: 89-94.

16. Cranley JP. Proper management of the patient with a malignant colorectal polyp. Gastrointestinal Endoscopy 1993; 3: 661-671.

17. Colacchio TA., Forde KA., Scantlebury VP. Endoscopic polypectomy: Inadequate treatment for invasive colorectal carcinoma. Ann Surg 1981; 194:704-708.

18. Coverlizza 5., Risio M., Ferrari A. Colorectal adenomas containing invasive carcinoma. Pathologic assessment of lymph node metastatic potential. Cancer l989;64:1937-1940.

19. Haggit RC., Glotzbach RE., Soifer EE. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: Implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. Gastroenterology 1985 ; 89 : 328 - 332