

11209.
2 ej 21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA**

**POLIPOS DEL COLON
EXPERIENCIA DE 4 AÑOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
C I R U G I A G E N E R A L
P R E S E N T A :
DR. OSCAR COYOLI GARCIA
HOSPITAL GENERAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
ISSSTE

MEXICO, D. F.

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	página.
I.- INTRODUCCION	1
II.- ANATOMIA Y FISILOGIA	3
III.- DEFINICION Y CLASIFICACION	12
IV.- GENERALIDADES	14
V.- DIAGNOSTICO	26
VI.- TRATAMIENTO	29
VII.- MATERIAL Y METODOS	35
VIII.- RESULTADOS	37
IX.- COMENTARIO Y CONCLUSIONES	43
X.- BIBLIOGRAFIA	46

I.- INTRODUCCION :

Aún cuando los pólipos del colon, no constituyen un proceso patológico muy frecuente en nuestro medio, sí se les considera una gran importancia; debido principalmente, a su potencial de malignización (variable para cada uno de los diferentes tipos histológicos, como veremos más adelante), y que a pesar de que un gran porcentaje de pacientes cursa asintomático, los síntomas, cuando éstos se presentan, pueden ser alarmantes para el paciente, como la rectorragia, la descarga mucosa transanal, ó la alteración en los hábitos intestinales; todo ésto nos obliga a efectuar un estudio integral del paciente, en primer lugar para descartar la presencia de un proceso neoplásico, y en segundo lugar (más nó en importancia), a dar un manejo adecuado al sujeto afecto de polipos del colon y recto.

Es por ésto que se considera necesario el realizar una revisión amplia del estado actual de ésta patología, y de la experiencia que se tiene en nuestro hospital, en cuanto a su diagnóstico, tratamiento y evolución en cada uno de los pacientes recibidos entre 1980 y 1984, con el fin de tratar de normar una conducta en cuanto a la decisión de realizar un tratamiento quirúrgico, ó bien optar por un manejo conservador por medio de la polipectomía colonoscópica.

Así pues los objetivos propuestos son los que a continuación se enuncian :

Profundizar más en el conocimiento del paciente con polipos del colon y recto.

Conocer el tratamiento actual (endoscópico y quirúrgico), del paciente con pólipos.

Analizar el manejo y los métodos diagnósticos en éste tipo de pacientes.

Comparar el manejo de éstos pacientes con el enunciado en otras instituciones.

Comparar nuestros resultados con los emitidos por diferentes autores

Comentar y analizar las posibles fallas al tratamiento, así como sus soluciones más viables.

Sugerir normas y procedimientos situados en nuestro contexto, de acuerdo a los medios con los que contamos.

II.- ANATOMIA :

El colon es la porción terminal del tubo digestivo, y se extiende -- de la válvula ileocecal al ano, aunque por debajo de la misma queda una -- porción del intestino grueso, en fondo de saco, llamada ciego y que des -- cansa sobre la fosa ilíaca derecha, desde ahí asciende verticalmente has -- ta la cara inferior del hígado, constituyendo el colon ascendente, a éste nivel se acoda formando el llamado ángulo cólico derecho ó hepático, diri -- giéndose transversalmente hacia la izquierda hasta alcanzar el polo infe -- rior del bazo, (colon transversal), acodándose de nuevo, (ángulo esplénico ó cólico izquierdo), y descendiendo verticalmente hasta alcanzar la cre -- sta ilíaca izquierda, formando el colon descendente, de donde se dirige ha -- cia la pélvis describiendo flexuosidades, denominándose colon ileopélvico ó sigmoideo, el cual a nivel de la tercera vértebra sacra se continúa con el recto, el que a su vez termina en el ano.

Mide 1.50 mts. de longitud, siendo su diámetro mayor en el origen -- (colon ascendente), donde mide siete centímetros y va disminuyendo en el colon transversal y descendente donde alcanza su diámetro mínimo de cuatro centímetros, para dilatarse nuevamente al llegar al recto, originando la ampolla rectal.

Configuración exterior : presenta en su trayecto múltiples gibosida -- des separadas entre sí por surcos más ó menos profundos, formando las -- haustraciones colónicas; longitudinalmente existen tres bandas musculares llamadas tenias, originadas en el sitio de implantación del apéndice, re -- corren todo el colon siendo una anterior, otra posteroexterna y la última posteroexterna, desaparecen a medida que se aproximan al recto; a lo lar -- go de éstas tenias existen prolongaciones adiposas formadas por el perito -- neo y llamadas apéndices epiploicos.

Embriológicamente, el asa intestinal primitiva, que en principio se -- encontraba en situación media, gira 90 grados en sentido inverso a las ma -- necillas del reloj; posteriormente ésta rotación se completa hasta que el

colon y el mesenterio se aplican contra la pared posterior formando, con la lámina del peritoneo posterior, la denominada fascia de Toldt. Existen tres porciones del colon que son móviles: el ciego, segmento voluminoso, ancho, zona de éstasis y enlentecimiento del tránsito, está recubierto en su totalidad por el peritoneo, lo que explica la movilidad del mismo; el colon transversal está fijado únicamente por sus extremos derecho e izquierdo, (ángulos del colon), y la raíz del mesocolon transversal (de gran movilidad), la cual está íntimamente fijada a la cara posterior del abdomen, cruzando oblicuamente de abajo a arriba y de derecha a izquierda la cara anterior del duodeno y pancreas; el colon sigmoide forma un "bucle" que inicia donde termina el colon descendente a nivel del borde interno del músculo psoas, y que finaliza a nivel de la línea media, frente a la tercera vértebra sacra, donde se continúa con el recto.

Las partes fijas, representadas por el colon ascendente, descendente y ángulos, se intercalan entre las porciones móviles del colon: el colon ascendente y descendente se hallan recubiertos de peritoneo en toda su superficie y se fijan mediante la fascia de Toldt al peritoneo parietal, al duodeno-pancreas y al ureter; el colon ascendente se continúa con el ángulo hepático del colon, situado superficialmente y apoyado sobre la cara anterior de la celda renal, éste ángulo se halla fijado laxamente mediante el ligamento coloparietal prácticamente avascular, que representa la porción derecha de la transcavidad de los epilones. El ángulo izquierdo frecuentemente se halla en situación profunda con fijación alta, bajo el reborde costal, por fuera del bazo que se halla apoyado sobre éste ángulo, un potente ligamento frenocólico firmemente relacionado con el bazo fija el ángulo izquierdo.

La unión rectosigmoidea, zona de tránsito entre el colon y el recto tiene una longitud variable entre 3 a 6 cm., y se halla situada a nivel de la tercera vértebra sacra, se reconoce fácilmente por la desaparición de los apéndices epiloicos y la ausencia de tenias.

Constitución anatómica : El colon se halla conformado por cuatro capas, que del exterior al interior son : a) serosa : integrada por el peritoneo y que en ciertos segmentos, (ascendente, ángulos, descendente y recto), recubre parcialmente la circunferencia del colon; b) muscular : consta de una capa externa de fibras longitudinales agrupadas en tres bandas ó tenias, que a nivel del colon ileopélvico se reducen a dos, llegando al recto solo la banda anterior y una posterior y que en éste segmento se funden para recubrir totalmente al recto, y una capa interna de fibras circulares que se encuentra durante todo el trayecto; c) submucosa : formada por tejido conjuntivo y fibras elásticas; d) mucosa : más gruesa que la del intestino delgado y constituida por un epitelio cilíndrico que con tiene en su interior folículos cerrados.

La vascularización arterial tiene doble origen : el colon derecho está irrigado por la mesentérica superior y el izquierdo por la mesentérica inferior; uniendo estos dos sistemas circulatorios se encuentra en el colon transversal una arcada anastomótica llamada arco de Riolo. La arteria cólica media es una rama inconstante proveniente de la mesentérica superior, cuando existe, forma parte del arco de Riolo; todos estos vasos excepto la cólica media son fijos y están situados subperitonealmente y por delante de la fascia de Toldt.

La vascularización del colon derecho, a partir del tronco ileocecal hasta aproximadamente la mitad del colon transversal, proviene de la arteria mesentérica superior a través de sus ramas ileocólica, cólica derecha y media. La arteria mesentérica inferior se origina de la aorta abdominal y proporciona la arteria cólica izquierda, que irriga la mitad izquierda del transversal y el colon descendente, y las ramas sigmoideas antes de transformarse en la arteria hemorroidal superior, (rama terminal), los vasos rectos constituyen las ramas arteriales terminales dirigidas hacia el colon y corren directamente a la pared mesentérica ó a través de la pared cólica hasta el borde antimesocólico.

Las arterias cólicas se bifurcan y forman arcadas a aproximadamente 2.5 cm. del borde mesocólico del colon, formando una vía de vasos comunicantes denominada arteria marginal de Drummond, ésta forma por lo tanto - una anastomosis entre las dos arterias mesentéricas. Sin embargo, la configuración de la irrigación varía grandemente, observandose el patrón "típico" solamente en 15% de los individuos.

La circulación venosa acompaña a las arterias correspondientes y drenan en el hígado a través de la vena porta.

Circulación linfática : Existen plexos linfáticos continuos en las - capas submucosa y subserosa de la pared colónica, a partir de éstos se - llega a tres grupos ganglionares periféricos, constituidos por los ganglios epicólico, intermediarios ó paracólicos y centrales, situados alrededor de los pedículos arteriales principales, de donde deriva finalmente en un centro linfático retropancreático ó portal.

Inervación : Los nervios simpáticos se originan en D10-12, viajando en los nervios esplácnicos torácicos hasta el plexo celíaco y luego a los plexos preaórtico y mesentérico superior, de donde las fibras postganglionares son distribuidas a lo largo de la arteria mesentérica superior y - sus ramas hacia el colon derecho. El colon izquierdo está inervado por - fibras simpáticas que nacen en L1-L3, establecen sinapsis en los ganglios paravertebrales y acompañan a la arteria mesentérica inferior al colon. Los nervios parasimpáticos para el colon derecho provienen del vago derecho y viajan con los nervios simpáticos. La inervación parasimpática al colon izquierdo deriva de S2-S4, éstas fibras emergen de la médula espinal y envía ramas al colon transversal, descendente y pélvico.

RECTO : Se inicia frente a la tercera vértebra sacra y termina en la unión mucocutánea del canal anal, quirúrgicamente distinguimos tres zonas

Rectosigmoides : Corto segmento situado por encima del fondo de saco de Douglas, está recubierto de peritoneo por delante y lateralmente, por detrás es extraperitoneal, en contacto mediante tejido celular laxo, con

el sacro, el mesorecto posterior contiene las ramas del pedículo hemorroidal superior.

Recto subperitoneal : Corresponde a la papilla rectal que se encuentra entre los músculos elevadores del ano, por sus caras laterales recibe las ramificaciones de la arteria hemorroidal media, en el hombre la cara anterior se encuentra separada de la vejiga, las vesículas seminales, los deferentes y la base de la próstata por un tabique vertical constituido por la aponeurosis prostatoperitoneal de Denonvilliers, y en la mujer se relaciona con la vagina a través del tabique rectovaginal.

Recto perineal : En su porción baja se transforma en el canal anal, estrechamente unido a la plataforma pelviana, a la cual atraviesa; la condensación de las fibras musculares circulares constituye el esfínter interno, fusionándose con las fibras profundas del músculo elevador del ano.

El recto mide de 12 a 15 cm. de longitud, exteriormente las tenias se disponen en la unión rectosigmoide y forman una capa muscular que circunda completamente al recto; interiormente presenta pliegues de mucosa dispuestos en forma espiral, habitualmente tres, que son denominados válvulas rectales de Houston, generalmente dos izquierdas y una derecha, situadas a distancias variables del margen anal.

El recto está irrigado a través de tres sistemas : a) arteria hemorroidal superior, rama terminal de la mesentérica inferior; b) arteria hemorroidal media, rama de la hipogástrica; y c) arterias hemorroidales inferiores, ramas de la pudenda interna; éstos tres sistemas se anastomosan entre sí dentro de la pared rectal.

En la capa celular submucosa existe un plexo venoso a partir del cual se originan tres troncos venosos : los hemorroidales superiores, que drenan a la vena mesentérica inferior, los medios que drenan a la hipogástrica, y las inferiores que participan en la formación de la pudenda interna.

El drenaje linfático también se divide en tres grupos : los superiores, que desembocan en los ganglios más inferiores de la cadena mesentérica, los medios que desembocan en los ganglios hipogástricos, y los inferiores que drenan en los ganglios internos de los grupos inguinales superficiales.

La inervación procede del plexo lumboaórtico y del plexo sacro, (tercero, cuarto y quinto nervios sacros).

FISIOLOGIA :

El colon posee tres funciones principales : la absorción de agua y - de algunos electrolitos, almacenamiento temporal de las heces fecales y - una acción excretora.

Absorción : Aproximadamente 1,000 a 2,000 ml. de contenido ileal, - conteniendo 90% de agua, entran en el ciego diariamente, éste material se deseca durante su tránsito a través del colon de forma que solo se excretan 100 a 200 ml. de agua por heces, siendo el sitio de mayor absorción - el colon derecho; normalmente las heces formadas estan compuestas de 70% de agua y 30% de sólidos, casi la mitad de éstos corresponden a bacterias y el resto son desperdicios alimentarios y epitelio descamado. El sodio se absorbe por transporte activo el cual es estimulado por mineralo y glu - cocorticoides, el cloro se absorbe por intercambio con bicarbonato (+98 - mEq), y el potasio entra en las heces por difusión pasiva y por secreción de moco. La absorción de agua y electrolitos a través del colon no es - esencial para la vida, sin embargo cuando existen estados patológicos - del intestino delgado, el colon es capaz de absorber carbohidratos en can - tidades importantes.

Gas intestinal : Una parte del gas contenido en el colon se absorbe a través de la mucosa y es excretado por los pulmones, el resto 400 a -- 1,200 ml./día, se emiten como flatos; la mayor parte del gas, 30 a 90%, - corresponden a nitrógeno, siendo el aire deglutido la principal fuente de entrada, los gases restantes corresponden a oxígeno, bióxido de carbono, hidrógeno y metano. El bióxido de carbono y el hidrógeno se generan por fermentación de carbohidratos no absorbidos, ingeridos en la dieta, por - otro lado aproximadamente solo un tercio de la población produce metano, el cual también es producto de las bacterias colónicas. Es de mencionar - se que el manitol, el cual se utiliza en algunas preparaciones para ciru - gía de colon, es fermentado por las bacterias colónicas produciendose hi - drógeno, el que al igual que el metano son gases explosivos, debiendose -

tener en cuenta cuando se propone utilizar electrocauterio.

Motilidad (almacenamiento de heces) : La actividad motora del colon ocurre en tres patrones : a) peristalsis retrógrada : predomina en el colon derecho y son contracciones anulares que mezclan el contenido y tienden a confinarlo al ciego y colon ascendente; b) segmentación : es el tipo más común de actividad motora en el colon transverso y descendente, también son contracciones anulares, que dividen la luz en segmentos uniformes y que impulsan las heces a cortas distancias en ambas direcciones; c) movimientos de masa : contracciones anulares intensas que mueven el contenido a grandes distancias en el colon transverso y descendente, ocurren infrecuentemente, quizá solamente unas pocas veces al día. Como resultado del reflejo gastrocólico, se vacía mas contenido ileal hacia el colon, los movimientos de masa se incrementan, y se percibe la necesidad de defecar; la magnitud de ésta respuesta depende del contenido calórico de la comida, siendo las grasas el principal estímulo y el efecto mediado colinérgicamente; las actividades físicas como cambios de postura ó el caminar también son estímulos fisiológicos importantes del movimiento colónico, así como los estados emocionales, siendo también acelerados por dietas conteniendo grandes cantidades de fibras vegetales. El residuo de un alimento alcanza el ciego en 4 hrs. y el rectosigmoides en 24 hrs.

Acción excretora : El hábito intestinal varía en sujetos normales - desde 8 a 12 hrs., hasta 2 ó 3 días, estando influenciado por los estímulos ya descritos; la necesidad de defecar se percibe cuando pequeñas cantidades de heces entran al recto y estimulan los receptores (por dilatación), de la pared rectal ó el músculo elevador, lo que determina la relajación del esfínter interno y posteriormente, en forma voluntaria, la del esfínter externo.

Microbiología : El colon del feto es estéril, estableciéndose la flora colónica al poco tiempo de nacimiento; el tipo de organismo depende en parte de la dieta y del medio ambiente, estimándose que las heces --

contienen más de 400 especies diferentes. El 99% de la flora fecal normal es anaeróbica, predominando *Bacteroides fragilis*, pero presentándose también *Lactobacillus bifidus*, clostridios y cocos de varios tipos. Las bacterias aeróbicas son principalmente coliformes y enterococos, predominando *E. Coli* y estreptococo fecalis. Las bacterias influyen en la motilidad colónica y la absorción, generan gases y proporcionan vitamina K al huésped, además de participar en la patofisiología de una gran variedad de procesos patológicos, incluyendo la patogénesis del cáncer del colon.

III.- DEFINICION Y CLASIFICACION :

El término "pólipo" deriva de las palabras griegas "poli" que significa muchos y "pous" que significa pie, literalmente : "con muchos pies"; sin embargo "pólipo" es un término morfológico, que no implica un diagnóstico histológico, que describe una proyección bien circunscrita localizada sobre la superficie epitelial, ó bien una masa de tejido que se proyecta dentro de la luz intestinal, pudiendo ser único ó múltiple, reservando se el término de "poliposis" a la presencia de cientos de pólipos.

La incidencia estimada de pólipos colónicos y rectales en la población general varía entre 7 y 50%, siendo detectados en enemas baritados rutinarios en cerca del 5% de los pacientes.

Existen diversas clasificaciones : una de ellas los divide en cuanto a su base de implantación, en sésiles (de base amplia), y en pediculados, (base angosta y tallo); otra los clasifica en pólipos únicos (pólipo de retención, linfoma benigno, etc.), y pólipos múltiples, (poliposis familiar, síndrome de Peutz-Jeghers, etc), sin embargo la gran mayoría de los casos, (80 a 90% aproximadamente), presentan pólipos únicos. Las demás clasificaciones se refieren al tipo histológico, y difieren de acuerdo a los diferentes autores, por lo que aquí presentamos una clasificación basada en la de Morson y en la de Goligher.

I) HAMARTOMAS :

Pólipo juvenil ó de retención.

Síndrome de Peutz-Jeghers.

Endometriosis.

II) POLIPOS INFLAMATORIOS :

Linfoma benigno

Tumores epiteliales inespecíficos (pseudopólipos).

Granulomas (amibiasis, esquistosomiasis, tuberculosis, sífilis).

Granulomas reaccionales (oleomas, parafinomas).

III) NEOPLASICOS :

a) Epiteliales :

Adenomas :

simples (tubulares).

vellosos.

mixtos.

Poliposis familiar.

b) Extrépiteliales :

Lipoma.

Leiomioma.

Neurofibroma.

Hemangioma.

IV) SIN CLASIFICAR (OTROS) :

Pólipos hiperplásicos de la mucosa.

Neumatosis quística intestinal.

Papilas anales hipertrofiadas.

IV.- GENERALIDADES :

Para poder efectuar una mejor descripción de las patologías que nos ocupan, nos referiremos a cada una de ellas por separado, de acuerdo a la clasificación mencionada en el capítulo anterior :

Pólipo juvenil : Es el tipo de pólipo del colon más común que aparece en lactantes y niños pequeños, invariablemente son redondos ú ovals, con una superficie lisa, pedunculados en el 90% de los casos, con un tallo que varía entre los 5 y 20 mm., con un tallo delgado, cubierto por mucosa colónica normal, que se continúa con el revestimiento adyacente del colon, al extenderse por el cuerpo del pólipo el epitelio es substituído por tejido de granulaci3n, algunos autores los clasifican como hamartomas y otros como Roth y Helwing, encuentran que se inician como pequeñas ulceraciones de la mucosa, con bloqueo del conducto de una pequeña glándula - como resultado de la inflamaci3n, con dilataci3n de la glándula y retenci3n mucosa, así como formaci3n de tejido de granulaci3n; sin embargo se considera una condici3n hereditaria, con caracter autos3mico dominante, como lo comprueban Grotsky, Rickert y cols. (1). Es una patología poco frecuente que se presenta en 0.8 a 1.1% de niños asintomáticos, más frecuente en niños y hombres (13 : 1), siendo la distribuci3n por edad, de comportamiento bimodal, con mayor incidencia alrededor de los 4 años y nueva elevaci3n de la incidencia alrededor de los 25 años, desconociéndose la raz3n de ésta distribuci3n, (que pudiera explicarse por autoamputaci3n -- del pólipo); en la mayoría de los casos se presenta como pólipo solitario (70%), y en el resto (25 a 30%), como múltiple y raramente como poliposis difusa, como reportan Reed, Major y cols (2). Aunque se considera que no son precursores malignos, ocasionalmente y principalmente en las poliposis múltiples pueden coexistir con adenomas ó presentar pólipos juveniles con componente adenomatoso, (Reed, Major y cols. reportan un caso (2) lo que significaría una lesi3n premaligna. El sitio de localizaci3n más común es el recto, (69%), lo que explica los síntomas más frecuentes que

son el sangrado rectal y el prolapso ó protrusión del pólipo a través del ano, pudiendo presentar además dolor abdominal, diarrea, moco, proctalgia y tenesmo.

Síndrome de Peutz-Jeghers : Enfermedad muy rara descrita por Peutz - en 1921, y Jeghers en 1944, como un síndrome familiar hereditario, con carácter autosómico dominante, aunque se han reportado casos esporádicos; - está caracterizado por poliposis del tracto digestivo y pigmentación cutánea frecuentemente observada al nacimiento ó en la infancia y que puede - desaparecer después de la pubertad, ésta pigmentación tiene una distribución bastante constante y aparece en forma de pequeñas manchas irregulares de un matiz pardo azulado de la piel y de la mucosa labial, especialmente en el labio inferior, la mucosa oral y la piel de los dedos de las manos y de los pies. Los pólipos se encuentran más frecuentemente en el intestino delgado, particularmente en el yeyuno y con menos frecuencia en el estómago y en el colon, generalmente son múltiples aunque pueden ser - únicos; macroscópicamente varían en tamaño pudiendo alcanzar hasta 5 cm. de diámetro, cuando son grandes generalmente son pedunculados y semejan - pólipos adenomatosos. Microscópicamente la anomalía esencial parece ser la malformación de la capa muscular de la mucosa, que proporciona una estructura arbórea portadora de elementos epiteliales dispuestos anormalmente y que muestran células caliciformes, sin signos de hiperplasia. - Existe cierta evidencia de que éste síndrome está asociado a una mayor - propensión al cancer en el tracto gastrointestinal superior a una edad - precoz. El síntoma más común es el dolor abdominal, frecuentemente debido a obstrucción intestinal, la cual se debe al pólipo ó a intususcepción, otros signos son el sangrado rectal, el prolapso del pólipo, hematemesis y anemia.

Endometriosis : Puede afectar al recto, sigmoides ó rar vez al ciego de las mujeres, generalmente en asociación con una endometriosis ovárica ó uterina, la mayoría de los casos aparecen entre los 30 años y la ----

menopausia, generalmente la lesión está limitada a la serosa, la muscularis ó la submucosa, permaneciendo intacta la mucosa, puede ser un nódulo solitario ó extenderse circunferencialmente alrededor del intestino, produciendo una estenosis. Solo el 50% de las pacientes presenta síntomas, siendo el más frecuente el dolor rectal ó pélvico más ó menos constante, agravado por la defecación ó la menstruación, puede haber constipación progresiva y síntomas adicionales como dismenorrea y dolor hipogástrico y lumbar, rara vez presentan rectorragia durante la menstruación, generalmente éstos síntomas son de larga evolución.

Granulomas reaccionales :

Oleomas : conocido como oleogranuloma ó parafinoma, es una entidad rara que ocurre en el tracto gastrointestinal ó en la piel como resultado de la inyección de aceite mineral, (parafina), enema de aceite ó aceite vegetal, puede ser fácilmente confundido con tumores benignos; las manifestaciones clínicas pueden presentarse muy rápido ó después de varios años de la aplicación del aceite, el sitio de la inyección, aparece como un nódulo firme, irregular, generalmente proximal a la línea dentada en la porción baja del recto, siendo un tumor intramural desarrollado como reacción a cuerpo extraño, secundario a la inyección de una sustancia oleosa en el tratamiento de hemorroides, ó la aplicación de enemas, generalmente localizado a la submucosa, pudiendo presentar una considerable inflamación de la mucosa y aún de la piel perianal, ocasionalmente puede ser quístico, denominandose "oleoquiste".

Granuloma de bario : Aparece en la porción baja del recto, usualmente como placas submucosas blanquecinas ó amarillentas, generalmente asintomáticas, siendo una lesión de la mucosa rectal, (ruptura de la continuidad), el factor inicial, donde el bario en un colon por enema puede localizarse y producir una reacción granulomatosa a cuerpo extraño, recomendándose dejar pasar por lo menos dos semanas entre un procedimiento quirúrgico del recto y el estudio baritado para evitar ésta patología.

Linfoma benigno : Hiperplasia linfoidea ó pólipo linfoideo : aunque se desconoce la etiología, se sugiere la posibilidad de una reacción inflamatoria, así como predisposición hereditaria, pudiendo ser una condición focal ó difusa que ocurre típicamente donde existen grupos de folículos linfoides como fleon terminal ó recto. Radiográficamente se caracteriza por lesiones polipoideas pequeñas, uniformes, localizadas ó generalizadas, pudiéndose observar un defecto negativo en el cuerpo del pólipo, que representa umbilicación de la punta del nódulo linfático. Microscópicamente se observa un patrón folicular con un centro germinal claramente definido; puede observarse a cualquier edad, pero son más frecuentes entre la 3a y 4a década de la vida; generalmente son asintomáticos, si se localizan en el recto; pueden causar considerable dolor si ocurren en el canal anal; en cambio si son colónicos pueden producir sangrado, dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales ó síntomas relacionados con intosaucepción.

Adenomas : Los adenomas son con mucho la neoplasia de colon y recto más frecuentemente observada; se clasifican en tres categorías : tubular, vellosa y mixto; son por definición benignos, pero su relación con el desarrollo subsecuente de cancer es muy importante.

Pólipos adenomatosos, (tubular) : La lesión es muy variable en su tamaño, desde 1 mm. hasta 5 cm., puede ser sésil ó pedunculada, con una superficie relativamente lisa, agrietada, con múltiples nodulaciones; microscópicamente está compuesto de masas de túbulos glandulares estrechamente apretados de mucosa colónica y nutridas por un núcleo central de tejido conjuntivo derivado de la submucosa, el epitelio que lo cubre puede ser normal ó puede estar distorciónado por células de núcleos hipercrómicos, observándose mitosis frecuentemente, pero sin existir invasión a la muscularis mucosa; Huto, Bussey y Morson en 1975 (3), publicaron una serie de 3,000 pacientes en 12 años en el St Mark's Hospital, con 4,500 neoplasias benignas y malignas, encontrando que el 75% de las benignas --

correspondían a adenomas benignos y 10% a vellosos; por otro lado Grinell y Lane (1958), revisaron 1,856 tumores en 1,335 pacientes en el Presbyterian Hospital de Nueva York, encontrando que 88.4% correspondían a adenomas y 11.6% a papilomas vellosos (4), con un tamaño promedio de 1.2 cm. - (adenomas), el 68% pediculados y 32% sésiles, solo el 26% de los casos - eran múltiples, el sitio de localización más frecuente fué el colon sigmoides (51%), y el recto (28.4%), siendo semejante en los casos de papiloma velloso y carcinoma. La edad promedio fué de 61.9 años; ellos encontraron una incidencia de cancer en los pólipos adenomatosos del 2.9%, teniendo relación directa con el tamaño del pólipo, además se registró un - 27.8% de carcinomas coexistentes con pólipos adenomatosos. Existe evidencia de que el cancer invasor puede desarrollarse en pólipos adenomatosos benignos y que puede producir a veces metástasis en los ganglios linfáticos, pero ésto es raro, y en ciertas circunstancias puede ser tratado con seguridad según normas relativamente conservadoras.

Los adenomas del colon pueden ser totalmente asintomáticos, siendo descubiertos durante un exámen rutinario recta; cuando producen sintomatología lo más característico es : hemorrágia : es el síntoma más frecuente y en ocasiones es grave; si el pólipo se situa en la porción baja del recto, puede prolapsarse, aunque ésto es raro. En raras ocasiones puede observarse secreción mucosa pero solo con pólipos grandes ó múltiples, tambien puede existir diarrea y a veces tenesmo ocasionado por irritación de un gran pólipo en la porción inferior del recto; puede existir dolor abdominal tipo cólico por una ligera invaginación recurrente ó espasmo; la anemia puede aparecer por repetición de las hemorrágias de escasa cuantía

Adenoma velloso : (papiloma velloso), es un tumor sésil, blando, con una superficie granulosa áspera ó vellosa y bordes mal definidos, frecuentemente se extiende sobre una amplia zona de mucosa intestinal y puede ser completamente circunferencial, su color es generalmente más obscuro que el de la mucosa normal y muestra frecuentemente un tono azulado, --

histológicamente se compone de un núcleo central de tejido conjuntivo llevando numerosas vellosidades que están generalmente cubiertas de una sola capa de células epiteliales cilíndricas, que pueden parecerse al epitelio normal del colon, conteniendo cantidades variables de moco ó bien pueden ser más activas con la aparición de mitosis y estratificación en su disposición. En el mismo estudio Grinnell y Lane (4), de 1,856 tumores encontraron que 11.6% correspondían a papiloma veloso, con un tamaño promedio de 3.7 cm., siendo a veces anulares ó encontrándose muy difundidos por la pared intestinal, más del 90% de éstas tumoraciones eran sésiles, casi invariablemente únicos y solo en 8 casos de 216 se observaron lesiones múltiples, (papilomas), observándose que 30% de éstos 216 casos, tenían también pólipos adenomatosos asociados y al parecer 10% tenían cánceres concomitantes del colon ó recto. El 84.1% de los papilomas velosos se encontraron localizados en el sigmoides y recto, y un 8.4% en el ciego y colon ascendente; la edad promedio fué muy similar a los casos de adenoma, siendo de 62.3 años, con margen entre los 32 y los 86 años, lo que está de acuerdo con otros autores como Chiu y Spencer (5), la incidencia de cancer fué de 31.9%, sin existir una correlación muy estricta entre el tamaño de los papilomas y la existencia de cancer en ellos, presentándose metástasis en los ganglios regionales en 52 resecciones (29%).

No existe desacuerdo alguno entre los diversos autores de que los papilomas velosos son lesiones precancerosas; basándose en las siguientes consideraciones: a) los papilomas velosos sufren un cambio carcinomatoso tras varios años de existencia; b) el exámen histológico revela a menudo la presencia de focos malignos; c) el exámen anatomopatológico de un elevado número de carcinomas del recto y colon muestran la presencia en algunos de ellos de tejido papilomatoso veloso, sugiriendo que el cancer se había originado en la lesión benigna preexistente; d) en casos de papiloma veloso no es infrecuente la presencia concomitante de un cancer en otro punto del colon.

El síntoma más frecuente es una excreción de moco que puede ser

profusa cuando el pólipo es grande, produciendo a menudo una falsa diarrea ó incluso incontinencia; la hemorragia es generalmente un síntoma más tardío e indica a menudo el desarrollo de una alteración maligna, pudiendo ocasionar anemia; aunque a pesar de la larga evolución de sus molestias permanecen aparentemente bien. Ciertos enfermos pueden mostrar un grave trastorno metabólico como consecuencia de la profusa diarrea mucosa, con la consiguiente deshidratación, pérdida de electrolitos, colapso circulatorio, azoemia prerrenal y acidosis metabólica, Shnitka y cols. (6), reportaron una serie de 18 casos de papiloma veloso asociado a trastornos hidroelectrolíticos con pérdidas de líquido mucoso de 375 a 3,400 ml. con concentraciones de sodio y clorosemejantes a la del plasma, pero la de potasio era de 4 a 20 veces la cantidad del plasma, siendo frecuentes los déficits de sodio, cloro y potasio así como la elevación del nitrógeno ureico sanguíneo, la acidosis y la hemoconcentración, en éstos casos.

Adenoma tubuloveloso : La combinación de elementos polipoideos y vellosos frecuentemente se observa en neoplasias benignas del colon y recto. Histológicamente los cambios son intermediarios entre los dos tipos de adenomas, los síntomas, los métodos diagnósticos y la terapéutica para las lesiones benignas son idénticas.

Shinya y Wolff (7), analizaron 5,786 adenomas de más de 7,000 pólipos extraídos endoscópicamente, encontrando el mayor número de pólipos de cada tipo, (tubular, veloso ó mixto), localizados en el sigmoide, siendo el segundo sitio más frecuente el colon descendente, en todas las zonas el adenoma tubular fué el más frecuente; los cambios celulares anormales desde displasia hasta carcinoma in situ ó invasor se encontraron más frecuentemente en el sigmoide, pero aumenta en todos los sectores conforme aumenta el componente veloso del pólipo. El tamaño del pólipo mostró estar muy relacionado con los cambios malignos, (a mayor tamaño mayor incidencia de cancer), pero el carcinoma invasor se encontró aún en pólipos

menores de un centímetro de diámetro.

Poliposis familiar : La idea de que la poliposis familiar del colon es una enfermedad limitada al intestino grueso, se ha ampliado en la actualidad a la de un proceso más generalizado, ya que se han comprobado muchas manifestaciones extracolónicas benignas y malignas relacionadas con éste trastorno. Existe un amplio grado de espectros y manifestaciones del defecto genético básico. La causa esencial de la muerte en éstos pacientes es el cancer del colon y recto, y el papel principal de la cirugía es el uso profiláctico de la colectomía; el tratamiento de una persona con poliposis familiar solo es parte de la terapéutica de toda la familia ó los congéneres.

El síndrome de la predisposición genética al desarrollo de adenomas en el colon en números crecientes, con casi 100% de posibilidad de desarrollar cancer de intestino grueso antes de los 40 años, se conoce como poliposis familiar del colon ó adenomatosis del colon. Se caracteriza por el desarrollo de adenomas casi en la pubertad, con la aparición subsecuente de cancer; la evolución básica varía, y algunos pacientes presentan aparición de los pólipos después de los 40 años, sugiriendose que indican un bajo grado de penetración del defecto genético básico.

En las etapas iniciales hay pocos síntomas, de hecho, la presencia de diarrea, sangre y moco suelen indicar el desarrollo de un carcinoma de intestino grueso superpuesto; Bussey (8), observó la presencia de un carcinoma en 66% de 293 pacientes con síntomas. Gardner y Stephens en 1950, describieron la relación entre la poliposis familiar y los quistes sebáceos que ocurría en varios miembros de la misma familia; desde esa época se han observado más manifestaciones extracolónicas en pacientes con poliposis familiar. Hoffman y Booke (9), señalaron que pueden encontrarse tumores desmoides en pacientes con poliposis familiar, pudiendo ocurrir en la pared abdominal, y con frecuencia en una cicatriz en la cavidad del abdomen, como una masa precisa en el mesenterio del intestino delgado.

Casi todos los desmoides observados surgieron después de una colectomía - profiláctica ó alguna forma de cirugía abdominal, en consecuencia, es factible que la cirugía ejerza cierto efecto estimulante para el desarrollo de estas lesiones (10). Existen otras lesiones asociadas como pueden ser tumores del sistema óseo, del sistema nervioso (Turcot y cols), lesiones polipoideas gástricas y de intestino grueso (Utsunomiya e Iwama, 1980), - lesiones polipoideas en el fleon por hiperplasia linfoide (Dorazio y Whelan, 1970); por otro lado el principal tipo de cancer asociado es el carcinoma periampular (Bussey, 1975), siendo otras lesiones concomitantes el carcinoma de tiroides (Carnel y cols. 1968), tumor carcinoide del fleon, carcinoma suprarrenal, etc.

La afección básica de la poliposis familiar se hereda como un defecto genético autosómico dominante, distribuyendose por lo tanto por igual en hombres y mujeres; la expresión del defecto genético es cuando menos - de 80%, pudiendo existir casos resultantes de mutación espontánea, (uno - de cada cinco casos, según Morson y Dawson). Hasta la fecha no se han - descrito homocigotos.

Se presenta como múltiples pólipos adenomatosos, predominando los tu bulares, pero también existen vellosos y mixtos; su frecuencia es entre - uno de 7,000 y uno en 10,000 recién nacidos, ésta estimación no es precisa porque el transtorno no es obvio al nacer y de hecho quizá solo se manifieste en la 4ª ó 5ª décadas de la vida en casos raros. El número de - pólipos varía de muy pocos a varios millares; la distribución en el intes tino grueso es variable, pudiendo afectar todos los segmentos, aunque pre dominan ligeramente en el lado izquierdo, la afección rectal al parecer - existe en todos los casos incluso cuando solo hay unos cuantos pólipos. Histológicamente los pólipos son similares a los que se observan en pa - cientes sin poliposis y solo difieren en cuanto a su número y la edad del paciente.

Los pólipos pueden estar presentes varios años antes del inicio de - los síntomas, Bussey (8), sugiere que los pólipos están presentes por lo

menos una década antes del inicio de los síntomas, siendo la edad promedio de la aparición de los pólipos de 22 años, (según serie del St. Marks Hospital). El síntoma más frecuente es el sangrado (en 80%), seguido de diarrea (70%), dolor abdominal y descarga mucosa; la pérdida de peso, anemia y obstrucción intestinal son signos importantes que implican la presencia de cancer.

Síndrome de Gardner : Se caracteriza por la presencia de múltiples osteomas, usualmente de cráneo y mandíbula, quistes sebáceos ó dermoides, y tumores de tejidos blandos; otras condiciones asociadas incluyen anomalías dentales, carcinoma de tiroides ó periampular y adenomatosis gastrointestinal. Los osteomas originalmente descritos en cráneo y mandíbula pueden presentarse en otros sitios, pudiendo ser la única manifestación extracolónica y estar presentes varios años antes que el inicio de los síntomas digestivos. Los quistes epidermoides presentes en la pubertad deben alertar al médico; los tumores desmoides tienden a infiltrarse localmente hacia los tejidos adyacentes, generalmente se presentan en la pared abdominal, mesenterio y retroperitoneo, raramente dan metástasis y la regla es la recurrencia local, tienden a desarrollarse en las incisiones abdominales quirúrgicas; anteceden la aparición de la poliposis; se presentan de 3.5 a 5.7% de los pacientes con éste síndrome. Las anomalías dentales incluyen dientes supernumerarios impactados, adoncia, quistes dentales y anomalías óseas del maxilar. Los estudios japoneses revelan una incidencia del 70% de pólipos gástricos y del 100% de pólipos duodenales asociados a éste síndrome.

Síndrome de Turcot : Es la asociación de poliposis familiar con tumores malignos del sistema nervioso central, (meduloblastoma), algunos autores sugieren que éste síndrome se hereda con rasgo autosómico recesivo.

Síndrome de Cronkhite-Cánada : Esta caracterizado por poliposis gastrointestinal, pigmentación, alopecia, y distrofia ungueal, pudiendo presentar diarrea y malabsorción con deficiencia vitamínica, hipoproteinemia

y desequilibrio hidroelectrolítico; los pólipos no siempre son neoplásicos.

Lipoma : Es el segundo tipo más común de tumor benigno del colon, y el tumor intramural más común, sin embargo es relativamente raro (0.2 a - 0.3% según las series). Son tumores grasos bien diferenciados, desarrollados a partir de depósitos de tejido conectivo adiposo en la pared intestinal, 90% son submucosos y 10% subserosos, no se han reportado cambios malignos; la mucosa que los recubre se vuelve atrófica, congestiva, ulcerada ó necrótica ó puede ser normal; el tipo subseroso se origina a partir de los apéndices epiploicos y crecen hacia la cavidad peritoneal. La mayoría son asintomáticos y son hallazgos fortuitos, los síntomas cuando se presentan incluyen constipación, diarrea, dolor abdominal y sangrado rectal. Generalmente ocurren entre los 50 y 70 años, con una distribución igual por sexos; los sitios de localización más comunes son el ciego el colon ascendente y el sigmoides.

Leiomioma : Se originan en la capa muscular de la pared intestinal - y pueden ser intramurales ó proyectarse en la luz ó en la cavidad peritoneal, suelen ser únicos; los más pequeños son nódulos redondeados firmes, y los de mayor tamaño tienden a ser lobulados, histológicamente están compuestos de células fusiformes en haces entrelazados, con presencia de tejido fibroso, los del recto frecuentemente están encapsulados, pueden malignizarse. Pueden encontrarse a cualquier edad y sexo, generalmente miden de 1 a 2 cm., la mucosa que los reviste puede ulcerarse y sangrar, aunque generalmente son asintomáticos.

Neurofibroma : El compromiso visceral en la neurofibromatosis se considera raro, sin embargo ésta posibilidad debe ser considerada si ocurre sangrado gastrointestinal ó obstrucción intestinal en un paciente con neurofibromatosis; la lesión en el tracto intestinal se desarrolla en la submucosa ó muscularis, conforme crece el neurofibroma la mucosa se ulcera y sangra, la intususcepción puede producir obstrucción intestinal siendo -

éstos los síntomas; se ha reconocido la degeneración sarcomatosa como una complicación.

Hemangioma : Es muy raro, en la mayoría de los casos el colon distal ó el recto son los afectados, aunque puede localizarse en cualquier segmento, es de tamaño variable, se observa como nódulo rojizo, purpúreo, de tipo submucoso y que puede invadir estructuras vecinas; en la mayoría de los casos se revela como hemorrágia; generalmente son congénitos por secuestro de tejido mesodérmico.

Pólipos mucoso metaplasicos ó hiperplásicos : Suelen ser múltiples y aparecen como diminutas excrecencias a modo de placas, de 1 a 2 mm. de diámetro, generalmente en la mucosa rectal y rara vez en la del colon. Se encuentran en todas las edades; presentan alargamiento de los túbulos mucosos con tendencia a la dilatación quística, el epitelio aparece dentellado por aplanamiento zonal de sus células, no están relacionados con los adenomas ó el cancer intestinal.

Neumatosis quística intestinal : Es un proceso muy raro descrito por Duvernoy en 1738, en el que se aprecian múltiples quistes en el intestino variando de tamaño entre uno y varios centímetros, contienen gas especialmente nitrógeno, poseen un revestimiento de células cúbicas y a menudo algunas células gigantes, se encuentran en la serosa ó submucosa ó en ambas, generalmente afectan el intestino delgado y rara vez el colon, aunque puede afectar colon sigmoide y recto; la edad más afectada está comprendida entre los 30 y 50 años, pero aparece a cualquier edad. Los síntomas cuando están presentes son muy vagos, dolor abdominal, diarrea y la presencia de moco y sangre en las heces, raras veces existe hipersensibilidad abdominal ó distensión; el tacto rectal puede revelar la presencia de una masa extramucosa.

V.- DIAGNOSTICO :

A pesar de las grandes diferencias histológicas que existen entre los diferentes procesos comprendidos dentro del término de "pólipos del colon", los métodos diagnósticos más útiles en la actualidad para este tipo de patología se concretan a algunas cuantas técnicas sencillas, ya que la mayoría son fácilmente accesibles, por su localización, a cualquiera de los procedimientos que a continuación describiremos, lo que unido a el cuadro clínico que presentan cada uno de ellos, de base semejante, pero con algunas diferencias, nos permiten llegar a un diagnóstico que posteriormente debe ser confirmado por histopatología.

Cuadro clínico : Este aspecto está descrito en el capítulo anterior, para cada una de las diversas patologías, por lo que no nos referiremos más a él.

Tacto rectal: Es un método de exploración obligado en todo paciente, debiéndose hacer mayor incapie en los sujetos proctológicos, ya que proporciona valiosa información, permitiendo sospechar e incluso diagnosticar en algunas ocasiones, la presencia de pólipos rectales, además de poder confirmar la presencia de sangrado transrectal, sin olvidar que aproximadamente el 70% de los cánceres del recto están "al alcance del dedo".

Rectosigmoidoscopia : Es un estudio fácil de realizar, que permite la visualización de hasta 25 cm., dependiendo de la preparación previa, pudiendo descubrir pólipos del recto, ó que prolapsan de segmentos superiores, ó dar evidencia de sangrado más allá del instrumento. La detección de pólipos en pacientes asintomáticos mayores de 40 años es alta, llegando al 3 ó 4% (Noertel (11), Payne (12)), Corman (13), reporta un 9% de detección de lesiones benignas en personas asintomáticas por este método.

La mayoría de los carcinomas y pólipos adenomatosos ocurren en el colon izquierdo; en un estudio de 1,049 adenomas colónicos, se encontró que dos terceras partes de los adenomas de 2 cm. ó más estaban situados en el sigmoides, y de los que contenían ca. invasor (4.8% del total), 94% --

estaban localizados en el sigmoides ó segmentos bajos del colon descendente (14); ésta localización enfatiza el uso del sigmoidoscopio flexible, - el cual permite la visualización de hasta 60 cm. en el 55% a 62% de los pacientes, Bohlman (15).

Colon por enema : Ya que los pólipos son frecuentemente múltiples y pueden ocurrir sincrónicamente con carcinoma, está obligada una mayor investigación, aún si la lesión se encuentra en el estudio sigmoidoscópico, y aunque la precisión del estudio radiológico depende mucho de la habilidad y empeño que el radiólogo ponga en la práctica de éste procedimiento, se considera uno de los pilares. Dependiendo de la técnica utilizada, - los pólipos del colon pueden identificarse en uno a trece por ciento de los pacientes, observándose como defectos de llenado (negativos), de forma redondeada, con márgenes lisas, bien definidos y que pueden ser sésiles ó pediculados; siendo importante la placa de vaciamiento ya que generalmente permanece una delgada capa de bario que permite la identificación del pólipo. Posiblemente el mejor método lo constituyen las placas con doble medio de contraste, (bario y aire), pudiéndose identificar lesiones de hasta 2 a 3 mm. de diámetro, con una buena preparación del colon. El radiólogo no puede dar un diagnóstico histológico, pero sí asegurar algunos detalles útiles, como son la presencia de tallo ó pedículo, - lo que permite predecir una resección transendoscópica exitosa, además de que las lesiones malignas tienden más a ser sésiles, y que algunos pólipos poseen ciertas características, como el adenoma veloso, que muestra una superficie irregular (estriada), al examen radiológico.

Colonoscopia : Debe seguir siempre al colon por enema, ya que puede confirmar, ampliar y posiblemente corregir la información obtenida por examen radiológico, además de que permite otros procedimientos tales como la biopsia fragmentaria ó la excisión total de las lesiones circunscritas lo que además de dar el diagnóstico definitivo es una forma de tratamiento. Algunos autores mencionan una certeza diagnóstica para éste procedi-

miento del 91%, en comparación con la del colon por enema, la cual varía del 70 al 90%, (Fork, 16). Este además de ser un método diagnóstico es - el mejor procedimiento de seguimiento para pacientes sometidos a polipectomía quirúrgica ó endoscópica.

Sangre oculta en heces : Es el método menos útil y más inespecífico, sin embargo ya que la mayoría de los pólipos cursan durante alguna etapa de su evolución con sangrado, es necesario realizar éste exámen en forma - rutinaria en los pacientes con pólipo de colon.

Todos éstos métodos constituyen el arsenal con el que se cuenta para la detección y el seguimiento de los pólipos del colon.

Estudio histopatológico : Es el único método para establecer el diagnóstico definitivo y está obligado en toda lesión del colon extirpada en forma total ó parcial (biopsia). Además de ser esencial para la elección del tratamiento, debiendose enfatizar en la rápida obtención del mismo.

VI.- TRATAMIENTO :

Existen fundamentalmente tres indicaciones para el tratamiento de los pólipos del colon y recto : a) pólipos sintomáticos, b) pólipos con datos de malignidad en el momento del hallazgo, y c) potencial de malignización conocido. De acuerdo a éstas indicaciones podemos clasificar el tratamiento en dos modalidades : tratamiento conservador a través de resección endoscópica y manejo quirúrgico; la elección del método terapéutico se basa tanto en las indicaciones mencionadas, como en las características individuales del paciente y del proceso patológico. Existen algunos lineamientos generales para el tratamiento de las lesiones polipoides del colon, (18), que toman en cuenta principalmente la presencia de procesos malignos.

1) El carcinoma no invasor en un pólipo, se trata adecuadamente mediante polipectomía endoscópica única.

2) El carcinoma invasor focal limitado a la cabeza del adenoma pedunculado puede tratarse en forma confiable mediante polipectomía única.

3) El carcinoma invasor residual amerita resección colónica.

4) Cuando existe invasión a los bordes de resección endoscópica ó a vasos sanguíneos ó en caso de carcinoma pobremente diferenciado, debe realizarse resección quirúrgica.

5) El adenoma vellosos con afección maligna invasora debe tratarse mediante resección.

La mayor parte de los pólipos del colon pueden extirparse por medio de la colonoscopia, en todas las regiones del colon, prácticamente todos los pólipos pedunculados y la mayor parte de los sésiles puede ser extirpados por éste método (19); sin embargo Colachio y cols (20), en una serie de 729 resecciones endoscópicas, encuentran un 5.3% de pólipos con carcinoma invasor, con una incidencia de metástasis a nódulos linfáticos del 15%, por lo que sugieren, que todos los pacientes con éstas condiciones deben ser sometido a resección quirúrgica, ya que la incidencia de -

nódulos metastásicos es importante en éste grupo y no existe criterio disponible que prediga que paciente requiere la resección y si en cambio mejora la sobrevida. Por otro lado Coutsoftides y cols (21), concluyen que los adenomas tubulares conteniendo carcinoma invasor, tienen una baja incidencia de metástasis a nódulos, por lo que solo requieren resección con un margen libre de carcinoma, no así los adenomas vellosos que sí presentan alta incidencia de metástasis nodulares y requieren resección quirúrgica más amplia. Además debe considerarse el tamaño del pólipo, ya que está importantemente relacionado con los cambios malignos, a mayor tamaño mayor incidencia de carcinoma, aunque el carcinoma invasor se ha observado aún en pólipos menores de un centímetro de diámetro (22).

Las complicaciones más frecuentes de la polipectomía endoscópica son dos : la perforación por aplicación de electrocauterio en 0.31 a 2.11%, y la hemorragia postpolipectomía de 1 a 2.5%, pudiendo ser inmediata, por coagulación inadecuada, ó tardía, probablemente por desprendimiento de la escara, (23).

A continuación describiremos el tratamiento de acuerdo a cada una de las patologías revisadas:

Linfoma benigno único, oleoma, granuloma por bario, lipoma, leiomioma, neurofibroma, todos ellos deben tratarse por escisión local; si el linfoma presenta poliposis el tratamiento es la colectomía con ileoprocto anastomosis.

Los pólipos hiperplásicos generalmente no son tributarios de tratamiento, pero pueden electrofulgurarse.

Hemangiomas : escisión local ó diatermia, si son difusos pueden ameritar resección segmentaria ó incluso abdominoperineal cuando se localizan en el recto inferior.

Neumatosis quística : generalmente es expectante, a menos que la enfermedad continúe ocasionando síntomas y los quistes estén limitados a un segmento, donde deberá realizarse resección segmentaria.

Endometriosis : Ooforectomía bilateral ó esterilización radiológica, que provoca regresión, ó bien resección del segmento afectado, (sobre todo en pacientes jóvenes).

Poliposis juvenil : Las lesiones accesibles a la sigmoidoscopia deben ser extirpadas por escisión local, si nó, puede ser necesaria la laparotomía y extirpación por colotomía; son frecuentes las recidivas. Actualmente se prefiere la resección transcolonoscópica, aunque en algunos casos si el recto está densamente involucrado se realiza la proctocolectomía.

Peutz-Jeghers : Debe limitarse al tratamiento de la obstrucción intestinal aún cuando ello implique la resección segmentaria, por su naturaleza difusa se descarta el tratamiento radical.

Poliposis familiar : Presenta dos aspectos : el tratamiento del paciente y la investigación y asistencia de la familia.

Se emplean cuatro tipos de cirugía : a) proctocolectomía e ileostomía, b) colectomía total y anastomosis ileorectal, con fulguración periódica de los pólipos residuales ó recurrentes, c) colectomía total, mucosectomía rectal y anastomosis ileoanal, y d) el procedimiento anterior más bolsa ileal.

Los datos del St. Mark's Hospital, donde la colectomía con ileo-procto anastomosis ha sido el procedimiento de elección, sugieren que es una operación bastante segura, ya que de 73 casos seguidos por un período de diez años, solo 3 (4%), desarrollaron cánceres rectales (Bussey, 8). Otros autores como Mortel y cols. (17), aportan datos menos satisfactorios, con incidencias de carcinoma rectal subsiguiente del 23%, a pesar de haber sido sometidos a revisiones sigmoidoscópicas periódicas, con fulguración en caso necesario, además se encontraron una mayor incidencia (5 : 1), en mujeres, así como que la presencia de carcinoma en el colon resecaado se asocia con un riesgo más elevado de carcinoma subsiguiente, al igual que el número de pólipos rectales (elevado con más de 100).

El grupo de la clínica Cleveland, recomienda la colectomía total abdominal con anastomosis ileorectal, no habiendo detectado desarrollo de carcinoma durante el seguimiento de los pacientes por 5 a 28 años (24).

El protocolo incluye intervención quirúrgica temprana, (antes de los 20 años de edad), con anastomosis a aproximadamente 12 cm. de la línea dentada y seguimiento estrecho (cada 6 meses), algunos autores señalan que los pólipos pueden sufrir regresión espontáneamente después de la colectomía total, (Shepard, 25), mencionandose la baja del pH de las heces como un factor causante, aunque la regresión puede ser solo temporal.

Beart y cols. (26), reportan los resultados de su serie de 50 pacientes a los que se les realizó colectomía total, mucossectomía rectal y anastomosis ileo-anal, 7 de los cuales presentaban poliposis, el 75% de los pacientes prefirió ésta cirugía a la ileostomía, reportandose que los pacientes generalmente eran continentes durante el día, pero todos menos uno presentaban escurrimiento anal durante la noche; Fonkalsrud, reporta una mejoría de la continencia mediante la construcción de un reservorio ileal lateral interno (27).

Parks y cols. reportaron 4 pacientes con poliposis y 17 con CUCI, a quienes se les realizó proctocolectomía con reservorio ileal y anastomosis ileo-anal, no hubo disturbios urinarios ni de la función sexual, todos fueron continentes durante el día, uno fué incontinente durante la noche; la frecuencia de evacuaciones fué de aproximadamente 4 veces en 24 hrs., recomendando el autor ésta técnica.

En resumen la colectomía total es el método recomendado, debiendose hacer énfasis en el descenso ileo-anal, con mucossectomía total, que puede ser realizado con mínima morbimortalidad, conservando la continencia rectal y evitando la creación de una ileostomía, (28).

Adenomas simples : La presencia de una lesión polipoidea obliga a la evaluación endoscópica y en la mayoría de los casos a la polipectomía por éste medio. La colotomía y polipectomía para lesiones pedunculadas se ha

relegado casi por completo, excepto cuando no es posible la endoscopia ó no puede ser extirpado el pólipo por este sistema. Las lesiones sésiles se tratan mejor con resección segmentaria, siendo de gran utilidad la biopsia transoperatoria, que permite ampliar la cirugía en caso necesario

En el caso de que exista carcinoma invasor, Wolff y Shinya (29), recomiendan la resección, si existe diseminación a linfáticos, ó si la lesión es pobremente diferenciada, ó bien el carcinoma está cercano al plano de resección. Colachio y cols. (20), recomiendan la resección colónica convencional en todos los pacientes conteniendo carcinoma invasor.

El pólipo debe extirparse completamente, en caso de que exista carcinoma que invade al tallo es teóricamente posible que éste dé metástasis, lo que es remoto si los márgenes de sección están libres.

Una alternativa a la colotomía y polipectomía, cuando la colonoscopia no tiene éxito, es la endoscopia transoperatoria, es decir laparotomía y polipectomía transanal endoscópica.

En lesiones localizadas en el recto inferior y algunas del recto medio, se recomienda la escisión quirúrgica local, reservandose la resección segmentaria ó la colectomía total para casos de poliposis múltiple.

Los pacientes con pólipos benignos tiene un 30% de probabilidad de desarrollar pólipos recurrentes, el riesgo de desarrollar un nuevo pólipo es 16 veces mayor que en la población general; la presencia de tres pólipos ó más durante el examen inicial es un factor asociado al aumento de la incidencia de pólipos recurentes (30).

Adenoma vellosos : Debe considerarse el alto riesgo de degeneración maligna que presentan éste tipo de pólipos en la elección de la terapéutica. Para los tumores vellosos que se hallan totalmente al alcance del dedo y que se juzgan benignos por palpación, el tratamiento puede ser alguno de los siguientes :

a) Escisión local transanal : mediante tracción del pólipo y ligadura transfectiva de la base, no es práctica en papilomas muy grandes.

b) Escisión ó coagulación diatérmica : por lo general solo se utiliza en papilomas pediculados, resulta difícil destruir una tumoración extensa.

c) Escisión intraanal : separando la tumoración de las capas subyacentes por aplicación de solución salina, (en la capa submucosa), y disección cortante de la mucosa conteniendo la tumoración, practicable solo en papilomas localizados, que no sean circunferenciales. Puede realizarse un descenso del sigmoides en caso de denudarse toda la circunferencia rectal.

d) Escisión por vía transesfintérica posterior : implica la división completa de los esfínteres anales y del asa puborectal, hasta llegar a la mucosa rectal y extirpar el papiloma, se dice que si se reconstruyen los planos musculares la continencia es normal.

e) Escisión rectal por resección sacra, abdominosacra ó anterior : - se utiliza en pólipos vellosos de los tercios medio ó superior del recto.

f) Resección abdominoperineal : reservada para papilomas extensos - del recto inferior.

Cuando la localización del papiloma veloso es en otro sitio, la técnica variará desde resección segmentaria hasta colectomía total, dependiendo de los hallazgos y características individuales.

Casi todas las recurrencias después del tratamiento de los adenomas vellosos, ocurren dentro de los cuatro ó cinco años del postoperatorio, - (cifra de recurrencia acumulada a 5 años 30%), lo que indica que éste debe ser el período mínimo de seguimiento (31).

VII.- MATERIAL Y METODOS :

Debido a que el presente es un estudio encaminado a determinar la experiencia de éste hospital, en el estudio y tratamiento de los pólipos de origen colónico, a sí como tratar de normar una conducta en cuanto a la decisión de efectuar un tratamiento quirúrgico de ésta patología ó bien optar por un tratamiento conservador, se realizó la revisión de los expedientes de todos los casos en los cuales se llegó al diagnóstico clínico de pólipo de colon y/ó recto, de los pacientes admitidos en éste centro hospitalario, entre enero de 1980 y octubre de 1984, y que recibieron tratamiento ya sea conservador, (polipectomía endoscópica), ó quirúrgico.

Se incluyeron tanto pacientes adultos como pediátricos, tratando de tener un panorama más amplio de ésta patología; se excluyeron únicamente aquellos en los cuales no se corroboró el diagnóstico, ya sea por hallazgos quirúrgicos ó por histopatología.

El total de pacientes fué de 121, que contaban con expediente completo, de los cuales 35 correspondieron a edades pediátricas, y en ellos se llevó a efecto alguna forma de tratamiento.

En cuanto a los pacientes en edad adulta, se captaron 86 casos en los cuales se comprobó el diagnóstico, de ellos tres no recibieron tratamiento alguno (habiendo sido rechazado éste por los pacientes), por lo que se excluyeron de la presente serie, y el resto, 83 pacientes, forman el material de la presente serie.

En todos los casos se estudiaron : antecedentes, tanto familiares, de gran importancia en algunas de los procesos patológicos que aquí se mencionan, como personales, incluyendo sexo, edad, patologías concomitantes, así como el cuadro clínico que presentaban, el método diagnóstico utilizado en cada caso, el tipo de tratamiento que recibieron y su evolución, así como el diagnóstico tanto clínico, como quirúrgico en los casos en los que se efectuó cirugía, y en todos ellos el diagnóstico histopato-

lógico, con lo que se obtuvieron los resultados que a continuación se mencionan.

VIII.- RESULTADOS :

Para fines didácticos se dividió a los pacientes en dos grupos de acuerdo a la edad y al servicio que los atendió : I) Grupo de pacientes pediátricos, que incluye a pacientes de 0 a 14 años de edad, con una media de 7.03 años; y II) Grupo de pacientes adultos, a partir de los 15 años hasta los 87 (edad máxima), con una media de 51.7 años.

I) Grupo pediátrico : En los 35 pacientes estudiados, (28.9% del total de pacientes), la distribución por sexo fué similar, 17 hombres (48.6%), y 18 mujeres (51.4%), (Fig. 1); con una mayor incidencia entre los 4 y 7 años de edad, 17 casos (48.6%), (Fig. 2), siendo la edad mínima de 5 meses y la máxima de 14 años.

Uno de los niños presentaba como antecedente madre con poliposis múltiple del colon, tratada en otro centro hospitalario, (se ignoran datos), y otro de ellos con un hermano con pólipo de recto, tratado en éste hospital e incluido en ésta serie, en el resto no se detectaron antecedentes heredofamiliares de importancia.

De los 35 pacientes, 25 (71%), fueron tratados mediante endoscopia, habiéndose comprobado solo en un caso la presencia de pólipos a través de colon por enema y el resto enviados a ese servicio por diagnóstico clínico, la mayoría de ellos 9 (36%), de rectorragia, y en 7 casos (28%), de pólipo rectal (Tabla 1).

Se practicaron 13 colonoscopias (52%), y 12 (48%), rectosigmoidoscopias, de las cuales 3 fueron hechas con rectosigmoidoscopio flexible.

El método de resección fué a través de polipectomo en 14 casos (56%) con pinza a través de rectosigmoidoscopio en 10 casos (40%), y en 1 por expulsión espontánea (4%).

En 21 casos (84%), se observó pólipo único, y en 4 (16%), se detectaron dos pólipos, no hubo casos de poliposis múltiple; 5 de ellos (20%) fueron sésiles y 20 (80%), pediculados; el sitio de localización más frecuente fué el recto (Fig. 3), siendo el diagnóstico endoscópico más

FIGURA 1 (Pacientes pediátricos).

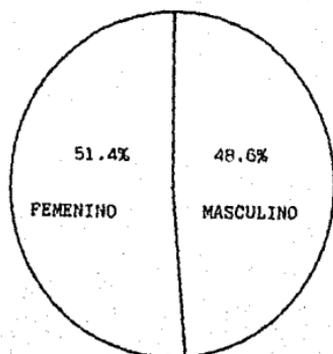


FIGURA 2 (pacientes pediátricos).

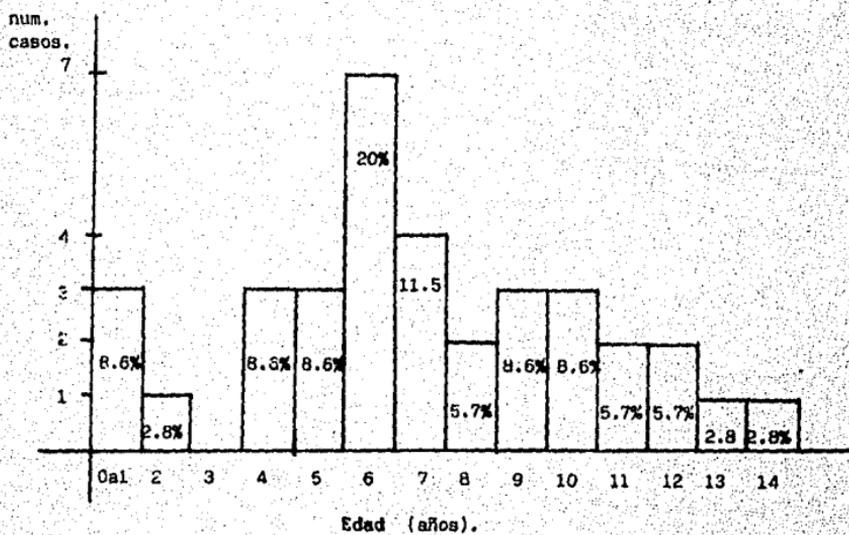


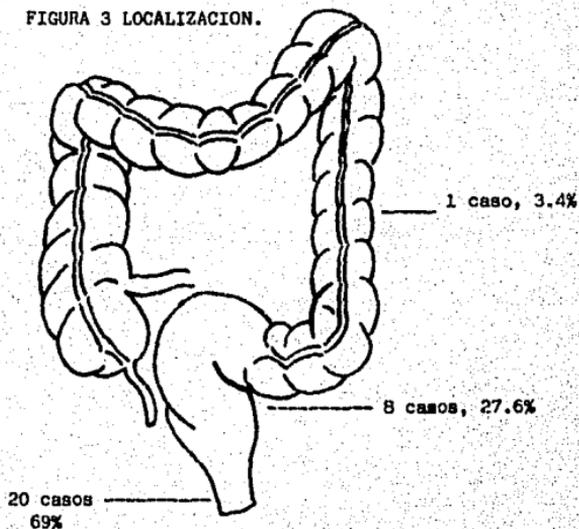
TABLA 1 (Pacientes pediátricos-endoscópicos)

DX. CLINICO	NUM. CASOS	FORCENTAJE
Rectorragia	9	36
Pólipo rectal	7	28
Poliposis intestinal	2	8
Tumoración rectal	2	8
Hemorroides internas	2	8
Ca. de recto	1	4
Papiloma rectal	1	4
Pólipo de colon *	1	4
TOTAL	25	100%

Diagnóstico clínico previo a la endoscopia.

* Se le realizó colon por enema (diagnóstico).

FIGURA 3 LOCALIZACION.



frecuente el de pólipo rectal, 15 casos (60%), y los demás casos diagnosticados como pólipos de diferente localización (tabla 2); el tamaño varió en la mayoría de los casos entre 0.5 y 1.5 cm. (tabla 3), y el diagnóstico histológico más frecuente fué el de pólipo de retención (juvenil), 16 casos (55.2%), no habiéndose reportado en 5 casos (17.2%), y siendo 6 -- (20%), de tipo adenomatoso (tabla 4), ninguno con datos de malignización.

Únicamente en dos casos (8%), hubo sangrado moderado como complicación, que cedió con la aplicación local de vasoconstrictor, sin requerir otro tipo de tratamiento; en ninguno de los casos se detectó recidiva de la lesión, (por sintomatología), aunque no ha sido posible un seguimiento adecuado.

Los diez pacientes restantes (29%), fueron sometidos a resección quirúrgica del pólipo, encontrándose en todos ellos pólipo único, siendo - pediculados, con un tamaño entre 0.5 y 2.5 cm., (tabla 5), situados todos en el recto (el más lejano a 8 cm. de la margen anal), el diagnóstico se elaboró por medio de rectosigmoidoscopia en uno de los casos y en el resto por clínica, habiendo presentado rectorrágia 9 casos (90%), siendo palpable al tacto rectal en el mismo número de pacientes; con un tiempo de - evolución que variaba entre uno y seis meses. Uno de éstos pacientes presentaba el antecedente de madre con poliposis del colon; en todos los casos la cirugía fué electiva, bajo anestesia general.

El método quirúrgico consistió, en todos ellos, en : exploración con anoscopio, localización y tracción del pólipo, colocación de punto transfixivo en la base del pedículo, ligadura del mismo y resección del pólipo, variando únicamente el material de sutura, (en la mayoría catgut crónico 2-0 y en dos casos seda 2-0), no habiéndose detectado complicaciones postoperatorias, y con un tiempo promedio de estancia intrahospitalaria - de dos días; el diagnóstico histopatológico fué de pólipo de retención en 9 casos (90%), y en uno, pólipo inflamatorio (10%); no hubo un seguimiento efectivo en ninguno de los casos, siendo egresados del servicio entre

TABLA 2 (Pacientes pediátricos-endoscópicos)

<u>BX. ENDOSCOPICO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Pólipo rectal	15	60%
Pólipos múltiples	4	16%
Pólipo sigmoideo	5	20%
Pólipo de colon	1	4%
TOTAL	25	100%

TABLA 3 (Pacientes pediátricos-endoscópicos)

<u>TAMAÑO DEL POLIPO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
0 a 0.5 cm.	2	6.9%
0.5 a 1 cm.	6	20.7%
1 a 1.5 cm.	18	62.1%
1.5 a 2 cm.	3	10.3%
TOTAL	29	100%

Nota : Se incluye el número total de pólipos, no de pacientes.

TABLA 4 (pacientes pediátricos-endoscópicos)

<u>DX. HISTOPATOLOGICO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
De retención	16	55.2
Adenomatoso	6	20.7
Inflamatorio	2	6.9
No reportado	5	17.2
TOTAL	29	100.0%

TABLA 5 (Pacientes pediátricos-quirúrgicos)

<u>TAMAÑO DEL POLIPO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
0.5 a 1 cm.	5	50
1 a 1.5 cm.	3	30
1.5 a 2 cm.	1	10
2 a 2.5 cm.	1	10
TOTAL	10	100%

los 15 días y los 5 meses, sin recidivas aparentes.

II) Grupo de pacientes adultos : Se analizaron 86 casos, en los cuales se corroboró el diagnóstico, de ellos tres (3.4%), no recibieron tratamiento alguno, (lo rechazaron). De los 83 pacientes restantes, 74 -- (89.1%), recibieron tratamiento endoscópico, y 9 (10.8%), quirúrgico, habiéndose detectado un solo caso de poliposis familiar múltiple.

De los 74 pacientes endoscópicos, la mayoría fueron del sexo masculino, 45 casos, (60.8%), y el resto femeninos, 29 pacientes (39.2%), (Fig. 4); la mayor incidencia se presentó entre los 30 y 70 años de edad, - (63.5%), (Fig. 5), con una edad promedio de 33 años; como antecedente de importancia, solo uno de los pacientes presentaba un hijo con poliposis - intestinal (del ileon). La patología concomitante más frecuente fué la - presencia de hemorroides, en 10 casos, (13.5%), (tabla 6).

Se estableció el diagnóstico clínicamente en 8 casos, (9.6%), por medio del colon por enema, en dos casos, (2.7%), y en el resto, 64 pacientes (86.4%), fué endoscópico; en éstos el diagnóstico clínico fué muy diverso (tabla 7), siendo el más frecuente el de rectorragia, en 24 casos - (32.4%), y de hemorroides en 13, (17.5%).

En la mayoría de los pacientes se encontró pólipo único, 63 casos, - (85.1%), en 9 pacientes se detectaron dos pólipos (12.1%), y en dos casos se consideró múltiple (3 y 4 pólipos respectivamente); más de la mitad - eran de tipo pediculado (52 pólipos, 59%), y el resto sésiles (36, 41%). El tamaño fué variable, encontrándose el mayor porcentaje entre 0.5 y 1.5 centímetros, (65 pólipos, 73.8%), (tabla 8).

La localización más frecuente fué en rectosigmoides, 76 casos (86.3% (Fig. 6).

Los tipos de endoscopia utilizados fueron : colonoscopia en 40 casos (54%), rectosigmoidoscopia en 30, (40.5%) y rectosigmoidoscopia flexible en 4 (5.4%); siendo el método de extirpación el polipectomo en 41 pacientes (55.4%), pinza de biopsia en 28 (37.8%) y Hot biopsy en 5 (6.7%), --

FIGURA 4 (pacientes adultos-endoscópicos)

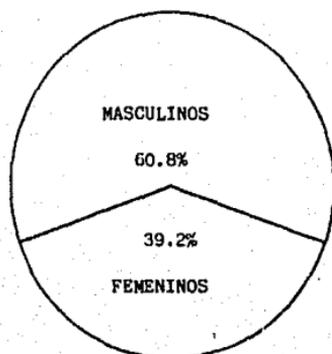


FIGURA 5 (Pacientes adultos-endoscópico)

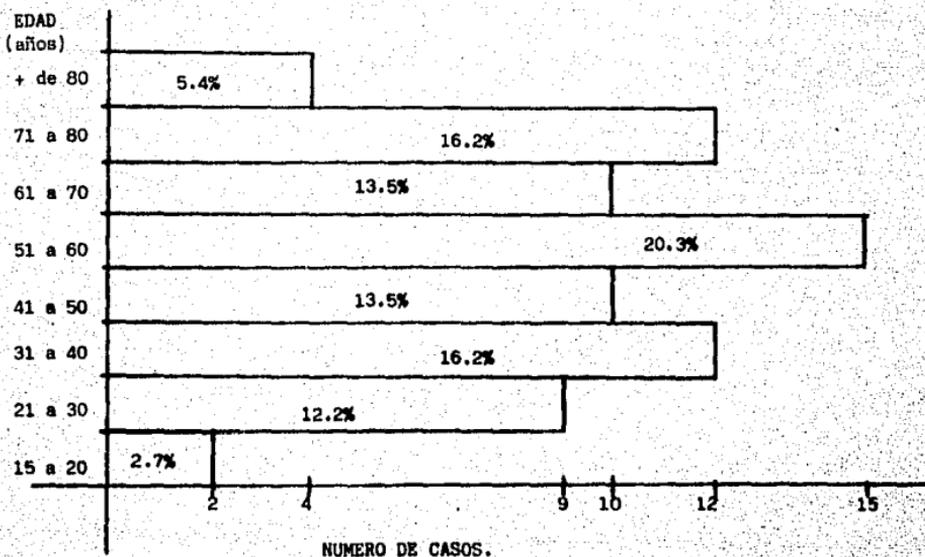


TABLA 6 (Pacientes adultos-endoscópicos)

<u>PATOLOGIA CONCOMITANTE</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Hemorroides mixtas	10	13.5%
Divertículos de colon	2	2.7%
Ca. de Próstata	1	1.3%
Ca. cervico-uterino	2	2.7%
Gastritis erosiva	1	1.3%
Prolapso rectal	1	1.3%
TOTAL	17	22.9%

TABLA 7 (Pacientes adultos-endoscópicos)

<u>DX. CLINICO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Rectorragia	24	32.4
Hemorroides	13	17.6
S.T.D.B.	9	12.2
Pólipo rectal	8	10.9
Colitis crónica	6	8.2
Ca. de colon	5	6.8
Sin diagnóstico	4	5.4
Prolapso rectal	1	1.3
Ca. de recto	1	1.3
CUCI	1	1.3
Verruga plana	1	1.3
Colon irritable	1	1.3
TOTAL	74	100.0%

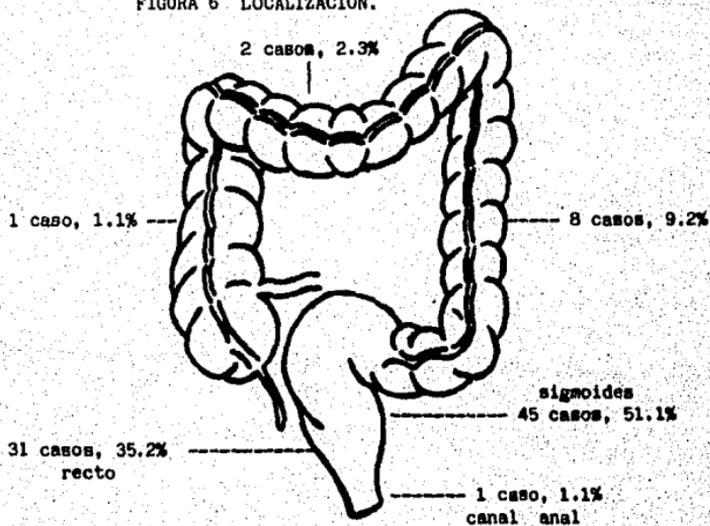
Diagnóstico por el cual fueron enviados a endoscopia.

TABLA 8 (Pacientes adultos-endoscópicos)

TAMAÑO DEL POLIPO	NUM. CASOS	PORCENTAJE
0 a 0.5 cm.	30	34.1
0.6 a 1 cm.	16	18.2
1.1 a 1.5 cm.	19	21.6
1.6 a 2 cm.	11	12.5
2.1 a 2.5 cm.	7	7.9
+ de 2.6 cm.	5	5.7
TOTAL *	88	100.0%

* Representa el número total de pólipos resecaados, no el de pacientes, siendo 4 el mayor número de pólipos encontrados en un paciente.

FIGURA 6 LOCALIZACION.



únicamente se reportó un caso de complicación postpolipectomía (1.3%), - el cual presentó sangrado leve, sin ameritar tratamiento.

El diagnóstico endoscópico en casi todos los casos, (73 pacientes, - 98.6%), fué de pólipo, variando la localización (tabla 9), y en un caso - de carcinoma polipoide (1.3%).

Los diagnósticos histopatológicos se muestran en la tabla 10, siendo el más frecuente el de pólipo adenomatoso, 48 casos (54.5%), seguido del de pólipo inflamatorio, 15 casos (17%); el seguimiento de todos estos pacientes ha sido muy irregular, habiéndose ausentado de la consulta un paciente con diagnóstico de carcinoma de todo el pólipo y dos de los pacientes con adenoma mixto, el otro de éstos no presentaba recidivas a los 6 meses, el paciente con adenocarcinoma bien diferenciado fué sometido a cirugía (eliminandose de ésta serie), el paciente con pólipo adenomatoso con carcinoma in situ fué sometido a colon por enema un año después, y - nueva endoscopia (sigmoidoscopia hasta 55 cm), encontrandose asintomático y sin evidencia de recurrencia. Del resto de los pacientes, la mayoría han sido egresados del servicio en forma asintomática.

Como ya se mencionó, de los 83 pacientes sometidos a tratamiento, en 74 éste fué endoscópico, y en 9 fué quirúrgico, de éstos, uno presentó - poliposis múltiple familiar (con más de 500 pólipos), y 8 presentaron uno o más pólipos. De ellos 3 fueron hombres (33.3%), y 6 mujeres (66.6%); - la edad se encontró entre los 22 y los 58 años (Fig. 7); tres (33.3%), - presentaban pólipo único, y el resto múltiple, dos en 4 pacientes (44.4%) tres pólipos en un paciente, (11.1%), y uno con más de 500 pólipos (11.1%)

La mayoría fueron sésiles, 5 casos (55.5%), y el resto pediculados; - 4 de localización rectal (44.4%), uno en colon descendente (11.1%) y 3 en sigmoides (33.3%), sin incluir la poliposis múltiple que era de localización difusa (11.1%). En todos los casos (100%), el diagnóstico fué realizado endoscópicamente (tabla 11), habiéndose elaborado diversos diagnósticos clínicos (tabla 12); solo dos de ellos presentaban antecedentes --

TABLA 9 (Pacientes adultos-endoscópicos)

<u>DX. ENDOSCOPICO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Pólipo rectal	32	43.3
Pólipo sigmoideo	27	36.6
Pólipo de colon	10	13.5
Poliposis de colon	2	2.7
Polipo de ciego	1	1.3
Pólipo de retención	1	1.3
Ca. Polipoide	1	1.3
TOTAL	74	100 %

TABLA 10 (Pacientes adultos-endoscópicos)

<u>DX. HISTOPATOLOGICO</u>	<u>NUM. CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Adenomatoso	48	54.6
Inflamatorio	15	17.1
De retención	12	13.7
Hiperplásico	2	2.3
No reportado	3	3.4
Mixto	3	3.4
Ca. de todo el pólipo	1	1.1
Hemangioma capilar	1	1.1
Adenocarcinoma bien dif.	1	1.1
Granuloma piógeno	1	1.1
TOTAL	88	100 %

Incluye el número total de pólipos, no de pacientes.

FIGURA 7 (Pacientes adultos-quirúrgicos)

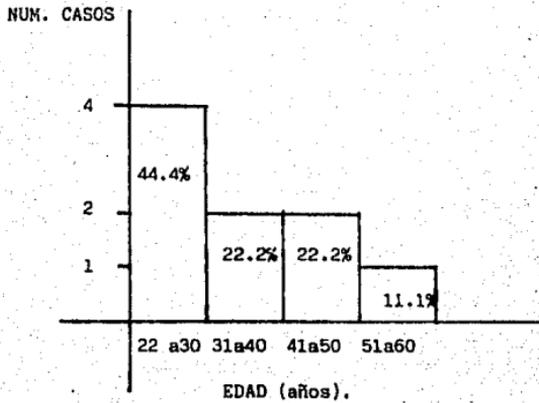


TABLA 11 (Pacientes adultos-quirúrgicos)

DX. ENDOSCOPICO	NUM. CASOS	PORCENTAJE
Pólipo rectal	4	44.4
Pólipos de rectosigmoides y Ca de recto	3	33.3
Pólipo sigmoideo y prob. CUCI	1	11.1
Poliposis múltiple	1	11.1
TOTAL	9	100 %

heredofamiliares neoplásicos positivos. La decisión quirúrgica se realizó en base a : la presencia de pólipo rectal en 4 pacientes (44.4%), uno de éstos con diagnóstico histopatológico de pólipo adenomatoso con adenocarcinoma invasor en la biopsia; en 3 (33.3%), por pólipo de rectosigmoides coexistente con adenocarcinoma de recto ; en uno por sospecha de CUCI y pólipo sigmoideo (11.1%) y en el último por poliposis familiar (11.1%), (tabla 13).

Las técnicas que se llevaron a efecto fueron : Resección quirúrgica transrectal más hemorroidectomía en 3 casos (33.3%); hemicolectomía izquierda ampliada con resección anterior baja (cierre del muñón distal tipo Hartman), y colostomía proximal tipo Mikulicz, por sospecha de CUCI en un caso (11.1%); colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoide por presentar tumoraciones en ángulo hepático, colon descendente y polipectomía endoscópica con carcinoma invasor en la biopsia, en un paciente (11.1%), con omentectomía total; resección abdomino-perineal con colostomía proximal en 3 casos (33.3%), por adenocarcinoma rectal, una de ellas con histero-salpingo-forectomía bilateral por invasión a útero; y colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea en delta, en un paciente (11.1%).

Los tres pacientes con resección transrectal permanecieron 3 a 4 días hospitalizados, cursando con buena evolución y siendo egresados a los 2 ó 3 meses del postoperatorio, asintomáticos y con diagnóstico histopatológico de pólipo adenomatoso en un caso (11.1%), y de pólipo inflamatorio en 2 (22.2%), (tabla 14); no habiendo seguimiento posterior.

El caso de hemicolectomía izquierda ampliada, evolucionó satisfactoriamente, siendo egresado a los 16 días, con diagnóstico histológico de inflamación crónica inespecífica y pólipo hiperplásico en rectosigmoides, sin datos de malignidad, el último reconocimiento fue a los 3 meses de postoperatorio, cursando asintomático y con buen funcionamiento de la colostomía.

El paciente sometido a colectomía subtotal se egresó a los 15 días -

TABLA 12 (Pacientes adultos-quirúrgicos)

DX. CLINICO	NUM. CASOS	PORCENTAJE
Ca. rectal	2	22.2
CUCI	1	11.1
Divertic. de colon	1	11.1
Hemorroides mixtas	1	11.1
Pólipo rectal	3	33.3
Poliposis familiar	1	11.1
TOTAL	9	100 %

El diagnóstico fué previo a la endoscopia.

TABLA 13 (Pacientes adultos-quirúrgicos)

CASO	DX. PREOPERATORIO	TECNICA QUIRURGICA	DX. POSTOPERATORIO
1	Pólipo rectal	Resec. transanal + Hemorroi dectomía	Pólipo benigno Adenomatoso
2	Pólipo rectal	Resec. transanal + Hemorroi dectomía	Pólipo benigno Inflamatorio
3	Pólipo rectal + hemorroides	Resec. transanal + Hemorroi dectomía	Pólipo benigno Inflamatorio
4	Pólipo sigmoideo + CUCI	Hemicolectomía Izq. ampliada y resec. anterior baja	Prob. CUCI, P. sigm. Inf. cron. inesp.
5	Pólipo rectal con Ca. invasor	Colectomía subtotal, anasto- mosis ileo-sigmoidea	AdenoCa. de colon y sitio de polipectomía
6	Pólipo sigmoideo + Ca de recto	Operación de Miles	AdenoCa. invasor a grasa perirrectal
7	Pólipo rectosigm. + Ca rectal	Operación de Miles	Adeno Ca. rectal
8	Pólipo rectosigm. + Ca rectal	Operación de Miles	Adeno Ca. rectal
9	Poliposis familiar	Colectomía subtotal, anasto- mosis ileosigmoidea Delta	Poliposis múltiple Adenomatosa.

TABLA 14 (Pacientes adultos-quirúrgicos)

DX. HISTOPATOLOGICO	NUM. CASOS	PORCENTAJE
Pólipo adenomatoso	1	11.1
Pólipo inflamatorio	2	22.2
Pólipo hiperplásico e inflamación crónica inespecífica	1	11.1
Pólipo mixto sigmoideo y adenocarcinoma bien dif.	1	11.1
Adenocarcinoma medianamente diferenciado rectal	1	11.1
Adenocarcinoma bien dif. rectal	2	22.2
Poliposis multiple adenomatosa	1	11.1
TOTAL	9	100 %

con diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado en el sitio de la polipsectomía endoscópica y pólipo mixto en sigmoides; fué sometido a second loock un año después y hasta los dos años de postoperatorio se encuentra en buenas condiciones generales, con antígeno carcinoembrionario negativo.

De los tres pacientes sometidos a resección abdominoperineal, el primero con diagnóstico de adenocarcinoma medianamente diferenciado invasor hasta grasa perirrectal, recibió quimio y radioterapia, a los 2 años se le realizó second loock sin evidencia de recurrencia, permaneciendo hasta la fecha asintomática; los otros dos casos con adenocarcinoma rectal bien diferenciado, uno se perdió a los 6 meses, ignorándose su evolución, y la otra tiene en la actualidad 4 meses de postoperatorio, cursando prácticamente asintomática.

La paciente con poliposis múltiple (familiar), tenía 22 años al momento del diagnóstico, de sexo femenino, con un año de evolución de su padecimiento, caracterizado por rectorragia silenciosa, y anemia clínica, detectándose al tacto rectal, pólipos en la pared anterior; no contaba con antecedentes familiares, sin embargo la endoscopia mostró poliposis múltiple del colon, sometiéndose a polipsectomía endoscópica en 4 ocasiones, con diagnóstico histológico de pólipos adenomatosos; fué sometida a colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea en delta, siendo egresada a los 15 días, y practicándosele posteriormente polipsectomías endoscópicas múltiples de sigmoides y recto, presentando una buena evolución, asintomática, con mejoría de su estado general, con hábito intestinal adecuado (3 evacuaciones/día), y habiéndose confirmado el diagnóstico de poliposis múltiple (más de 500), de todo el colon, de tipo adenomatoso (motivo por el cual se clasificó como poliposis familiar).

IX.- COMENTARIO Y CONCLUSIONES :

Con los resultados obtenidos en la presente serie, podemos observar que la mayoría de los pacientes fueron de edad adulta (71%), sin una predominancia significativa en cuanto a sexo (45% de mujeres y 55% de hombres), que la mayoría no presentó antecedentes de importancia (solo 3 casos, 2.5%), y que el mejor método de diagnóstico lo constituye la endoscopia, aunque debería de utilizarse en mayor grado la radiología, así como tratar de llegar a un diagnóstico clínico de mayor precisión, pues en la mayoría de los casos éste fué sintomático (9 y 32%, respectivamente para edades pediátricas y adultos), y solo en el 23.7% se elaboró el diagnóstico clínico de pólipo de colon y recto.

La mayoría de los pólipos fueron únicos, (82.2%), siendo la localización más frecuente el rectosigmoides (89.6%). Se presentó coexistencia con procesos malignos en pocos casos (4 de 83, 4.8%), y no fué posible establecer una relación real entre el tamaño del pólipo y la presencia de malignidad, (solo dos casos presentaban carcinoma in situ, uno con un pólipo de 2 cm. y el otro en uno de 8 mm.), pero sí se corroboró la predominancia de pólipos benignos, la mayoría de ellos de tipo adenomatoso (40.7%), de retención, principalmente en edades pediátricas (27.4%), 6 inflamatorios (14.8%), representando un total de 82.9%, y la baja incidencia de pólipos vellosos, no observándose ninguno en la serie, pero sí pólipos de tipo mixto (tubulo-velloso), en 4 pacientes (2.9%).

El tipo de tratamiento que se efectuó con mayor frecuencia fué la resección transendoscópica (83.8%), en sus diversas modalidades, obteniendo se buenos resultados en todos los casos y con una baja incidencia de complicaciones (2.5%), representada por sangrado inmediato en forma no importante.

El tratamiento quirúrgico se llevó a efecto en casos especiales, como el de la poliposis múltiple; cuando la lesión se encontraba al alcance del anoscopio, principalmente en edades pediátricas (y de tipo pedicula-

do), ó bien en pacientes con proceso maligno agregado ó concomitante, -
siendo el más utilizado la resección del pólipo en forma transanal (13 pa-
cientes en total, 68.4%).

En cuanto a las técnicas utilizadas en los pacientes adultos, en la
mayoría de ellos (7, 77.7%), la técnica utilizada fué la indicada para ca-
da uno de los padecimientos que presentaban, pero en los dos restantes -
(22.2%), se debería haber efectuado una técnica diferente, de acuerdo a -
el diagnóstico preoperatorio. Al paciente en el que se sospechaba CUCI,
además del pólipo sigmoideo, aunque la indicación quirúrgica no es clara,
la técnica ideal era la proctocolectomía ó la colectomía total con mucó -
sectomía rectal y anastomosis ileo-anal, ya que la efectuada dejó un seg-
mento de colon (y aunque el diagnóstico no fué confirmado por histopatolo-
gía), con riesgo de desarrollo de carcinoma subsecuente y de persistencia
de los síntomas; a el otro paciente se le realizó colectomía subtotal con
anastomosis ileo-sigmoides, dando la impresión (ya que se reportó adeno -
carcinoma en el sitio de la polipectomía), de que los márgenes quirúr-
gicos (sigmoides), no fueron suficientes, a pesar de no especificarse el si-
tío de sección y el del pólipo.

La técnica utilizada en el caso de poliposis múltiple representa una
buena opción en el tratamiento de éste tipo de pacientes, mediante la -
creación de un reservorio ileal en delta, que permite al paciente una bue-
na continencia fecal, sin embargo persiste el inconveniente de la presen-
cia de pólipos residuales ó recidivantes en el segmento sigmoideo reteni-
do, con la posibilidad de carcinoma subsecuente, por lo que se sugiere -
una mayor observación de ésta paciente.

Por otro lado, no fué posible (debido a que no existe el material hu-
mano adecuado para poder realizar los diferentes procedimientos quirúr-
gicos descritos), establecer una comparación entre las diversas técnicas -
existentes para el manejo de éstos pacientes.

Aunque el seguimiento de los pacientes ha sido deficiente, (quizá -

por la pobre educación médica de la población y por el tipo de institución), en los casos en los que se ha podido realizar, se ha mostrado una buena evolución con los dos tipos de tratamiento (endoscópico ó quirúrgico), a pesar de la presencia en el momento del diagnóstico de procesos neoplásicos.

Es por todo ésto que nuestra experiencia en el manejo de ésta patología se ve muy limitada, debiendose hacer un mayor énfasis en la mejor y más temprana detección de los pacientes con pólipos de colon y recto, así como en la elaboración de un programa de seguimiento clínico, radiológico y endoscópico para éstos pacientes, por lo menos durante un período de 5 años.

X.- BIBLIOGRAFIA :

- 1.- Grotsky H.W., Rickert R.R., Smith W.D., Newsone J.F.
Familial juvenil polyposis coli.
Gastroent. 1982;B2 494-501
- 2.- Kendall R.D., Major H.C., Vose P.C., Colonel J.
Difuse juvenile polyposis of the colon
Dis colon rect. 1981;24-3 205-210
- 3.- Muto T., Bussey H.J., Morson B.C.,
The evolution of cancer of the colon and rectum.
Cancer 1975;36 2251-2270.
- 4.- Grinell R.S., Lane N.L.
Benign and malignant adenomatous polyps and papillar adenomas of the
colon and rectum.
Int. Abstr. Surg. 1960;106 519-523
- 5.- Chiu Y.S., Spencer R.J.
Villous lesions of the colon.
Dis Colon Rect. 1978;21 493-495
- 6.- Shnitka T.K., Friedman M.H., Kidd E.G.
Villous tumors of the rectum and colon characterized by severe fluid
and electrolyte loss.
Surg. Gynec. Obstet. 1971;112 609-613
- 7.- Hironni Shinya, W.I. Wolff.
Distribución anatómica, morfología y potencial cancerígeno de los
pólipos del colon.
Surgery year Book 1981 345.
- 8.- Bussey H.J.,
Familial polyposis coli
Baltimore, Maryland Johns Hopkins University Press, 1975.
- 9.- Hoffman C., Brooke B.N.
Familial sarcoma of bone in a polyposis coli family.
Dis. colon. Rect. 1972;3 119-120
- 10.- D.G. Jagelman
Poliposis familiar del colon.
Surg. Clin. N.A. 1983;63-1 117-127.

- 11.- Moertel C.G., Hill J.R., Adson M.A.
Surgical management of multiple polyposis
Arch. Surg. 1970;100 521-525
- 12.- Payne M.B., Sunderland D.A., Binkley G.
Papillary adenomas of the large intestine
Cancer 1971;22 1030-1032.
- 13.- Corman M.L.
Colon and rectal surgery
Lippincott 1984
- 14.- Gillespie P.E., Chambers T.J., Chan K.W.
Colonic adenomas- a colonoscopy survey.
Dis Colon Rect. 1979;20 240-245
- 15.- Bohlman T.W., Katon R.M., Lipahutz G.R.
Fiberoptic pansigmoidoscopy: an evaluation and comparison with
rigid sigmoidoscopy.
Gastroenter. 1977;72 644-649.
- 16.- Fork F.T.,
Double contrast enema and colonoscopy in polyp detection
Gastroenter. 1982;22 971-977.
- 17.- Moertel C.G., Greene F.L., Adson M.A.
The problem of cancer in the retained bowel segment- rectal surgery
of the polyposis coli.
Arch. surg. 1974;66 434-437.
- 18.- H. Shinya, A. Cooperman, W.I. Wolff.
Justificación del tratamiento endoscópico para los pólipos del
colon.
Surg. Clin N.A. 1982;2 243-249.
- 19.- J.P. Christie, H. Shinya.
Técnica de la polipectomía colonoscópica.
Surg. Clin. N.A. 1981;4 615-623.
- 20.- Colacchio T.A., Forde K.A., Scantlebury V.P.
Endoscopic polipectomy: inadequate treatment for invasive colo-
rectal carcinoma.
Ann. Surg. 1981;194 704-707.

- 21.- T. Coutsofides, M.V. Sivak, Sanford P.B.
Colonoscopy and the management of the polyps containing invasive carcinoma.
Ann. Surg. 1978;183 638-641.
- 22.- Wolff W.I., Shinya H.
Endoscopic polypectomy: therapeutic and clinicopathologic aspects.
Cancer 1976;36 683-690.
- 23.- A. Ghazi, M. Grossman.
Complicaciones de la colonoscopia y la polipectomia.
Surg. Clin. N.A. 1981;4 624-630.
- 24.- B.S. Gingold, D.G. Jagelman.
Sparing the rectum in familial polyposis: causes for failure.
Surg. 1981;89-3 314-317.
- 25.- Shepard J.A.
Familial polyposis of the colon with special reference to regression of rectal polyposis after subtotal colectomy.
Br. J. Surg. 1979;58 85-90.
- 26.- Beart R.W., Dozois R.R., Kelly K.A.
Ileoanal anastomosis in the adult.
Surg. Gynecol. Obstetr. 1982;154 826-828
- 27.- E.W. Fonkalsrud.
Endorectal ileal pullthrough with lateral ileal reservoir for benign colorectal disease.
Ann Surg. 1981;194 761-766.
- 28.- R.L. Telander, J. Perrault.
Colectomy with rectal mucosectomy and ileoanal anastomosis in young patients.
Arch. Surg. 1981;116 623-629.
- 29.- Wolff W.I., Shinya H.
Definitive treatment of malignant polyps of the colon.
Ann. Surg. 1975;182 516-525
- 30.- Lyle G.H., Condon R.E., Schulte W.J.
Risk of recurrence of the colonic polyps.
Ann. Surg. 1975;182 511-514.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

- 31.- J. Christiansen, P. Kirkegaard, J. Ibsen
Prognosis after treatment of villous adenomas of the colon
Ann. Surg. 1979;189 404-408
- 32.- F. Quiroz G.
Anatomía humana
Porrua 1974
- 33.- J.E. Dunphy, L.W. Way
Current surgical diagnosis and treatment.
Lange 1981
- 34.- S.I. Schwartz, G.T. Shires
Principles of surgery
Mc. Graw-Hill 1979
- 35.- R. Maingot
Abdominal operations
Appleton Century Crofts 1980
- 36.- J.C. Goligher
Cirugía del ano, recto y colon.
Salvat 1982
- 37.- J. Lamy, R. Louis, J.Cl. Sarles
Tratado de técnica quirúrgica.
Toray-Mason 1980.