

11209

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

“ FRECUENCIA EN CINCO AÑOS DE POLIPOSIS  
ADENOMATOSA INTESTINAL EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA ”

## **TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

### **CIRUJANO GENERAL**

PRESENTA:

**DR. EDGAR DANIEL GONZALEZ ESTEBAN**

ASESOR DE TESIS:

**DR. JESUS ARENAS OSUNA**  
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION DEL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA  
“RAZA”

MÉXICO D. F. SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN 1 Y 2 DEL DISTRITO FEDERAL  
CENTRO MEDICO LA RAZA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
INVESTIGACIÓN EN SALUD

" FRECUENCIA EN CINCO AÑOS DE  
POLIPOSIDADENOMATOSA INTESTINAL EN EL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA "

FIRMAS :



Dr. Jesús Arenas Osuna

Jefe de División de Educación Médica e Investigación

Dr. Luis Galindo Mendoza

Titular del curso universitario de especialización en Cirugía  
General

Dr. Edgar Daniel González Esteban  
Residente de 4º año Cirugía General

Número Definitivo de protocolo:

2003-690-127



## ÍNDICE.

RESUMEN	1
SUMMARY	2
ANTECEDENTES	3
MATERIAL Y MÉTODOS	8
RESULTADOS	9
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIÓN	12
BIBLIOGRAFÍA	13
ANEXO	15
TABLAS	16
GRAFICAS	17

## RESUMEN

**TÍTULO:** Frecuencia en cinco años de poliposis adenomatosa intestinal en el hospital de especialidades centro medico nacional la raza .

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de pólipos adenomatosos intestinales

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño: Encuesta Transversal; en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza". Se revisó el archivo de anatomía patológica en un periodo de cinco años , reportes de biopsias y piezas anatomopatológicas con diagnóstico de poliposis adenomatosa; del expediente clinico se analizó: edad, sexo, localización anatómica del espécimen enviado, método de estudio, variedad histológica y diagnóstico definitivo. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos.

**RESULTADOS:** Se revisó un total de 75 000 reportes anatomopatológicos, de ellos, 356 (0.47%) con diagnóstico de poliposis intestinal. 198 (56%) de origen neoplásico y 158 (44%) benignos, 100 (50.5%) fueron del sexo femenino y 98 (49.5%) masculinos.

El rango de edad varió de uno a 90 años.

Por lo que se refiere a la estirpe histológica se encontraron tres variedades de adenoma: el tubular en 120 sujetos (60.60%), 49 (24.74%) tubulovelloso y 29 (14.64%) vellosos. El sitio más afectado fue el recto, seguido del sigmoides y ciego con menor frecuencia en duodeno y colon ascendente. La endoscopia es el procedimiento que establece el diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Se encontró una frecuencia del 0.47%.

Fue mas común el origen neoplásico del adenoma y la variedad histológica tubular seguido de la tubulovelloso, no encontramos diferencia significativa en cuanto al sexo. La localización anatómica mas habitual fue el recto. La endoscopia fue el método que se utilizo en mayor frecuencia .

**PALABRAS CLAVE:** Pólipo, Adenomas tubulares.

## SUMMARY

**TITLE:** Frequency in five years of intestinal adenomatous polyposis in the hospital of specialties national medico Center the Raza.

**OBJECTIVE:** To determine the frequency of intestinal adenomatous polyps in the Hospital of Specialties National Medico Center the Raza.

**MATERIAL And METHODS:** Design: Cross-sectional Survey; in the Hospital of Specialties of the National Medical Center "the Raza". we reviewed the file of pathological anatomy in one period of five years, reports of biopsies and anatomopathologic pieces with diagnosis of adenomatous polyposis; of the clinic file we review: age, sex, anatomical site of the sent specimen, method of study, histological variety and definitive diagnosis. Descriptive statistic for the analysis of the data was used.

**RESULTS:** A total of 75 000 anatomopathologic reports was reviewed, of them, 356 (0.47%) with intestinal diagnosis of polyposis. 198 (56%) of neoplastic origin and 158 (44%) benign, 100 (50.5%) was of feminine sex and 98 (49.5%) masculine. The age rank varied of one to 90 years. We found three varieties of adenoma: tubular in 120 subjects (60.60%), 49 (24.74%) tubulovillous and 29 (14.64%) villous. The affected site more likely was the rectum, followed of the sigmoides and smaller frequency in duodeno and ascending colon. The endoscopy is the procedure that establishes the diagnosis.

**CONCLUSIONS:** The frequency was of 0.47%. It was more frequent in neoplastic origin followed by tubular, and tubulovillous, we did not find significant difference between sex. The most common anatomical site was the rectum. The endoscopy was the method that we used with more frequency.

**KEY WORDS:** Polyps. Tubular adenomas.

## ANTECEDENTES

El término “pólipo” se aplica a cualquier nódulo o masa que se proyecte sobre el nivel de la mucosa circundante. En el tracto gastrointestinal, sin embargo, esta generalmente restringido a las lesiones que surgen de la mucosa.(4)

Los pólipos son convencionalmente clasificados en no neoplásicos y neoplásicos, la inmensa mayoría de los pólipos intestinales aparecen en forma esporádica, especialmente en el colon, su frecuencia aumenta con la edad. Los pólipos no neoplásicos (principalmente hiperplásicos) representan aproximadamente, el 90% de los pólipos epiteliales del intestino grueso, y están presentes en más de la mitad de las personas de mas de 60 años. Los pólipos inflamatorios (pseudopólipos) son bultos de mucosa inflamada en regeneración, rodeada por una ulceración y aparecen en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales de larga evolución ( enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa) (3). Los pólipos linfoides son una variante normal de abultamientos mucosos que puede producir el tejido linfoide intramucoso. Hay tres tipos de pólipos no neoplásicos: pólipos hiperplásicos, pólipos juveniles y pólipos de Peutz-Jeghers. (4)

En la poliposis juvenil hay numerosos pólipos de retención por todo el tracto gastrointestinal; pueden aparecer desde la lactancia hasta la edad adulta. Se considera que esta situación tiene una forma de herencia autonómica dominante y no se le estima premaligna. En algunas familias los pólipos aparecen únicamente en el colon; en otras también pueden encontrarse en el esófago, estomago e intestino delgado.(1)



Una escasa cantidad de pacientes con poliposis juvenil tiene algunos pólipos adenomatosos además de los pólipos de retención hamartomatosos característicos del síndrome, se han descrito varias familias con poliposis juvenil en las que los miembros que no habían sido diagnosticados con el síndrome sufrieron carcinoma de colon o gástrico (7) (8). Se requiere de una verificación por biopsia del tipo de pólipo, pero una vez formulado el diagnóstico de poliposis juvenil la cirugía no resulta necesaria, excepto para tratar síntomas como hemorragia, prolapso de pólipo, diarrea y enteropatía con pérdida de proteínas tan severa que requieren de colecto mía total o proctocolectomía. (5) (9)

En el síndrome de Peutz-Jeghers hay numerosos pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal, más frecuentemente en el intestino delgado, pero también a menudo en el colon y estomago. Los pacientes presentan pigmentación pardusca en los labios, superficie bucal, piel periocular y área perianal. Menos del 5% de los pacientes con pólipos intestinales carecen de las típicas máculas mucocutáneas melanócíticas, y menos del 5% de los pacientes con esta pigmentación no tienen pólipos (7). El síndrome de Peutz-Jeghers es menos común que la poliposis adenomatosa familiar pero también parece tener un patron autosómico dominante , aunque estos pacientes pueden tener un riesgo elevado de carcinoma de colon no se justifica una colectomía profiláctica. El riesgo parece relacionado con elementos adenomatosos, poliposis hamartomatosa, sin embargo los pólipos de Peutz-Jeghers pueden ser bastante grande y requerir cirugía por sangrado, intususcepción o ambas situaciones. Los niños parecen estar expuestos a un mayor riesgo de tumores inusuales del sistema reproductor y de la vejiga (8).

El grupo de pólipos adenomatosos comprenden desde lesiones pequeñas, a menudo pediculadas hasta tumores de gran tamaño. Todos se consideran de origen neoplásico, la prevalencia de los adenomas colónicos es de alrededor del 20 a 30 % antes de los 40 años, llega al 40 y 50% después de los 60 años.(4)

Existe una predisposición familiar bien documentada a la aparición de adenomas esporádicos, responsable de la cuadruplicación del riesgo de padecer carcinoma colorrectal en familiares de primer grado.(8)

Los pólipos adenomatosos se dividen en tres subgrupos de acuerdo a su arquitectura epitelial: adenoma tubular , adenoma vellosos y adenoma tubulovelloso. Se considera adenoma tubular al que presenta un porcentaje superior al 75% de patrón tubular, adenoma vellosos al que contiene más del 50% de patrón vellosos y adenoma tubulovelloso al que contiene el 25% de patrón vellosos. Los pólipos adenomatosos se encuentran divididos en cuatro categorías: póliposis familiar adenomatosa , síndrome de Muir-Torre, síndrome de Turcot y síndrome hereditario adenomatoso. (4)

#### POLIPOSIS FAMILIAR ADENOMATOSA.

Es el síndrome más común de póliposis hereditaria, es caracterizado por el desarrollo de más de 100 pólipos adenomatosos en colon y recto pero pueden tener múltiples adenomas fuera del tracto gastrointestinal, varían en tamaño pero típicamente son menores de dos cm pueden ser pediculados o sesiles.

La historia natural de la poliposis familiar ha sido bien establecida y tiene una tendencia de progresión a adenocarcinoma de colon que se aproxima al 100%.<sup>(6)</sup>

La póliposis familiar adenomatosa es un transtorno autosómico dominante , el gen responsable ha sido perfectamente bien identificado y es llamado APC, el gen se encuentra en el brazo largo del cromosoma 5 (5q21) y las variedades en la póliposis familiar adenomatosa incluyen mutaciones, más comúnmente mutaciones en punto y microdelecciones todas resultando en un gen anormal, esta anomalía resulta en el incremento de la mucosa en el tracto gastrointestinal y otros tejidos epiteliales.<sup>(9)</sup>

Existen manifestaciones extracolónicas de la poliposis familiar, Gardner identificó una familia con poliposis, quiste epidermoide y osteomas con lo cual se mostró subsecuente el resultado de algunas mutaciones como otras formas de poliposis familiar adenomatosa, mostrando crecimiento desordenado generalizado con expresión fenotípica variable. Existen diversos tumores que pueden presentarse conjuntamente con póliposis familiar hereditaria como tumores hepatobiliares, incluyendo hepatoblastoma, displasia de vesícula biliar, carcinoma papilar de tiroides, tumores de sistema nervioso central , pólipos gástricos hamartomatosos . Estos pacientes pueden ser asintomático o bien presentar eventualmente sangrados ocultos, diarrea mucosa o rectorragia.<sup>(9)</sup>

El diagnóstico se realiza con el cuadro clínico del paciente así como de auxiliares diagnósticos , sigmoidoscopio flexible , colonoscopia y enema con bario. El primero de ellos se realiza y si no hay evidencia de pólipos y el paciente se encuentra

asintomático el estudio se difiere en un periodo de dos años, la colonoscopia y el enema con bario no se utilizan si el paciente se encuentra asintomático y no hay adenomas rectales. Si se detectan pólipos una biopsia es esencial para confirmar la presencia de adenomas y entonces esta indicada la colonoscopia. El estudio de estos pacientes debe incluir endoscopia gastrointestinal alta en la búsqueda de pólipos gástrica o duodenal.(10)

El tratamiento considerado son básicamente dos opciones: colectomía total con anastomosis iliorectal a 12 cm del margen anal, o bien proctocolectomía total con anastomosis ileoanal, preservación del esfínter anal y construcción de un reservorio pélvico ileal, generalmente una ileostomía temporal es necesaria. El argumento para remover el recto ha sido basado en el riesgo de desarrollar cáncer 42% a 20 años.(3)

Síndrome de Muir – Torre muestra un patron autosómico dominante, caracterizado por la presencia de menos de 100 pólipos adenomatosos, pero también es asociado con múltiples lesiones en la piel. La genética de este síndrome es incierta, pero puede ser más cerradamente relacionada con cáncer colorrectal hereditario de origen no pólipode y el tratamiento podría ser resección de los pólipos con cierre de la herida.(7)

Síndrome de Turcot definido clínicamente por la asociación entre múltiples pólipos adenomatosos colorrectales y tumores del sistema nervioso. Este síndrome incluye espectros heterogéneos en el cual el número de pólipos va de unos pocos a cientos y la forma de transmisión varía de autosómica dominante a autosómica recesiva, es fuertemente asociado con meduloblastoma y representan una variante de FAP, también es relacionado con glioblastomas. La identificación y supervivencia de familias con síndrome de Turcot podrían depender de la expresión fenotípica y comúnmente con una anomalía genética asociada con esta enfermedad.(7)

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Objetivo: Determinar la frecuencia de polipo adenomatoso intestinal.

Diseño: Retrospectivo, trasversal, descriptivo, observacional, abierto.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" del año 1999 al 2003.

Se revisó el archivo del departamento de anatomía Patológica de reportes de biopsias y piezas anatomopatológicas enviadas a esta unidad para su estudio y diagnóstico, se solicitó el expediente clínico al archivo, se registró el nombre, edad, sexo, espécimen enviado, localización anatómica, método diagnóstico, variedad histológica y diagnóstico definitivo. Se excluyeron del estudio todos los reportes diferentes de a póliposis intestinal y los reportes anatomopatológicos no encontrados en el archivo general del hospital de Especialidades Centro Médico

Nacional La Raza.

El análisis estadístico que se utilizó fue estadística descriptiva.

## RESULTADOS :

Se revisaron un total de 75 000 reportes anatomopatológicos correspondientes a cinco años, en los cuales encontramos 356 casos de poliposis intestinal, 198 de origen neoplásico y 158 no neoplásicos.

correspondiendo 100 a pacientes del sexo femenino y 98 del sexo masculino.

El rango de edad fluctuó de uno a 90 años, con promedio de 58.5 años.

Se encontraron tres variedades histológicas :

120 (60%) fueron adenomas tubulares, 49 (25%) tubulovelloso y 29 (15%) vellosos.

Anatómicamente se localizaron en:

Recto 112 (56%)

Sigmoides 44 (22%)

Todo el colon y el ciego 15 (7%) cada uno.

Colon descendente 4 (2%),

Colon transversal 4 (2%)

Colon ascendente 2 (1%)

Duodeno 2 (1%)

Al correlacionar el sexo y la variedad histológica observamos mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino de adenomas tubulares 63 (32%), seguidos por los adenomas tubulovillosos 22 (11%) y adenomas villosos en 13 (6,5%).

En el sexo femenino 56 (28%) adenomas tubulares , 17 (8,5%) tubulovillosos y 17 (8,5%) villosos .

El método diagnóstico más utilizado fue la endoscopia .

## **CONCLUSIONES :**

Del total de pólipos intestinales se encontró una prevalencia superior en los pólipos de origen neoplásico, no encontramos diferencia significativa en cuanto a su frecuencia por sexo, el pólipo adenomatoso tubular es el tipo más frecuente dentro de la población estudiada. El sitio anatómico afectado en primer lugar es el recto, seguido por el sigmoides, ciego y su distribución generalizada en todo el colon, los menos frecuentes se encontraron en duodeno y colon ascendente. La endoscopia continúa siendo el método que con mayor frecuencia se utiliza para establecer el diagnóstico.

## DISCUSIÓN :

Los pólipos no neoplásicos representan aproximadamente 90% de los pólipos epiteliales del intestino grueso y se encuentran presentes en más de la mitad de las personas de más de 60 años (11) , a diferencia de ello nuestro estudio mostro prevalencia superior en los pólipos de origen neoplásico con un 55.61%

La frecuencia de poliposis intestinal reportada en la literatura es mayor en pacientes del sexo masculino (6), en nuestra revisión nosotros no encontramos diferencia entre hombres y mujeres.

No se observó diferencia en la incidencia de pòlipos de origen tubular, tubulovellosos y vellosos, similar a lo comunicado por diversos autores (1)(7).

El 95% de los pólipos tubulares tiene un comportamiento benigno en la mayoría de los casos y solo un 5% tiene tendencia a malignizarse, sin descartar la posibilidad de que en algún momento de la vida esas neoformaciones puedan convertirse en adenocarcinomas (12) (4) , reportamos 120 casos de los cuales hasta el momento actual no se ha documentado su malignización



La superioridad del estudio endoscópico sobre los estudios contrastados ( colon por enema ) para el diagnóstico de lesiones pólipoides en el intestino es notablemente marcada en la literatura mundial (14) , con la ventaja de contribuir al diagnóstico y la terapéutica; nuestro estudio no es la excepción ya que en el 94% de los casos del abordaje diagnóstico fue por vía endoscópica .

En la población derecho habiente de la zona norte del Distrito Federal que corresponde al hospital de especialidades, la frecuencia de adenomas intestinales de origen neoplásico es mayor que los no neoplásicos , lo que los hace una población con mayor riesgo de desarrollar carcinoma - adenocarcinoma- a partir de pólipos adenomatosos; inicialmente existe el cambio hacia carcinoma in situ y posteriormente transformarse en invasor (13) (14) . por lo que está indicado que al momento de la endoscopia de tubo digestivo bajo una vez identificado se reseque o bien se tomen biopsias para determinar la conducta definitiva.

El cáncer colorrectal constituye uno de los tumores más frecuentes en el mundo, con una mortalidad global que sobrepasa al 40%, incluso con tratamiento (14), su detección y extirpación oportuna previene estadios avanzados dando oportunidad a manejo quirúrgico adecuado o bien estableciendo vigilancia estrecha con estudios endoscópicos con cierta periodicidad como en nuestro caso.

## BIBLIOGRAFIA :

1.- Phillip A. Dean,MD. Hereditary Intestinal Polyposis Syndromes. Rev Gastroenterol Mex.1996;61 (2):100-111

2.- Nugent KP, Phillips RK, Rectal cancer risk in older patients with familial adenomatous polyposis and ileorectal anastomosis: a cause for concern.Br J Surg 1992;79:1204-1206.

3.- Penna C, Turet E, Kartheuser A et al. Function of ileal J pouchanal anastomosis in patients with familial adenomatous polyposis and mucosal ulcerative colitis. Am J Surg 1993;80: 765-767

4.- Robins, S L : Patología estructural y funcional., 5 Ed 863-903. Ed. Interamericana.

5.- Murphy, Patricia PhD, Co-Chair. Petersen, Gloria PhD, Co-Chair. Thibodeau, Stephen PhD. Fishel, Richard PhD. Genetic testing for colon cancer: Joint statement of the American College of Medical Genetics and American Society of Human Genetics. *Genetics in Medicine*.2000; 2(6):362-366.

6.- Hyer, Warren. Beveridge, Iain . Domizio, Paola . Phillips, Robin . Clinical Management and Genetics of Gastrointestinal Polyps in Children. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*.2000; 31(5):469-479.

7.- Taylor, Michael D. M.D.. Mainprize, Todd G. M.D.. Rutka, James T. M.D., Ph.D.. Molecular Insight into Medulloblastoma and Central Nervous System Primitive Neuroectodermal Tumor Biology from Hereditary **Syndromes**: A Review. *Neurosurgery*.2000; 47(4):888-901.

8.- Hampel, Heather 1,2. Peltomaki, Paivi 2. Hereditary colorectal cancer: risk assessment and management. *Clinical Genetics*.2000; 58(2):89-97.

9.- Goss, Kathleen Heppner. Groden, Joanna. Biology of the Adenomatous Polyposis Coli Tumor Suppressor. *Journal of Clinical Oncology*.2000; 18(9):1967-1979.

10.- King, John E. MD. Dozois, Roger R. MD. Lindor, Noralane M. MD. Ahlquist, David A. MD. Care of Patients and Their Families With Familial Adenomatous Polyposis. *Mayo Clinic Proceedings*.2000; 75(1):57-67.

11.-Jarvinen, H.J Other gastrointestinal polyps. *World J. Surg.* 15:50,1991

12.-O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, et al. And The National polyp Study Workgroup. The national polyp study. Patient and polyp characteristics associated with high grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 1990; 98:371'379.

13.-Fenoglio C, Lane N. The anatomical precursor of colon carcinoma. *Cancer* 1974;34:819-826.

14.-Rocha R.J ,Peña P, Francon G. Adenomas colonicos: Factores de Riesgo para su Malignización. *Rev Gastroenterol Mex* 1996;61(3):178-183.

# ANEXOS

## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:-----

EDAD:-----

SEXO:-----

DIAGNOSTICO:-----

## PROTOCOLO DIAGNOSTICO

### TIPO DE ESTUDIO

BIOPSIA POR ENDOSCOPIA-----

PIEZA ANATOMOPATOLÓGICA-----

DIAGNOSTICO DE ENVIO:-----

DIMENSIONES:-----

MORFOLOGÍA-----

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO:-----

## CLASIFICACION DE POLIPOS

POLIPOS HAMARTOMATOSOS	POLIPOS INFLAMATORIOS	POLIPOS METAPLASICOS O HIPERPLASICOS	ADENOMAS NEOPLASICOS
ENFERMEDAD DE COWDEN	POLIPOS LINFOIDES BENIGNOS		TUBULAR
SÍNDROME DE CRONKHITE- CANADA	INFLAMATORIOS(PSEUODPOLIPOS)		TUBULOVELLOS
SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS			VELLOSOS
POLIPOS JUVENILES			

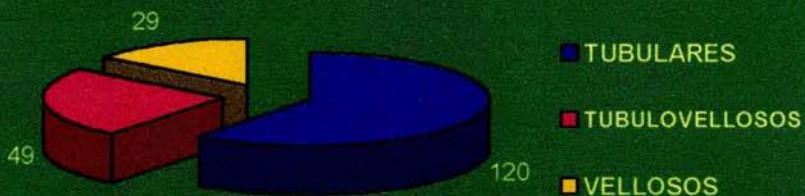
## POLIPOS ADENOMATOSOS

POLIPOSIS FAMILIAR ADENOMATOSA
SÍNDROME DE MUIR-TORRE
SÍNDROME DE ADENOMATOSIS HEREDITARIO
SÍNDROME DE TURCOT

## DISTRIBUCION POR SEXO



## VARIEDAD HISTOLOGICA



## REGION ANATOMICA

