

11238/2eje



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE RIESGO  
PARA SU MALIGNIZACION.

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA  
P R E S E N T A :  
FRANCO GUTIERREZ JAIME RAMON



IMSS

MEXICO, D.F.

FEBRERO 1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**T I T U L O**

**ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION**

**SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA. HOSPITAL DE ESPECIALIDAD**

**"DR. BERNARDO SEPULVEDA G." SIGLO XXI**

**1994**

**INVESTIGADORES**

**DR. JAIME RAMON FRANCO GUTIERREZ**

Médico Residente de 35 año del Servicio de  
Coloproctología

Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."  
Siglo XXI

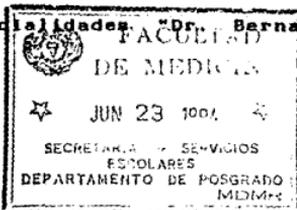
**RESPONSABLE DEL ESTUDIO**

**DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ**

Encargado del Servicio de Coloproctología

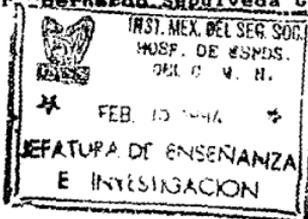
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."

Siglo XXI



*[Handwritten signature]*  
TITULAR DEL CURSO

Asesoría Metodológica y Estadística, personal médico de  
la Jefatura de Enseñanza e investigación Hospital de  
Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G." Siglo XXI.



*[Handwritten signature]*

## INDICE

	PAG
ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
HIPOTESIS.....	9
OBJETIVOS.....	9
DISENO DEL ESTUDIO.....	10
UNIVERSO DE TRABAJO.....	10
VARIABLES.....	11
- INDEPENDIENTE	
- DEPENDIENTE	
DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	12
- INDEPENDIENTE	
- DEPENDIENTE	
TAMANO DE LA MUESTRA.....	13
CRITERIOS.....	14
- INCLUSION	
- NO INCLUSION	
- EXCLUSION	
PROCEDIMIENTO.....	15
ANALISIS ESTADISTICO.....	16
RECURSOS PARA EL ESTUDIO.....	17
- HUMANOS	
- MATERIALES	
- FINANCIEROS	
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	18
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	19
ANALISIS DESCRIPTIVO.....	20

<b>RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>DISCUSION.....</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>29</b>
- TABLAS	
- GRAFICAS	
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>30</b>

## **ANTECEDENTES**

Se denomina pólipo a cualquier elevación o proyección de epitelio mucoso hacia la luz intestinal.(1)

Macroscópicamente un pólipo puede tener pedículo ó una base amplia de implantación en cuyo caso se le describe como sésil. De acuerdo al número, los pólipos pueden encontrarse como lesiones únicas, múltiples y en forma de poliposis(término que debe reservarse para describir la presencia de cientos o miles de pólipos). Histológicamente hay varios tipos de pólipos con diferencias en su potencial de malignización y se dividen en pólipos no neoplásicos y neoplásicos, entre los primeros se encuentran los pólipos hiperplásicos o metaplásicos, los hamartomas y los inflamatorios, este grupo de pólipos son los más frecuentes.y en el segundo grupo a los adenomas(1)(2).

Los pólipos metaplásicos son lesiones sésiles, menores de 0.5cm de diámetro, más comunes en el recto, mayor frecuencia conforme avanza la edad, se estima que se encuentran en el 40% de los adultos de ambos sexos antes de los 40 años y con cifras que van del 30 al 75% en los que sobrepasan esa edad.(3).

Los pólipos hamartomatosos antiguamente denominados pólipos de retención, son malformaciones compuestas por

una mezcla anormal de tejidos propios del sitio en el que se encuentran, este tipo de pólipos generalmente son la expresión fenotípica de alteraciones cromosómicas que son conocidas como síndromes familiares de poliposis, con manifestaciones extraintestinales como: síndrome de Cowden, síndrome de Peutz-Jeghers, poliposis juvenil, síndrome de Von Reckling-Hausen.(4).

Los pólipos inflamatorios se presentan como consecuencia de un proceso inflamatorio como colitis ulcerosa, colitis granulomatosa, colitis disintérica e isquémica, son llamados erróneamente pseudopólipos, estos son en realidad puentes de mucosa sana o bien una proliferación de células maduras de la mucosa como resultado del proceso de reparación, en estos pólipos no se ha encontrado evidencia de que evolucionen hacia un cáncer (2).

En los pólipos neoplásicos la división celular no tiene restricción y se presenta a lo largo de la cripta hasta su superficie, en ellos puede haber displasia que varía de leve a severa en forma independiente de su estructura histológica o arquitectura tisular.(5). Los pólipos neoplásicos histológicamente se clasifican en; adenoma tubular, adenoma vellosos y un tipo intermedio o mixto conocido como adenoma túbulovellosos. La

importancia clínica de los pólipos adenomatosos es que estos se consideran precursores del cáncer colorectal.(6).

La frecuencia de los adenomas es baja en países orientales Africa y Sudamérica, en cambio en Norteamérica y Europa son más comunes, lo que hace más alta la incidencia de cáncer rectocolónico, este paralelismo de adenoma y cáncer en el intestino grueso, su localización, la presencia de uno o más adenomas en piezas quirúrgicas resecaadas por cáncer, la posibilidad de nuevos tumores en cólores remanentes después de cirugía por cáncer y la posibilidad de reconocer histológicamente tejido benigno adenomatoso contiguo a un carcinoma son hechos indirectos que sustentan la hipótesis de la secuencia adenoma-carcinoma(7)(8)(9)(10).

En la secuencia adenoma-carcinoma hay tres características histológicas principales:

- a) Un incremento en la proliferación celular
- b) Una falta en la diferenciación
- c) Displasia.(11)(12).

En los adenomas el potencial de malignidad varía de acuerdo a su tamaño, número de lesiones, tipo histológico, grado de atípicia o displasia, y a su configuración sésil o pediculado. Se ha establecido que un pólipo de 1 cm de diámetro tiene 1% de frecuencia de cáncer y esto se incrementa al 40% con lesiones de más de 2 cm de diámetro, (13). Otros autores reportan que el potencial maligno en pólipos de menos de 1 cm es bajo, con diámetros de 1-2cm, la relación de malignidad aumenta de 1:10, pero casi la mitad de todos los pólipos con diámetro mayor de 2 cm presentan indicios de cáncer .(14)(15), cuando se trata de un pólipo solitario se encuentra una incidencia de hasta 10% de aparición de nuevos pólipos, comparados con el 60% de nuevos pólipos si originalmente hubo más de uno. (16)(17).

En una revisión hecha en el hospital de San Marks, se encontró que con un solo adenoma, 1 de cada 100 pacientes desarrolla cáncer a los 5 años, 1 de 50 a los 10 años y 1 de 20 a los 15 años, para aquellos pacientes con más de un adenoma la posibilidad de desarrollar carcinoma es más elevada con un riesgo de un caso por cada 14 pacientes a los 5 años y de un caso por cada 8 a los 10 años por lo tanto los pacientes con múltiples adenomas tienen mayor riesgo de cáncer. (18)(19). El principal factor para desarrollar

nuevos pólipos o cáncer es el incremento de los pólipos con la edad.(20).

Se ha reportado que los adenomas vellosos desarrollan carcinoma en un 40%, el tubular 5% y el túbulovellosos un 22%. Se han encontrado que existen otros cambios histológicos en los adenomas, caracterizado por displasia de alto y bajo grado. La displasia de alto grado en un adenoma se relaciona con el tamaño de la lesión, con mayor componente vellosos y con la edad del paciente, así mismo los adenomas distales son más propensos a desarrollar displasia.(21).

Se ha reportado que los pólipos sésiles malignos tienen mayor capacidad de dar metástasis que los pólipos pediculados, ya que hay diferencia en la invasión de la submucosa de la cabeza de un pólipo pediculado, a la de la submucosa en la pared intestinal de una lesión sésil.(22)(23).

Existen 5 niveles de invasión del carcinoma en los adenomas que van del nivel 0 al 4. y se describe:

0) Carcinoma in situ intramucoso.

1) Invasión del carcinoma en la cabeza del pólipo, invade la muscularis mucosae.

2) Invasión del carcinoma entre la cabeza y el tallo del pólipo.

3) Invasión del carcinoma en el tallo del pólipo tomando la submucosa

4) Invasión del carcinoma hacia la base penetrando a la submucosa.(24)

En un estudio de 82 pacientes con pólipos con cáncer 48 se encontraron en pólipos pediculados y 34 en pólipos sésiles, pero en el momento del dx los 34 pólipos sésiles se encontraban en un nivel 4, y 34 de los pólipos pediculados en un nivel 1.(24,25)

Por otro lado se ha reportado que los sitios de localización más frecuentes son el recto y posteriormente el sigmoides.(14)(15).

Cuando en la rectosigmoidoscopia se detecta un pólipo es conveniente hacer revisión endoscópica completa del colon, con el fin de detectar posibles lesiones sincrónicas para proceder a su resección, se ha calculado que el tiempo que transcurre entre un colon sin lesiones hasta el desarrollo de un adenoma es de 5 años su progresión a carcinoma in situ y de invasión temprana es hacia los 10 años aproximadamente(26).

Por lo anterior queda bien establecido que la mayoría de los carcinomas del colon y del recto se desarrollan de un pólipo adenomatoso inicialmente benigno, múltiples trabajos de investigación para carcinoma temprano del intestino han dejado bien establecido la secuencia adenoma-carcinoma, por lo que la detección y tratamiento temprano de los pólipos rectocolónicos constituye el objetivo principal para la prevención de cáncer del colon y recto.(27)(28)

Desde la introducción del colonoscopio en la década de los 60's, este se ha convertido en el principal método diagnóstico y terapéutico para la detección y tratamiento de los pólipos colorectales, quedando bien establecido los factores de riesgo para el desarrollo de la secuencia adenoma-carcinoma.(29)

En el servicio de coloproctología del H.E. C.M.N. siglo XXI se realizaron múltiples colonoscopias con polipectomias, por lo que surgió la idea de comparar los factores de riesgo asociados a pólipos neoplásicos en nuestro medio con lo ya establecido.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- ¿Cual es la frecuencia de los distintos tipos de pólipos colorectales en H.E. C.M.N. siglo XXI.?
- 2.- ¿Cual es la asociación de los pólipos colorectales con cáncer colorectal ?

## HIPOTESIS

- 1.-Conocer la frecuencia de los pólipos colorrectales del H.E. C.M.N. siglo XXI.
- 2.-Conocer la asociación de los pólipos colorectales con cáncer colorectal.

## OBJETIVOS

- 1.- Demostrar la frecuencia de los pólipos colorectales del H.E. C.M.N. siglo XXI.
- 2.- Demostrar la asociación de los pólipos colorectales con cáncer colorectal.

## **MATERIAL, PACIENTES Y METODOS**

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio retrolectivo, observacional, comparativo y descriptivo en una población de 183 pacientes con 214 pólipos rectocolónicos.

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes con Pólipos colorectales del servicio de coloproctología del H.E. C.M.N. Siglo XXI. el tiempo dependerá de la facilidad para recabar los datos de 5 años a la fecha en las hojas de anotaciones del propio servicio.

**VARIABLES****INDEPENDIENTE**

- Edad
- Sexo
- Morfología
- Número de pólipos
- Tamaño
- Localización
- Variedad histológica

**DEPENDIENTE**

- Diagnóstico histopatológico de cáncer colorectal

**DESCRIPCION OPERATIVA****VARIABLE INDEPENDIENTE**

-Edad. Expresada en años de 19-89.

-Sexo. Ambos sexos.

-Morfología.

Pólipos sésiles: Si su base de implantación es ancha.

Pólipos pediculados: Si consta de un tallo largo.

-Número de pólipos: Se consideraron pólipos únicos o múltiples encontrados en la colonoscopia.

-Tamaño. Expresado en cm y se consideraron menos de 1 cm, entre 1-2 cm y más de 2 cm.

-Localización. Por segmentos: Recto, sigmoides, colon descendente, ángulo esplénico, colon transversal, ángulo hepático, colon ascendente y ciego.

-Variedad histológica: Se clasificaron de acuerdo a la norma internacional en túbular, túbulovellosa y vellosa.

**VARIABLE DEPENDIENTE**

-Diagnóstico histopatológico: De cáncer o no cáncer

**TAMANO DE LA MUESTRA**

En un periodo de 5 años de Julio de 1988 a Junio de 1993 se realizaron 846 colonoscopias detectandose 183 pacientes con pólipos colorectales (21.6%), con un rango de edad de 19-89 años con una edad promedio de 54 años, sumando 322 pólipos de los cuales únicamente fueron estudiados 214 pólipos extirpados.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes que endoscópicamente cuenten con la presencia de 1 o mas pólipos colorectales.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que asistan a la consulta externa del H.E. C.M.N. SIGLO XXI.
- Que cuenten con estudio histopatológico.

## **CRITERIOS DE NO INCLUSION**

- Pacientes que no cuenten con dx histológico.
- Pacientes con síndromes de poliposis colónicas.
- Pacientes con enfermedades inflamatorias.
- Pacientes menores de 18 años.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

Pacientes que cuenten con biopsia y no se encuentre el reporte histopatológico.

## PROCEDIMIENTO

Los candidatos del estudio fueron todos aquellos pacientes que llegaron a la consulta externa del servicio de coloproctología del H.E. C.M.N. Siglo XXI con dx de pólipo colorectal, el estudio se realizó de julio de 1988 a junio 1993.

Se incluyen los expedientes de pacientes que cumplan los criterios de selección y de los reportes del servicio de coloproctología y servicio de anatomía patológica. La evaluación de los casos lo haran 2 médicos de base en conjunto con el residente de la especialidad, durante el tiempo del estudio.

Los datos del estudio de cada paciente serán introducidos en una base de datos electrónica y al compararse la muestra se llevará a cabo el análisis correspondiente.

**ANALISIS ESTADISTICO**

El análisis estadístico se realizó a través de una regresión logística múltiple , calculandose el riesgo de malignidad de pólipo con un intervalo de confianza del 95%.

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

### **HUMANOS**

- Dos médicos de base
- Residente de coloproctología

### **MATERIALES**

- Disponibilidad de laminillas de piezas quirúrgicas en anatomía patológica.

### **FINANCIEROS**

Se cuenta con todo en el H.E. C.M.N. Siglo XXI:



## HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE DEL PACIENTE\_\_\_\_\_

CEDULA\_\_\_\_\_

SEXO\_\_\_\_\_EDAD\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

INDICACION\_\_\_\_\_

DX PREESTUDIO\_\_\_\_\_

DX ENDOSCOPICO\_\_\_\_\_

BIOPSIA\_\_\_\_\_POLIPECTOMIA\_\_\_\_\_

No. POLIPOS\_\_\_\_\_

SEGMENTOS\_\_\_\_\_

MORFOLOGIA\_\_\_\_\_

DX HISTOPATOLoGICO\_\_\_\_\_

TAMANO\_\_\_\_\_

DISTANCIA-----

**ANALISIS DESCRIPTIVO**

## 1) Sexo:

104 masculinos.

79 femeninos.

## 2) Distribución de pólipos totales por edad:

Edad	Pólipos Totales.
< 29 años	24
30-39 años	17
40-49 años	30
50-59 años	41
60-69 años	57
70-79 años	32
80-89 años	13
TOTAL	214
< 50 años 71 pólipos	33.2%.
> 50 años 143 pólipos	66.8%.

## 3) Extirpe histológica:

120 pólipos neoplásicos.

94 pólipos no neoplásicos.

Total 214 pólipos.

## 4) Distribución de pólipos neoplásicos por edad:

Edad	Pólipos Neoplásicos
< 29 años	5
30-39 años	5
40-49 años	17
50-59 años	24
60-60 años	39
70-79 años	20
80-89 años	10
TOTAL	120
< 50 años	27 pólipos neoplásicos 29%
> 50 años	93 pólipos neoplásicos 71%

## 5) Morfología de los pólipos neoplásicos:

75 pólipos pediculados 62.5%.

45 pólipos sésiles 37.5%.

## 6) Distribución del número de pólipos neoplásicos por paciente:

61 pacientes tuvieron 1 solo pólipo neoplásico.

29 pacientes tuvieron mas de 1 pólipo neoplásico.

## 7) Tamaño de los pólipos neoplásicos:

- < 1 cm diámetro 71 pacientes.
- 1-2 cm diámetro 38 pacientes.
- > 2 cm diámetro 11 pacientes.

## 8) Localización de los pólipos neoplásicos:

Segmento	Numero de pólipos neoplásicos	%
Recto	35	29.1%
Sigmoides	31	25.8%
Colon descendente	13	10.8%
Angulo esplénico	1	0.8%
Colon transverso	15	2.5%
Angulo hepático	13	10.8%
Colon ascendente	8	6.6%
Ciego	4	3.3%
Total	120	100%

54.9% de los pólipos neoplásicos se encuentran en rectosigmoides.

## 9) Variedad histológica de los pólipos neoplásicos:

No.de pólipos	Variedad Histológica	%
9	vellosos	7.5%
11	túbulovellosos	9.1%
100	tubulares	83.4%

## 10) Adenoma-Carcinoma:

Se encontraron 16 pólipos neoplásicos (13.3%) con adenocarcinoma, con un rango de edad de 32-82 años, con un promedio de 62.8 años

Tamaño del pólipo	No. Pólipo		
Adenocarcinoma	%		
< 1 cm	71	2	2.8
1-2 cm	38	9	23.6
> 2 cm	11	5	45.4
No. pacientes			
29	+ 1	11	37.8
61	1	5	8.1
Morfología			
Sésil	45	11	24.4
Pediculado	75	5	6.6
Variedad histológica			
Túbular	100	10	10.0
Túbulovellosos	11	2	18.1
Velloso	9	4	44.4

Localización	No. pólipos	Adenocarcinoma	%
Recto	35	4	25.0
Sigmoideas	31	5	31.3
C.Descendente	13	3	18.7
A.Esplénico	1	1	6.25
C.Transverso	15	1	6.25
A.Hepático	13	1	6.25
C.Ascendente	8	1	6.25
Ciego	4	0	0.0

11) Enfermedades asociadas a pólipos neoplásicos:

-Enfermedad diverticular 23 pacientes (25.5%)

-Angiodisplasia 8 pacientes (8.8%)

-Colitis parasitaria 1 paciente (1.1%)

Los factores de riesgo asociados a pólipos neoplásicos en esta muestra fué la morfología con una razón de momios de 1.913, edad (RM) 1.019 y tamaño(RM) 1.343.

Estas variables son las que pueden considerarse estadísticamente significativas.

## RESULTADOS

En 846 estudios de colonoscopia hubo 183 pacientes con pólipos, en estos enfermos se encontraron 322 pólipos de los cuales únicamente fueron estudiados 214 lesiones extirpadas, 94 pólipos no neoplásicos y 120 neoplásicos (gráfica 2), la edad promedio fué 56.7+-17.5 años (X+- DE); 104 del sexo masculino y 79 del sexo femenino (gráfica 1).

En los enfermos con pólipos neoplásicos la edad más frecuente fué 60-69 años (gráfica 3) y 75 fueron pediculados y 45 sésiles (gráfica 4), 61 pacientes tuvieron pólipo único y 29 pacientes más de un pólipo. (gráfica 6).

Por su tamaño los pólipos más frecuentes fueron los menores de 1 cm de diámetro (tabla 2), pero 45% de los pólipos malignos éran mayores de 2 cm. Por localización el recto y el sigmoideas fueron los sitios de implantación más frecuentes (tabla 1), la variedad histológica predominante fué la túbular 83.33% seguida de los túbulovellosos 9.17% y vellosos 7.50% (gráfica 5).

Se encontró que los pacientes que contaban con más de un pólipo rectocolónico tienen el 37.8% de posibilidad de desarrollar adenocarcinoma, mientras que los pacientes con un pólipo tienen solo un 8.1% de

posibilidad (tabla 5), sésiles (tabla 3), vellosos (tabla 4), mayores de 2 cm (tabla 2), de localización en el rectosigmoide y mayores de 50 años con un 15.0% (tabla 7), son los que tienen mayor probabilidad de desarrollar adenocarcinoma (tabla 1)

La tabla 6 muestra el resultado del análisis multivariado donde destaca que los factores de riesgo relacionados con un pólipo neoplásico fueron pólipos sésiles, edad mayor de 50 años y tamaño de 2 cm.

## DISCUSION

En el presente trabajo se han obtenido evidencias acerca de los riesgos que representan los pólipos colorectales para desarrollar neoplásia, además se demostró que características tienen mayor riesgo para que un pólipo sea neoplásico.

Se ha descrito que esta lesión se presenta con más frecuencia por arriba de los 40 años de edad, en este estudio se corroborará lo mencionado previamente, los pólipos neoplásicos se observaron en sujetos con un promedio de edad de 54.5 años(3) y esta frecuencia se eleva cuando se analiza por grupos de edad, con la mayor frecuencia en el grupo de 60-69 años.

De acuerdo a las características morfológicas observamos en nuestro estudio que la mayor tendencia a la malignidad corresponde a los pólipos sésiles, que concuerda a lo previamente reportado en la literatura.(22,23)

Con respecto al tamaño se sabe que los pólipos con diámetro mayor de 2 cm tienen un riesgo más elevado de malignizarse y se ha reportado en estudios previos la

frecuencia de cáncer invasor se incrementa hasta en 40%(13.14.15)

En relación al sitio de localización no se difiere a lo reportado previamente siendo más frecuentemente en el rectosigmoides 59.4% (14,15).

La variedad histológica de los pólipos es importante siendo la variedad vellosa la que tiene mayor probabilidad de desarrollar adenocarcinoma 44.4 %. los túbulares 10.0% y los túbulovellosos 18.1% respectivamente(21)

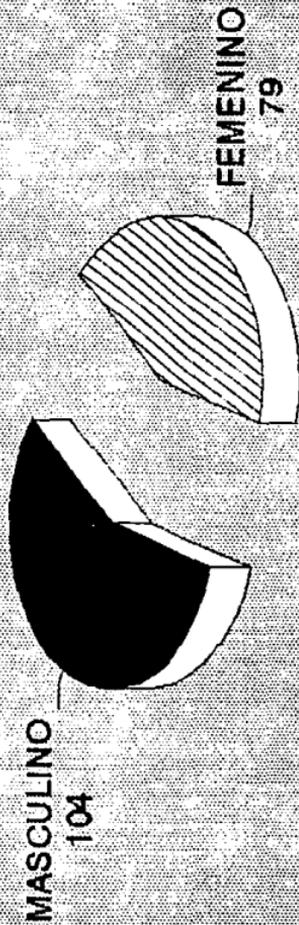
La morfología, edad y tamaño son factores de riesgo con mayor fuerza de asociación para cáncer colorectal los cual ha sido reportado previamente.

El presente trabajo tiene la desventaja de que existe poca exactitud en relación al tamaño de los pólipos ya que no existe un instrumento de medición durante la colonoscopia y depende del juicio clínico lo cual nos podría dar un sesgo.

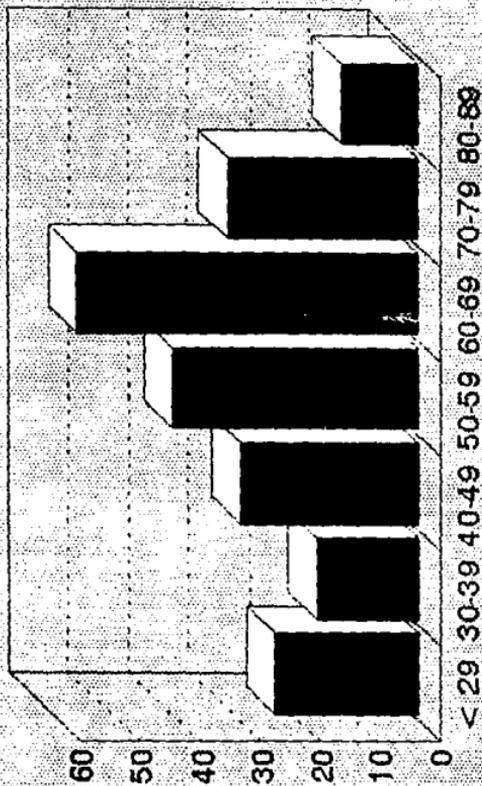
**CONCLUSION**

La morfología, el tamaño y la edad son características que ayudarán a predecir el desarrollo de cáncer de un pólipo neoplásico

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
DISTRIBUCION POR SEXO



ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
EDAD



214

■ POLIPOS

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
HISTOLOGIA



GRAFICO 2 J.FRANCO

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
EDAD

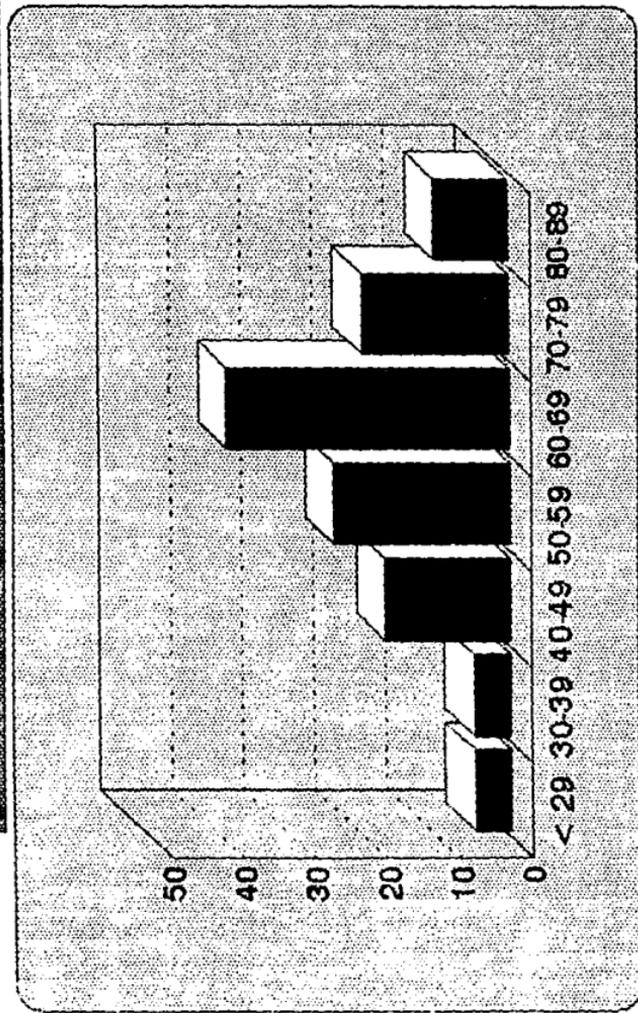


GRAFICO 3 J.FRANCO

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
MORFOLOGIA

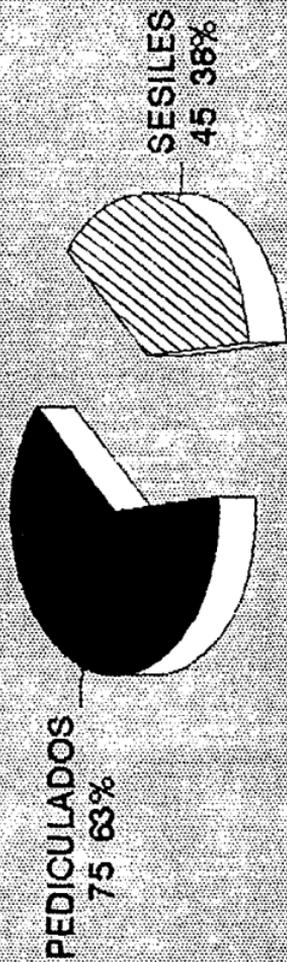
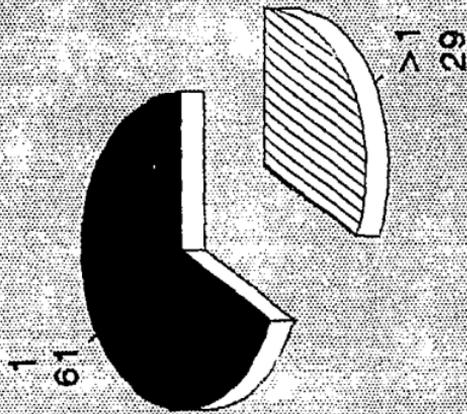


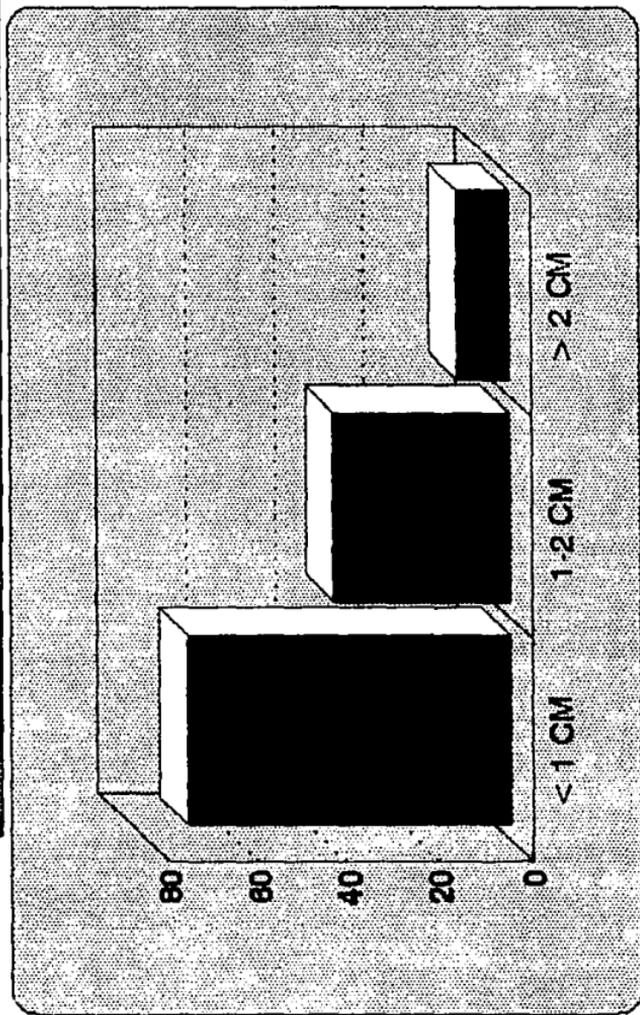
GRAFICO 4 J.FRANCO

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
NUMERO



PACIENTES

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
TAMAÑO

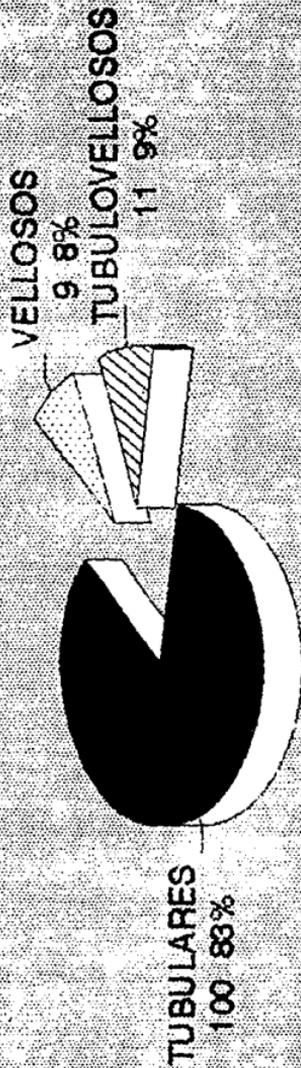


■ POLIPOS

**ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
LOCALIZACION**

SEGMENTO	No. POLIPOS	%
RECTO	35	29.1
SIGMOIDES	31	25.8
COLON DESCENDENTE	13	10.8
ANGULO ESPLENICO	1	0.8
COLON TRANSVERSO	15	12.5
ANGULO HEPATICO	13	10.8
COLON ASCENDENTE	8	6.6
CIEGO	4	3.3
TOTAL	120	100

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
VARIEDAD HISTOLOGICA



ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
EDAD Y MALIGNIDAD

EDAD	NUMERO	ADENOCARCINOMA	%
>50	93	14	15.0%
<50	27	2	7.3%

TABLA 7 J.FRANCO

**ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
HISTOLOGIA Y MALIGNIDAD**

HISTOLOGIA	NUMERO	ADENOCARCINOMA	%
TUBULAR	100	10	10.0
TUBULOVELLOSO	11	2	18.1
VELLOSO	9	4	44.4

TABLA 4 J.FRANCO

**ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
MORFOLOGIA Y MALIGNIDAD**

MORFOLOGIA	NUMERO	ADENOCARCINOMA	%
SESIL	45	11	24.4
PEDICULADO	75	5	6.6

TABLA 3 J.FRANCO

**ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
NUMERO DE PACIENTES Y MALIGNIDAD**

NO. PACIENTES	NUMEROS	ADENOCARCINOMA	%
61	1	5	8.1
29	>1	11	37.6

TABLA 5 J.FRANCO

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
TAMAÑO Y MALIGNIDAD

TAMAÑO	NUMERO	ADENOCARCINOMA	%
< 1 CM	71	2	2.8
1-2 CM	38	9	23.6
> 2 CM	11	5	45.4

TABLA 2 J.FRANCO

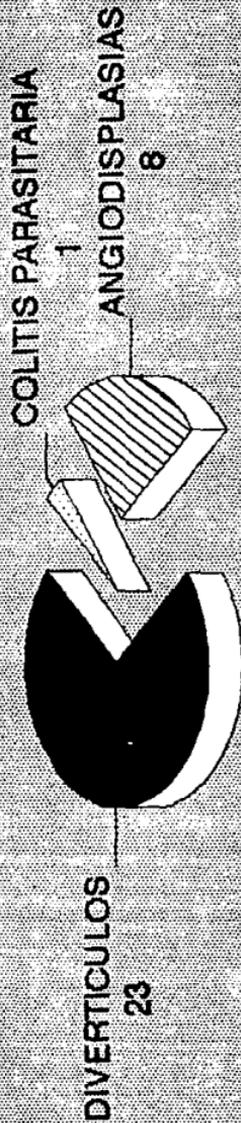
**ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
LOCALIZACION Y MALIGNIDAD**

LOCALIZACION	NUMERO	ADENOCARCINOMA	%
RECTO	35	4	25.0
SIGMOIDES	31	5	31.3
COLON DESCENDENTE	13	3	18.7
ANGULO ESPLENICO	1	1	6.25
COLON TRANSVERSO	15	1	6.25
ANGULO HEPATICO	13	1	6.25
COLON ASCENDENTE	8	1	6.25
CIEGO	4	0	0.0

TABLA 1 J.FRANCO

ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
ENFERMEDADES ASOCIADAS

PACIENTES



ADENOMAS COLONICOS. FACTORES DE  
RIESGO PARA SU MALIGNIZACION  
CONCLUSIONES Y ESTADISTICAS

VARIABLES	RAZON DE MOMIOS	INTERVALO DE CONFIANZA 95%	P
MORFOLOGIA	1.913	1.377 - 2.558	0.001
EDAD	1.019	1.007 - 1.032	0.002
TAMANO	1.343	1.013 - 1.750	0.040

TABLA 6 J.FRANCO

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTEC

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Santhar Nivatvongs, et al, Management of patients who have polyps containing invasive carcinoma removed via colonoscope, Dis Colon Rectum, 1978;21;1;7-11
- 2.- Shu Kuramoto, et al, Depressed adenoma in the large intestine, Endoscopic features. Dis Colon Rectum, 1990;33;108-112.
- 3.- Eide TJ. et al Polyps of the large intestine in northern norway. Cancer;1978;42;2839-848.
- 4.- Williams AR: et al. Polyps and cancer of the large bowel, Anecropsy study in Liverpool. Gut;1982;23;835-42.
- 5.- Stanley R. Hamilton, et al, Pathogenesis of polyps(adenomas), Dis Colon Rectum;1983;26;413-414.
- 6.- Tetsuichiro Muto, et al, Clinicopathological study of white spots of the colonic mucosa around polyps, with special reference to the endoscopic diagnosis of invaseve carcinoma, Gastrointestinal Endoscopy;1984;30;4;231-233.
- 7.- Theodore Kiekhaefer, et al, Familial polyposis, American Journal of Proctology Gastroenterology & Colon & Rectal Surgery;1980;May;23-26.
- 8.- Hill, et al, Aetiology of adenoma-carcinoma sequence in large bowel, Lancet;1978;1;245-247.

- 9.- Fleischer, et al, Detection and surveillance of colorectal cancer. *Jama*;1989;261;280-285.
- 10.-Miller, et al, Results of a mass scening program for colorectal cancer, *Arch Surg*;1988;123;63-65.
- 11.-Lubera, et al, Cancer statistics 1989, *Cancer* 1989;39;320.
- 12.-Vogelstein, et al, Genetic alteration during colorectal tumor development, *N. Engl J Med*,1988;319;525-531.
- 13.-Morson BC. The polyp-cancer sequence in the large bowel. *Proc Royal Soc Med*. 1974;67;451-57.
- 14.-Dasmahapatra KS. et al. Rationale for aggressive colonoscopy in patients with colorectal neoplasia. *Arch Surg*;1989;124;63-66.
- 15.-Morson BC. et al. Magnitude of risk for cancer in patients with colorectal adenomas, *BR. J. Surg*;1985;72;suppl;s23-s24.
- 16.- Winawer, et al, Colorectal Cancer: primary and secondary prevention. Early detection an polyp surveillance. 1990;141:151.
- 17.-Nava, et al, Follow-up colonoscopy in patients with colorectal adenomatous polyps, *Dis Colon Rectum*;1987;30;30;465-468.
- 18.-Christopher, et al, The malignant polyp when to operate, *Can J Gastroenterol*;1990;4;9;549-553.

- 19.-S.J. Lanspa, et al, Epidemiologic characteristics of the flat adenoma of the rectum, Dis Colon Rectum;1992;35;6;543-546.
- 20.-Wolber, et al, Flat adenomas of the colon, Hum Pathol;1991;22;70-74.
- 21.-Fenoglio, et al, Colorectal polyps, Pathologic diagnosis and clinical significance, Cancer Journal for Clinicians,1985;35;322-344.
- 22.-Hermanek P et al. The malignant potential of colorectal polyps-a new statistical approach. Endoscopy;1983;15;16-20.
- 23.-Treat MR. et al. Surgical procedures for the malignant polyp, Asge Postgraduate Course. 1990;354-66.
- 24.-Heimann, et al, Familial polyposis coli; results of mucosal proctectomy with ileoanal anastomosis, Dis Colon Rectum;1987;30;424-427.
- 25.- Bulow, et al, Gastroduodenal polyps in familial polyposis coli, Dis Colon Rectu;;1985;28;90-93.
- 26.- Dozois, et al, Surgical aspects of familial adenomatous polyposis J.Colorectal;1988;3;1-16.
- 27.-John A. et al. Management of colon polyps, Selected Readings in General Surgery;1991;18;1;7-15.
- 28.-John A. et al. Colon polyposis syndromes, Selected Readings in General Surgery;1991;18;1;15-18
- 29.-Christopher B. et al. The difficult colonic polyp, Can J. Gastroenterol;1990;4;9;533-36.