

Pólipos de colon con malignización incipiente

Dres. PABLO MATTEUCCI, JUAN ANTONIO PRAVIA,
MARTHA CHIOSSONI y TABARE CARDOZO *

Desde el punto de vista morfológico, existe una similitud entre los pólipos de colon y de recto. En cambio, es udiados desde el punto de vista clínico hay diferencias, fundamentalmente en lo que respecta a su diagnóstico y tratamiento.

Los pólipos solitarios (no nos ocuparemos de otras enfermedades como la poliposis múltiple, enfermedad de Peutz-Jegher, enfermedad de Gartner y otras) en su localización rectal son fácilmente diagnosticables por la rectosigmoidoscopia, y pueden ser extirpados con el auxilio del endoscopio. En caso de comprobarse malignización incipiente, reiterados exámenes sucesivos pueden prevenir y pesquisar la aparición de una recidiva.

En el colon, los pólipos se diagnostican con dificultad. Su exéresis siempre exige una laparotomía con roles posteriores son más dificultoso. Se justifica estudiar en forma separada los póipo de colon los de recto.

CONSIDERACIONES GENERALES

Según estadísticas extranjeras (2, 11, 13) se encontrarían pólipos solitarios de colon entre el 2 y el 12,5 % de las autopsias. En nuestro medio, aunque no conocemos cifras, la incidencia parecería menor.

Predominan en la segunda mitad de la vida; en cuanto al sexo, la mayoría de las publicaciones no señalan preferencias, aunque Ekelund (4) indica una proporción 2:1 para el masculino.

PATOLOGIA

Se señala la mayor incidencia de pólipos malignizados en el colon izquierdo: entre el 60 y el 80 %, siendo el máximo en el sigmoides. Spratt y Ackermann (10) hacen notar que en los mismos segmentos de colon, se ve igual proporción de pólipos simples y carcinomas.

Del punto de vista histológico, más del 90 % son adenomas. Reifferschedt (7) en una revisión de más de 12.000 casos, comprobó que el 95 % eran adenomas. Los demás y por orden de frecuencia eran: lipomas, linfomas, hemangiomas, miomas y tumores neurógenos.

Relación pólipo-cáncer.

El pólipo solitario de colon tiende a la malignización, la que se realizaría en varias etapas o estados preneoplásicos. Lockart-Mummery y Dukes (1) han realizado la siguiente clasificación:

- Grado 1:** Pólipo adenomatoso simple.
- Grado 2:** Hay proliferación adenomatosa sin elementos de atipia celular.
- Grado 3:** Es el carcinoma "in situ". Existe malignidad celular, sin trasponer la basal.
- Grado 4:** Carcinoma focal. La basal está infiltrada y hay invasión del eje conjuntivo. El pie de implantación del pólipo no se encuentra invadido.
- Grado 5:** Carcinoma invasor. Está infiltrado el pie de implantación, o sea la pared del colon.

Porcentaje de malignidad.

Culp (2), Ekelund (4) y Turell (13), entre otros, señalan que los pólipos adenomatosos son lesiones precancerosas. En

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" (Prof. Héctor Ardao). Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de setiembre de 1970.

* Asistente de Clínica Quirúrgica; Adjunto de Clínica Quirúrgica; Asistente de Anatomía Patológica; Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica.

este sentido, Reznik (8) afirma que los cánceres de colon se ven cinco veces con mayor frecuencia en aquellos pacientes que tienen un adenoma de colon. Ekelund encuentra en 3.041 autopsias, pólipos de colon en el 12 %, porcentaje que se eleva al 25,6 % si el enfermo era portador de un cáncer de colon o recto (pólipo satélite).

Culp le da mucha importancia al tamaño. Divide los pólipos en pequeños hasta 5 mm. de diámetro, medianos hasta 1 cm. y grandes pólipos los que pasan esta cifra. Estudiando 1.196 casos de la Clínica Mayo, encontró los siguientes porcentajes de malignización:

	Malignización "in situ"	Carcinoma focal	Cáncer invasor
Hasta 5 mm. (861 pólipos) ...	6 %	0,8 %	0 %
Entre 5 mm. y 1 cm. (202 pólipos)	24 "	8 "	1 "
Más de 1 cm. (133 pólipos)	70 "	19 "	8 "

Al aumentar el tamaño, crece la frecuencia de la malignización "in situ" e invasión.

**DIAGNOSTICO
Y CONDUCTA TERAPEUTICA**

La radiología utilizando técnicas adecuadas con doble contraste, insuflando aire, sólo evidencia el 60 % de los pólipos de colon (7). Los más pequeños son prácticamente imposibles de detectar.

Por lo tanto, como lo afirma Swinton (11, 12), el diagnóstico depende del examen en el momento de la laparotomía.

Ante la sospecha de estar frente a un pólipo de colon, especialmente en un enfermo que ha sangrado, deberá hacerse la laparotomía exploradora, la que será complementada con la coloscopia intraoperatoria (3). Con una adecuada movilización de ambos ángulos colónicos, es posible (mediante una pequeña colotomía en el descendente) explorar todo el colon iz-

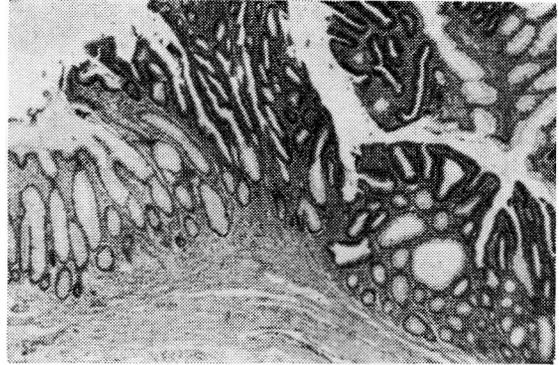


FIG. 1.—Corresponde al pie de implantación del adenoma. Se aprecia la mucosa colónica normal continuándose con el adenoma. El estroma conjuntivo no presenta invasión neoplásica.



FIG. 2.—Area correspondiente a zona de transformación maligna. Se aprecia la invasión celular del estroma conjuntivo.

quierdo, transverso y buena parte del derecho. Si se desea el estudio completo de este último puede asociarse una colotomía complementaria en el ascendente.

Todo pólipo de colon diagnosticado, deberá ser resecado. Esta conducta tiende a ser unánime, y la operación más conveniente consiste en la exéresis del pólipo junto a su base de implantación en la mucosa. En un adenoma simple, no es admitida la resección colónica.

En aquellos casos con franca degeneración neoplásica e invasión de las paredes de colon, deberá hacerse una colectomía con criterio oncológico.

Se prestan a discusión los casos en los que se encuentran carcinomas focales. Al existir invasión en la submucosa y estroma conjuntivo del pólipo, cabe siempre

la posibilidad de embolización linfática y metástasis. Teniendo en cuenta estos conceptos, hay algunos autores partidarios de la resección oncológica. Sin embargo, la mayoría aconseja que si no hay infiltración a nivel del pedículo de implantación, debe limitarse la exéresis a la polipectomía simple con amplia extirpación de la base de implantación, y vigilar en forma periódica al paciente por un lapso de tiempo no menor de cinco años.

CASUÍSTICA

En el Hospital de Clínicas, en un total de más de 300.000 enfermos estudiados, solamente se han operado 6 con diagnóstico de pólipo adenomatoso de colon. De éstos, 3 tenían adenomas simples; 2 transformación adenocarcinomatosa "in situ", cuyas historias son:

OBSERVACIÓN Nº 1.— Historia 014.730. Hombre de 66 años que ingresó el 13 de octubre de 1955 por enterorragias. Fue operado, comprobándose en sigmoides pólipo del tamaño de una frutilla, que se extirpó. La histología del mismo mostró un adenoma con áreas de proliferación celular, hiperromatismo y atipia celular, sin alteraciones de la basal. Controlado periódicamente hasta diciembre de 1960, se encontraba bien.

OBSERVACIÓN Nº 2.— Historia 138.118. Mujer de 56 años que ingresó luego de varios episodios diarreicos y expulsión de sangre y coágulos con las materias. Se operó el 20 de setiembre de 1961, haciéndose colotomía y polipectomía. La anatomía patológica mostró pólipo de 25 mm. de diámetro, y la histología células muy atípicas con abundantes mitosis, sin alteración de la basal. Fue controlada hasta diciembre de 1966, encontrándose bien.

La otra observación correspondía a un pólipo adenomatoso con transformación maligna e infiltración de su estroma conjuntivo (malignización "in situ", grado 4 de la clasificación de Lockart-Mummary y Dukes).

OBSERVACIÓN Nº 3.— Historia 274.975. Mujer de 36 años, sin antecedentes, que ingresó el 9 de agosto de 1968 por enterorragias copiosas que cedieron luego del ingreso. El examen clínico no mostraba nada particular; fue estudiada con gastroduodeno y colon por enema que resultaron normales.

Dada de alta, reingresó a los dos días con nueva enterorragia, expulsando sangre y coágulos. Se descompensó del punto de vista hemodinámico, requiriendo varias transfusiones. Cesó nuevamente la hemorragia, y nuevos exámenes y estudios complementarios tampoco arrojaron un diagnóstico positivo.

Se procedió a la exploración quirúrgica, planteándose como primer diagnóstico el de pólipo colónico.

Operación (3 de setiembre de 1968; Dres. P. Matteucci, J. Pravia y T. Cardozo). Paramedian izquierda supra e infraumbilical. A nivel de la unión del descendente con sigmoides se palpó tumoración móvil, blanduzca, intraluminal. Resto exploración abdominal: normal. Se hizo colotomía longitudinal sobre bandeleta a nivel de la tumoración, y se comprobó pólipo bicefálico de 15 mm. de diámetro, y largo pie de implantación. Se hizo polipectomía con resección de la base mucosa. Una coloscopia intraoperatoria (Dr. Albo) por la misma incisión, movilizándolo previamente ambos ángulos de colon, permitió explorar éste en su totalidad sin encontrar otras lesiones.

En el postoperatorio hizo oclusión de delgado por adherencias fibrinosas, lo que motivó una reintervención. Alta curada el 1º de octubre de 1968. Controlada periódicamente, su estado actual es excelente.

Anatomía patológica. Pólipo bilobulado, con pedículo individual, unido en la base. Aspecto lobulado, finamente papilar en superficie. El pedículo mide 7 mm. de diámetro en la base. El estudio histológico mostró pólipo adenomatoso pediculado y ramificado, revestido con mucosa cilindrocélular, presentando áreas de transformación malignas superficiales, con invasión del estroma por formaciones glandulares irregulares, revestidas por epitelio hiperromático, atípico. La base de implantación no muestra implantación tumoral, y el pedículo revestido de mucosa de tipo colónico, es histológicamente normal. No se observan embolizaciones neoplásicas.

COMENTARIO

En las tres historias citadas, fue la hemorragia el principal síntoma que presentaron los enfermos, y el que motivó la consulta. Toda hemorragia digestiva baja, que no se explique claramente luego de la rectosigmoidoscopia y colon por enema, debe hacer plantear al clínico la posibilidad de pólipo de colon, tal como aconteció en la Obs. Nº 3.

Al conocerse el informe histológico, se optó por un tratamiento conservador, conducta más aceptada en nuestro medio (6) las pocas veces que se presentó la situación.

RESUMEN

Los pólipos adenomatosos solitarios de colon tienden a la malignización con más frecuencia cuanto mayor es el tamaño, y pueden ser considerados como lesiones precancerosas.

De difícil diagnóstico, suelen requerir la laparotomía exploradora, que debe complementarse con la coloscopia intraoperatoria.

Se presenta la casuística del Hospital de Clínicas, donde hubieron dos casos de pólipos adenomatosos con transformación maligna "in situ", y uno con invasión del estroma conjuntivo, en un total de seis casos operados.

RÉSUMÉ

Les polypes adénomateux solitaires du côlon peuvent devenir malins d'autant plus souvent que leur dimension est grande et peuvent être considérés comme des lésions pré-cancéreuses.

Leur diagnostic étant difficile, ils rendent souvent nécessaire la laparotomie exploratrice qui doit être complétée par la coloscopie intra-opératoire.

Présentation du registre de cas de l'Hôpital de Clínicas, où sur 6 opérations il y a eu deux cas de polypes adénomateux avec une transformation maligne "in situ" et un cas d'invasion du stroma conjonctif.

SUMMARY

Solitary adenomatous polyps of the colon tend to become malignant and the greater their size, the more frequently this occurs; therefore they may be considered precancerous lesions.

Their diagnosis is difficult and generally requires exploratory laparotomy which should be complemented by intraoperative colonoscopy.

The paper contains an account of the case material of the University Hospital (Hospital de Clínicas), where two cases of adenomatous polyps with malignant transformation "in situ" and one with invasion of the conjunctival stroma, were found a total of six operated cases.

BIBLIOGRAFIA

1. CARBONETTO, E., YAVICOLI, A., MARANO, A. y PALKE, M. La clasificación de Lockart-Mummary y Dukes en la degeneración de los pólipos. *III Congr. Lat. Amer. Proct.*, 2: 625, 1963.
2. CULP, C. New studies of the colonic polyp and cancer. *Surg. Clin. N. Amer.*, 47: 955, 1967.
3. DEDDISH, M. and HERTZ, R. Coloscopy in the treatment of mucosal polyps of the colon. *Surg. Clin. N. Amer.*, 37: 1287, 1957.
4. EKELUND, G. On cancer and polyps of colon and rectum. *Acta Path. Scand.*, 59: 165, 1963.
5. FRAISE, A., MAUR, M., CHODOS, J. y RODRIGUEZ, R. Adenomas rectocolónicos y cáncer. *III Congr. Lat. Amer. Proct.*, 2: 647, 1963.
6. PALMA, E. Comunicación personal.
7. REIFFERSCHIEDT, M. *Cirugía del intestino*. Ed. Labor, Barcelona, pág. 242, 1965.
8. REZNIK, G. Pólipo y cáncer. *III Congr. Lat. Amer. Proct.*, 2: 634, 1963.
9. RIDER, J., KIRSNER, J., MOELLER, H. and PALMER, W. Polyps of the colon and rectum. *J.A.M.A.*, 170: 633, 1959.
10. SPRATT, J. and ACKERMANN, L. Relationship of polyps of the colon and colonic cancer. *Ann. of Surg.*, 148: 682, 1958.
11. SWINTO, N. and HANG, A. The frequency of precancerous lesions in the rectum and colon. *Lahey Clin. Bull.*, 3: 84, 1947.
12. SWINTON, N. and WARREN, S. Polyps of the colon and rectum and their relation to malignancy. *J.A.M.A.*, 113: 1927, 1939.
13. TURELL, R. *Enfermedades del ano, recto y colon*. Ed. Beta, Buenos Aires, pág. 276, 1962.

DISCUSION

Dr. Aguiar: La comunicacion presentada indudablemente se refiere a un tema de interés siempre latente.

Creo que hay que desglosar dos aspectos dentro de la misma. El primero es un aspecto de patología, sumamente interesante e importante en la proyección terapéutica, referente específicamente al problema de la cancerización del pólipo. Es un problema perfectamente estudiado, tal cual ha sido expuesto por el Dr. Matteucci, y en ese sentido se establecen en el momento actual en forma bien definida una serie de tipos histológicos de malignización progresiva que sufriría el llamado pólipo adenomatoso que prácticamente es el único dentro de los llamados pólipos solitarios, que es el tema que trata el trabajo que puede cancerizarse.

Esa cancerización que se inicia por una transformación maligna a nivel de las células superficiales y de los elementos glandulares, sigue con una invasión al estroma del pólipo, y todos los autores están hoy en día de acuerdo en establecer como barrera de esa infiltración entre lo que es un cáncer focal, limitado, y un cáncer infiltrante de la pared colónica, a la muscularis mucosa. Cuando la infiltración neoplásica supera la muscularis mucosa, se está en presencia de una invasión de la submucosa del

colon, y eso ya no es un pólipo malignizado sino un cáncer infiltrante de colon, y el enfermo debe ser tratado, como lo señaló el Dr. Matteucci, con criterio oncológico de acuerdo a la situación que ocupe en el colon.

El valor que se le asigna a estos conceptos es tan importante que hay un trabajo de Ackerman en donde revisa la literatura mundial y encuentra tres casos, que el autor analiza muy bien, de tres pólipos con transformación carcinomatosa focal, sin invasión de la muscularis mucosa, que según las historias clínicas dieron metástasis en la evolución. El autor analiza esto y llega a la conclusión de que muy probablemente son erróneos los informes histológicos por déficits de corte del pólipo, y que si se hubieran multiplicado los cortes se hubiera encontrado con seguridad la infiltración más allá de la muscularis mucosa.

Es decir que como concepto existe aprobado, apoyado y mantenido el hecho de que mientras la infiltración por transformación neoplásica del pólipo no sobrepase la barrera de la muscularis mucosa, la lesión es una lesión focal, cura con la exéresis completa de la misma y no tiene habitualmente otra expresión evolutiva. Ese es un aspecto que aun cuando puede ser criticado, la mayoría de las opiniones están aceptando ese criterio.

El otro punto al que se refiere la comunicación y que importa también mucho, es el problema del tratamiento quirúrgico. Estamos de acuerdo que el tratamiento quirúrgico de los pólipos de colon es diferente por todo lo que se ha señalado, al de los pólipos de recto. Pero tiene una importancia mucho mayor todavía, y es que frente al abordaje de un pólipo el cirujano debe tratar de establecer por todos los medios si está frente a un pólipo simple adenomatoso, con transformación focal, o si es un neoplasma ya infiltrante, a los efectos de poder resolver el tratamiento de ese enfermo en un solo acto quirúrgico.

Es importante decir esto porque hay algunas maniobras muy señaladas que son útiles, como es por ejemplo la infiltración con novocaina o suero de la submucosa del colon a nivel del sitio de implantación. Cuando se produce una bola de edema que despega la submucosa hacia arriba no hay infiltración neoplásica prácticamente, mientras que si existe esa infiltración neoplásica, se produce una fijación en determinados puntos certificando que hay invasión de la submucosa del colon.

Digo estas maniobras porque también existe acuerdo entre los patólogos en que la biopsia extemporánea de este tipo de lesiones sólo puede hacerse excepcionalmente. Dicho en otras palabras, el estudio histológico del pólipo debe hacerse integralmente, en un corte total para

poder ver justamente las relaciones de la invasión celular con la muscularis mucosa, y no en forma fragmentaria, tomando un fragmento biopsico de un sector cualquiera, en donde se pierdan los criterios morfológicos de referencia que ya hemos señalado.

De manera que cuando el cirujano no puede establecer con certeza que hay una infiltración neoplásica de la pared colónica, debe proceder a la exéresis completa del pólipo, sin desgarrarlo, con base de implantación, cerrar y esperar el resultado de la histología correspondiente.

Por supuesto que localizar un pólipo es a veces muy difícil, el diagnóstico por la palpación puede también ser a veces muy difícil y que tal vez de todas las maniobras quirúrgicas la más útil debe ser ir con un enfermo muy bien preparado desde el punto de vista colónico, con un colon vacuo absolutamente si fuera posible, y la colonoscopia que la hemos hecho y que también compartimos la opinión de que con dos pequeñas incisiones, previo decolamiento y movilización de los ángulos del colon, se puede hacer perfectamente la exploración de todo el colon, certificando de una manera tal vez la más exacta de la presencia o ausencia de otras lesiones de este tipo.

Dr. Valls: Felicito a los autores y creo que este es un tema muy interesante. Quisiera agregar que en la experiencia una vez traté un pólipo de colon que abordé por vía alta porque era un pólipo alto, situado por encima de la base de la próstata, le hice una rectostomía, era un pólipo de tipo adenomatoso que no tenía transformación maligna. Esto para mostrar que estos enfermos deben ser vigilados en su evolución. Se hizo la extirpación con la base; ese enfermo lo perdí de vista, era un socio del CASMU; varios años después, cuando yo estaba en Estados Unidos, ese enfermo concurrió y tenía un neoplasma de recto, fue operado por el Dr. Cendán. Posiblemente haya aparecido sobre un pólipo a un nivel más bajo.

Dr. Matteucci: Agradezco los valiosos conceptos vertidos por el Dr. Aguiar. En cuanto a lo que dice el Dr. Valls, debo decir que sí, que es una posibilidad de que hubiese sido un pólipo que se hubiese malignizado, pero también cabe la otra posibilidad, como señalan varios autores, que quien es portador de un pólipo de colon tiene cinco veces más posibilidades que una persona común de hacer un neoplasma en su colon o en recto.

Nada más.