

# Diagnóstico y tratamiento de los pólipos rectocolónicos

Dres. Enrique Sojo, Gonzalo Estapé, Luis Falconi y Julio de los Santos

Se hace una revisión de la casuística del Dpto. de Fibroscopia Digestiva del Hospital Italiano, acerca de 243 pacientes portadores de pólipos rectocolónicos aislados. Con el propósito de realizar una puesta al día en los métodos diagnósticos y terapéuticos, que permiten una mayor eficacia en la detección y un tratamiento no invasivo de estas lesiones. La polipectomía mediante fibroscopio aporta la totalidad de la pieza para un correcto diagnóstico anatómo-patológico y significó, en el 95 % de los casos, el tratamiento definitivo. Sólo requirieron tratamiento quirúrgico posterior 4 casos: 2 cánceres invasores en adenomas y 2 cánceres polipoides de escasos milímetros.

Enfatizan la utilidad de los métodos radiológicos y endoscópicos propuestos para diagnosticar lesiones sintomáticas y recomiendan el control de los grupos de alto riesgo. Únicos medios disponibles, en el momento actual, para interrumpir la secuencia pólipo-cáncer y tratar el cáncer recto-colónico en etapas menos evolucionadas.

No han tenido complicaciones en 1.000 fibrocolonoscopias diagnósticas y ellas sólo surgieron en las maniobras de polipectomía (3 casos) no revistiendo gravedad.

*Palabras clave (Key words. Mots clés) MEDLARS:* Rectal Neoplasms / Colonic Neoplasms.

## INTRODUCCION

El tema que nos ocupa fue tratado en una mesa redonda del 26º Congreso Uruguayo de Cirugía (1975). El motivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia clínica, radiológica y endoscópica vivida en 243 pacientes portadores de pólipos rectocolónicos aislados. Y analizar los resultados de 100 lesiones que fueron tratadas por vía fibroscópica. Abordaremos pues, los avances diagnósticos y terapéuticos surgidos en nuestro medio con posterioridad a la mesa redonda ya mencionada. Y a la que nos remitimos, por no ser reiterativos, para un conocimiento más profundo de esta patología.

---

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 3 de mayo de 1978.

Residente de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Profesor Adjunto y Profesor Agregado de Anatomía Patológica. Fac. Medicina. Montevideo.

Dirección: Liorna 6511, Montevideo (Dr. E. Sojo).

*Departamento de Endoscopia Digestiva. Hospital Italiano. Montevideo.*

## Diagnóstico clínico

Buen número de los pólipos recto-colónicos cursan sin síntomas, al menos cuando son muy pequeños. Y cuando los presentan (rectorragias, trastornos del tránsito digestivo bajo, síndromes rectales) se pueden confundir con los dados por otras patologías más frecuentes. Por consiguiente y dadas las limitaciones de los medios convencionales de diagnóstico (Rectosigmoidoscopia y radiología convencional) (2) es aconsejable ser cauteloso y no atribuir de entrada la sintomatología del paciente a lo que ellos muestren (por ej.: colopatía diverticular) o en caso de ser "negativos", aceptarlos como evidencia de que no hay lesiones (12, 18). No debemos olvidar que la incidencia de los pólipos y del cáncer rectocolónico aumenta a partir de los 40 años. El estudio de masas, a fin de relevar todos los portadores de pólipos es impracticable aún cuando de ello se derivase una prevención del cáncer rectocolónico. Nos resta pues recomendar el control de aquellos pacientes que pueden considerarse integrantes de un grupo de alto riesgo, tales como: los operados de cáncer rectocolónico, los que tienen historia previa de pólipos, los portadores de colitis ulcerosa crónica, y los que tienen cargados antecedentes familiares de neoplasma recto-colónico. Creemos que en este grupo se debe enfatizar la *detección de sangrados ocultos*. En este sentido, un medio muy simple y práctico se ha impuesto en EE.UU. y es recomendado por la American Cancer Society (4). Este examen se puede realizar en domicilio y el material necesario está disponible en forma de "kit". Se practica colocando tres especímenes de materias fecales en trozos de papel tratado con guayaco, por un período de 3 días. Su positividad indica la presencia de sangre oculta en las materias.

## Diagnóstico radiológico

En nuestra casuística de 243 pacientes portadores de pólipos rectocolónicos, la radiología convencional evidenció la lesión en el diez por ciento de los casos. Estos resultados son coincidentes con los presentados en la mesa redonda del 26º Congreso Uruguayo de Cirugía. En donde se expresó que de 60 pacientes

con pólipos rectocolónicos, la radiología hizo diagnóstico en 6 casos. Y las series presentadas por Laufer (11) muestran que el estudio radiológico convencional fue negativo en el 42 % de los portadores de pólipos colónicos.

Con estos resultados a la vista creemos llegado el momento de discutir la eficacia diagnóstica del estudio radiológico convencional de colon. En varias series basadas en cánceres de colon hallados en el acto quirúrgico o en autopsias, el 4 al 14 % de los cánceres no había sido detectado en el estudio radiológico de colon previo (3, 5, 6, 10, 16).

Laufer comprobó que el 25 % de los portadores de cáncer colónico o rectal habían tenido por lo menos un "colon por enema" normal en los tres años precedentes al momento de ser estudiados en su Departamento de Radiología (11). Estas limitaciones de la técnica convencional surgen más claras si se analiza, como hacíamos más arriba, su eficacia en la detección de los pólipos. *Creemos pues, que el estudio convencional de colon debe ser desechado, al menos en todo paciente mayor de 40 años, en quienes la incidencia de pólipos y cáncer aumenta y los resultados negativos del estudio convencional pueden crear falsa seguridad, postergando el tratamiento oportuno.* El advenimiento de la fibrocolonoscopia determinó un descrédito de esta técnica radiológica provocando un desequilibrio entre las posibilidades diagnósticas, radiológicas y endoscópicas (7, 9, 11, 19), lo que sólo puede ser compensado, como está sucediendo en todos los centros donde se lo emplea, mediante el estudio radiológico de doble contraste. *El examen de doble contraste colónico* fue introducido por Lavrell, de Suecia, en 1921 (15) y popularizado por Fischer en 1923 (8).

La eficacia de esta técnica, que ha sido modificada y siguió evolucionando hasta el momento actual, ha sido comprobada controlándola mediante fibrocolonoscopia. Así Williams encontró que el 85 % de los pólipos detectados por colonoscopia habían sido diagnosticados por la radiología de doble contraste. Los no diagnosticados eran menores de 1 cm. de diámetro. En la experiencia de Laufer, sobre 800 dobles contrastes controlados por rectosigmoidoscopia y fibroscopia, observó que sólo el 5 % de los pólipos pasaron desapercibidos a esta técnica radiológica, siendo éstos menores de 1 cm. Es de interés señalar también que el 5 % de los pólipos diagnosticados por radiología no fueron vistos en la endoscopia inicial y fueron luego probados por nueva endoscopia, radiología o cirugía. *Se discute si se debe emplear el doble contraste en los pacientes con cáncer colónico infiltrante.* Creemos útil mencionar al respecto la experiencia de los radiólogos de la Pitié - Salpetriere (9). En 23 cánceres recto - colónicos descubiertos en un año, más del 50 % se acompañaban de pólipos y 8 % de un pólipo canceroso.

Conocidas las dificultades de reconocer estas pequeñas lesiones en el acto operatorio, es importante pues un completo estudio radiológico del colon, salvo en aquellos casos con lesiones muy estenosantes, en quienes el bario puede

desencadenar una oclusión. Con esta conducta radiológica se podrán evitar recidivas que no son, a veces, más que el desarrollo de un cáncer más pequeño, ignorado en el momento de la colectomía.

*Desearnos finalmente dejar sentado cual es el lugar que creemos ocupa el doble contraste en relación a la radiología convencional y la fibrocolonoscopia en el diagnóstico de los pólipos rectocolónicos.* No debe emplearse como segundo estudio, pues sabemos que en las estadísticas mundiales hay consenso en que el estudio baritado convencional no es confiable. Debe practicarse de entrada. En nuestro medio es frecuente que se pretenda corregir las deficiencias diagnósticas del estudio convencional solicitando un examen fibrocolonoscópico. Nuestra experiencia en más de 1.400 colonoscopias nos demuestra que a veces ello no es posible. En colones no neoplásicos no hemos podido recorrer todo el colon en múltiples ocasiones. Y ello por intolerancia, por angulaciones imposibles de sortear o por patología inflamatoria crónica estenosante de sigmoide. En los colones en donde hemos comprobado un cáncer, no intentamos pasar a los sectores proximales a la lesión para no cometer la con instrumentación, quedando sin explorar dichos sectores. Para el doble contraste, estos inconvenientes no existen, y sólo persisten como decíamos más arriba, en lesiones muy estenosantes en donde está contraindicado rebasarlas con la columna de bario.

### Diagnóstico fibroscópico

En 1972 realizamos la primer fibrocolonoscopia en nuestro medio. Ella sirvió para establecer que una estenosis limitada de sigmoide no era orgánica, sino de tipo funcional. De esto surge una primera indicación del examen fibroscópico.

*En lo relativo a los pólipos, se le ha asignado a la fibroscopia tres cometidos. Establecer su existencia, indicar su localización en el curso de un acto operatorio y más recientemente su resección.* Estas tres funciones las hemos cumplido, desarrolladas en el tiempo y tenemos la impresión que de futuro quedará reducida a la biopsia - resección de los pólipos. En efecto, en la medida que se difunda la capacidad de la radiología de doble contraste para detectar lesiones sumamente pequeñas, en cualquier sector colónico, será esta técnica la responsable de establecer la existencia, número y topografía de los pólipos rectocolónicos así como lesiones coexistentes.

En las primeras épocas de la fibroscopia colónica sólo disponíamos de la posibilidad de biopsia. Maniobra endoscópica de valor muy limitado en los pólipos y que sólo en los muy pequeños (menores de 3 - 4 mm.) permite obtener material representativo de la lesión. Esta limitación diagnóstica fue superada transitoriamente mediante cirugía y localización intraoperatoria del o los pólipos por fibrocolonoscopia. Así realizamos muchas colonoscopias intraoperatorias a fin de guiar el emplazamiento de la colotomía. Pero hubo algunas fallas de

sutura, aún en las mejores manos y todavía no hemos encontrado una explicación clara de su causa. Por ello y frente al advenimiento de la polipectomía fibroscópica, las indicaciones de la colonoscopia intraoperatoria han quedado reducidas a topografiar, si fuese necesario, aquellas escasas lesiones sesiles y mayores de 3-4 cm. de diámetro, que macroscópicamente no son un cáncer y que no pueden ser resecaadas por vía endoscópica. *La indicación más útil de la fibrocolonoscopia es en el momento actual, la polipectomía endoscópica* (14, 17, 20, 21, 22) pues aporta al Patólogo toda la pieza, permitiendo un estudio por inclusión y seriado, de eficacia superior al que se puede obtener por congelación en el curso del acto operatorio, y porque evita la cirugía excesiva y no exenta de complicaciones, en lesiones benignas (figs. 1, 2 y 3).

Entre 1972 y 1978 y en el curso de algo más de 1.400 colonoscopias realizadas con un fibrocolonoscopia largo (1.80 m.) hemos encontrado 243 pacientes protadores de pólipos aislados y cuatro con poliposis múltiple. La incidencia fue mayor en el sexo masculino (casi el doble), registrándose la mayor frecuencia

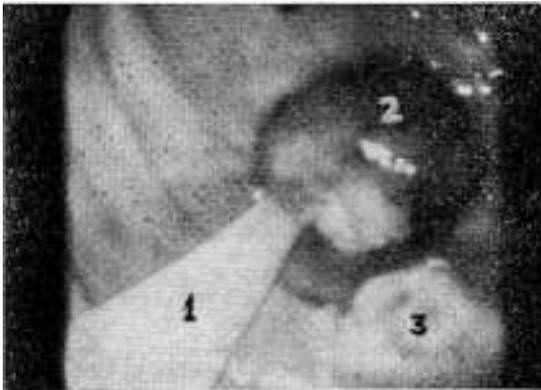


FIG. 1.—Polipectomía endoscópica. Se observa el lazo de polipectomía (1) luego de la sección del pólipo (2) en su base de implantación (3).



FIG. 2.—Base de implantación de un pólipo resecaado por vía endoscópica. La electrocoagulación permite una correcta hemostasis en el momento de la sección.

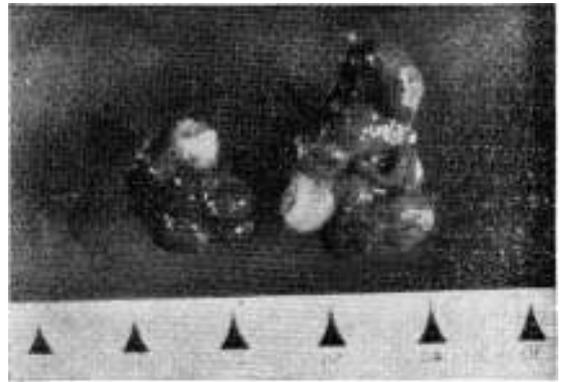


FIG. 3.—Pólipos resecaados endoscópicamente. Se observan ambos tallos (zonas más clara de cada lesión en la figura) recubiertos de mucosa macroscópicamente sana.

de esta patología entre la 4ª y 7ª década de vida.

En cuanto a la topografía de las lesiones, hallamos 83 en recto; 127 en sigmoide distal (hasta los 25 cm. de la margen anal); 74 en sigmoide proximal; 46 en colon descendente; 16 en colon transverso y 2 en colon ascendente. *Es decir que 138 lesiones (casi el 40 %) estaban fuera del alcance del rectosigmoidoscopia y sólo el 10 % de ellas fue visto por la radiología convencional.* Vemos ahora la importancia que cobra la radiología de doble contraste.

Previo a la aparición de los fibroscopios eléctricamente aislados y a la polipectomía, sólo se podía tener un diagnóstico muy impreciso por biopsia, sobre el tipo anatomopatológico de estas lesiones. Por ello, en estos pacientes se optó por diversas conductas, orientadas según el tamaño y topografía de las lesiones y las condiciones de cada individuo (1, 2).

Desde 1977 incorporamos la *polipectomía por vía endoscópica* y hasta el momento actual hemos tratado 53 pacientes con pólipos recto-colónicos, que totalizan 100 lesiones, topografiadas del siguiente modo: 30 en recto; 57 en sigmoide; 10 en colon descendente, y 3 en colon transverso. El tratamiento empleado en cada una de estas 100 lesiones se adecuó a su aspecto macroscópico, cuyo profundo conocimiento juzgamos de fundamental importancia. 79 pólipos cuyas dimensiones oscilaron entre 4-5 mm. y 3 cm. y que no presentaban el aspecto del cáncer polipoide, fueron resecaados mediante el lazo de polipectomía y corriente de alta frecuencia. Los pólipos de 3 mm. o menos son, en general, sesiles y por su reducido tamaño se pueden agotar con pocas tomas biópsicas. Es lo que llamamos *biopsia-resección*.

En estos casos (21 pólipos de nuestra casística) la biopsia es representativa de la lesión. Esta conducta nos permitió el diagnóstico anatomopatológico de dos pequeñísimos cánceres en dos pacientes: uno de 36 y el otro de 43 años. Se trataba de dos lesiones, de unos 3-4 mm. de diámetro, en forma de pequeña meseta de no más de 2 mm. de alto. En el paciente de 36 años estaba localizada en

colon transversal, proximal del ángulo hepático y en el otro, estaba localizada en sigmoide. La biopsia - resección de ambas demostró tratarse de adenocarcinomas. Al no poder practicar polipectomía de estas lesiones, por su escasa altura y de no haberlos biopsiado, el diagnóstico sólo se habría obtenido mediante el control evolutivo. El único inconveniente de este proceder, es a nuestro juicio, que en casos de cáncer, no permite determinar su relación con la muscularis mucosae, obligando a posterior resección quirúrgica, si bien es muy improbable que lesiones tan pequeñas como las descritas infiltren la muscularis.

La Anatomía Patológica de los pólipos tratados endoscópicamente se muestra en la tabla I. Hemos seguido los conceptos de Morson (13) para esta clasificación.

TABLA I

	Nº de casos
Adenoma tubular .....	48
con atipia superficial .....	13
con cáncer intrepit. ....	4
Adenoma túbulo - veloso .....	14
Adenoma o T. veloso ....	4
Cáncer polipoide (3-4 mm. c/u.) ..	2
Cáncer invasor en adenoma .....	2
Pólipo inflamatorio .....	5
Pólipo hiperplásico .....	23
Pólipo juvenil .....	1
No recuperado .....	1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Tipo histológico de las lesiones resecaadas endoscópicamente. La polipectomía endoscópica permitió diagnosticar un cáncer en casi el 9% de todos los adenomas. En dos casos se trataba ya de cáncer infiltrante y en cuatro casos la resección endoscópica permitió interrumpir la secuencia pólipo - cáncer en etapa no invasiva de la muscularis mucosae. No requiriendo por consiguiente tratamiento ulterior.

## ANATOMIA PATOLOGICA

Los aspectos patológicos de los pólipos rectocolónicos resecaados por fibrocolonoscopia ofrecen aspectos de particular interés. En primer lugar debe considerarse la oportunidad y utilidad de la biopsia parcial del pólipo.

Varias tomas biopsicas pueden agotar un pólipo pequeño, y en consecuencia puede obtenerse una imagen histopatológica universal de la lesión.

En situación de biopsias parciales de lesiones mayores, pueden servir de orientación del tipo de lesión, aunque por ellas no es posible descartar la existencia de una infiltración del pedículo o de su base de implantación por un carcinoma.

La clasificación y descripción de los tipos distintos de pólipos fueron considerados en el 26º Congreso Uruguayo de Cirugía (2). Los

conceptos de la patología de estas lesiones se basan en los de Morson (13) (1962).

A efectos de esta comunicación los clasificamos en:

- Adenoma polipoide con sus distintas alteraciones y modificaciones,
- tumor veloso,
- pólipo hiperplásico,
- pólipo juvenil,
- carcinoma polipoide.

La incidencia de los pólipos de colon (adenomas polipoides) es elevada, similar al carcinoma basocelular de la piel. Ambos son los tumores epiteliales más frecuentes.

*Adenoma polipoide.* Consiste en la proliferación de estructuras glandulares regulares con un delicado estroma conjuntivo vascular.

Las células del revestimiento glandular son de citoplasma claro, o de citoplasma oscuro.

Al pediculizarse la lesión se acompaña de una excrecencia de la muscularis mucosa y de la submucosa.

Se discute si el pedículo del adenoma polipoide es consecuencia de la expresión por el peristaltismo o una respuesta de la submucosa a la proliferación epitelial, de naturaleza similar a la cápsula de algunos tumores benignos.

*Los cambios morfológicos que puede presentar el adenoma polipoide* en su constitución epitelial y arquitectura, son variados.

Por su importancia se consideran:

—*La hiperplasia atípica del epitelio*, del revestimiento glandular, consistente en la sustitución del epitelio habitual por células de citoplasma basófilo, de tamaño irregular, de escasas mitosis y leve atipismo. Este cambio morfológico no constituye un desarrollo intraepitelial carcinomatoso, sino que simplemente es un cambio morfológico.

—*El carcinoma intraepitelial.* Es la forma llamada impropiaamente "carcinoma in situ", por extensión del concepto aplicado a las mucosas estratificadas. Es más apropiado llamarlo intraepitelial.

Consiste en una proliferación atípica glandular con un revestimiento epitelial de células de citoplasma basófilo grande, con núcleos hiper cromáticos, atípicos y con actividad mitótica intensa. En un mismo adenoma polipoide es habitual que se desarrollen focos múltiples y que confluyan a medida que se extienden.

Por este motivo (entre otros) es conveniente para un diagnóstico completo la resección biopsica total del pólipo. Aproximadamente un 10% de los adenomas polipoides presentan este cambio histológico.

—*Carcinoma intramucoso.* Es una forma de infiltración del corion de la mucosa, junto al desarrollo de la forma intraepitelial. No desborda la muscularis mucosa.

—*Desarrollo de áreas vellosas en un adenoma polipoide.* Puede desarrollarse en adenomas polipoides de más de 15 mm., siendo el crecimiento veloso sólo superficial.

*Tumor veloso.* Es una lesión sesil habitualmente, a veces pediculada, desarrollada en mu-

cosa sana; puede ser multifocal confluyente, u originado en un adenoma polipoide por sustitución progresiva del sector adenomatoso. Es preferible llamarlo tumor vellosos, que adenoma vellosos, dado el comportamiento incierto recidivante o infiltrante que frecuentemente ocurre.

*Para poder apreciar las características y lesiones precedentemente enumeradas, es necesario contar con la totalidad de la lesión polipoidea.*

*La resección endoscópica provee la totalidad del pólipo, su pedículo y la base de implantación en la submucosa (fig. 3).*

La correcta orientación en el examen histológico permite el estudio de todo el proceso proliferativo, el pedículo, la relación del crecimiento neoplásico con la mucosa conservada, el revestimiento mucoso del tallo o pedículo, la existencia de infiltración del pedículo por rotura de la muscularis mucosa, y el borde de sección.

La electrocoagulación realizada en el curso de la polipectomía endoscópica no altera sustancialmente las características histológicas del material.

## COMPLICACIONES

No hemos tenido ninguna complicación o perforación en el curso de 1.400 colonoscopias diagnósticas. Las únicas complicaciones (3 casos) surgieron a raíz de polipectomías. Dos pacientes presentaron rectorragias. En un caso esta manifestación fue muy escasa y cedió espontáneamente. En el control endoscópico no se requirió ninguna maniobra hemostática. El otro paciente fue internado, siendo transfundido con un volumen de sangre. La rectorragia también se detuvo. Fue controlada con nueva fibroscopia, encontrando un pequeño coágulo a nivel del muñón del tallo del pólipo resecado. Se enlazó este remanente y se fulguró, obteniendo hemostasis definitiva. Otro paciente, al cual se le había resecado un pólipo de sigmoide proximal, presentó al tercer día un cuadro doloroso de abdomen inferior y cierta defensa. Corresponde a la primer polipectomía que realizamos por vía endoscópica. No había neumoperitoneo, pero frente al riesgo de una perforación fue abordado quirúrgicamente constatándose una zona de edema de 1 cm.<sup>2</sup>, aproximadamente, en la pared del sigmoide. Previendo una posible perforación, se resolvió una colostomía temporaria en dicha zona.

La revisión de este caso nos permitió concluir que la causa de este accidente fue una falla técnica: cierre incompleto del lazo de polipectomía alrededor del tallo del pólipo. Lo que llevó a que el lazo tocara también otro punto de la pared colónica, oculta por el pólipo, al pasar la corriente de alta frecuencia. La paciente evolucionó bien y a los pocos días se cerró la colostomía.

La extracción de los pólipos resecados la efectuamos por succión a través del fibroscopio o mediante pinzamiento con forceps de biopsia. En un caso no pudimos recuperar un pequeño pólipo, que tampoco pudo hallarse en el control de las materias. Por ello incorporamos la

cestilla de Dormia como método más eficaz para extraer las lesiones una vez efectuada la polipectomía.

## OBSERVACIONES

De nuestra casuística extrajimos dos casos que revisten interés y que por sus connotaciones diagnósticas y terapéuticas son la demostración cabal de lo que aseveramos en el presente trabajo.

Obs. 1.— Hombre de 68 años perteneciente a la casuística personal del Dr. Gateño, a quien agradecemos habernos cedido este interesante caso. Consulta por enterorragias y síndrome rectal. El estudio radiológico convencional (con intensificador de imagen y televisión) mostró lesión orgánica vegetante de sigmoide. Recto del colon sin particularidades (fig. 4). La fibrocolonoscopia reveló la existencia de dos neoplasmas vegetantes y ulcerados: uno a 20 cm. de la margen anal y otro situado 20 cm. más proximal. Entre ambos, un pólipo pediculado de 1 cm. de diámetro. A 50 cm. de la margen se detectaron 2 pequeños pólipos de 5 cm. cada uno. Las biopsias de las lesiones ulceradas confirmaron su naturaleza cancerosa. Se realizó colectomía desde la reflexión peritoneal hasta 10 cm. proximal al tumor más alto, y hepatectomía izquierda por metástasis única (8 × 6 cm.) de hígado. Muy buena evolución. El estudio de la pieza (Dr. Falconi) confirmó 2 adenocarcinomas infiltrantes, vegetantes y ulcerados de 4 y 6 cm. de diámetro y el pólipo intermedio a ellos resultó un adenoma con cancerización en parte superficial y en parte con invasión de la submucosa (fig. 5). A los 2 meses fue controlado con radiología y fibroscopia. El estudio radiológico convencional de colon no mostró lesiones (fig. 6) y la fibroscopia confirmó el buen estado de la sutura, así como la persistencia de los 2 polipitos más altos vistos en la primer fibroscopia. A 70 cm. de la margen, zona a la que no se había llegado para no comprimir excesivamente los neoplasmas más bajos, apareció otro pólipo de 5 mm. y 5 cm. más alto una pequeña zona de mucosa congestiva y granular cuya biopsia demostró tratarse de otro adenocarcinoma. La colonoscopia intraoperatoria realizada en la reintervención permitió



Fig. 4.— Primer estudio radiológico convencional correspondiente al paciente de la observación Nº 1. De los 5 cánceres colónicos sólo se diagnosticó uno.

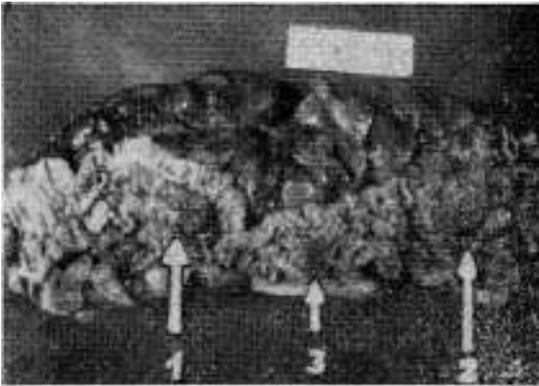


FIG. 5.—Pieza de resección de la primer operación (observación N° 1). Con los Nos. 1 y 2 se señalan los tumores ulcerados en los extremos de la pieza. El N° 3 señala el pólipo adenomatoso intermedio a ellos, que presentaba cancerización, en parte superficial y en parte infiltrante.



FIG. 6.—Estudio radiológico convencional de control, correspondiente a la observación N° 1. No mostró lesiones. Y sin embargo había 2 cánceres más.

localizar esta lesión, que se trató con hemicolectomía derecha.

Se envía para polipectomía endoscópica a los 5 meses, reseándose un pólipo remanente que fue informado como un pólipo adenomatoso con transformación carcinomatosa superficial, intraepitelial (Dr. Falconi).

*Se trata pues de un paciente con cinco cánceres sincrónicos y en el cual: la radiología convencional evidenció sólo uno de ellos; la exploración operatoria 2 y la fibroscopia inicial, completada en el control, diagnosticó los cinco.*

Obs. 2.— Se trata de un hombre de 59 años, a quien hace 2 años se le había reseado un pólipo colónico por vía quirúrgica. En esa ocasión estuvo internado treinta días por complicaciones postoperatorias. Actualmente nos es enviado por rectorragias. Endoscópicamente se encontró un pólipo de 8 mm. a 22 cm. de la margen anal y otro de 12 mm. a 32 cm. de la margen. Este último se biopsió y fue informado como pólipo hiperplásico. Aconsejamos, en esa oportunidad,

la resección endoscópica de ambas lesiones, con la finalidad de poder brindar al patólogo la totalidad de las mismas. Se siguió este criterio y ambos pólipos se resecaron endoscópicamente. El menor resultó ser un adenoma, pero en el mayor, que también resultó otro adenoma y que por la biopsia había impresionado como pólipo hiperplásico, se encontraron áreas de desarrollo carcinomatoso intraepitelial, no infiltrante. El pedículo estaba libre de infiltración tumoral y no había infiltración del corion ni rotura de la muscularis mucosae.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES

Desde 1971 hemos bregado por el diagnóstico del cáncer en etapas no invasivas, como forma de mejorar el pronóstico. Pero nunca como en el caso del cáncer recto - colónico disponemos de medios no sólo para detectar las lesiones a tiempo, sino también para disminuir la incidencia del cáncer avanzado. Si la aparición "di novo" del cáncer recto - colónico es discutida y en todo caso aceptada sólo en mínimas proporciones, parecería que la interrupción de la secuencia pólipo - cáncer sería una forma efectiva de erradicar el cáncer avanzado de colon. Dado que las otras lesiones predisponentes del cáncer recto - colónico (poliposis familiar y colitis ulcerosa) son mucho menos frecuentes.

Se ha dicho que la mayoría de los pólipos son asintomáticos. Pero este concepto, ¿no será consecuencia de las limitaciones propias de los métodos diagnósticos empleados hasta ahora? Es cierto que los pólipos más pequeños pueden cursar sin síntomas pero no ocurre así en los de mayor volumen (más de 1 cm.) y éstos son los que más interesa detectar pues es en ellos que se ve con más frecuencia la evolución al cáncer.

En un trabajo ya citado, del Dr. Matteucci, basado en 300.000 enfermos estudiados en el Hospital de Clínicas, sólo hubo 6 pacientes operados con diagnóstico de pólipo recto - colónico. En la casuística empleada por Albo que incluye, no sólo la revisión de más de 20 años del Archivo de dicho Hospital, sino también la de 30.000 historias del Hospital Pasteur (Archivo Clínica Quirúrgica "1") sólo pudo reunir 90 casos de pólipos recto - colónicos; de ellos, 60 fueron estudiados por radiología, siendo ésta demostrativa en 6.

En nuestra casuística hemos encontrado 243 pacientes portadores de pólipos recto - colónicos en 7 años. Sólo el 60 % de ellos estaba localizado en los primeros 25 cm. a partir de la margen anal. La radiología fracasó en el diagnóstico en el 90 % de los casos. Por ello es que proponemos la radiología de doble contraste, como única técnica confiable, capaz de detectar lesiones de pocos milímetros, cualquiera sea su topografía. Y la fibrocolonoscopia como método de aclarar razonables dudas radiológicas; de realizar biopsia - resección de los pólipos más pequeños y de practicar la polipectomía de aquellas lesiones de mayor volumen, pediculadas, que no excedan los 3 - 4 cm. de diámetro.

Mejorando los métodos diagnósticos de tal manera de detectar los portadores de pólipos

sintomáticos, sin que estos síntomas se sigan atribuyendo a otras patologías tanto o más frecuentes, y controlando a los integrantes del grupo de alto riesgo (véase diagnóstico "clínico") es posible que logremos, en los últimos años, mejorar el pronóstico del cáncer recto-colónico.

*Concretamente y en nuestra corta experiencia de poco más de 1 año de tratamiento de pólipos recto-colónicos, hemos resecado 100 lesiones, sin mortalidad y con 3 % de morbilidad. La secuencia pólipo-cáncer la hemos comprobado en casi el 10 % de los adenomas tubulares. En ellos, los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados, permitieron tratar el cáncer "en un pólipo", que al no invadir la muscularis mucosae, no tiene aún capacidad metastásica. Logrando de esta manera la curación (1, 2, 13).*

## RESUME

### Diagnostic et traitement des polypes recto-coloniques

Une révision de la casuistique du Département de Fibroscopie Digestive de l'Hôpital Italien est entreprise. Elle concerne 243 malades porteurs de polypes recto-coloniques isolés, et a pour but la mise à jour des méthodes diagnostiques et thérapeutiques permettant une plus grande efficacité dans la détection et le traitement non envahissant des lésions. La polypectomie par fibroscope permet un diagnostic anatomo-pathologique correct de la totalité de la lésion et représente dans 95 % des cas le traitement définitif. Le traitement chirurgical ultérieur n'a été nécessaire que dans deux cas: 2 cancers envahissants sous forme d'adenomes et 2 cancers polypoïdes de quelques millimètres à peine.

L'utilité des méthodes radiologiques et endoscopiques proposées pour le diagnostic de lésions symptomatiques est mise en relief et il est recommandé de contrôler les groupes de risque élevé. Ce sont les seuls moyens disponibles, à l'heure actuelle, pour enrayer la séquence polype-cancer et traiter le cancer recto-colonique dans ses étapes de moindre évolution.

1.000 cas de fibrocolonoscopies diagnostiques n'ont pas présenté de complications; celles-ci ne sont survenues, sans caractère grave, que dans 3 cas de polypectomie, au cours des manipulations.

## SUMMARY

### Diagnosis and Treatment of Recto-Colonic Polyps

Review of case material of the Department of Digestive Fibroscopy in the Italian Hospital of Montevideo, comprising 243 patients suffering from isolated recto-colonic polyps, for the purpose of updating diagnostic and therapeutical methods conducive to greater efficiency in detection and non-invasive treatment of these lesions. Polypectomy by means of fibroscope results in the obtention of the whole specimen for the purpose of correct Anatomic-Pathologic diagnosis and proved to be—in 95 % of cases—the definitive treatment.

Only 4 cases required additional surgical treatment: 2 invasive cancers in adenomas and 2 polypoid cancers only a few millimeters in size.

The radiologic and endoscopic methods proposed for diagnosis of symptomatic lesions are of considerable value and control of high-risk groups is recommended. These are the sole means at present available for interruption of the polyp-cancer sequence and treatment of recto-colonic cancer in less advanced stages.

There have been no complications in the 1.400 fibrocolonoscopies performed for the purpose of diagnosis; they only appeared in polypectomy manuevres (3 cases) and were not serious.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AGUIAR AR. Pólipos del recto. Patología y bases para su tratamiento. Tesis de Adscripción de Cirugía. Facultad de Medicina de Montevideo, 1963 (inérita).
- ALBO M y col. Poliposis digestiva. *Cir Uruguay*, 46: 366, 1976.
- ALLCOCK JM. An assessment of the accuracy of the clinical and radiological diagnosis of carcinoma of the colon. *Br J Radiol*, 31: 272, 1958.
- BORRMAN HE. Colon-rectal cancer: Health organizations and Government Regulations. *Surg Clin North Am*, 58: 633, 1978.
- CLARKE AM and JONES LSC. Diagnostic accuracy and diagnostic delay in carcinoma of the large bowel. *N Zealand Med J*, 71: 341, 1970.
- COOLEY RN, AGNEW CH and RIOS G. Diagnostic accuracy of the barium enema study in carcinoma of the colon. *Am J Roentgenol*, 84: 316, 1970.
- DONALDSON GA, WELCH JP. Management of cancer of the colon. *Surg Clin North Am*, 54: 713, 1974.
- FISCHER AW cit. por MARGULIS A en BOCKUS HL. Gastroenterology. Philadelphia, Saunders, 1976.
- GRELLET J, WEISSMAN A. Le double contraste en radiologie digestive. *Rev Prat*, 28: 4163, 1978.
- LAUER JD, CARLSON HC and WOLLAEGER EE. Accuracy of roentgenologic examination in detecting carcinoma of the colon. *Dis Col Rect*, 8: 190, 1965.
- LAUFER I. Double contrast radiology in the diagnosis of gastrointestinal cancer en Glass. J. B. *Progress in Gastroenterology*. Grune-Stratton, 1977, v. 3.
- MATTEUCCI P, PRAVIA JA, CHIOSSONI M, CARDOZO T. Pólipos de colon con malignización incipiente. *Cir Uruguay*, 41: 387, 1971.
- MORSON BC. The pathogenesis of colorectal cancer. Philadelphia. Saunders, 1978.
- OTTENJANN R. Polyps of the colon and their treatment by colonoscopic polypectomy. *Germ Med*, 3: 65, 1973.
- RIGLER LG, WEINER M. History of roentgenology of the gastrointestinal tract. En Margulis A. R., Burhenne H. J. (eds.): *Alimentary Tract Roentgenology*. St. Louis. C. V. Mosby, 1973.
- SAUNDERS CG and MACEWAN DW. Delay in diagnosis of colonic cancer a continuing challenge. *Radiology*, 101: 207, 1971.
- SCHILLER KFR, SALMON PR. Modern topics in Gastrointestinal endoscopy - Year Book Med. Pub 1976.
- WAYE JD. Colonoscopy: guidelines and techniques for diagnosis and therapy. En Glass. G. B.: *Progress in gastroent.* Grune-Stratton, 1977, v. 3.
- WELCH CE, HEDBERG SE. Polypoid lesions of the gastrointestinal tract. Philadelphia. Saunders, 1975.
- WILLIAMS CB, HUNT RH, LOOSE HWC, RIDDELL RH, SAKAI Y and SWARBRICK ET. Colonoscopy in the management of colon polyps. *Br J Surg*, 61: 673, 1974.
- WOLFF WI, SHINYA H. Modern endoscopy of the alimentary tract. En *Current problems in Surgery*. Year Book Med. Pub. 1974.
- WOLFF WI, SHINYA H. A new approach to the management of colonic polyps. En *Advances in Surgery*, 1973, v. 7, p. 45.