

Poliposis mixta de colon

Dres. Alberto Piñeyro¹, Luis E. Bergalli², Héctor Navarrete³

Resumen

Se presenta un caso clínico de poliposis mixta de colon (hiperplásica y adenomatosa), asociada a historia familiar importante de cáncer colorrectal. Se aportan evidencias histoquímicas y epidemiológicas que sugieren la transformación, al menos ocasionalmente, de pólipos hiperplásicos y hamartomatosos en lesiones neoplásicas.

Se concluye que es necesario revisar y eventualmente modificar los conceptos de que los pólipos hiperplásicos y hamartomatosos no son premalignos y que frente a ellos se impone la abstención terapéutica.

Palabras clave: Neoplasmas
Poliposis intestinal
Colon

Summary

The authors present a clinical case of mixed colonic polyposis (hyperplastic and adenomatous) associated to an important family history of colorectal cancer.

Histochemical and epidemiological evidence is provided which suggests (at least occasionally) the transformation of hyperplastic and hamartomatous polyps into neoplastic lesions. The authors conclude that it is necessary to revise and eventually modify the concept that hyperplastic and hamartomatous polyps are not premalignant and that no treatment is indicated.

1. Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica "2".

2. Ex-Profesor de Clínica Quirúrgica.

3. Profesor de Anatomía Patológica. Clínica Quirúrgica "2" Prof. Dr. Luis Bergalli. Facultad de Medicina. Hospital Maciel.

Correspondencia: Dr. Alberto Piñeyro. Gonzalo de Orgaz 512/ap. 203. Montevideo, CP 11.300.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de noviembre de 1998.

Introducción

Las poliposis colónicas pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- 1) Poliposis adenomatosas con riesgo elevado de transformación carcinomatosa. La más conocida es la poliposis adenomatosa familiar, ocasionada por una alteración a nivel del cromosoma 5.
- 2) Poliposis de pronóstico habitualmente benigno, dentro de las cuales destacamos:
 - 2.1 Poliposis hamartomatosas: síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Cowden y poliposis juvenil.
 - 2.2 Poliposis hiperplásica o metaplásica: descrita en 1980 por el grupo del St. Marks de Londres⁽¹⁾.
 - 2.3 Poliposis mixta: formada por pólipos de histología diferente (hamartomatosa-metaplásica-adenomatosa) o cada uno de ellos conteniendo áreas de estructura variable. Este grupo fue publicado por primera vez, en el año 1987 en Marsella, Francia⁽²⁾.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 38 años, con importantes antecedentes familiares: abuelo paterno fallecido por cáncer de colon, padre al que operamos en dos ocasiones, la primera en octubre de 1993 debido a una oclusión intestinal por cáncer de colon transverso: la anatomía patológica mostró un adenocarcinoma exteriorizado a la serosa sin ganglios comprometidos, vecino a él otro sincrónico, de menor tamaño, que no sobrepasaba la muscular propia. Se realizó quimioterapia postoperatoria en base a 5 fluoruracilo. En abril de 1996 lo volvemos a intervenir luego de seis meses de anemia con estudios endoscópicos normales, por una oclusión intestinal de delgado medio. La anatomía patológica mostró un adeno-

carcinoma que no sobrepasaba la muscular propia, con ganglios negativos. El paciente se encuentra actualmente asintomático.

La paciente nos fue enviada en abril de 1994 para efectuarle una colecistectomía laparoscópica. La historia clínica revelaba alteraciones leves del tránsito intestinal y rectorragias ocasionales. Frente a los importantes antecedentes familiares le indicamos una fibrocolonoscopia que mostró (Dr. E. Sojo): en recto alto 10-15 pólipos diminutos (2-3 mm). En sigmoideas gran cantidad de pequeños pólipos y además cuatro de mayor tamaño (3-4 cm). En colon descendente y transversal se observan micropólipos similares a los del recto. En suma: poliposis colónica a predominio distal. En el caso de resección colónica, pensamos que los pólipos diminutos de recto pueden ser pasibles de solución endoscópica.

Se completó el estudio con una fibrogastroscofia que no mostró lesiones asociadas. Frente a los hallazgos de la colonoscopia y los importantes antecedentes familiares, se le indicó una colectomía total abdominal con ileo-rectostomía latero-terminal que se practicó el 4 de junio de 1994.

Anatomía patológica (Dr. H. Navarrete): ciego sin alteraciones. Colon ascendente: seis pólipos hiperplásicos. Colon transversal: 12 pólipos hiperplásicos y un adenoma tubular con displasia leve. Colon descendente y sigmoideas: cuatro pólipos hiperplásicos y tres adenomas túbulo-vellosos con displasia moderada.

Buena evolución postoperatoria.

En diciembre de 1994 se practicó endoscopia de control: 4-5 pólipos diminutos en recto alto de 2 mm cada uno. Se resecó la totalidad de los mismos. Anatomía patológica: pólipos hiperplásicos y uno adenoma tubular con displasia leve.

En diciembre de 1995 nueva fibroscopia: resección de micropólipo de recto, compatible con "adenoma aserrado".

Diciembre de 1996 y de 1997: controles endoscópicos normales.

Comentario

Los pólipos hiperplásicos son muy frecuentes a nivel del colon y recto, fundamentalmente en el sexo masculino y en sectores distales. Por su pequeño tamaño (2-3 mm) son habitualmente pasados por alto en los estudios endoscópicos y en

las series de polipectomías predominan los adenomatosos⁽³⁾. Morson en su trabajo de 1962⁽⁴⁾ propuso el nombre de "pólipo metaplásico" para priorizar la ausencia de hiperactividad celular que lo diferencia claramente del pólipo adenomatoso. "Es sorprendente lo poco que se han estudiado estos pólipos. Serán necesarios muchos avances en su histología, distribución y evolución para comprender su naturaleza" finalizaba Morson en su trabajo.

Friedman⁽⁵⁾ encontró 13% de pólipos hiperplásicos que contenían focos adenomatosos y 16% de pólipos adenomatosos que poseían focos hiperplásicos.

Jass⁽⁶⁾ afirmó que los pólipos hiperplásicos presentan: expresión aumentada de antígeno carcinoembrionario, secreción disminuida de sialomucinas, actividad disminuida de varias enzimas citoplasmáticas y ausencia de actividad secretoria de IgA. Concluyó que, por lo tanto, presentan diferencia cualitativa con la mucosa normal y superposición funcional con el cáncer colorrectal.

Goodman y Grigioni⁽⁷⁾ van más allá y proponen una hipótesis que considera como etapas evolutivas de un mismo proceso: pólipo hiperplásico juvenil-adenomatoso-cáncer colorrectal.

En 1990 Fenoglio-Preiser⁽⁹⁾ describió los pólipos mixtos hiperplásicos-adenomatosos y propuso el nombre de adenomas aserrados. En ellos constató 37% de displasia significativa y 11% de carcinomas intramucosos.

El grupo de la Universidad de Minnesota describió en 1996 la poliposis formada por adenomas aserrados con un elevado porcentaje de carcinomas sincrónicos o metácrónicos⁽¹⁰⁾. En el campo de los pólipos hamartomatosos, Utsunomiya⁽¹¹⁾ en 1975 señaló que 60% de los pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers que viven más de 30 años, mueren por cáncer de intestino delgado o colon.

Hasta 1987 existían en la literatura más de 21 casos de carcinomas a punto de partida de pólipos hamartomatosos⁽¹²⁾. En el momento actual existen muchos más.

Conclusiones

- 1) Nuestra paciente presentó una poliposis mixta de colon, hiperplásica y adenomatosa con importante historia familiar de cáncer colorrectal.

- 2) Existen actualmente suficientes evidencias histoquímicas y epidemiológicas que sugieren al menos ocasionalmente la transformación de pólipos hiperplásicos y hamartomatosos en lesiones neoplásicas.
- 3) Creemos que es necesario revisar y probablemente modificar dogmas hasta hoy sólidamente asentados:
 - Los pólipos hiperplásicos, juveniles y hamartomatosos no deben ser considerados premalignos.
 - En el caso de varios pólipos la biopsia de uno de ellos permite extrapolar las características de los demás.
 - Frente al diagnóstico de éstos pólipos, se impone la abstención quirúrgica.

Bibliografía

- 1) **Williams GT, Arthur JF, Bussey HJR, Morson BC.** Metaplastic polyps and polyposis of the colorectum. *Histopathology* 1980; 4: 155-70.
- 2) **Sarles JC, Cosentino B, Leandri R, Dor AM, Navarro PH.** Mixed familial polyposis syndromes. *Int J Colorect Dis* 1987; 2: 96-9.
- 3) **Jarvinen H.** Other gastrointestinal polyps. *World J Surg* 1991; 15: 50-6.
- 4) **Morson B.** Some peculiarities in the histology of intestinal polyps. *Dis Colon Rectum* 1962; 5: 337-44.
- 5) **Friedman CJ, Fehner RE.** A solitary juvenile polyp with hyperplastic and adenomatous glands. *Dig Dis Sci* 1982; 27: 946-8.
- 6) **Jass J.** Relation between metaplastic polyp and carcinoma of the colorectum. *Lancet* 1983; 1: 28-9.
- 7) **Goodman ZD, Yardley FD, Milligan FD.** Pathogenesis of colonic polyps in múltiple juvenile polyposis. Report of a case associated with gastric polyps and carcinoma of the rectum. *Cancer* 1979; 43: 1906-13.
- 8) **Grigioni WF, Alampi G, Martinelli G, Piccaluga A.** Atypical juvenile polyposis. *Histopathology* 1981;5:361-76.
- 9) **Longacre T, Fenoglio-Preiser C.** Mixed hyperplastic adenomatous polyps. Serrated adenomas. *Am J Surg Pathol* 1990; 14: 524-37.
- 10) **Torlakovic E, Snover D.** Serrated adenomatous polyposis in humans. *Gastroenterology* 1996; 110: 748-55.
- 11) **Utsunomiya J, Gocho H, Miyanaga T, Hamaguchi E, Kashimure A.** Peutz-Jeghers syndrome: its natural course and management. *John Hopkins Med* 1975; 136: 71-82.
- 12) **Konishi F, Wyse NE, Muto T et al.** Peutz-Jeghers polyposis associated with carcinoma of the digestive organ: report of three cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 790-9.