



POLIPOS DE INTESTINO GRUESO

AUTORES: INTERNO. NICOLAS ARACENA VARGAS

PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ

DEPTO DE CIRUGIA SUR

FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

INTRODUCCIÓN

Se entiende como pólipo a todo tumor circunscrito que protruye desde la pared hacia la luz intestinal, independiente de sus características histológicas¹. Su incidencia aumenta con la edad, son más comunes en países occidentales, con una prevalencia del 30% en personas sobre los 50 años en Estados Unidos².

Se clasifican de acuerdo a su tamaño en diminutos (5 mm o menos), pequeños (6-9 mm) o grandes (mayor o igual a 10 mm); según su forma (sésiles o pediculados); e histología en adenomatosos, serrados y no-neoplásicos (Sd poliposo juvenil, Sd Peutz-Jeghers, hamartomas, pólipo juvenil)²

Usualmente son de carácter asintomático y son encontrados como hallazgos en colonoscopias de screening para cáncer colorrectal, en caso de presentar síntomas estos son inespecíficos como dolor abdominal, mucosidad en las deposiciones, rectorragia, anemia microcítica hipocrómica². Su Gold Estándar es la colonoscopia, sin embargo, hasta un 15% de las lesiones menores a 1 cm pueden pasar desapercibidas¹. En muchos casos estas lesiones pueden evolucionar a un cáncer de colon, por lo que es clave su detección y manejo temprano, dada esta relevante asociación, se plantea como objetivo principal de este trabajo realizar una revisión bibliográfica de la patología en cuestión

MATERIAL

Se utilizaron libros de patología gastrointestinal (Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2da ed.), de cirugía (Cirugía en Medicina General. Manual de enfermedades quirúrgicas) y artículos de la base científica Pubmed, Scielo y Uptodate.

MÉTODO

Se realizó una lectura y revisión de los capítulos de pólipos de libros de patología gastrointestinal y cirugía; y se utilizaron buscadores de bases Pubmed, Scielo y Uptodate que contuvieran los siguientes términos MESH: "Pólipos" "Colon" "Cáncer colorrectal" "Poliposis colónica" entre los años 2000 y 2022, donde fueron seleccionados 5 artículos, complementando la búsqueda con bibliografía referenciada en dichos artículos.

RESULTADOS

Al revisar las fuentes mencionadas, se pudo encontrar diversa información sobre la etiopatogenia, clasificaciones, diagnóstico y manejo de los pólipos de intestino grueso, lo cual se detalla a continuación.

ETIOPATOGENIA

La importancia clínica de los pólipos radica en que más del 95% de los adenocarcinomas de colon se originan a partir de estos². Un adenoma se produce por proliferación del epitelio que comienza en una célula, debido a una serie de mutaciones secuenciales; la primera se produce en el gen APC (adenomatous polyposis coli), produciendo un aumento de la velocidad de proliferación y de la posibilidad de aparición de nuevas mutaciones³. El siguiente paso es la hipometilación del DNA, activando el proto-oncogen del cromosoma 12 (k-ras), produciendo la displasia, la cual al agregarse la mutación del gen DCC (deleted

in colon cancer) se vuelve una displasia de alto grado. Finalmente, al producirse la mutación del gen p53 se desarrollará un cáncer³.

Como factores de riesgo se describen la edad avanzada, sexo masculino, obesidad, tabaquismo, historia familiar de pólipos, cáncer colorrectal y poliposis intestinal²

CLASIFICACIÓN

Los pólipos colorrectales se clasifican de acuerdo a su histología en adenomatosos (60-70%), hiperplásicos o serrados (10-30%) y misceláneos (10-20%)⁴.

Los pólipos adenomatosos a su vez se subdividen en tubulares (85%), tubulovelloso (10%) y vellosos (5%). En función de sus alteraciones citológico-estructurales pueden tener un bajo o alto grado de displasia, esta última corresponde a un carcinoma in situ, siendo clave diferenciarla de una lesión invasiva (la cual atraviesa la capa submucosa)¹. Los factores de riesgo para la transformación maligna son la displasia de alto grado, el tamaño (mayor a 20 mm) y la morfología vellosa⁵.

Pólipos hiperplásicos o serrados, corresponden a los pólipos neoplásicos más frecuentes. Son más prevalentes en personas de edad avanzada y se localizan frecuentemente en colon distal y recto¹. Se caracterizan por el contorno aserrado de sus criptas y lo abigarrado de las bases sin evidencia de atipia⁵. Existen reportes de que algunos de estas lesiones, sobre todo si se encuentran en colon ascendente y son mayores a 10 mm, pueden tener cierto riesgo de malignización⁶.

Pólipos inflamatorios se forman como consecuencia de un foco inflamatorio local de la mucosa colónica, dentro de las causas de estas lesiones se encuentra la enfermedad inflamatoria intestinal, esquistosomiasis crónica, colitis amebiana o disentería bacilar¹.

Los pólipos hamartomatosos son consecuencia de la proliferación de células maduras de la mucosa en el periodo neonatal³. Dentro de estas se encuentra el Sd Peutz-Jeghers, poliposis juvenil, síndrome de Cowden, Síndrome de Bannayan-Ruvalcabe-Riley⁵. El síndrome de Peutz-Jeghers se caracteriza por pólipos hamartomatosos en el tubo digestivo (intestino delgado, colon y recto), asociado a la presencia de manchas melanocíticas en la mucosa bucal y labial; el síndrome se asocia a cánceres digestivos (páncreas) y no digestivos (mama, ovario, testículos), sin embargo, los pólipos no se consideran premalignos³. La poliposis juvenil se caracteriza por la presencia de 3 o más pólipos distribuidos a lo largo de todo el colon, los cuales tienen potencial de malignización; se asocia en un 20% de los casos a malformaciones de distintos tipos (macrocefalia, labio leporino, paladar hendido, entre otras)³.

Poliposis adenomatosa familiar (PAF), corresponde al síndrome polipósico más frecuente, con una incidencia de 1 caso por cada 20.000 habitantes¹. Es de carácter autosómico dominante, donde la presencia de una mutación germinal en el gen APC, localizado en el cromosoma 5q, es responsable de la mayoría de los casos de PAF¹. y se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos adenomatosos (mayor a 100) a lo largo del intestino grueso¹. Debe sospecharse en pacientes donde se encuentran más de 10 pólipos adenomatosos colorrectales². Las lesiones tienen un alto potencial de malignización, de manera que, si no se efectúa tratamiento, la totalidad de pacientes desarrollará un carcinoma colorrectal antes de los 40 años⁷. Además de poder encontrarse a nivel colónico, se pueden presentar a nivel gástrico y duodenal¹.

Poliposis asociada al gen MYH (PAM) es una entidad de herencia autosómica recesiva por mutaciones en el gen MUTYH¹. Su presentación clínica se caracteriza por la presencia de entre 10-100 pólipos adenomatosos, con compromiso extraintestinal poco frecuente, en ausencia de antecedentes familiares de adenomas¹.

EVALUACIÓN

Como se mencionó en el comienzo, la presentación más común es el hallazgo incidental en colonoscopias indicadas por otro motivo, y en caso de presentar síntomas, el sangrado gastrointestinal es uno de los síntomas más comunes. Por lo que en la evaluación inicial se debe incluir un hemograma, en busca de anemia, asociado a una prueba de sangre oculta en deposiciones con medición inmunohistoquímica para hemoglobina humana².

El método de diagnóstico de elección es la colonoscopia, ya que no sólo consigue determinar el número, tamaño y localización de los pólipos, sino además logra, en el mismo procedimiento, la resección de la lesión que permite obtener biopsias para su evaluación histológica¹. Sin embargo, su sensibilidad y especificidad dependen tanto de la preparación del paciente como de la experiencia del endoscopista⁸. Dentro de sus complicaciones se describen dolor abdominal severo, inducción de diverticulitis, hemorragia, perforación, eventos cardiovasculares y propios de la sedación⁸. Otros métodos diagnósticos son el enema baritado de doble contraste o la colonografía por tomografía computada⁸.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

Se ha demostrado que la aparición de un pólipo demora aproximadamente 5 años; la aparición de un cáncer colorrectal a partir de la malignización de un adenoma previamente existente demora otros 5 años³. Debido a esto durante la colonoscopia se realiza polipectomía con fines diagnósticos y terapéuticos; se realiza electrocauterización en caso de los pólipos pedunculados y resección de mucosa en caso de ser sésil². En ciertos casos de poliposis adenomatosa familiar o asociado a mutación MUTYH se pueden realizar procedimientos profilácticos como colectomía total con anastomosis ileorectal o proctocolectomía ileal con anastomosis anal².

Respecto al seguimiento de los pacientes, el intervalo dependerá de los hallazgos de la colonoscopia y de las biopsias. En caso de no encontrar lesiones, se debe repetir la colonoscopia en 10 años; en caso de encontrar menos de 2 adenomas tubulares pequeños, repetir en 5-10 años; con 3-10 adenomas o adenoma mayor a 1 cm o de características vellosos o displasia de alto grado, repetir en 3 años; y en caso de encontrar más de 10 pólipos debería repetirse la colonoscopia en menos de 3 años⁸.

DISCUSIÓN

Los pólipos en el intestino grueso, pese a tener una presentación asintomática, su hallazgo conlleva a un manejo que puede extenderse por años. Desde encontrar una lesión benigna en la biopsia, que lleve a un control con colonoscopia cada 10 años o hasta el de un cáncer colorrectal en estado inicial con el manejo respectivo, el espectro de manejo es amplio.

Además, dado el aumento de la expectativa de vida y una mayor disponibilidad de exámenes diagnósticos, la incidencia de los pólipos intestinales debería ir aumentando.

La detección de los pólipos colónicos resulta ser el método más efectivo en la prevención y detección de cáncer colorrectal en etapas precoces⁹. En este contexto resulta imprescindible para un médico general tener nociones sobre esta patología, dado que podría ser un motivo de consulta u hallazgo en el historial de un paciente, saber cómo abordar el cuadro según el contexto de este, el número y tipo de lesiones encontradas en el procedimiento, y con esta información decidir la conducta terapéutica a seguir, si el paciente puede ser manejado en un contexto de atención primaria o debe ser derivado.

BIBLIOGRAFÍA (SEGÚN ORDEN DE APARICIÓN)

1 Moreira L, Castells A, Castelví S. Pólipos y poliposis colorrectales. En: Montoro MA, García Pagán JC, editores. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2da ed. Madrid: Jarpyo; 2012. p. 607-16.

2. Meseeha M, Attia M. Colon Polyps. [Updated 2022 Aug 8]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430761/>

3 Avendaño H., R., Fernández A., P., & Deichler V., M. F. (2007). Poliposis de colon. Cuadernos de cirugía, 21(1), 59–64. <https://doi.org/10.4206/cuad.cir.2007.v21n1-09>

4 Castells A, Bessa X. Pólipos y poliposis intestinal. En: Ponce J, ed. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona, Doyma, 2000:247-56.

5 Contreras, D. F. (s.f.). Polipos Intestinales. Obtenido de chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgiclfndmkaj/http://www.seapcongresos.com/2005/Cursos/Curso_Corto_Tumores_digestivo/Polipos_intestinales_F_Contreras.PDF

6 Nakamura S, Kino I, Akagi T. Inflammatory myoglandular polyp of the colon and rectum. A clinicopathological study of 32 pedunculated polyps, distinct from the other types of polyps. Am J Surg Pathol 1992;16:772-779.

7 Rustgi AK. Hereditary gastrointestinal polyposis and nonpolyposis syndromes. N Engl J Med 1994;331:1694-702.

8 Huck, M. B., & Bohl, J. L. (2016). Colonic Polyps: Diagnosis and Surveillance. Clinics in colon and rectal surgery, 29(4), 296–305. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584091>

9 Rojas Duarte, M., & Marinkovic Gómez, B. (2020). Cirugía en Medicina General: Manual de enfermedades quirúrgicas (Primera ed.). Santiago, Chile: Centro de Enseñanza y Aprendizaje, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.