

DR. EDUARDO MAIZA RODRÍGUEZ

Introducción

En este capítulo se aborda en forma esquemática el tema, tratando de reunir evidencias del estado actual del problema.

En Chile, ha aumentado progresivamente la frecuencia del cáncer de colon (ver capítulo), y ante la evidencia que se desarrolla en más del 95% a partir de adenomas; su extirpación constituye un tratamiento y profilaxis. Por ello es importante tener claros los conceptos respecto de esta patología.

Definición

Los pólipos son masas circunscritas de tejido, nacidas de la mucosa, que se proyectan hacia el lumen intestinal. No serán abordados todos aquellos que surgen de otras capas que, aunque crecen hacia el lumen, tienen un comportamiento biológico diferente y no constituyen lesiones precancerosas.

Clasificación

Morfológica

Los pólipos se dividen en sésiles y pediculados. En nuestro país, se utiliza con frecuencia la clasificación de Yamada para pólipos gástricos; a los sésiles, apenas o claramente solevantados se les denomina tipo I y II, y los con pedículo esbozado o claro serán III y IV.

Histológica

Los pólipos se dividen según su potencial maligno en neoplásicos o adenomas y no neoplásicos (Tabla 1). Los adenomas son tubulares, vellosos o tubulo-vellosos, si están conformados por estructuras tubulares, digitiformes o por ambas. El porcentaje de elementos vellosos nos permitirá llamarlos tubulares (menor del 25%), tubulo-vellosos (hasta 74%) o vellosos (75% o más). Los más frecuentes son los primeros (70-85%) y menos del 5% lo constituyen los últimos. Los vellosos tienen mayor potencial de degeneración maligna.

Es importante considerar el grado de alteraciones mucosa y celulares,

Tabla 1. Clasificación de los Pólipos según histología

	Neoplásicos*	No Neoplásicos
Benignos	Adenomas	Hiperplásticos
	- Tubulares	Juveniles
	- Tubulo-veloso	Peutz-Jeghers*
	- Vellosos	Inflamatorios
	- Mixtos o serratos	Agregados linfoides Hamartomas
Malignos	- Pólipo malignizado	

* Con potencial maligno.

denominando así displasia de bajo, moderado y alto grado. En el término displasia de alto grado, se incluyen los conceptos de las antiguas clasificaciones (carcinoma *in situ*, intramucoso o focal), denominaciones que deberían desaparecer, en favor de displasia de alto grado, para evitar tratamientos excesivos o confusiones.

Los adenomas con displasia severa o con carcinoma invasor (más allá de la *muscularis mucosae*) son el 7 y 3%, respectivamente.

El potencial maligno se incrementa a medida que el adenoma crece, siendo los mayores de 1 cm quienes tienen mayor proporción de componente vellosos y displasia de alto grado. Se cree que en la medida que esta proliferación monoclonal crece, acumula mayor cantidad de alteraciones genéticas y cromosómicas, determinando un comportamiento más agresivo.

Histogénesis

La histogénesis de un adenoma y la posterior aparición de un cáncer a partir de un tejido sano, depende de la asociación e interacción de tres fenómenos: inestabilidad cromosómica, inestabilidad microsatóelite y predominancia de pro-oncogenes.

La inestabilidad cromosómica depende de la pérdida de los dos alelos

de los genes APC, DCC y del P53, quienes suprimen la existencia de tumores. La inestabilidad microsatélite genética dice relación con la incapacidad de reparar el DNA por la expresión de al menos 4 genes (msh2, mlh1, etc), que causan el fenotipo rer o del error replicativo. Finalmente la aparición de un oncogen Ki-ras que es un promotor de tumores.

La secuencia parece ser la mutación de APC, Ki-ras, DCC y P53 pero el orden puede variar.

Clínica

Los pólipos son frecuentemente asintomáticos y hallazgos habitualmente de un examen solicitado por otro motivo. Cuando son sintomáticos, miden al menos 1 cm, manifestándose por hemorragia silenciosa o visible. Las lesiones vellosas producen emisión de mucosidades e hipokalemia. Los pólipos de gran tamaño pueden raramente causar pujo y dolores abdominales. La exploración física en general es normal, salvo en síndromes como el Peutz-Jeghers, donde hay pigmentación mucocutánea.

Diagnóstico

El examen de elección es la colonoscopia hasta el ciego, ya que el 40% de las lesiones se localizan en zonas proximales al ángulo esplénico. En alrededor del 2%, este examen no es completo o por otras razones no es factible practicarlo, en esos casos está indicada la enema baritada y en futuro cercano la colonoscopia virtual (en ambas no se pueden tomar biopsias).

Se prefiere la colonoscopia porque es más sensible y eficaz, detectando más lesiones y de menor tamaño, pudiendo resecarlas de inmediato. En USA, se ha propuesto la rectosigmoidoscopia más enema baritada, opción que en Chile es de mayor costo.

Evolución y tratamiento

Los pólipos neoplásicos se presentan esporádicamente o en un contexto hereditario o sindromático. Se estima que un pólipo mayor de un centímetro, demora 7 años en malignizarse, por ello la resección interrumpe el ciclo disminuyendo la incidencia de cáncer colorrectal.

El tratamiento de elección es la polipectomía endoscópica, que consiste en lacear la lesión y cortarla mediante una asa de electrocoagulación. La técnica puede ser polipectomía simple o mucosectomía. En la última se inyecta en la base la lesión para sollevantarla y extraer una superficie mayor con menor riesgo.

La pieza reseca y recuperada íntegramente, debe ser estudiada histológicamente para determinar su benignidad. Si existe foco de malignidad, debe precisarse si la sección fue completa y alejada del borde de sección (al menos 1 mm al microscopio). Además debe detallarse el compromiso vascular o linfático, o si es indiferenciado, en que la probabilidad de una metástasis regional metacrónica es alta. En ausencia de estos criterios, la polipectomía endoscópica es el único tratamiento recomendado.

Por el contrario, la colectomía debe plantearse si se trata de un cáncer invasor (más allá de la muscular de la mucosa), valorando el riesgo de la resección colónica electiva versus el de una metástasis regional que no excede el 1,5%.

Vigilancia

Posterior a una polipectomía, en una colonoscopia realizada al año y a los 3 años se encuentran pólipos entre un 28 y 42% de los casos, más pequeños y con displasia más leve. Por ello, se recomienda luego de una limpieza de pólipos, una colonoscopia de control a los 3 años y si ella es negativa, repetirla a los 10 años (con perfil de riesgo promedio) o 3 a 5 años en casos de alto riesgo.

Se define como perfil de riesgo promedio a aquellos pacientes mayores de 50 años sin otros factores asociados. Los de alto riesgo son aquellos que tienen un síndrome poliposo hereditario (poliposis Familiar), o cáncer colorrectal hereditario no poliposo (síndrome de Lynch), los que tienen antecedentes familiares de primer grado, o personales de pólipos o cánceres colorrectales ya resecaos.

Es necesario ser más agresivo cuando los pólipos resecaos son de carácter vellosos.

Los enfermos con familiares de primer grado y en los que una primera colonoscopia no mostró pólipos deben ser re-examinados a los 5 años.

En estudios recientes se ha demostrado que hasta un 16% de los pólipos pueden ser no diagnosticados por un endoscopista experimen-

tado (versus 48% del enema baritada), por lo que es preferible, después de un primer examen, repetirlo al año y luego seguir la recomendación internacional.

Casos especiales

Son factores de alto riesgo de recidiva poliposa a los 3 años post limpieza colon, los siguientes:

- Mayor de 1 cm.
- Dos o más pólipos.
- Adenoma vellosos o con displasia de alto grado.
- Pacientes con familiares de primer grado con cáncer de colon.

Los pólipos mayores de 2 cm, en general tienen un importante contenido vellosos, por lo que deben seguirse igual que si fuesen vellosos.

En caso de riesgo de complicación evidente con la polipectomía, es preferible la cirugía abierta.

Los pólipos que comprometen más allá de la *muscularis mucosae*, pueden ser resueltos por endoscopia si no son indiferenciados y no presentan compromiso de linfáticos ni vasculatura del pedículo. En el caso de invasión de éste, debe haber al menos 1 mm de tejido sano (al microscopio), antes del borde de sección. Cuando son sésiles y se sospecha invasión inequívoca de la submucosa, se sugiere tratar por cirugía abierta, salvo contraindicación. En la Tabla 2 resumiremos las conductas habituales y excepcionales.

Prevención

Un cambio en el estilo de vida parece indispensable para disminuir la incidencia de cánceres colorrectales, ello incluye el no fumar, ingerir una dieta pobre en materias grasas, hipocalórica y rica en frutas y verduras.

La quimiopprofilaxis se intenta hace varios años, iniciándose con sulindaco y ácido acetilsalicílico, los que demostraron disminuir la incidencia de pólipos y de cáncer colorrectal, pero la existencia de importantes efectos colaterales han hecho desestimar su uso de rutina. Actualmente, se encuentran en evaluación los antiinflamatorios no esteroideos (inhibidores de la Cox-2), los que deberían producir el mismo efecto antineoplásico con menores efectos colaterales. Estos estudios están en curso y en 4 años más podríamos tener resultados.

Tabla 2. Resumen de las conductas a tomar con relación a pólipos del colon

Pólipo	Conducta
Hiperplástico en rectosigmoidoscopia	No completar colonoscopia
Adenoma en rectosigmoidoscopia	Completar colonoscopia y realizar polipectomía de todos los observados
Adenoma: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor un centímetro • Dos o más • Velloso • Displasia alto grado 	Colonoscopia control a los 3 años
No hay pólipos en colonoscopia 3 años	Colonoscopia a 5 años
Pólipos vellosos mayores a 2 cm	Polipectomía y colonoscopia cada 3 a 6 meses hasta verificar su exéresis completa. Considerar cirugía si requiere tres sesiones o más para resecarlo completamente.
Pólipos malignos de alto riesgo	Cirugía resectiva clásica.
Pólipos malignos de bajo riesgo	Sólo polipectomía control endoscópico a los 3 meses.

Recomendaciones para pacientes con familiares con pólipos o cáncer de colon

La vigilancia con colonoscopia debe realizarse a los 40 años, o 5 años antes de la edad de aparición del caso índice. Luego repetirse cada 3 años en los pacientes de alto riesgo y a los 5 años en los de bajo riesgo.

Los pacientes que padecen una poliposis familiar debe iniciarse a los 15 años y el seguimiento es muy agresivo, llevando a la colectomía precozmente para evitar el cáncer de colon.

Referencias

- 1.- O'Brien M, Winawer S, Zauber A et al. The National Polyp Study. Patient and polyp characteristic associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 1990; 98: 371- 9.
- 2.- Winawer S, Zauber A, O'Brien M et al. The National Polyp Study. Design, Methods, and characteristics of patients with newly diagnosed polyps. The National Polyp Study Workgroup. *Cancer* 1992; 70 (Suppl 5): 1236-45.
- 3.- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of colonoscopy in the management of patients with colonic polys neoplasia. Guidelines for Clinical application. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 921- 4.
- 4.- Rex D, Johnson D, Lieberman D, Burt R, Sonnenberg A. Colorectal cancer prevention 2000: Screening recommendations of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 868-7.
- 5.- Bond J H. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice Parameters Committe of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3053-63.