

EPIDEMIOLOGÍA, PATOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE PÓLIPOS COLORRECTALES. CENTRO MÉDICO PAITILLA. OCTUBRE 1997 - SEPTIEMBRE 2000.

EPIDEMIOLOGY, PATHOLOGY AND CLINICAL PRESENTATION OF COLORECTAL POLYPS. CENTRO MEDICO PAITILLA. OCTOBER 1997 - SEPTEMBER 2000.

Jeanid A. Guillén G., Michael A. Hawkins V., Boska E. Mislov S.

Estudiantes de XII semestre de la carrera de Medicina de la Universidad de Panamá.

Asesor: Dr. José Rogelio Méndez

Gastroenterología y Medicina Interna. Consultorios Médicos Paitilla

Profesor de Gastroenterología. Facultad de Medicina. Universidad de Panamá

RESUMEN

Introducción. El pólipo colorrectal es una protuberancia visible en la mucosa del intestino grueso. Pueden ser neoplásicos o no neoplásicos, según su histología. El pólipo adenomatoso es una lesión neoplásica benigna precursora del cáncer colorrectal, que es el tercer cáncer más frecuente en el mundo.

Objetivo. Describir la frecuencia de aparición de pólipos colorrectales en cuanto a su epidemiología, patología y presentación clínica.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo cuya muestra fueron todas las colonoscopías con diagnóstico de pólipos colorrectales.

Resultados. De 446 pacientes con colonoscopías, 163 tuvieron pólipos colorrectales. De éstos, 155 cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 57.6 años. El 59 % fue del sexo masculino. El 65% de los pólipos se encontraron distales a la flexura esplénica. Los pólipos con tamaño ≤ 0.5 cm fueron 63%. Pólipos sésiles fueron 91%. La mayoría de los pacientes tuvieron pólipos únicos. En la histología, predominó el tipo adenomatoso tubular. El 55.5% presentaron sangrado rectal, dolor abdominal y constipación como síntomas más frecuentes. El 16% tenía historia familiar de cáncer colorrectal.

Palabras claves: pólipos colorrectales, cáncer colorrectal, colonoscopia.

ABSTRACT

Background. Colorectal polyps are visible protuberances on the colon mucosa. They can be neoplasms or non-neoplasms. Adenomatous polyp is a benign lesion many times precursor of colorectal cancer, which is the third most frequent in the world.

Objective. Describe the epidemiology, pathology and clinical presentation of colorectal polyps.

Methods. Retrospective descriptive study.

Results. One hundred and fifty five patients from 446 colonoscopies matched with the inclusion criteria. The mean age was 57.6 years. Fifty nine percent were male. We found 65% of polyps distal to the splenic flexure. Sixty three percent were ≤ 0.5 cm and 91% sessile. The majority of patients had unique polyps, predominately adenomatous tubular histology. Rectal bleeding, abdominal pain and constipation were the most frequent symptoms presented in 55.5%. Sixteen percent of the patients had family history of colorectal cancer.

Key words: colorectal polyps, colon cancer, colonoscopy.

INTRODUCCIÓN

Un pólipo colorrectal se define como una protuberancia visible en la mucosa del intestino grueso. La significancia clínica de los pólipos depende de su histología. En la clasificación de los tumores del intestino delgado y del intestino grueso, encontramos pólipos NO NEOPLÁSICOS (hiperplásicos, hamartomatosos, inflamatorios y linfoides), LESIONES EPITELIALES NEOPLÁSICAS (Benignos: adenoma tubular, tubulovelloso, vellosos – Malignos: adenocarcinoma, tumor carcinoide, carcinoma de la zona anal), LESIONES MESENQUIMATOSAS (benignas y malignas) y LINFOMA.¹

La evidencia indica que el pólipo neoplásico adenomatoso es la lesión precursora de la mayoría de los carcinomas colorrectales, al progresar hacia displasia severa y hacia el carcinoma invasor tras un tiempo de evolución de cinco a 10 años. El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común en el mundo. En los Estados Unidos, es la segunda causa de muertes por cáncer y a su vez es el tercer cáncer más diagnosticado en hombres y mujeres;² la tasa de mortalidad por cáncer colorrectal ha comenzado a disminuir por debajo del 50% por el uso frecuente de la colonoscopia y polipectomía en las últimas dos décadas.

En Panamá, la tasa registrada de cáncer colorrectal es de 6 a 8 por 100.000 habitantes. En la mujer, ocupa el tercer lugar después del cáncer cérvico-uterino y el de mama. En el hombre, está en el cuarto lugar después del cáncer de pulmón, próstata y de estómago.³

Los pólipos colorrectales son más frecuentes en países occidentales, observándose la prevalencia más elevada en Estados Unidos.⁴

Pueden ser únicos (los más frecuentes, 60%),⁵ múltiples (menos de 10 pólipos), poliposis (más de 10 pólipos) y poliposis difusa (más de 100 pólipos).

Morfológicamente los pólipos se clasifican en: pediculados (unidos a la mucosa a través de un tallo), sésiles (sin pedículo y con base de implantación ancha) y planos.

Los pólipos colónicos en su mayoría son asintomáticos, pero pueden causar sangre oculta en las heces, anemia ferropénica o eliminación de mucus,⁶ y cuando el pólipo es de gran tamaño se puede presentar obstrucción intestinal intermitente.⁷

El objetivo de este estudio es describir la epidemiología, patología y presentación clínica de pólipos colorrectales.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo. Nuestros casos consistieron en todos los pacientes con

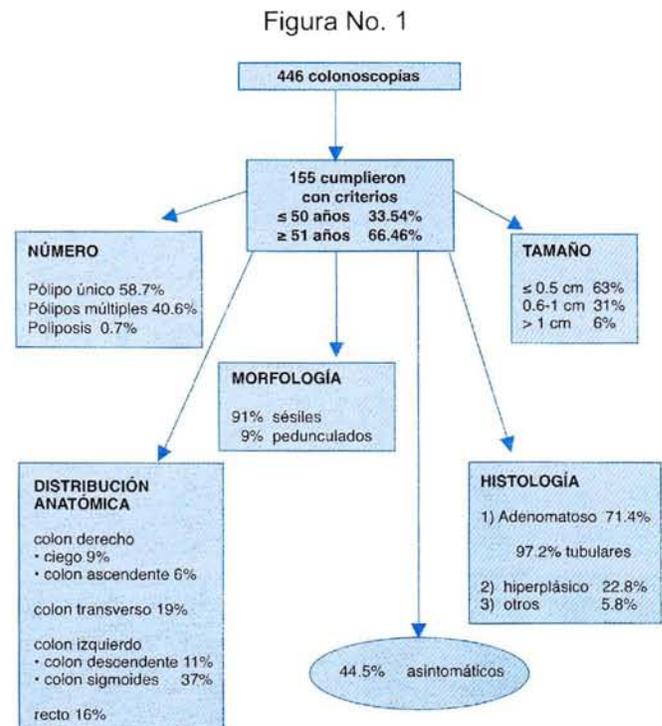
diagnóstico de pólipos colorrectales según reporte de colonoscopías realizadas en el consultorio #118 del Centro Médico Paitilla por el Dr. José Rogelio Méndez entre octubre de 1997 y septiembre del 2000.

Se listaron los nombres y se recolectaron los expedientes clínicos para proceder a llenar la encuesta realizada por los investigadores. Los pacientes fueron indicados de aquí en adelante mediante número asignados, de modo que se mantuviera la confidencialidad de los datos de los expedientes clínicos.

Definición de variables

- **Número de pólipos:** pólipo único, pólipo múltiple, poliposis, poliposis difusa (ver introducción).
- **Morfología:** pólipo pedunculado, pólipo sésil.
- **Tamaño:** Pólipos menores de 0.5 cm, pólipos de 0.6 – 1 cm, pólipos mayores de 1 cm.
- **Ubicación anatómica del pólipo colorrectal:** parte anatómica del colon donde aparecen localizados los pólipos colorrectales.
- **Histopatología:** resultado del pólipo colorrectal biopsiado en la colonoscopia.
- **Historia familiar de cáncer colorrectal:** cáncer colorrectal como antecedente familiar en parientes de primer grado de consanguinidad en el expediente clínico.
- **Presentación clínica:** signos y síntomas consignados en el expediente clínico en la visita antes de la realización de la colonoscopia.

RESULTADOS (figura. 1)



Entre octubre de 1997 y septiembre de 2000, se realizaron 446 colonoscopías. 163 pacientes tenían pólipos colorrectales representando el 36.5% del total de pacientes. De éstos, 155 (95%) pacientes cumplieron con los criterios de inclusión

La edad promedio fue de 57.66 años, y la distribución por edades fue: el 33.5% los de 21-50 años y de 66.5 % los \geq 51 años. Cincuenta y nueve por ciento fueron del sexo masculino y 41% del sexo femenino, obteniéndose una relación masculino/femenino de 1,4:1.

Encontramos un total de 251 pólipos en los 155 pacientes. Cincuenta y ocho por ciento presentaron pólipos únicos, 40.6% presentaron múltiples pólipos y sólo 0.7% pacientes presentaron poliposis. Respecto a su morfología, 91% fueron pólipos sésiles y 9% pedunculados.

La mayoría (63%) fueron los pólipos de 0.5 cm o menos, los de 0.6 a 1 cm eran el 31%, y los mayores de 1 cm fueron el 6%, sin que estos últimos sobrepasaran los 4 cm.

La distribución anatómica fue la siguiente: 19% en el colon transverso, 37% en el colon sigmoides y 16% en recto.

Los resultados de las biopsias revelaron que 179 de los pólipos correspondían al tipo adenomatoso (71.4%) y de éstos, 97.2% fueron tubulares. El 22.8% correspondían al tipo hiperplásico. El resto de los pólipos (5.8%) se distribuyó entre mucosos, inflamatorios y adenocarcinoma.

Sólo un 16.13% de nuestra población presentó antecedente de historia familiar de cáncer colorrectal.

El 44.5% de nuestros pacientes estaban asintomáticos y el 55% se presentaron con sangrado rectal, dolor abdominal y/o constipación como los síntomas más frecuentes. (Tabla 1)

Tabla 1. Signos y síntomas más frecuentes entre los pacientes sintomáticos.

Síntoma o signo	No. de pacientes	(%)
sangrado rectal	30	35
dolor abdominal	26	30
constipación	21	24
anemia	9	10
flatulencia	8	9
defecación irregular	8	9
diarrea	7	8
otros*	2	2

*Incluye: sangre oculta en heces, náuseas, hiporexia, tenesmo rectal, dolor anal, distensión, heces delgadas

DISCUSIÓN

El 36.5% de la población estudiada tenía pólipos, cifra semejante a la hallada por Winawer y otros,⁵ que obtuvieron valores entre 25 y 41% en sus estudios de colonoscopia. Mientras que los estudios necrópsicos muestran un rango del 22-61%.^{8,9}

Dos tercios de la población estudiada fue mayor de 50 años, hecho que concuerda con Lieberman¹⁰ y Guillem,¹¹ quienes manifestaron que la aparición de pólipos aumentaba con la edad, siendo la frecuencia en los pacientes mayores de 50 años entre el 21 y 58%. Paillot y otros, en su estudio realizaron colonoscopías de control a los pacientes por año y demostraron que la tasa de incidencia aumentaba, siendo en la tercera evaluación de un 1.75% por paciente por año (95% IC 0.80-3.33) y al sexto año de 7.3% (95% IC 4.3-10.3).¹²

El sexo masculino correspondía a un 59%, similar a lo encontrado por Paillot y otros.¹² El sexo masculino en algunos estudios se comporta como factor predictivo para el desarrollo de pólipos, con una $p < 0.03$.^{12,13}

La mayoría de los pacientes tenían un pólipo único similar a lo encontrado por Winawer y otros.⁵

O'Brien y otros, encontraron valores similares: 38% de los pólipos en el grupo \leq 0.5 cm, 36% de 0.6 a 1 cm y los $>$ 1 cm el 26%. En nuestro estudio encontramos que los pólipos \leq 0.5 cm representaron el 63%. La frecuencia de cáncer en pólipos adenomatosos aumenta conforme aumenta el tamaño de los mismos. Los menores de 1 cm se transformaron en el 1-3% de los casos, pólipos de 1 a 2 cm en un 10% y en los mayores de 2 cm hasta un 40%.¹⁴

En los estudios realizados por Winawer¹⁵ y Clark¹⁶ el 70-85% de los pólipos eran adenomatosos. O'Brien en su estudio encontró que, de los pólipos adenomatosos, los tubulares son los más frecuentes, los tubulovelloso 8-15% y los vellosos 5-10%.⁷ En nuestro estudio, el 71% eran pólipos adenomatosos y de éstos, el 97% fueron tubulares, similar los resultados de Muto y otros (75-87%).¹⁷

La frecuencia de cáncer colorrectal en pacientes con pólipos adenomatosos aumenta conforme varía su histología de tubular, tubulovelloso a vellosa siendo un 4.8%, 22% y 40.7% respectivamente.¹⁷

Los hallazgos acerca de pólipos hiperplásicos (22.8%) no se alejan de los datos brindados por los estudios de Rogge (20-39%).¹⁸ Los pólipos mucosos sólo se encontraron en 2.8% de nuestros pacientes; mientras que Waye y otros señalan un 18%.¹⁹

Con respecto a la ubicación anatómica, el 65% se encontraron distales a la flexura esplénica y el 53% en el rectosigmoides, similar a los resultados de Lieberman⁸ y Rogge.¹⁸

Estudios acerca de la historia familiar de cáncer colorrectal como factor de riesgo para el desarrollo del mismo en pacientes con pólipos colorrectales, nos muestran RR = 3.49 (IC 1.33-9.12).¹¹ El 16% de nuestros pacientes tenían historia familiar de cáncer colorrectal pero al no ser nuestro estudio controlado no pudimos evaluar este factor de riesgo. Tal vez este porcentaje representa un subregistro, ya que el paciente puede haber desconocido sus antecedentes familiares.

La literatura señala que los pólipos colorrectales son en su mayoría asintomáticos. En nuestros pacientes el 55.5%, presentaban algún síntoma y el 44.5% estaban asintomáticos. Atribuimos esto, a que en la mayoría de los pacientes se hizo la colonoscopia por síntomas debidos a otra patología y el hallazgo del pólipo fue incidental.

REFERENCIAS

1. Crawford JM. The Gastrointestinal Tract. En: Cotran RS, Kumar V, Collins T. Pathologic Basis of Disease. 6th edition. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999. p.826.
2. Sabonge R. Prevención primaria del cancer de colon y recto. ¿Cómo se previene el cancer de colon y recto? Rev Med Cient 1998; 12: 20-4.
3. Valdés P. Registro anual del cancer en Panamá, 1984-1995. Academia Panameña de Médicos y Cirujanos. Sesión mensual, agosto 1997.
4. Black RJ, Bray F, Farlay J, Parkin Dm. Cancer incidence and mortality in the european union: Cancer registry data an estimates of national incidence for 1990. Eur J Cancer 1997; 33: 1075-107.
5. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Gothlieb LS, Stembe SS, Stewart ET et al. The national polyp study: Design, methods and characteristics of patients with newly diagnosed polyps. Cancer 1992; 70: 1236-45.
6. Kim EC, Lane P. Colorectal polyps and their relationship to cancer. Gastroenterol Clin North Am 1997;26:1-17.
7. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, Gothlieb LS, Sternberg SS, Diaz B, Dickersin GR. The national polyp study: patient and polyp characteristics associated with high grade dysplasia in colorectal adenomas. 1990; 98:371-9.
8. Bambi JA. Polyps of the colon in Barcelona, Spain: An autopsy study. Cancer 1988; 6:1472-6.
9. Stalsberg H. The prevalence of polyps of the large intestine in Oslo: an autopsy study. Cancer 1982; 49: 812-5.
10. Lieberman DA, Smith FW. Screening for colon malignance with colonoscopy. Am J Gastroenterol 1991; 86: 946-51.
11. Guillem JG, Forde KA, Treta MR, Neugut AI, O'Tootle KM, Diamond B. Colonoscopic screening for neoplasm in asymptomatic first degree relatives of persons with colonic cancer. Gastroenterology 1995; 109: 783-8.
12. Paillot B, Czernichow P, Michel P, Menle V, Queuniet AM, Dubai C, Daubert H. Incidence of recto-sigmoid adenomatous polyps in subjects without prior colorectal adenoma or cancer: a prospective cohort study. Gut 1999; 44:372-6.
13. Markovitz AJ, Winawer SJ. Manegement of colorectal polyps. Cancer J Clin 1997; 47: 93-112.
14. Lefton H, Pilchman J, Harmatz A. Colon cancer screening and the evaluation of colonic polyps. Prim Care 1996;23: 515-23.
15. Winawer SJ, Schotlenfeld D, Flehunger BJ. Colorectal cancer screening. J Natl Cancer Inst 1991; 83:243-53.
16. Clark JC, Coltan Y, Eide TS. Prevalence of polyps in a autopsy series from areas with variating incidence of large bowel cancer. Int J Cancer 1985;36:179-86.
17. Muto T, Bussey HJR, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer 1975; 36: 2251-70.
18. Roggee JD, Elmore MF, Mahoney SS, Brown ED, Trojano FP, Wagner DR et al. Low cost office based screening colonoscopy. Am J Gastroenterol 1994; 89:1175-80.
19. Wayne SD, Lewis BS, Frankel A, Séller SA. Small colon polyps. Am J Gastroenterol 1988;83:120-2.