

## POLIPOS PRECANCEROSOS DEL COLON Y RECTO

Jorge Acuña Calvo\*

Key Word Index: Polyps, neoplasms, adenoma, colon, rectum

### RESUMEN

*Durante un período de 12 años (1970-1981) treinta pacientes con adenomas de colon y recto fueron vistos y tratados en el Hospital San Juan de Dios. Diez pacientes (33.3%) presentaban carcinomas surgidos de alguno de los tres tipos de adenomas de colon y recto (velloso, tubular y túbulo-velloso). La secuencia adenoma-carcinoma es un hecho demostrado. Ochenta y tres por ciento de las lesiones se encontraron en recto y colon sigmoides, los síntomas más frecuentes fueron rectorragia (60%) y diarrea (30%). [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1986; 7(1):75-79].*

### INTRODUCCIÓN

Los pólipos clasificados como adenomas desde el punto de vista anatomopatológico son los únicos que pueden convertirse en malignos (12, 23). Pueden clasificarse en tres tipos histológicos: adenomas tubulares o pólipos adenomatosos, adenomas vellosos y adenomas mixtos o túbulo-vellosos. Los vellosos son los que están asociados con un mayor riesgo de malignidad, aunque los otros dos tipos también tienden a la degeneración (9, 11, 15, 18, 27, 30, 31, 34). Aparentemente la transformación maligna ocurre en un lapso de aproximadamente 10 años (36). Estos pólipos pueden verse en cualquier sitio del intestino grueso (25, 28, 33).

Poco es lo que se sabe con respecto a la etiología (20, 26). Aparecen durante la quinta y sexta década de la vida y prácticamente no hay diferencia en su incidencia con respecto al sexo (1, 6, 13, 21, 38). Los tubulares son más frecuentes que los vellosos y que los mixtos. Los tres tipos usualmente son solitarios y pueden ser sésiles o pediculados (1, 24, 29). El tamaño es variable y el aumentar el mismo, el potencial maligno se incrementa (8, 39).

Los adenomas son predominantes del colon izquierdo y recto (37); pueden cursar asintomáticos pero generalmente presentan rectorragia y diarrea (22). El estado general del paciente prácticamente no se altera, excepto cuando hay ma-

lignidad. Para confirmar el diagnóstico y en vista de que casi todos se localizan en recto y sigmoides, el examen digital y la rectosigmoidoscopia son los métodos más importantes. Estos pólipos deben ser extirpados no solamente debido a los síntomas que ocasionan sino para prevenir sus cambios malignos (3, 4, 5, 7, 19, 35). El tipo de cirugía depende del tamaño del tumor, de su localización y de la presencia o ausencia de malignidad (2, 32). Un 75 por ciento de los pacientes que presentan degeneración y son operados sobreviven más de cinco años (14, 16). Después de ser tratados, deben seguir un control por toda la vida, preferentemente (10, 17).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes de los casos tratados y diagnosticados en el Hospital San Juan de Dios durante los 12 años comprendidos entre 1970-1981. Se obtuvo un total de 30 casos de los 3 tipos de pólipos precancerosos y de carcinomas reportados como provenientes de adenomas.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los 30 casos, 16 pertenecían al sexo masculino y 14 al sexo femenino, todos eran de raza blanca y la mayoría de los casos estuvo entre la quinta y sexta década de la vida. El Cuadro 1 muestra la distribución por edad:

En el estudio macro e histopatológico de las lesiones extirpadas, de acuerdo con los 3 tipos de pólipos o adenomas predominaron los pólipos adenomatosos puros sobre los carcinomas surgidos en alguno de los 3 tipos de adenoma. El Cuadro 2 resume los diagnósticos patológicos. Obsérvese que 10 de las lesiones provenían del recto (22 casos, 73.3%); los restantes se localizaron en el sigmoides (3 casos, 10%), colon descendente (3 casos, 10%) y ángulo hepático del colon (2 casos, 6.7%).

El tamaño de las lesiones fue variable y osciló desde pocos milímetros hasta varios centímetros sobre todo en los que presentaban malignidad. (Ver cuadro 3)

\* Sección de Cirugía, Hospital San Juan de Dios. San José, Costa Rica.

**CUADRO 1**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDAD**  
**DE 30 PACIENTES CON PÓLIPOS**  
**PRECANCEROSOS DEL COLON Y RECTO**

EDAD AÑOS	NÚMERO DE DE PACIENTES
10-20	1
21-30	1
31-40	3
41-50	5
51-60	6
61-70	8
71-80	4
81-90	2
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

El síntoma más común fue sangrado rectal. Otros síntomas fueron: diarrea, pérdida de peso, prolapso de masa, dolor al defecar, estreñimiento, astenia - adinamia, dolor abdominal, anorexia, pujo, tenesmo y distensión abdominal. La duración de los síntomas iba de pocos días a varios meses incluso hasta 2 años. (Cuadro 4) En cuanto a los hallazgos del examen físico, éste prácticamente fue normal excepto por la presencia de una masa o tumor rectal en la mayoría de los pacientes. Solamente un paciente se presentó agudamente enfermo con abdomen en tabla y perforación intestinal por un tumor con transformación maligna del ángulo hepático del colon. No se encontró ningún paciente que se presentara con gran deshidratación por pérdida abundante de secreción mucosa rectal. En cuanto a los análisis de laboratorio prácticamente no hubo alteraciones. Algunos pacientes presentaban descensos en la cifra del hematocrito, probablemente por sangrado rectal. El antígeno carcinoembrionario (glucoproteína que

**CUADRO 2**  
**DIAGNÓSTICOS PATOLÓGICOS Y LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES EN 30 PACIENTES**  
**CON PÓLIPOS PRECANCEROSOS EN COLON Y RECTO**

TIPO DE TUMOR	TOTALES		Localizados en Recto	Otras Localizaciones
	No.	%		
Pólipos adenomatosos	13	43.3	8	5*
Carcinomas surgidos en pólipos adenomatosos	4	13.3	2	2**
Adenomas vellosos puros	5	16.7	5	-
Adenomas vellosos con focos de carcinoma	1	3.3	1	-
Carcinomas surgidos en adenoma velloso	4	13.3	4	-
Adenomas túbulos-vellosos	2	6.7	2	-
Adenomas túbulos-vellosos con focos de carcinoma	1	3.3	-	1***
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>8</b>

\* 3 en colon descendente, 2 en sigmoides.

\*\* 1 en sigmoides, otro en el ángulo hepático del colon.

\*\*\* 1 en el ángulo hepático del colon.

**CUADRO 3**

**TAMAÑO DE LAS LESIONES EN 30 PACIENTES  
CON POLIPOS PRECANCEROSOS DEL COLON Y RECTO**

TIPO DE LESIÓN	1-10 mm	11-20 mm	Más de 20 mm	No Determinado
Adenoma vellosos puro	1	1	3	-
Adenoma vellosos con focos de carcinoma	-	-	-	1
Carcinomas surgidos en adenoma vellosos	-	-	4	-
Pólipos adenomatosos puros	6	5	1	1
Pólipos adenomatosos con carcinoma	-	-	3	1
Adenoma túbulo vellosos	-	-	1	1
Adenoma túbulo vellosos con carcinoma	-	-	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>4</b>

**CUADRO 4**

**SÍNTOMAS ENCONTRADOS EN  
30 PACIENTES CON PÓLIPOS  
PRECANCEROSOS DEL COLON Y RECTO**

SÍNTOMAS	No.	%
Rectorragia	18	60.0
Diarrea	9	30.0
Pérdida de Peso	7	23.3
Prolapso de masa	5	16.7
Astenia - Adinamia	5	16.7
Dolor al Defecar	4	13.3
Anorexia	4	13.3
Dolor Abdominal	3	10.0
Estreñimiento	3	10.0
Pujo - Tenesmo	2	6.7
Distensión abdominal	1	3.3

se encuentra en los tejidos fetales y neoplásicos del sistema digestivo) no se realizó en ninguno de los pacientes.

Con relación a los estudios radiológicos, el colon por enema se realizó en 9 pacientes; en 1 caso fue reportado normal, en 2 casos se visualizaban divertículos y en 6 casos se observaban masas. A todos los casos se les realizó rectosigmoidoscopia con toma de biopsias de las lesiones y a 2 pacientes se les realizó colonoscopia para visualizar lesiones altas.

A todos los pacientes se les realizó biopsia de la lesión. Hubo 5 que rehusaron cirugía, 2 de los cuales tenían pólipos adenomatosos, 2 tenían un adenoma vellosos y 1 un adenoma túbulo-vellosos. El tipo de cirugía realizada se presenta en el Cuadro 5.

Dos pacientes fallecieron varios días después de la cirugía; a uno se le había realizado excisión de un pólipo adenomatosos y falleció por complicaciones pulmonares. El otro había sido sometido a resección anterior con anastomosis (colon izquierdo) por un adenoma vellosos con carcinoma y murió por dehiscencia de sutura. Un paciente hizo un neumotórax y otro sangró después de excisión de un pólipo adenomatosos; ambos se recuperaron. También hubo un caso de eventración.

Aparentemente todos los pacientes han evolucionado bien excepto por 2 muertes dentro del

**CUADRO 5**  
**TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA EN**  
**30 PACIENTES CON PÓLIPOS**  
**PRECANCEROSOS DEL COLON Y RECTO**

TIPO DE CIRUGÍA	No.
Excisiones	12
Resección abdomino-perineal	5
Biopsia solamente	5
Colotomía + Excisión	4
Resección anterior	1
Resección de Hartmann *	1
Hemicolectomía derecha	1
Hemicolectomía izquierda	1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>

\* Resección abdominorrectal con colostomía sin extirpación rectal total ni eliminación de tejido perineal.

año posterior a la cirugía por carcinoma metastásico. Ambos pacientes eran mujeres; a una de ellas se le había realizado un procedimiento de Hartmann por un carcinoma surgido en un adenoma vellosos y a la otra se le había realizado un resección abdomino-perineal por carcinoma rectal surgido también de un adenoma vellosos.

Se ignora la evolución que tuvieron los pacientes que rehusaron cirugía.

Se concluye que un examen físico adecuado, un tacto rectal bien hecho y la ayuda de una rectosigmoidoscopia permiten el diagnóstico de éstos tumores en un 80-90 por ciento de los casos (3, 7, 17). En momentos en que los casos de cáncer de colon y recto en Costa Rica y en el resto del mundo aumentan progresivamente, el propósito de éste trabajo es dar una idea general sobre el comportamiento de los adenomas y su relación con el cáncer para que se analice con más detenimiento la conducta a seguir ante la presencia de éstos.

#### AGRADECIMIENTO

Al Dr. Jorge Flikier Gotlib por su colaboración.

#### ABSTRACT

*During a twelve year period, 30 patients with colon and rectum adenomas were seen at the San Juan de Dios Hospital, San José, Costa Rica. Ten of the patients (33.3 per cent) had cancer that developed from adenomas; these is*

*strong supportive evidence for a polyp-cancer sequence. Eighty three per cent of the lesions occurred in the rectum and rectosigmoid and the most frequent symptoms were rectal bleeding (60%) and diarrhea (30%).*

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Appel M. F., Spjut H.J., Estrada R.G. The significance of villous component in colonic polyps. *Am. J. Surg.* 1977; 134:770-771.
2. Armad J.P., Eloy M.R., Clendinen J. The posterior approach for villous tumors of the rectum. *Am. J. Surg.* 1978; 136:273-275.
3. Berci G., Morgenstern L. Diagnostic colonoscopy and colonoscopic polypectomy. *Arch. Surg.* 1973; 106:818-820.
4. Blundel C.R., Earnest D. L. Cáncer in colonic polyps. *Gastroenterology* 1981; 81:625-626.
5. Colacchio T.A., Forde K.A. Endoscopic polypectomy: inadequate treatment for invasive colorectal carcinoma. *Ann Surg.* 1981; 194:704-707.
6. Correa P., Strong J.P., Reifa. The epidemiology of colorectal polyps. *Cancer* 1977; 39:2258-2264.
7. Coutsoftides T., Sivak M. V. Colonoscopy and the management of polyps containing invasive carcinoma. *Ann Surg.* 1978; 188: 638-641.
8. Eisemberg B, Decoss J.J. Carcinoma of the colon and rectum. *Cancer* 1982; 49:1131-1132.
9. Ekelund G. Linstrom C. Histopathological analysis of benign polyps in patients with carcinoma of the colon and rectum. *Gut* 1974; 15:654-663.
10. Enterline H. T. Management of polypoid lesions. *Jama* 1975; 231:967-968.
11. Fenoglio C. M., Lane N. The anatomic precursor of colorectal carcinoma. *Cancer* 1974; 34:819-823.
12. Gilbertsen V. A., Nelms J. M. The cancer of the rectum. *Cancer* 1978; 41:1137-1139.
13. Gillespie P. E., Chambers T.J. Colonic adenomas, a colonoscopy survey. *Gut* 1979; 20:240-245.
14. Henry L.G., Condon R.E., Schulte W.J. Risk of recurrence of colon polyps. *Ann Surg.* 1975; 182:511-514.
15. Jahadi M.R., Baldwin A. Villous adenomas of the colon and rectum. *Am. J. surg.* 1975; 729-732.
16. Kirkegaard P., Christiansen J. Prognosis after treatment of villous adenomas of the colon and rectum. *Ann Surg.* 1979; 189:404-407.
17. La Salle D. Colorectal cancer-prevention and detection. *Cancer* 1981; 47:1170-1172.
18. Lev R., Grover R. Precursors of human colon carcinoma: a serial section study of colectomy specimens. *Cancer* 1981; 47:2007-2015.

19. Liebermann T. A., Barnes M. Gastrointestinal fiberoptic endoscopy. *Surg. Clin. North Am.* 1979; 59:787-795.
20. Maskens A. P. Histogenesis of adenomatous polyps in the human large intestine. *Gastroenterology* 1979; 77:1245-1251.
21. Mazier W. P., MacKeigan J.M. Juvenile polyps of the colon and rectum. *Surg. Gyn and obstetrics* 1982; 154:829-832.
22. Mc. Cabe J.C., Mc. Sherry C.K. Villous tumors of the large bowel. *Am. J. Surg.* 1973; 126:336-342.
23. Morson B.C. Génesis del cáncer colorrectal. *Clínica Gastroenterológica* 1976; 5:22-41.
24. Mughal S., Filipe M.I. A comparative ultrastructural study of hyperplastic and adenomatous polyps. *Cancer* 1981; 48:2746-2755.
25. Munk J.F. villous adenoma causing acute appendicitis *Br. J. Surg.* 1977; 64:593-595.
26. Muto T., Bussey J. R., Morson B.C. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1975; 36:2251-2270.
27. Nivatvongs S., Nicholson J.D. Villous adenomas of the rectum. *Surgery* 1980; 87:549-551.
28. Odone V., Chang L. The natural history of colorectal carcinoma in adolescents. *Cancer* 1982; 4:1716-1720.
29. Okike N., Weiland L. H. Stromal invasion of cancer in pedunculated adenomatous colorectal polyps. *Arch. Surg.* 1977; 112:527-530.
30. Olson R.O., Davis W.C. Villous adenomas of the colon, benign or malignant?; *Arch. Surg.* 1969; 98:487-491.
31. Rickert R.R., Anerbach O., Garfinkel L., Adenomatous lesions of the large bowel. *Cancer* 1979; 43:1847-1857.
32. Shatney C.H., Lober P.H., Gilbertsen V.A. The treatment of pedunculated adenomatous polyps with focal cancer. *Surg. Gynecol Obstet* 1974; 139:845-850.
33. Shinya H. Wolff. W.I. Morphology, anatomic distribution and cancer potential of colonic polyps. *Ann Surg.* 1979; 190:679-683.
34. Stearns M.W. Benign and malignant neoplasms of colon and rectum. *Surg. Clin. North Am.* 1978; 58:605-618.
35. Takolander R.J. Villous papilloma of the colon and rectum. *Acta Chir. Scand* 1976; 142:3-76.
36. Thompson J.J. Enterline HT. The macroscopic appearance of colorectal polyps. *Cancer* 1981; 48:151-160.
37. Vatn M.H., Stalberg H. The prevalence of polyps of the large intestine. *Cancer* 1982; 49:819-825.
38. Welch J.P., Welch C.E. Villous adenomas of the colorectum *Am. J. Surg.* 1976; 131:185-191.
39. Yonemoto B.H. Techniques of resection in lesions of the colon and rectum. *Current problems in cancer* 1982; 6:6-9.