

## Trabajos Originales

# Lesiones polipoides del tracto gastrointestinal

## Experiencia del Hospital San Ignacio

Claudia P. Sanmiguel, Elsa Y. Dueñas, Jaime Alvarado, Paulo E. Archila, Albis C. Hani, Alberto Rodríguez, Martha I. Rojas

Los pólipos gastrointestinales son lesiones relativamente frecuentes cuyo adecuado diagnóstico y manejo permiten la prevención de posteriores complicaciones. Para establecer la prevalencia de tales lesiones en nuestro medio se decidió revisar todos los procedimientos endoscópicos hechos en nuestra unidad que incluían el diagnóstico de pólipo entre 1987 y 1992 y correlacionarlos con los hallazgos histopatológicos. La frecuencia global de presentación fue 1.14% (223), con distribución similar en ambos sexos. El rango de edad se encontraba comprendido entre los cinco y 84 años con la moda localizada en el subgrupo de 51 a 70 años (44.3%). Se encontraron 151 pólipos en vías digestivas altas, más frecuentemente en el estómago (73.5%) y de éstos los diagnósticos más prevalentes fueron los pólipos hiperplásicos (36%) e inflamatorios (30.6%). En vías digestivas bajas se encontraron 72 lesiones, localizadas principalmente en el recto (79.1%) y los diagnósticos más frecuentes fueron pólipos adenomatosos (19.3%), pólipos de retención y proctitis (10.5% cada uno). En conclusión, la prevalencia de este tipo de lesiones en nuestra población se encuentra ligeramente por debajo de la descrita en otras poblaciones. La distribución por tipo de lesión

es similar a la de otras series excepto por una mayor incidencia de pólipos inflamatorios, lo cual amerita la realización de estudios posteriores que confirmen este dato y aporten luces sobre su etiología. El hallazgo de focos de cáncer no sospechados previamente en algunas de estas lesiones refuerza la importancia de la endoscopia en su diagnóstico temprano y manejo.

### INTRODUCCION

El término *pólipo* (del griego *polys*, mucho y *poús*, pie) (1) se refiere a cualquier lesión levantada de una superficie mucosa que protruye hacia la luz del órgano en que se encuentra localizada (2), se asienta sobre una base más o menos ancha y sólo puede ser definida con exactitud por medio de su examen histológico (3).

Lesiones que cumplen estas características pueden ser encontradas a todo lo largo del tracto gastrointestinal humano, y su identificación, estudio y escisión son, sin duda, una de las más sólidas áreas de aplicación de la endoscopia digestiva. Mientras que los pólipos gástricos son relativamente infrecuentes, con una incidencia de 0.4 a 2% de la población general (4), y los del intestino delgado son aún más raros, los pólipos colorrectales son los más frecuentes, pudiendo encontrarse en 2 a 12% de la población general en la edad adulta (5). Esta incidencia puede ser aún mayor si se considera el subgrupo de individuos de mayor edad.

Las manifestaciones clínicas de las lesiones polipoides del aparato gastrointestinal son diversas y dependen de múltiples factores, tales como su tamaño, localización, naturaleza y presencia de

Dras. Claudia Patricia Sanmiguel Jaime y Elsa Yazmin Dueñas Acero: Fellows de Gastroenterología; Dr. Jaime Alvarado Bestene: Jefe Unidad de Gastroenterología; Dr. Paulo Emilio Archila: Profesor Asistente, Unidad de Gastroenterología; Drs. Albis Cecilia Hani de Ardila y Alberto Rodríguez Varón: Instructores Unidad de Gastroenterología; Dra. Martha I. Rojas Collazos, Fellow de Gastroenterología. Hospital Universitario de San Ignacio, Santafé de Bogotá.

Solicitud de Separatas al Dr. Alvarado.

complicaciones asociadas con ellas. Sin embargo, no es arriesgado afirmar que en la vasta mayoría de los casos tales manifestaciones son leves o incluso indetectables. La importancia mayor de estas lesiones no es, pues, la potencial morbilidad relacionada con su mera presencia física, sino el riesgo de transformación maligna de algunas de ellas o de complicaciones locales asociadas (6). Aunque la demostración de premalignidad de una lesión es una tarea difícil, elusiva y de resultados usualmente controversiales, no parece existir duda de que algunas lesiones gastrointestinales que se manifiestan morfológicamente como pólipos son claramente transformaciones premalignas. Considérense como ejemplos los pólipos adenomatosos del estómago y la poliposis múltiple heredofamiliar del colon, que son claramente precursores de cáncer de estas localizaciones. Si se tiene en cuenta que los procedimientos endoscópicos modernos permiten la identificación y estudio tempranos de estas lesiones, el papel central de la endoscopia digestiva para su diagnóstico se hace evidente. Más aún, el estudio endoscópico con resección de las lesiones polipoides encontradas ha probado ser capaz de prevenir el cáncer de colon (2, 6, 7) en poblaciones seleccionadas, un logro que virtualmente ningún otro procedimiento puede ostentar.

La importancia de poder establecer tempranamente el diagnóstico de estas lesiones es aún mayor en un país como Colombia, cuya incidencia de cáncer gástrico es la tercera mayor del mundo (8), y la de cáncer de colon se encuentra entre los primeros diez lugares. Por lo tanto, re-

sulta relevante conocer la frecuencia de las lesiones polipoides del tracto gastrointestinal en nuestro medio, así como su naturaleza histológica más frecuente, como parte de cualquier estrategia de diagnóstico temprano de cáncer digestivo. El presente estudio se diseñó para establecer estos parámetros en la población de pacientes de la Unidad de Gastroenterología de un hospital universitario de nivel terciario de atención.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los resultados de todas las endoscopias de vías digestivas altas, rectosigmoidoscopias y colonoscopias realizadas en la Unidad de Gastroenterología del Hospital Universitario de San Ignacio entre enero de 1987 y diciembre de 1992. Cuandoquiera que se obtuvieron especímenes tomados con el diagnóstico endoscópico de lesión polipoide, se revisaron igualmente los respectivos informes de patología. Los procedimientos endoscópicos fueron realizados por los médicos de la Unidad de Gastroenterología, y el estudio histológico, por uno o más miembros del Departamento de Patología del hospital.

Para las endoscopias de vías digestivas realizadas hasta principios de 1992 se empleó un fibroendoscopio Olympus GIF, y a partir de esa fecha un videoendoscopio Olympus GIK tipo 100. El colonoscopio utilizado fue un Olympus CF S-100L de 160 cm, y el rectosigmoidoscopio un modelo rígido Welch Allyn 32820.

La información se obtuvo de los registros disponibles en la Unidad de Gastroenterología, y se

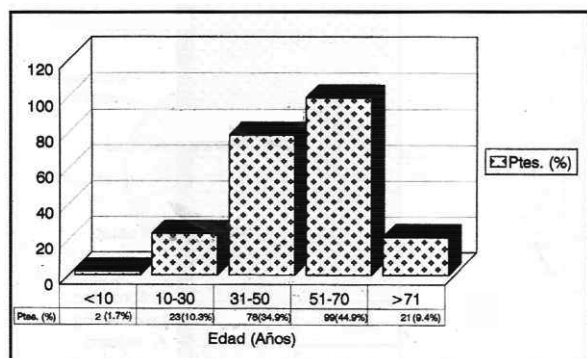


Figura 1. Distribución por rangos de edad de los pacientes con pólipos.

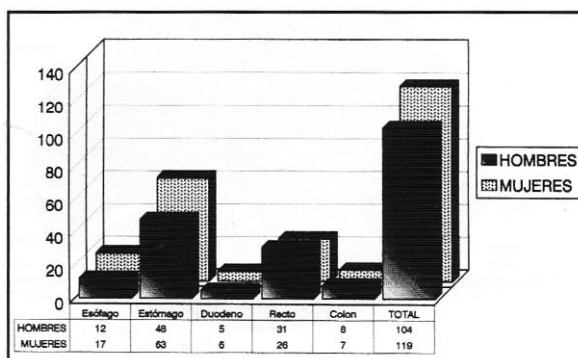


Figura 2. Distribución por localización de las lesiones y sexo.

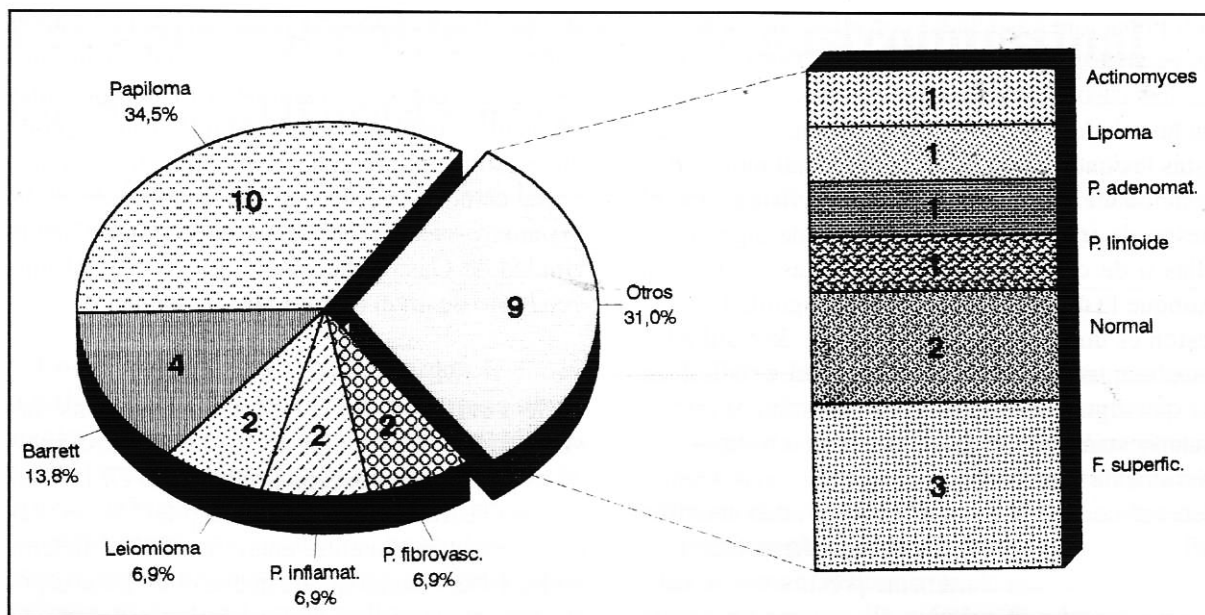


Figura 3. Diagnósticos histológicos de los pólipos esofágicos

recopiló en una base de datos creada con un paquete de software convencional, de la cual se extrajeron las tabulaciones pertinentes.

### RESULTADOS

En el período del estudio se realizaron 19.493 procedimientos, de los cuales 223 (1,14%) mostraron lesiones polipoides que permitieron la realización de biopsia o resección endoscópica. La frecuencia de lesiones polipoides fue similar en

ambos sexos, tanto en la población global como en cada una de las diferentes localizaciones. El rango de edades incluía individuos entre cinco y 84 años, con una moda en el subgrupo de 51 a 70 años, al cual pertenecían 99 (44,9%) de los 223 pacientes. Estos datos aparecen resumidos en las Figuras 1 y 2.

De 16.797 endoscopias de vías digestivas altas se encontraron 151 (0,89%) con lesiones polipoides, distribuidas así: 29 (19,2%) en esófa-

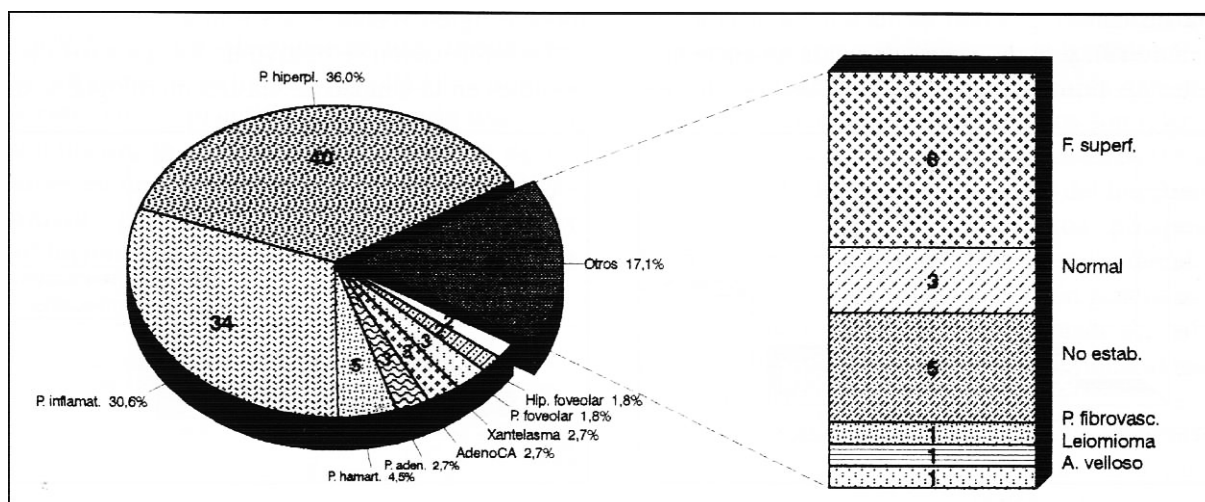


Figura 4. Diagnósticos histológicos de los pólipos gástricos.

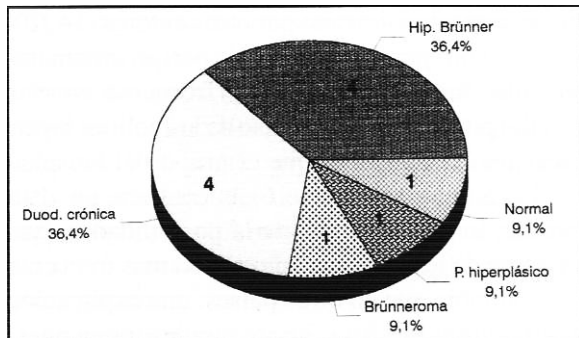


Figura 5. Diagnóstico histológico de los pólipos duodenales.

go, 111 (73.5%) en estómago y 11 (7.3%) en duodeno. De las lesiones esofágicas, el diagnóstico más frecuente fue papiloma en 34.5% de los casos, seguido por esófago de Barrett en 13.8%, leiomiomas, pólipos inflamatorios y pólipos fibrovasculares en 6.9% de los casos cada uno, y otros diagnósticos menos frecuentes en los casos restantes. En tres casos (10.3%) no se pudo establecer un diagnóstico histológico por tratarse la muestra de fragmentos superficiales. Estos datos se esquematizan en la Figura 3.

Las lesiones gástricas correspondieron a pólipos hiperplásicos en 36% de los casos, pólipos inflamatorios en 30.6%, pólipos hamartomatosos en 4.5%, pólipos adenomatosos, adenocarcinomas y xantelasmas en 2.7% cada uno, y otros diagnósticos en menos de 2% de los casos cada uno. En uno de los casos de pólipo hiperplásico se encontró la presencia de un foco de adenocarcinoma en su interior. En ocho casos (7.2%) no se pudo

establecer un diagnóstico histológico por tratarse de muestras superficiales; en cinco el diagnóstico fue poco claro y en tres se informó histología normal. Los diagnósticos de las lesiones del estómago se resumen en la Figura 4.

En el duodeno se encontró hiperplasia de glándulas de Brünner y duodenitis crónica en 36.4% de los casos cada una, seguidas por brünneromas y pólipos hiperplásicos en 9% cada uno. En un caso la histología fue normal. Estos resultados se muestran en la Figura 5.

De 2.311 rectosigmoidoscopias y 385 colonoscopias se encontraron lesiones en 72 pacientes (2.67%), distribuidas así: 57 (79.1%) en recto, cuatro (5.5%) en sigmoide y 11 (15.4%) en el resto del colon. En el recto el diagnóstico más frecuente fue pólipo adenomatoso en 19.3% de los casos, seguido por pólipo de retención y proctitis en 10.5% cada uno, pólipo tubuloveloso, y pólipo juvenil de retención en 8.8% cada uno y otros diagnósticos en el resto de los pacientes. En tres casos se documentó adenoma veloso, uno de los cuales mostró un foco de adenocarcinoma en su interior. Las cuatro lesiones del sigmoide correspondieron todas a pólipos adenomatosos. En el resto del colon las lesiones fueron pólipos adenomatosos en 54.5% y otros diagnósticos en el resto de los casos. Estos datos aparecen diagramados en la Figura 6.

### DISCUSION

Globalmente, la prevalencia de lesiones polioides encontrada en nuestra serie (1.14%) es lige-

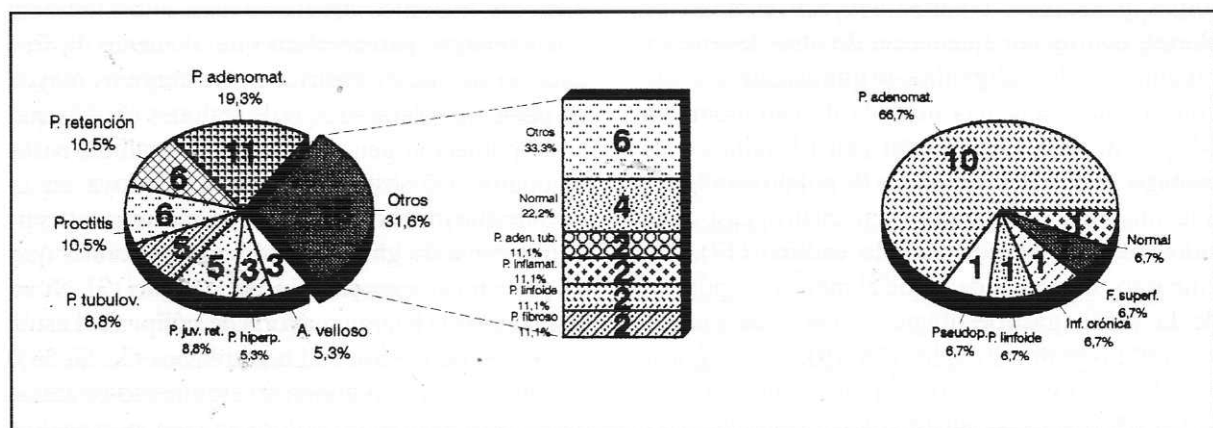


Figura 6. Diagnósticos histológicos de los pólipos colorrectales.

ramente inferior al promedio informado en la literatura internacional, aunque las comparaciones entre estudios de esta naturaleza es difícil por la falta de uniformidad en los criterios diagnósticos, las técnicas empleadas y las poblaciones analizadas. La definición misma del término "pólipo" es controversial, ya que puede aplicarse, según el autor, sólo a los tumores epiteliales levantados (9), sólo a las lesiones de determinado tamaño (6) o, como en el presente estudio, a cualquier protrusión de una superficie mucosa (2). Específicamente en Colombia, varias series de lesiones polipoides en diversos segmentos del tracto gastrointestinal (10-16) han encontrado distribuciones por tipo histológico similares a la nuestra. La prevalencia por segmento del tracto gastrointestinal es también ligeramente inferior a la descrita en otros trabajos, aunque la proporción relativa de cada localización se conserva, con las cifras más altas en el colon y recto, intermedias en el estómago y las más bajas en esófago y duodeno (5). Una posible causa de esta baja tasa de lesiones es un sesgo de selección producido por ser muchos de nuestros pacientes individuos con una historia conocida de enfermedades gastrointestinales específicas que indican el procedimiento endoscópico. En contraste, tenemos relativamente pocos sujetos que acuden al procedimiento endoscópico para tamizaje o seguimiento, lo cual es cada vez más frecuente en otras latitudes. Los diagnósticos histológicos corresponden en general a las cifras previamente informadas.

En el esófago se encontró predominio de papilomas y cambios compatibles con esófago de Barret, con menor frecuencia de otras lesiones y ningún caso de malignidad, lo que está de acuerdo con la baja frecuencia descrita de carcinoma en pólipos de esta localización (5). El hallazgo de esófago de Barret en presencia de pólipo esofágico, que nosotros encontramos en cuatro casos, ha sido previamente considerado exótico (17). Sin embargo, si se considera que al menos los pólipos de la unión gastroesofágica están relacionados con reflujo gastroesofágico (18, 19), este diagnóstico debería esperarse con mayor frecuencia.

Los diagnósticos histológicos de las lesiones del estómago siguen casi con exactitud el orden

de presentación descrito por otros autores (16, 20-23), excepto por la categoría de pólipo inflamatorio, que fue la segunda más frecuente en este estudio por debajo únicamente de los pólipos hiperplásicos. Es llamativo que el grupo del Hospital de La Samaritana (15, 16) encontrara un dato similar, lo cual deja abierta la posibilidad de que este tipo de lesiones sea en realidad más frecuente en Colombia que en otros países; una explicación alternativa es que los criterios empleados en nuestro medio tienden a favorecer la clasificación de las lesiones con infiltrado inflamatorio dentro de esta categoría. Rattan y cols (24) en Israel también encontraron como segundo tipo más frecuente el pólipo inflamatorio, y es llamativo que este grupo documentó una mayor frecuencia de lesiones polipoides entre judíos Ashkenazi, lo que apoya la posibilidad de que factores genéticos o de otra naturaleza hagan más frecuente la aparición de tales lesiones en poblaciones seleccionadas. En cualquier caso, éste es un punto que amerita mayor estudio en el futuro.

Uno de nuestros pacientes presentó un foco de adenocarcinoma asentado sobre un pólipo hiperplásico. Este caso es especialmente interesante en cuanto que reaviva la controversia acerca del potencial de malignización de los pólipos hiperplásicos del estómago. Mientras que los pólipos adenomatosos son claramente lesiones premalignas (3, 5, 20, 22, 23, 25, 26), existe discusión con respecto a los pólipos hiperplásicos a pesar de informes cada vez más frecuentes de cambios malignos asociados con ellos (27-30). Sin embargo, parece claro que al menos la frecuencia de cáncer gástrico coexistente es mayor en pacientes con este tipo de lesiones (5, 23) que en la población general. Desde el punto de vista fisiopatológico esta concepción se apoya en la idea de que muchos pólipos hiperplásicos reflejan la presencia de gastritis atrófica subyacente, que es en sí misma un cambio premaligno (3). Si se considera que la gran mayoría de pólipos del estómago son de la variedad hiperplásica (5, 27, 28), este hallazgo es un poderoso argumento en favor de la utilidad de la endoscopia en prevención primaria y secundaria del cáncer gástrico.

Las lesiones del duodeno fueron raras y sus diagnósticos histológicos fueron similares a los informados en la literatura (2), aunque encontramos una alta frecuencia de cambios inflamatorios crónicos. Esto puede ser consecuencia de que un alto porcentaje de nuestros pacientes va a endoscopia por enfermedad acidopéptica reconocida. No encontramos casos de malignidad en estos pacientes.

La gran mayoría de las lesiones colorrectales encontradas se localizaron en el recto y sigmoide, lo que está de acuerdo con lo informado en la literatura (6, 10, 11, 13, 31, 32). El porcentaje inusualmente elevado (84%) de pólipos en estos sitios en nuestra serie en tiempos en que se ha visto una tendencia creciente hacia un cambio de localización de estas lesiones dentro del colon (32-34), refleja probablemente el número inferior de colonoscopias respecto al de rectosigmoidoscopias. En todas las localizaciones el hallazgo histológico más frecuente fue pólipo adenomatoso en sus diversas variedades, con el resto de pacientes repartidos entre otros diagnósticos. Aunque este resultado concuerda con la literatura (10-13), el segundo tipo más frecuentemente descrito, el pólipo hiperplásico (5), fue relativamente raro en nuestra serie. Puesto que los pólipos adenomatosos del colon tienen un claro potencial de malignización, nuestros hallazgos apoyan el papel de los procedimientos endoscópicos como técnica diagnóstica de elección en estos pacientes. De hecho, en un paciente se pudo documentar la presencia de carcinoma dentro de un adenoma vellosos resecado por esta vía, y es probable que la escisión temprana de las lesiones premalignas haya contribuido a evitar un número no despreciable de casos similares.

En resumen, las frecuencias de los diferentes tipos histológicos de lesiones polipoides gastrointestinales en nuestra población son similares a las informadas en otros sitios, aunque existen algunas diferencias que sugieren la necesidad de realizar estudios específicamente diseñados para aclarar los factores responsables de estas diferencias. Por lo menos en dos casos se encontraron focos de cáncer no sospechado, lo que destaca la

importancia de los exámenes endoscópicos con biopsia y estudio histológico de tales lesiones en el diagnóstico temprano de las patologías malignas gastrointestinales.

#### SUMMARY

Gastrointestinal polyps are lesions frequently found and their diagnosis and follow up allow further management and prevention of possible complications. We reviewed all the endoscopic procedures performed in our unit between 1987 and 1992 and compared the diagnosis prior to procedure with histopathological findings. We found 223 polypoid lesions in 19.493 procedures (1.14%) with equal distribution in both sexes. Ages ranged between 5 and 84 with 44.3% of the cases between the ages of 51 through 70. One hundred and fifty one of the lesions were found in the upper tract with 73.5% of them excised from the stomach; 36% were hyperplastic lesions and 30.6% inflammatory polyps. Most of the lesions in the lower tract (72) were resected from the rectal area (79.1%) and 19.3% were adenomatous polyps and 10.5% retention polyps with another 10.5% caused by proctitis. In summary, the prevalence of polypoid lesions in our population is somewhat lower than that found by others. The distribution is similar to that found in other studies except a higher incidence of inflammatory lesions. We suggest further works to corroborate these findings and search for etiologic possibilities. The findings of cancer foci in lesions in which malignancy was not previously thought of strengthens the importance of endoscopy in the early diagnosis and management of these lesions.

#### REFERENCIAS

1. **Mascaré y Porcar JM.** ed. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 1 1a ed. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1982: 804.
2. **Fenoglio-Preiser C, Pascal R, Perzin K.** Tumors of the intestine. Fascicle 27, 2nd. series on Pathology. Washington, D.C.: Armed Forces Institute of Pathology; 1990: 13-8.
3. **Jarvinen HJ.** Other gastrointestinal polyps. *World J Surg* 1991;15:50-56.
4. **Davis GR.** Neoplasias del estómago. En: Sleisenger MN, Fordtran IS, eds. Enfermedades gastrointestinales: Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 3a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1985: 712-714.
5. **Collins JA, Snow CF.** Poliposis gastrointestinales. En: Rubenstein E, Federman DD, eds. Medicina. Vol. 2. Bogotá: Legis Editores S.A.; 1988: 1069-1075.

6. **Boland CR, Kim YS.** Pólipos de colon y poliposis gastrointestinales. En: Sleisenger MN, Fordtran JS, eds. op. cit. 1468-1496.
7. **Gilbertsen VA.** Proctosigmoidoscopy and polipectomy in reducing the incidence of rectal cancer. *Cancer* 1974; **34**(Suppl): 936-940.
8. **Newel GR.** Epidemiology of cancer. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer. Principles and practice of oncology*. 2nd. ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1985: 173.
9. **Bozzetti F, Bonfanti G, Bufalino R, et al.** Adequacy of margins of resection in gastrectomy for cancer. *Ann Surg* 1982; **196**: 682-690.
10. **Peñaloza A, Piña R, Reyes P, Murillo O.** Pólipos de colon. Revisión 1984-1989. *Rev Col Gastroenterol* 1991; **6**: 13-17.
11. **Lega-Siccar J, Lega LI.** Pólipos del colon y recto. Síndromes de poliposis gastrointestinal. *Rev. Col Gastroenterol* 1991; **6**: 85-99.
12. **Romero G, Cepeda B, Jaramillo A, Castañeda M, Velandia B.** Tumores benignos del epitelio colónico. *Rev Col Gastroenterol* 1989; **4**: 139-147.
13. **Campos J, Solano J, de Molano B.** Polipectomía endoscópica de colon. *Acta Med Col* 1987; **12**: 37-41.
14. **Archila P, Gutiérrez O, Argüello M.** Síndrome de Gardner. Presentación de un caso. *Acta Med Col* 1977; **2**: 173-184.
15. **Rey MH, Martínez JD, Marulanda JC, De la Torre D, Fassler S.** Pólipos gástricos. Revisión de cinco años Hospital General Universitario de La Samaritana. *Rev Col Gastroenterol* 1994; **9**: 38-40.
16. **Fassler S, Serrano C.** Evaluación de Fibrosigmoidoscopia, rectosigmoidoscopia y polipectomía endoscópica del tubo digestivo. *Trib Med Col* 1985; **72**(Supl): 57-59.
17. **Shapira M, Basan HM, Rizescu J.** Benign esophageal polyp with Barrett's syndrome. *JAMA* 1979; **242**: 2589.
18. **Rabin MS, Bremmer CG, Botha JR.** The reflux gastroesophageal polyp. *Am J Gastroenterol* 1980; **73**: 451-453.
19. **Styles RA, Gibb SP, Larshis A, Silverman ML, Scholz FJ.** Esophagogastric polyps: Radiographic and endoscopic findings. *Radiology* 1985; **154**: 307-311.
20. **Neimark S, Rogers AI.** Gastric polyps: A review. *Am J Gastroenterol* 1982; **77**: 585-587.
21. **Landau O, Sternberg E, Haddad M, et al.** Benign gastric polyps. *JAMA* 1990; **263**: 518.
22. **Tomasulo J.** Gastric polyps. Histologic types and their relationship to gastric carcinoma. *Cancer* 1971; **27**: 1346-1355.
23. **Harju E.** Gastric Polyposis and malignancy. *Br J Surg* 1986; **73**: 532-533.
24. **Rattan J, Arber N, Tiomy E, et al.** Gastric polypoid lesions. An eight year study. *Hepatogastroenterology* 1993; **40**: 107-109.
25. **Ming SC, Goldman H.** Gastric polyps. A histogenetic classification and its relation to carcinoma. *Cancer* 1965; **18**: 721-726.
26. **Nakamura T, Nalomo GI.** Histopathological classification and malignant change in gastric polyps. *J Clin Pathol* 1985; **38**: 754-764.
27. **Rosen S, Hoak D.** Intramural carcinoma developing in a hyperplastic gastric polyp. (Abst). *Gastrointest Endosc* 1993; **39**: 830-833.
28. **Daibo M, Itabashi M, Hirota T.** Malignant transformation of gastric hyperplastic polyps. *Am J Gastroenterol* 1987; **82**: 1016-1025.
29. **Carneirof, Advid L, Seruca R, et al.** Hiperplastic polyposis and diffuse carcinoma of the stomach. A study of a family. *Cancer* 1993; **72**: 323-329.
30. **Orlowska J, Tomecki R, Butruk E.** Carcinoma in hyperplastic polyps of the stomach. An underestimated possibility. Case reports. (Abst). *APMIS* 1991; **99**: 398-404.
31. **Swinton WW, Counts RL.** Cancer of the colon and rectum: Statistical study, with end-results. *JAMA* 1956; **161**: 1139-42.
32. **Selby JV, Friedman GD.** Sigmoidoscopy in the periodical health examination of asymptomatic adults. *JAMA* 1989; **261**: 595-602.
33. **Rhodes JB, Holmes FF, Clark GM.** Changing distribution of primary cancers in the large bowel. *JAMA* 1977; **238**: 1641-1643.
34. **Greene FL.** Distribution of colorectal neoplasms: A left-to-right shift of polyps and cancer. *Ann Surg* 1983; **49**: 62-65.