

Oncología digestiva

¿Es necesaria la cirugía cuando la histología de un pólipo resecado endoscópicamente informa de la presencia de focos de adenocarcinoma?

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, C. Santander y Josep M. Piqué

Coordinador de sección: Antoni Castells

Autora: María Dolores Giráldez Jiménez

Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives i Metabòliques. Hospital Clínic. CIBERhd. IDIBAPS. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

ANTECEDENTES

La colonoscopia es el método más efectivo para la detección de pólipos colorrectales y, además, permite la realización de biopsias y polipectomía¹⁻⁵. Mediante dicha técnica, la mayoría de pólipos pueden researse por completo. Los pólipos identificados corresponden principalmente a adenomas esporádicos (67%) que pueden presentar distintos grados de displasia e incluso focos de carcinoma^{2,3}. En este último caso debemos diferenciar la existencia de carcinoma in situ cuando los focos neoplásicos no superan la *muscularis mucosae* y, por tanto, la capacidad de diseminación es nula⁶, y la de carcinoma invasivo con capacidad de diseminación cuando se extienden a la submucosa⁷.

DISCUSIÓN

La polipectomía endoscópica puede considerarse el tratamiento definitivo cuando se realiza una resección completa del pólipo y el estudio histológico descarta la existencia de cáncer¹⁻⁴. En los casos en los que la anatomía patológica detecta la presencia de carcinoma in situ o, lo que es equivalente, displasia de alto grado, la polipectomía también se puede considerar como tratamiento definitivo ya que en esta situación las áreas de transformación están confinadas a la mucosa (no superan la *muscularis mucosae*), y carecen por tanto de capacidad de diseminación⁸. Por otra parte, en los pólipos en los que se identifica la existencia de un cáncer invasivo con capacidad de

diseminación (extensión de los focos neoplásicos a la submucosa), la polipectomía también se puede considerar curativa siempre que histológicamente se cumplan todos los criterios de buen pronóstico que se mencionan a continuación: carcinoma de bajo grado (bien o moderadamente diferenciado), ausencia de invasión vascular o linfática y constatación de que el margen de resección está libre de enfermedad⁹⁻¹¹. En estos casos es recomendable confirmar que la resección ha sido completa realizando una nueva colonoscopia con toma de biopsias a los 3 meses de la polipectomía¹². Merece la pena destacar que cuando el pólipo que presenta un carcinoma invasivo es de morfología sésil, hay controversia sobre si el tratamiento endoscópico es adecuado, ya que algunos estudios sugieren que la polipectomía en este contexto tiene peores resultados (enfermedad residual, recurrencia, mortalidad y metástasis hematógenas) que cuando se trata de un pólipo pediculado. En cualquier caso, la morfología del pólipo no constituye por sí misma una variable que condicione malos resultados tras la polipectomía endoscópica y, por tanto, esta técnica se puede considerar un tratamiento definitivo cuando el cáncer invasivo cumple todos los criterios de buen pronóstico¹³⁻¹⁸. En cambio, si la polipectomía ha sido fragmentada (*piecemeal*), no se pueden establecer los márgenes de resección del pólipo o no se cumplen los criterios de buen pronóstico, se debe optar por la cirugía.

RESPUESTA

No es necesario plantear el tratamiento quirúrgico en los pólipos reseados endoscópicamente cuya histología muestra focos de adenocarcinoma siempre que la resección haya sido completa y que se trate de un carcinoma in situ o de un carcinoma invasivo que cumpla criterios de buen pronóstico (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1c).

Correspondencia: Dr. M.D. Giráldez.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic. CIBERhd.
Villaruel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: mgiraldez@clinic.ub.es

Recibido el 24-04-2008; aceptado para su publicación el 21-05-2008.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bond JH. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:3053-63.
2. Anwar S, White J, Hall C, Farrell WE, Deakin M, Elder JB. Sporadic colorectal polyps: management options and guidelines. *Scand J Gastroenterol*. 1999;34:4-11.
3. Rex DK, Bond JH, Winawer S, Levin TR, Burt RW, Johnson DA, et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:1296-308.
4. Castells A, Marzo M, Bellas B, Amador FJ, Lanas A, Mascort JJ, et al. Guía de práctica clínica en prevención del cáncer colorectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:573-634.
5. Atkins WS, Saunders BP. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. *Gut*. 2002;51:6V-9V.
6. Fenoglio CM, Kaye GI, Lane N. Distribution of human colonic lymphatics in normal, hyperplastic, and adenomatous tissue: Its relationship to metastasis from small carcinomas in pedunculated adenomas. *Gastroenterology*. 1973;64:51-66.
7. Cooper HS. Surgical pathology of endoscopically removed malignant polyps of the colon and rectum. *Am J Surg Pathol*. 1983;7:613-23.
8. Eckardt VF, Fuchs M, Kanzler G, et al. Follow-up of patients with colonic polyps containing severe atypia and invasive carcinoma. *Cancer*. 1988;61:2552-7.
9. Morson BC, Whiteway JE, Jones EA, et al. Histopathology and prognosis of malignant colorectal polyps treated by endoscopic polypectomy. *Gut*. 1989;25:437-44.
10. Coutsoftides T, Sivak MV Jr, Benjamin SP, et al. Colonoscopy and the management of polyps containing invasive carcinoma. *Ann Surg*. 1978;188:638-41.
11. Cranley JP, Petras RE, Carey WD, et al. When is endoscopic polypectomy adequate therapy for colonic polyps containing invasive carcinoma? *Gastroenterology*. 1986;91:419-27.
12. Cohen LB, Waye JD. Colonoscopic polypectomy of polyps with adenocarcinoma: when is it curative? En: Barkin JS, Rogers AI, editors. *Difficult decisions in digestive diseases*. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1989. p. 528-35.
13. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, Shimazaki H, Aida S, Hase K, et al. Risk factor for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology*. 2004;127:385-94.
14. Seitz U, Bohnacker S, Seewald S, Thonke F, Brand F, Bräutigam T, et al. Is endoscopic polypectomy an adequate therapy for malignant colorectal polyps? Presentation of 114 patients and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2004;47:1789-97.
15. Morson BC, Whiteway JE, Jones EA, Macre FA, William CB. Histopathology and prognosis of malignant colorectal polyps treated by endoscopic polypectomy. *Gut*. 1984;25:437-44.
16. Haggitt RC, Glotzbach RE, Soffer EE, Wruble LD. Prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas: implications for lesions removed by endoscopic polypectomy. *Gastroenterology*. 1985;89:328-36.
17. Netzer P, Binek J, Hammer B, Lange J, Schmmasman A. Significance of histological criteria for the management of patients with malignant colorectal polyps. *Scand J Gastroenterol*. 1997;323:915-6.
18. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Practice guidelines in Oncology-v.1.2008. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/colon.pdf