

# Pólipos y poliposis colónica

## TERAPÉUTICA

ETIOPATOGENIA pág. 1

TECNICAS DIAGNÓSTICAS pág. 6

MANEJO PRÁCTICO pág. 13

MONTSERRAT ANDREU

Servicio de Digestivo.  
Hospital del Mar. Barcelona.

## Estrategia terapéutica de los pólipos y poliposis colónica

### Puntos clave

 La colonoscopia es la técnica de elección para el diagnóstico y tratamiento de los pólipos. La polipectomía endoscópica es la técnica más efectiva y con menor morbilidad y mortalidad.

 La polipectomía endoscópica es el tratamiento definitivo de los adenomas con focos de displasia severa (carcinoma in situ).

 El único tratamiento definitivo aceptado en los pacientes con poliposis cólica familiar es la cirugía, la cual debe efectuarse lo más precozmente posible.

 La administración de un inhibidor selectivo de la ciclooxygenasa 2, reduce el tamaño y el número de los pólipos en los pacientes con poliposis cólica familiar.

### Pólipos adenomatosos

La colonoscopia es la técnica de elección para el diagnóstico y tratamiento de los pólipos ya que permite su identificación y, en un mismo procedimiento, practicar la biopsia o polipectomía según los casos.

Diversos estudios han demostrado que la resección de los pólipos adenomatosos previene el cáncer colorrectal (CCR). El más convincente fue el publicado en 1993 por el grupo National Polyp Study Workgroup que demostró que en las personas sometidas a polipectomía el riesgo de desarrollar un CCR disminuía significativamente comparado con tres grupos control de características similares<sup>1</sup>.

### Tratamiento inicial de los pólipos

La polipectomía endoscópica es la técnica más efectiva y con menor morbilidad y mortalidad. Muchos pólipos, especialmente los de pequeño tamaño (<1cm) pueden extirparse en el mismo momento de su diagnóstico. Siempre que sea posible deben ser resecados por completo, mediante asa de diatermia y electrocoagulación.

La colonoscopia tiene algunas limitaciones en relación con la accesibilidad a determinados segmentos (ciego), visualización de áreas con angulación muy marcada, o en pacientes con enfermedad diverticular avanzada o cirugía abdominal previa.

La perforación y el sangrado son las dos complicaciones descritas como consecuencia de una polipectomía endoscópica siendo la prevalencia del 0,3 y 1%, respectivamente<sup>2</sup>.

La resección quirúrgica solamente está indicada en aquellos casos en los que un endoscopista experimentado no logra resecarlos.

La ablación con láser Nd:YAG (neodinio: yttrium-aluminium-garnet) es un método alternativo y está indicado en casos en que existen

múltiples pólipos de pequeño tamaño en un segmento del colon y se conoce la histología por biopsia o polipectomía previas. Otra indicación es el tratamiento de pólipos hiperplásicos múltiples, cuando el estudio histológico sugiere componente adenomatoso. Si este tratamiento lo efectúa un profesional experimentado resulta eficaz, rápido y seguro. Las perforaciones son excepcionales incluso en la pared del colon derecho que es más fina. El inconveniente del tratamiento con láser es que es destructivo y no permite obtener muestras para el estudio histológico.

### Tratamiento en circunstancias especiales

*Pólipos pequeños (< 1 cm).* Deben ser resecados con pinza caliente o con asa de diatermia y electrocoagulación. La resección de pólipos pequeños con pinzas de biopsia fría no es recomendable por el riesgo de resecciones incompletas que pueden llegar al 29%<sup>3</sup>. En los casos en que los pólipos son muy numerosos y pequeños es preciso obtener biopsias de los más demostrativos y de mayor tamaño para poder tomar una decisión terapéutica una vez conocido el resultado histológico.

*Pólipos planos.* Estos pólipos tienen mayor potencial de malignización, dando lugar a tumores invasivos. Dado que por su morfología la identificación es más difícil y pueden pasar inadvertidos, se han propuesto técnicas de magnificación endoscópica o tinciones para identificarlos mejor.

*Pólipos sésiles de gran tamaño (> 2cm).* En los pólipos de tamaño superior a 2 cm es frecuente identificar un componente veloso, lo que comporta un alto potencial de malignización y una gran tendencia a la recurrencia local. Tras su resección, debe efectuarse un control de la base del pólipos a los 3-6 meses para confirmar

## Lectura rápida

Diversos estudios han demostrado que la resección de los pólipos adenomatosos previene el cáncer colorrectal.

La resección quirúrgica solamente está indicada en aquellos casos en los que un endoscopista experimentado no logra resecarlos.

La resección de pólipos pequeños con pinzas de biopsia fría no es recomendable por el riesgo de resecciones incompletas que pueden llegar al 29%.

En los pólipos adenomatosos de tamaño superior a 2 cm es frecuente identificar un componente veloso, lo que comporta un alto potencial de malignización y una mayor tendencia a la recurrencia local.

En los pólipos de gran tamaño es útil marcar la base de resección mediante tatuaje con tinta a fin de facilitar su localización en el caso que deba efectuarse tratamiento quirúrgico.

Los adenomas con focos de displasia severa (carcinoma intramucoso) requieren una resección completa del pólipos. Existen trabajos controlados que demuestran que la polipectomía endoscópica es la terapia definitiva para este tipo de lesiones.

la resección completa. Si se confirma la persistencia del pólipos residual debe practicarse una nueva resección y un nuevo control a los 3-6 meses.

Aquellos pólipos que no puedan ser resecados completamente deben ser remitidos al cirujano para su resección quirúrgica.

En los pólipos de gran tamaño es útil marcar la base de resección mediante el tatuaje con tinta con el fin de facilitar su localización si deben ser tratados quirúrgicamente<sup>4</sup>.

*Displasia severa (carcinoma intramucoso).* La presencia de displasia severa (*carcinoma in situ*) requiere una resección completa del pólipos y un cuidadoso análisis por parte del patólogo, que debe examinar múltiples secciones del pólipos para poder identificar si las células malignas han sobrepasado la mucosa.

Existen trabajos controlados que demuestran que la polipectomía endoscópica es la terapia definitiva para este tipo de lesiones<sup>5</sup>.

*Pólipos malignos.* Cuando un pólipos contiene células malignas que han alcanzado la *mucularis mucosa* se denomina pólipos maligno. Su tratamiento es controvertido. Existe un acuerdo general sobre el mal pronóstico en este tipo de pólipos cuando han sido resecados parcialmente, cuando son carcinomas pobemente diferenciados, y si la lesión está a 2 mm o menos del borde de la polipectomía. La invasión de ganglios linfáticos se da en el 10% de los casos pobemente diferenciados<sup>6</sup> y sólo el 5-10% de los CCR son pobemente diferenciados.

El seguimiento a largo plazo de pacientes con pólipos malignizados ha demostrado que el riesgo de metástasis linfáticas y de recurrencia local es muy bajo<sup>6</sup> e inferior a la mortalidad asociada a la cirugía colorrectal. Tras realizar una polipectomía completa y un análisis anatomo-patológico que precise el grado de invasión, la diferenciación y la afectación del tallo, el American College of Gastroenterology (ACG) recomienda no realizar ningún tratamiento adicional a la polipectomía endoscópica si se cumplen los siguientes criterios favorables<sup>7</sup>:

1. Los focos de carcinoma no son pobemente diferenciados.
2. No existe invasión vascular ni linfática.
3. Los márgenes de resección no están afectados. La invasión del tallo en un pólipos pediculado por sí mismo no es un criterio desfavorable, si el foco de carcinoma no se extiende más allá de los márgenes del tallo seccionado.

En los pacientes con pólipos malignos pero con criterios favorables se debe realizar una colonoscopia a los 3 meses de la polipectomía con el fin de revisar el tejido residual<sup>7</sup>.

Ante un paciente con un pólipos maligno de mal pronóstico debe valorarse el riesgo quirúrgico de forma individualizada. Los casos con elevado riesgo probablemente no deben ser sometidos a cirugía y recomendar seguimiento endoscópico periódico con biopsias de la base del pólipos. Si el pólipos está localizado en la parte distal del recto, donde es preciso una resección abdominoperineal para su completa resección, deberá realizarse una ecografía endorrectal que nos dará información sobre los planos afectados. En estos casos, la resección local puede estar justificada.

## Seguimiento de los pacientes después de la polipectomía

En el momento de la polipectomía debe realizarse una colonoscopia completa con el fin de detectar y resecar otros pólipos sincrónicos. Siempre que el endoscopista considere que la exploración no ha sido lo suficientemente claramente clara se repetirá una segunda colonoscopia total para identificar y resecar la totalidad de los pólipos.

Por otra parte, los pacientes que han sido diagnosticados de adenomas colorrectales tienen un elevado riesgo de desarrollar pólipos metacrónicos. Según el resultado del estudio realizado por el National Polyp Study, a los 3 años las metacronías son del 32-42%, aunque tan sólo el 3,3% tienen pólipos avanzados (> 1 cm, componente veloso o alto grado de displasia)<sup>8</sup>.

La existencia de antecedentes de CCR o adenomas en familiares de primer grado, especialmente cuando éstos afectan a personas de menos de 60 años, aumenta el riesgo de padecer neoplasias colorrectales, por lo que es un factor que debe tenerse en cuenta en la elección de la estrategia de seguimiento más adecuada<sup>9</sup>.

El seguimiento a largo plazo de pacientes con adenomas colorrectales ha permitido establecer que el riesgo de padecer un CCR depende de las características de los pólipos. Así, los enfermos con pólipos únicos, tubulares y menores de 1 cm tienen un riesgo similar al de la población general, mientras que los casos con pólipos de más de 1 cm y componente veloso tienen un riesgo incrementado 3,6 veces, el cual se dobla cuando los pólipos son múltiples<sup>10</sup>. Estas circunstancias condicionan

las estrategias de vigilancia tras la polipectomía, las cuales se detallan en la sección de "Manejo práctico".

## Poliposis cólica familiar (PCF)

El tratamiento de los enfermos con PCF depende de la edad del diagnóstico. Cuando el diagnóstico se lleva a cabo en edades muy tempranas el objetivo del tratamiento puede ser el frenar el crecimiento de los pólipos mediante fármacos. Sin embargo, el único tratamiento definitivo aceptado en estos pacientes es la cirugía, la cual debe realizarse entre la segunda y tercera década de la vida. Actualmente la técnica quirúrgica recomendada es la colectomía total con proctectomía mucosa y anastomosis ileoanal<sup>11</sup>. También puede realizarse una colectomía subtotal con ileoproctostomía, aunque en este caso será necesario efectuar controles periódicos del recto.

Cuando se llega al diagnóstico en individuos muy jóvenes, cuando no puede efectuarse tratamiento quirúrgico, o cuando presentan pólipos residuales, existe la posibilidad de frenar el crecimiento de los pólipos mediante fármacos inhibidores de la proliferación celular. Los antiinflamatorios no esteroides convencionales (aspirina, indometacina, piroxicam, sulindac, etc.) han sido utilizados con este fin pero su

uso se ha abandonado por los efectos secundarios a largo plazo. Recientemente se ha identificado una isoforma de la ciclooxygenasa, Cox-2, la cual se halla sobreexpresada en diversas neoplasias, incluyendo el adenoma y el carcinoma colorrectal. El desarrollo de fármacos que inhiben selectivamente esta enzima ha dado nuevas esperanzas para este tipo de tratamiento<sup>12</sup>. Los resultados de un estudio publicado recientemente demuestran que, la administración durante 6 meses con 400 mg/12 horas de celecoxib consiguió reducir de manera significativa el tamaño y el número de los pólipos en comparación con placebo o dosis inferiores de celecoxib<sup>13</sup>.

**Seguimiento de los pacientes afectados de PCF.**  
Los enfermos afectados de PCF deben someterse anualmente a una colonoscopia para valorar la evolución del tamaño de los pólipos e individualizar el momento de practicar el tratamiento quirúrgico. En aquellos casos en los que se realiza una colectomía con ileoproctostomía, se realizarán controles del recto cada 6-12 meses. Además, debe efectuarse una fibrogastroduodenoscopia cada 3-5 años con el fin de detectar pólipos gástricos y duodenales, especialmente en la región ampular, un estudio del fondo de ojo para descartar la existencia de hipertrofia pigmentaria de la retina, y una ortopantomografía para identificar posibles osteomas<sup>14</sup> (fig. 1).

## Lectura rápida

Cuando un pólipio contiene células malignas que han alcanzado la *muscularis mucosa* se denomina pólipio maligno.

El pronóstico de los pólipos malignos está en relación con la resección parcial, el grado de diferenciación y la distancia al borde de resección (2 mm).

El seguimiento a largo plazo de pacientes con pólipos malignizados ha demostrado que el riesgo de metástasis linfáticas y de recurrencia local es muy bajo e inferior a la mortalidad asociada a la cirugía colorrectal.

En el momento de la polipectomía debe realizarse una colonoscopia completa con el fin de detectar y resecar otros pólipos sincrónicos.

Los pacientes que han sido diagnosticados de adenoma colorrectal tienen un elevado riesgo de desarrollar lesiones metacrónicas.

El único tratamiento aceptado en los pacientes con poliposis cólica familiar es la cirugía, que debe realizarse precozmente.

El tratamiento durante 6 meses con 400mg /12 horas de celecoxib consigue reducir de manera significativa el tamaño y el número de los pólipos en pacientes con poliposis cólica familiar.

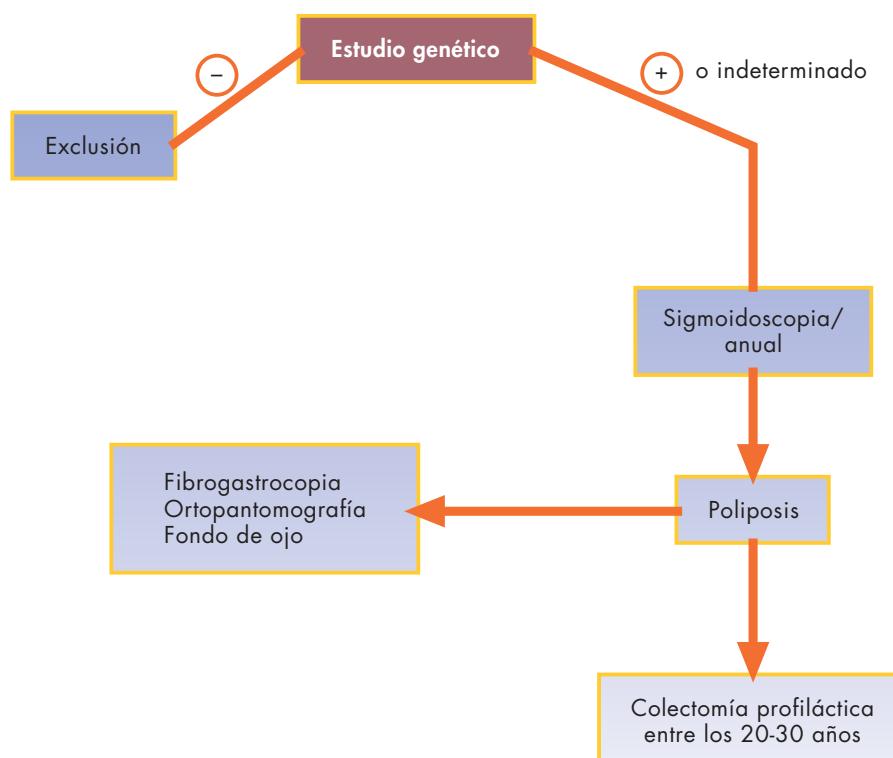


Figura 1. Recomendaciones para el cribado de la poliposis cólica familiar.

## Bibliografía recomendada

Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993; 329: 1977-1981.

Estudio realizado por el National Polyp Workgroup de Norteamérica que permitió demostrar que los pólipos adenomatosos del colon son una lesión premaligna y la eficacia de la polipectomía. En el grupo en que se practicó una polipectomía, el riesgo de desarrollar un cáncer de colon fue significativamente inferior al de los grupos controles. Además, este estudio demostró que la polipectomía endoscópica probablemente es la técnica más útil para la prevención del cáncer de colon.

Bond JH. Polyp Guideline: Diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:11 3053-3063.

Artículo de revisión y guía práctica recomendada por el American College of Gastroenterology (ACG) para el diagnóstico y tratamiento de los pólipos del colon.

Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. *N Eng J Med*. 1993 Apr 1; 328 (13): 901-906.

En este estudio se compararon una estrategia de vigilancia que incluía dos exploraciones (1 y 3 años tras la polipectomía) y otra que contemplaba una única exploración a los tres años. Aunque el número de adenomas fue significativamente superior cuando se realizaron dos exploraciones, los resultados fueron idénticos en relación con aquellos adenomas con un mayor riesgo de degenerar. Por tanto, se llegó a la conclusión que la periodicidad trianual es suficiente para realizar el seguimiento de los pacientes con pólipos adenomatosos esporádicos.

Boland CR, Sinicrope FA, Brenner DE, Carethers JM. Colorectal cancer prevention and treatment. *Gastroenterology* 2000; 118: S115-S128

Artículo de revisión sobre los procesos neoplásicos hereditarios del colon y que clarifica la actitud a seguir en cada caso.

## Bibliografía



● Importante    ●● Muy importante

■ Metaanálisis

■■ Ensayo clínico controlado

■■■ Epidemiología

1. ● Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb L, Sternberg SS et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993; 329: 1977-1981.
2. Waye JD, Bashoff E. Total colonoscopy: Is it always possible? *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 52-54.
3. Ellis K, Schiele M, Marquis S. Efficacy of hot biopsy forceps, cold micro-snare and micro-snare with cautery techniques in the removal of diminutive colonic polyps. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: AB107 (abstract).
4. Shatz BA, Weinstock ML, Bostick RM et al. Long-term safety of India ink tattoos in the colon. *Gastrointest Endosc* 1997; 45: 153-156.
5. Eckardt VF, Fuchs M, Kanzler G, Remmeli W, Stienen U. Follow-up of patients with colonic polyps containing severe atypia and invasive carcinoma. *Cancer* 1988; 61: 2552-2557.
6. Morson BC, Whiteway JE, Jones EA, Macrae FA, Williams CB. Histopathol and prognosis of malignant colorectal polyps treated by endoscopic polypectomy. *Gut* 1994; 25: 437-444.
7. ●● Bond JH. Polyp Guideline: Diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3053-3063.
8. ● Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. *N Eng J Med*. 1993 Apr 1; 328: 901-906.
9. Aitken JF, Bain CJ, Ward M, Siskind V, MacLennan R. Risk of colorectal adenomas in patients with a family history of colorectal cancer: some implications for screening programmes. *Gut* 1996; 39: 105-108.
10. Atkin WS, Morson BC, Curisck J. Long-term risk of colorectal cancer after escisión de rectosigmoid adenomas. *N Engl J Med* 1992; 326: 658-662.
11. Boland CR, Sinicrope FA, Brenner DE, Carethers JM. Colorectal cancer prevention and treatment. *Gastroenterology* 2000; 118: S115-S128.
12. Bessa X, Piñol V, Elizalde JI, Castells A. Ciclooxygenasa-2 (COX-2) en el cáncer digestivo. Implicaciones terapéuticas. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 23: 483-490.
13. Steinbach G, Lynch PM, Phillips R, Wallace MH, Hawk E, Gordon GB et al. The effect of celecoxib a cyclooxygenase-2 inhibitor in familial adenomatous polyposis. *N Engl J Med* 2000; 342: 1946-1952.
14. Rustgi AK. Hereditary gastrointestinal polyposis and non-polyposis syndromes. *N Engl J Med* 1994; 331: 1694-1602.