

Pólipo gigante de colon. Presentación de un caso

Eloy Enrique Geminiano-Martínez,* Arturo Jarquín-Arremilla,*
Sergio Vásquez-Ciriaco,** Rolando Sánchez-Guerrero,*
Óscar Muñoz-Hernández,* Jacobo Velázquez-Aviña,* Hitandehuitl Guevara-Valerio***

RESUMEN

Los pólipos son crecimientos anormales de tejido que surgen de la mucosa del colon y sobresalen al canal intestinal. Se considera un pólipo grande cuando su diámetro es de 2 cm y gigante cuando el diámetro es de 3 cm. Se presenta el caso de un paciente masculino de 61 años de edad con diagnóstico de pólipo pediculado gigante.

Palabras clave: Poliposis de colon, polipectomía colonoscópica.

ABSTRACT

Polyps are abnormal growths of tissue that arise from colon mucosa and protrude into the intestinal canal. It is considered a large polyp if its diameter is 2 cm and giant when the diameter is 3 cm. A case of a male patient aged 61 with a diagnosis of giant pedunculated polyps is presented.

Key words: Colonic polyps, colonoscopic polypectomy.

INTRODUCCIÓN

Un pólipo es cualquier lesión que eleva la superficie mucosa del tracto gastrointestinal y se proyecta hacia la luz. La etimología de la palabra proviene del griego *poly-* πολύς gr. «mucho», «numeroso», «frecuente» + *pod(o)-* πο-ῦς/-δός gr. «pie».^{1,2}

El gran interés de estas lesiones es la relación tan estrecha que guardan los pólipos neoplásicos con el cáncer colorrectal,²⁻⁷ así como el avance que ha existido en los últimos años en el área de la endoscopia en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

Existen muchos trabajos relacionados al manejo ideal de estas lesiones; sin embargo, son pocos, tanto en México como en la literatura internacional que reportan el manejo adecuado en pólipos tan grandes como el notificado por nuestro equipo en este artículo, motivo por el cual consideramos relevante presentar esta revisión actualizada a partir de un caso clínico atendido en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

En la actualidad la resección endoscópica es el método de elección en pólipos que van de los 5 a los 10 mm. Para las lesiones pequeñas se opta por la resección con pinza de biopsia o bien polipectomía con asa.⁸⁻¹¹ El dilema se presenta en pólipos de gran tamaño, se considera un

* Departamento de Coloproctología y Endoscopia. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca (HRAEO).

** Cirugía oncológica. HRAEO.

*** Médico Interno de Pregrado. HRAEO.

pólipo grande cuando su diámetro es de 2 cm y gigante cuando el diámetro es de 3 cm.¹²

Si el pólipo es de 2 cm, tiene pedículo de más de 1 cm con superficie regular, no sangrante, móvil, no se adhiere a la base y la biopsia informa adenoma tubular o tubulovelloso, con displasia de bajo grado, la polipectomía podría llevarse a cabo con buen pronóstico. En cambio, si el paciente es joven, sin otra patología agregada, y presenta invasión más allá de la mucosa, entonces lo indicado sería la resección quirúrgica del segmento del colon afectado. Por otro lado, si el paciente es de edad avanzada, con carcinoma invasor, en mal estado general, con comorbilidades importantes y con riesgo quirúrgico alto se deberá intentar la polipectomía endoscópica.^{11,13,14}

Se ha vuelto muy común el hecho de que existan reportes sobre la resección endoscópica de pólipos de

gran tamaño,¹⁵⁻¹⁷ los cuales se centran principalmente en aspectos técnicos del procedimiento endoscópico, dejando a un lado la posibilidad de que dichas lesiones puedan ser malignas o no, ya que previo a la resección de un pólipo es casi imposible saber si se trata de una lesión maligna.^{18,19}

Se han establecido diferentes clasificaciones que asocian el tamaño del pólipo neoplásico con el riesgo de malignidad, grado de invasión dentro del pólipo e incluso con el porcentaje de afección linfática, una de ellas es la clasificación Pit Pattern (*Cuadro I*) basada en los cambios morfológicos que se observan a través de la endoscopia magnificada después de la tinción con índigo-carmín.²⁰

La clasificación de Haggit^{2,20,21} muestra el nivel de invasión del adenocarcinoma dentro del pólipo: el nivel uno describe el adenocarcinoma invasivo limitado a la cabeza del pólipo; el nivel dos incluye el compromiso del cuello; el nivel tres corresponde a células de adenocarcinoma en el pedículo y el nivel cuatro de invasión de las células del adenocarcinoma infiltrando la submucosa a nivel de la pared intestinal adyacente. En este sistema, el adenocarcinoma invasor en un pólipo sésil tiene, por definición, un nivel cuatro de invasión.

Aproximadamente del 12 al 16% de todos los pólipos tienen invasión linfática y, en esos casos, el riesgo de recidiva o de lesiones residuales va del 17 al 39%.²⁰

En general, se ha establecido que un margen de resección ≥ 2 mm es seguro con bajas probabilidades de recurrencia o enfermedad residual.²⁰

Todo lo anterior se corrobora mediante estudios histopatológicos y principalmente ante la resección en bloque, que permite una evaluación de toda la pieza, no así en la resección por fragmentos.^{20,21}

De aquí se desprende la importancia del tamaño del pólipo y la posibilidad de su potencial maligno, puesto que las complicaciones de una mala o insuficiente resección endoscópica podrían ser fatales y dar como resultado un número mayor de recidivas o un manejo incompleto, además del hecho de que puedan presentarse complicaciones técnicas derivadas del procedimiento como hemorragia profusa o perforación, entre otras.^{11,12,21}

Cuadro I. Clasificación de Pit Pattern.

Tipo de lesión	Descripción
1	Glándulas redondeadas sin deformación
2	Aspecto estrellado o papilar
3 L	Aspecto tubular agrandado o redondeado
3 S	Aspecto tubular pequeño o redondeado
4	Aspecto de ramas deformadas o conjuntos de trabeculado
5	Desestructuración completa



Figura 1. Pólipo rectal de gran tamaño que protruye en la región anal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 61 años de edad, originario de Oaxaca de Juárez y procedente de Veracruz, de ocupación campesino, sin antecedentes heredofamiliares ni personales patológicos de relevancia para el padecimiento actual, el cual inició desde su adolescencia al



Figura 2. Vista endoscópica del pólipo, el cual se encuentra a 7 cm del margen anal.

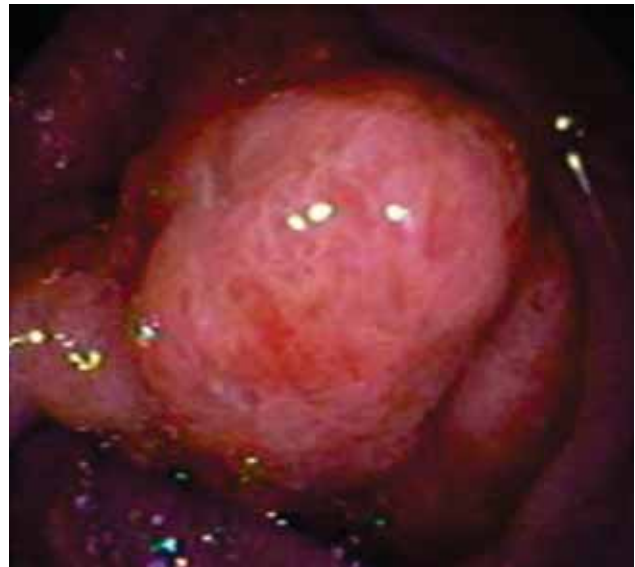


Figura 3. Pólipo rectal que abarca más del 70% de la circunferencia de la luz intestinal.

referir tumoración rectal que protruye al evacuar, requiriendo desde entonces reducción digital (*Figura 1*). No acudió a atención médica sino hasta hace un año, cuando presentó tenesmo rectal y hemorragia transrectal escasa con sangre rutilante. Se le realizó colonoscopia fuera de este hospital con reporte de pólipo pediculado a 5 cm del margen anal y toma de biopsias con reporte de pólipo hiperplásico, motivo por el cual fue remitido a nuestra institución.

En la exploración física dirigida se encontró ano cerrado, esfínter anal normotónico, ausencia de prolapso rectal o protrusión del mismo a la maniobra de Valsalva. Al tacto rectal no se palpó tumoración rectal alguna.

En la colonoscopia realizada se encontró pólipo pediculado a 7 centímetros del margen anal, abarcando 70% de la circunferencia de la luz intestinal (*Figuras 2 y 3*) y se tomaron biopsias del mismo. El estudio histopatológico reportó un adenoma tubular con neoplasia intraepitelial de bajo grado. Debido a estos hallazgos se preparó para procedimiento endoscópico en sala de quirófano, para lo cual se solicitaron estudios preoperatorios de laboratorio, destacando: hemoglobina de 15 mg/dL; hematócrito de 47.3%; leucocitos de 6,000; plaquetas 302,000; glucosa de 103 mg/dL; creatinina de 1.1; tiempo de protrombina 12"; tiempo parcial de tromboplastina 26.1"; relación normalizada internacional 1.2. Electrocardiograma sin alteración.

Se colocó al paciente en posición de navaja sevillana y, tras rutina de asepsia, se introdujo el colonoscopio con el

fin de localizar el pólipo. Al no apreciar adecuadamente el pedículo de la lesión, resultó imposible resecarlo mediante la colonoscopia, por lo que se decidió introducir el espejo de Pratt para traccionar el pólipo; sin embargo, debido a su friabilidad y a la localización del pedículo (7 cm del margen anal), se realizó resección anterior baja hasta el tercio distal del recto, con colostomía de sigmoides y cierre en bolsa de Hartmann, colocando drenaje pélvico tipo Jackson Pratt. En el transoperatorio se encontró un pólipo en tercio proximal y medio rectal que cubría aproximadamente 70% de la luz intestinal (*Figuras 4 y 5*).

Fue dado de alta el quinto día con estabilidad clínica y hemodinámica, tolerando adecuadamente la vía oral, con gasto fecal de adecuada consistencia por colostomía, sin drenaje pélvico y con herida quirúrgica sin datos de infección o dehiscencia.

Diez días después se recaba estudio histopatológico con reporte de adenoma tubular con neoplasia intraepitelial glandular de alto grado, sin tumor en bordes quirúrgicos (*Figura 6*).

DISCUSIÓN

Desde la introducción de la polipectomía en el arsenal de opciones terapéuticas de la endoscopia, los criterios para el manejo de los pólipos se han transformado constantemente y pasó de ser un procedimiento 100% quirúrgico a ser casi en su totalidad de manejo endoscópico.⁸

Actualmente, la polipectomía es el procedimiento terapéutico que se realiza con mayor frecuencia en la colonoscopia.¹¹ Además de ser un método rápido y seguro para el paciente, se puede llevar a cabo con facilidad en cualquier institución que cuente con el equipo básico para este fin.

Por otra parte, es importante hacer notar el impacto que ha tenido la polipectomía en la prevención del cáncer colorrectal, la cual ha sido fundamental en la prevención del mismo.

Aunque los lineamientos para realizar una polipectomía están claramente descritos, existe controversia en lo que respecta al manejo de los pólipos gigantes de colon, cada día son más frecuentes los reportes de casos aislados y casi anecdóticos para la resección de los mismos a través de la endoscopia, aunado a las fa-



Figura 4. Imagen macroscópica del pólipo rectal una vez resecado.



Figura 5. Corte sagital del pólipo rectal.

cilidades que la tecnología pone a nuestro alcance, y que nos muestra las diferentes opciones de tratamiento endoscópico.

Lo anterior se contrapone a los criterios que tradicionalmente marcan el tratamiento quirúrgico, lo cuales consideramos que son los que se toman en cuenta para el manejo inicial de dichas lesiones, sobre todo en instituciones médicas donde no se cuenta con las facilidades tecnológicas para resolver de modo asequible la resección endoscópica de pólipos gigantes y la solución de complicaciones en caso de que lleguen a presentarse.

Como es sabido, el tamaño del pólipo, aunado a su estirpe, incrementa las posibilidades de malignidad de forma directamente proporcional; por ello se establece que el tratamiento es quirúrgico con base en los criterios oncológicos de resección intestinal.

Recientemente se ha tratado de modificar esta conducta para pólipos neoplásicos mayores a 2 cm y que no pueden ser resecados de la manera habitual, al establecer opciones que facilitan la resección endoscópica como las siguientes: resección con asa de polipectomía y electrocauterio en múltiples sesiones, resección endoscópica de mucosa con bisturí endoscópico, inyección submucosa de diferentes sustancias para evitar la perforación intestinal, uso de hemoclips, aplicación local de argón, inyección de esclerosantes e inyección de adrenalina.^{15,16,22,23}

De cualquier forma, en manos expertas, las complicaciones suelen estar relacionadas a hemorragia, perforación, polipectomía incompleta y recidiva, con una frecuencia de 3.1% para pólipos benignos y 33.3% para pólipos malignos, principalmente cuando se realiza en varias sesiones, insuflación excesiva y prolongación del tiempo anestésico, entre otras.^{9,11,12,22-24}

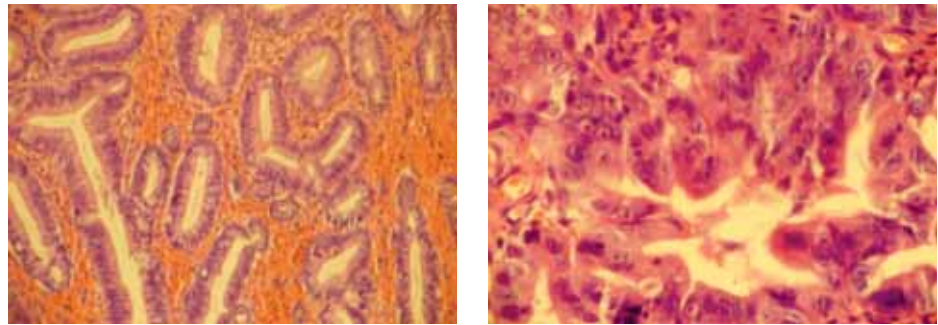
Las contraindicaciones para resección endoscópica de pólipos sésiles y pediculados ya están estipuladas y son las siguientes: pólipos que ocupan más de una tercera parte de la circunferencia del colon; lesiones que abarcan dos pliegues haustrales; aquellos que involucran la base del apéndice cecal (pacientes sin apendicectomía) o se extienden a válvula ileocecal; pólipos con aspecto macroscópico (friable, indurados, ulcerados), en pacientes que no puedan tener un seguimiento estrecho, pacientes con trastornos de la coagulación, dificultad técnica como la no visualización del pedículo, reporte de biopsia positiva para carcinoma invasivo.^{10,18}

CONCLUSIONES

En el tratamiento de pólipos gigantes de colon se deberá tomar en consideración la posibilidad de malignidad de

Figura 6.

Imagen microscópica con
reporte de adenoma tubular
con neoplasia intraepitelial
glandular de alto grado.



la lesión, con base en su tamaño y características morfológicas al momento del estudio; obviamente, tomando en cuenta los parámetros que ya están establecidos y que contraindican un procedimiento endoscópico. Es importante que al momento de intentar la polipectomía endoscópica se cuente con todo el material necesario a fin de controlar una complicación que pudiera llegar a ocurrir, incluso tener la opción en ese momento de resolver quirúrgicamente el padecimiento.

La controversia y la variación de criterios continuarán de acuerdo con la velocidad con que se transforman los equipos médicos y el instrumental, así como por la mejora de los sistemas diagnósticos.

De cualquier forma, cada caso deberá considerarse en particular. Agotando todas las posibilidades por vía endoscópica para ofrecer una resección segura y completa, pero cuando esta opción no es viable, debido ya sea a las características propias del pólipo o al estado general del paciente, entonces debe recomendarse la cirugía como primera opción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario médico-biológico-histórico-etimológico. Ediciones Universidad Salamanca. <http://dicciomed.eusal.es/palabra/polipo>
2. Avendaño HR, Fernández AP, Deichler VMF. Poliposis de colon. Cuad Cir 2007; 21: 59-64.
3. Chow E, Lipton L, Lynch E et al. Hyperplastic polyposis syndrome: phenotypic presentations and the role of MBD4 and MYH. Gastroenterology 2006; 131: 30.
4. Nguyen SP, Bent S, Chen YH, Terdiman JP. Gender as a risk factor for advanced neoplasia and colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol 2009; 7: 676.
5. Kosuka S, Nogaki M, Ozeki T. Premalignancy of the mucosal polyps in the large intestine. Estimation of the periods required for malignant transformation of mucosal polyps. Dis Colon Rectum 1975; 18: 494.
6. Stryker SJ, Wolff BG, Gulp C. Natural history on untreated colonic polyps. Gastroenterology 1987; 93: 1009-1113.
7. Mihalko SL, BAS, CGRN, RN. Implementation of colonoscopy for mass screening for colon cancer and colonic polyps: efficiency with high quality of care. Gastroenterol Clin N Am 2008; 37: 117-128.
8. Cano I, Rosas C, Vázquez J. Lesiones polipoides del tracto gastrointestinal del ano a la boca. Anales de Radiología México 2009; 1: 47-66.
9. Perez F, González P, Legaz L et al. Endoscopic resection of large colorectal polyps. Rev Esp Enferm Dig 2004; 96: 36-47.
10. Swan M, Bourke M, Sina A et al. Large refractory colonic polyps: is it time to change our practice? A prospective study of the clinical and economic impact of a tertiary referral colonic mucosal resection and polypectomy service. Gastrointest Endosc 2009; 70: 1128-1136.
11. Consolo P, Luigiano C, Strangio G et al. Efficacy, risk factors and complication of endoscopic polypectomy: ten year experience at a single center. World J Gastroenterol 2008; 14 (15): 2364-2369.
12. Khashab M. Incidence and predictors of "late" recurrences after endoscopic piecemeal resection of large sessile adenomas. Gastrointestinal Endoscopy 2009; 70: 344-349.
13. Canedo J. Colon y recto. Endoscopia Gastrointestinal 2008; 1: 43-56.
14. 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: 3053-3063.
15. Hogan RB, Hogan RB 3rd. Epinephrine volume reduction of giant colon polyps facilitates endoscopic assessment and removal. Gastrointest Endosc 2007; 66 (5):1018-1022.
16. Soune PH, Ménard Ch, Salah E. Large endoscopic mucosal resection for colorectal tumors exceeding 4 cm. World J Gastroenterol 2010; 16 (5): 588-595.
17. Church JM. Experience in the endoscopic management of large colonic polyps. ANZ J Surg 2003; 73 (12): 988-995.
18. Tolliver KA, Rex DK. Colonoscopic polypectomy. Gastroenterol Clin N Am 2008; 37: 229-251.
19. Husson S, Ventre G, Vagne F. Treatment of large and giant colorectal polyps in the real world. Gastrointest Endosc 2007; 65 (5) .

20. Bujanda L, Cosme A, Gil I, Arenas-Mirave JI. Pólipos colorrectales malignos. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (25): 3101-3111.
21. Verge SJ, Pérez MX, Castro FM y cols. Diagnóstico y tratamiento de los tumores vellosos del tubo digestivo. *Revista Mexicana de Coloproctología* 2007; 13 (1): 8-14.
22. Seo GJ, Sohn DK, Han KS, Hong CW, Kim BC, Park JW, Choi HS, Chang HJ, Oh JH. Recurrence after endoscopic piecemeal mucosal resection for large sessile colorectal polyps. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (22): 2806-2811.
23. Binmoeller KF, Bohnacker S, Seifert H, Thonke F, Valdeyar H, Soehendra N. Endoscopic snare excision of "giant" colorectal polyps. *Gastrointest Endosc* 1996; 43 (3): 183-188.
24. Weinberg DS. Large adenoma recurrence after polypectomy. *Gastrointest Endosc* 2009; 70 (2):350-352.

Correspondencia:

Eloy Enrique Geminiano Martínez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Domicilio conocido S/N, San Bartolo Coyotepec,
71256, Oaxaca.

Tel: 501 80 80 ext. 1164

E-mail: enriquegeminiano@yahoo.com.mx