

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

**POLIPOS DEL COLON Y RECTO \***

MANUEL PELÁEZ CEBRIÁN †

*Las lesiones polipoideas del colon y recto son más frecuentes de lo que se piensa; en el Hospital Español de la ciudad de México esta frecuencia, al igual que la del cáncer del intestino grueso, es un poco mayor que la encontrada en otras instituciones mexicanas. Llama también la atención el gran número de adenomas papilares encontrados.*

*Existe una relación indudable entre el tamaño y la morfología de los pólipos y su probable carácter maligno.*

*Con una frecuencia digna de tomarse en consideración, los pólipos adenomatosos se acompañaron, sincrónica o metacrónicamente, de adenocarcinomas y otras lesiones con franca predisposición maligna así como de alteraciones celulares en la misma lesión, que podríamos llamar de transición ("carcinoma in situ" y "adenocarcinoma superficial").*

*Por la falta de síntomas es necesario buscarlos, al igual que el cáncer de esta localización, mediante rectosigmoidoscopias sistemáticas en todo examen general y, con mayor razón, si ha habido hemorragia u otra alteración de la función intestinal.*

\* Trabajo de ingreso, leído en la sesión ordinaria de la Academia, el 17 de septiembre de 1975.

† Hospital Español de México.

*A causa de la dificultad para establecer un diagnóstico diferencial seguro entre una lesión benigna o una maligna por los métodos ordinarios (endoscopia, radiología, aun biopsia de un fragmento) hay que considerarlos y tratarlos como lesiones potencialmente malignas, excepto en los casos en que el riesgo quirúrgico sea mayor que las posibilidades de malignización.*

Desde 1958, cuando Spratt y Ackerman<sup>1,2</sup> negaron que los pólipos adenomatosos pudieran ser malignos, estas lesiones del intestino grueso han sido causa de muchas discusiones sin que hasta ahora exista un criterio uniforme respecto a la secuencia adenoma benigno y cáncer, debido a la confusión en la terminología, diversidad de criterios en la interpretación histopatológica y comparaciones erróneas de las estadísticas.

Al hablar de pólipos se debe aclarar perfectamente su concepto, pues aunque el término es inadecuado y confuso para cualquier clasificación, así ha sido adoptado y es conveniente conservarlo a condición de que su significado quede bien definido. Dicho término se refiere al aspecto puramente morfológico y sugiere la formación de una pequeña tumoración de

la mucosa; se emplea porque la mayor parte de los tumores benignos, como el adenoma simple, el adenoma papilar o papiloma vellosos y la poliposis familiar múltiple, así como algunos tumores malignos tienen esa apariencia clínica. Pero ni todos los pólipos son tumores benignos, ni todos los tumores benignos son pólipos.

La ausencia de síntomas en la gran mayoría de los casos, hecho corroborado por la mayor frecuencia con que se descubren pólipos en necropsias y en los centros para descubrir el cáncer, indica lo engañosas que son las estadísticas y explica la diferencia que se encuentra entre los datos informados por los clínicos y los patólogos.

Entre 128 499 estudios rectosigmoidoscópicos, Berk y Haubrich<sup>3</sup> encontraron

Cuadro 1 Edad

Años	Hosp. Español (casos)	%	Cons. particular (casos)	%	Inst. Nac. Nutrición (casos)	%
Menos de 10	6		2		0	
De 10 a 20	3		1		2	
De 20 a 30	14		5		3	
De 30 a 40	14		6		8	
De 40 a 50	32		11		13	
De 50 a 60	62	67.6	16	65.3	21	74.4
De 60 a 70	61		7		9	
De 70 a 80	28		4		1	
Más de 80	9		0		0	
Total	229		52		57	

Cuadro 2 Localización

	Hospital Español		Consulta particular	
	Número	%	Número	%
Conducto anal	3	1	0	
Recto	167	56.1	33	57.8
Colon rectosigmoideo (14 a 17 cm.)	50	16.9	8	14
Colon sigmoides	68	23	15	26.3
Colon descendente	3	1	1	1.7
Angulo esplénico	1	0.3	0	
Colon ascendente	1	0.3	0	
Ciego	2	0.6	0	

6.2 por ciento de casos de pólipos, porcentaje que aumentó a 24.3 por ciento entre 7 734 autopsias. Cifras similares informa Welch,<sup>4</sup> quien entre 78 259 estudios clínicos y 4 192 necropsias, halló 5.8 y 26.5 por ciento respectivamente.

Los datos que se presentan en este trabajo provienen del Servicio de Proctología del Hospital Español, y de mi consulta particular. Las cifras obtenidas fueron las siguientes: 3.4 por ciento en los casos del hospital (229 pacientes con pólipos entre 6 633 exámenes proctológicos) y 0.9 por ciento en los del consultorio (52 casos de pólipos en 5 320 exámenes); esta última cifra es prácticamente igual a la del Servicio de Proctología del Instituto Nacional de la Nutrición, que fue de 0.84 por ciento.<sup>5</sup> Las tres cifras son inferiores a las encontradas en el extranjero, al igual que ocurre con la frecuencia del cáncer del colon y recto que, aunque mayor en el Hospital Español que en otras instituciones del país, es inferior al informado en los Estados Unidos de América o Inglaterra.<sup>6</sup> En los últimos años, las cifras han decrecido, estabilizándose alrededor de 3.5 a pesar de que se han visto más de 2 000 enfermos nuevos.

### Datos generales y morfología

Los pólipos predominaron en el sexo masculino en las dos fuentes de casos, a diferencia del Hospital de Nutrición. La frecuencia de estas lesiones aumenta con la edad y son más comunes entre los 40 y los 70 años. Aunque en todo enfermo en el que se halló un pólipo por examen rectosigmoidoscópico se practicó estudio radiológico de colon con doble contraste, existe la posibilidad de que algunas lesiones pequeñas de tamaño parecido a las descubiertas por endoscopia, hayan podido pasar inadvertidas a los rayos X. Es posible que la colonoscopia en el futuro permita que las cifras obtenidas en clínica se aproximen a las de los patólogos, quienes aseguran que el ciego y colon ascendente son las zonas en donde se encuentran pólipos con mayor frecuencia.<sup>9, 11, 12</sup> En el cuadro 2 se puede observar las localizaciones de los pólipos, que coinciden con las informadas por otros autores que ubican en los últimos 30 cm., y en particular en el colon sigmoides, a la mayor parte de estas lesiones.

En el cuadro 3 se muestra el número de pólipos encontrados en las dos series.

Cuadro 3 Número de pólipos

No.	Hospital Español (casos)	Consulta particular (casos)
1	183	46
2	27	2
3	6	1
4	6	0
5 a 10	5	1
Más de 10	2*	2*
Total	229	52

\* Los dos casos corresponden a los mismos enfermos que fueron vistos en ambos lugares.

El que hayan sido únicos en tres cuartas partes de los casos debe tomarse con cierta reserva; tal vez sean más confiables los estudios de necropsia, que permiten poner a la vista todo el colon, y Blatt<sup>9</sup> encontró que sólo en 42 por ciento los pólipos fueron únicos, y en 58 por ciento de los casos, múltiples, y que un 33 por ciento se hallaron en segmentos separados del colon, en el 16 por ciento en segmentos adyacentes y sólo en el 9 por ciento en un solo sector. Esto obliga a ser más exigente con los estudios radiológicos y ante cualquier duda no aclarada,

repetir el examen o recurrir a la colonoscopia.

En cuanto al tamaño, la mayoría midió menos de 1 cm. (cuadro 4). Entre las 186 lesiones de menos de un centímetro hubo seis adenomas papilares, un pólipo adenomatoso con una zona de adenocarcinoma superficial, un carcinoma polipoideo coexistente con otra lesión maligna vecina y dos pólipos adenomatosos coincidentes con adenocarcinoma, lo que da 5.3 por ciento de potencial maligno.

En cambio, entre los 56 casos de lesiones mayores de un centímetro hubo 21 casos de adenoma papilar, dos carcinomas polipoideos, un pólipo adenomatoso con cambios celulares francos de adenocarcinoma invasor, y un caso de varios pólipos adenomatosos seguidos años más tarde por un adenocarcinoma. Esto equivale a 44.6 por ciento de lo que se podría considerar como potencial maligno.

Estos datos no sólo corroboran el hecho comprobado por numerosos autores del potencial maligno de los pólipos de más de un centímetro, peligro que aumenta indudablemente con el tamaño de la lesión, sino que al mismo tiempo recuerdan que no hay que menospreciar las lesiones

Cuadro 4 Tamaño y tipo histopatológico

Lesiones menores de 1 cm. (186 casos)		Lesiones mayores de 1 cm. (56 casos)	
Adenomas papilares	6	Adenomas papilares	21
Carcinoma polipoideo coexistiendo con otra lesión maligna	1	Carcinoma polipoideo	2
Pólipo adenomatoso con "carcinoma superficial"	1	Pólipo adenomatoso con adenocarcinoma invasor	1
Pólipos adenomatosos coexistentes sincrónicamente con adenocarcinoma	2	Pólipos adenomatosos, seguidos metacrónicamente por adenocarcinoma	1
Total de casos	10		25
(Potencial maligno 5.3 por ciento)		(Potencial maligno 44.6 por ciento)	

pequeñas con base exclusiva en las estádísticas.

El 72.7 por ciento de los pólipos adenomatosos fueron sésiles, lo mismo que 68 por ciento de los adenomas papilares. Se acepta en general que los pólipos sésiles tienen mayores posibilidades de ser malignos que los pediculados, pero según Castleman,<sup>13</sup> sucede así no por el hecho de ser sésiles, sino que precisamente son sésiles porque los cambios celulares que les dan su carácter invasor fijan la mucosa a la capa muscular e impiden que el peristaltismo los haga pediculados.

### Carácter histológico

En el cuadro 5 se muestra la distribución histopatológica de los casos estudiados. Se observa un predominio claro de los pólipos adenomatosos (36 por ciento del total). También llama la atención la gran frecuencia con que los pólipos coexisten con otras lesiones del colon, así como el gran número de adenomas papilares.

Con objeto de que queden bien claros los términos y la implicación de su significado, considero conveniente hacer una referencia breve a cada una de las entidades señaladas en el cuadro.

Los pólipos simples o mucosos son elevaciones discretas de la mucosa con edema o engrosamiento ligeros de la submucosa; no hay cambios en las glándulas ni en la muscular de la mucosa. En realidad puede resultar difícil distinguirlos de los pliegues de una mucosa normal.<sup>14</sup>

En las hiperplasias polipoideas existen grados variables de crecimiento de las glándulas, pero con la disposición celular conservada y sin cambios tintoriales. Estas lesiones, aunque pequeñas, suelen ser un

poco mayores que los pólipos simples o mucosos, pero prácticamente siempre son sésiles y no sobrepasan el diámetro de un centímetro. Tanto los pólipos simples como las hiperplasias polipoideas son lesiones benignas.

En los pólipos adenomatosos, además de una hiperplasia más importante de las glándulas, existen irregularidades en cuanto al tamaño y a la disposición celular; estos cambios pueden ser mínimos o bien representar grados variables de atipia o anaplasia, lo que origina distintos conceptos personales de interpretación que pueden ser causa de error.

Los términos de "carcinoma *in situ*" y "carcinoma superficial" no son sinónimos de malignidad; indican tan sólo que los focos de atipia o los cambios en la distribución celular están confinados exclusivamente al epitelio glandular en el primer caso, o penetran sólo hasta la lámina *propria* en el segundo.

Existe uniformidad de criterio respecto a cuándo una lesión deba ser considerada maligna; este criterio depende de que los cambios celulares alcancen la *muscularis mucosae*; de ahí que en las atipias localizadas ("carcinoma *in situ*" o "carcinoma superficial"), la resección local sea suficiente y la evolución subsecuente sea la misma que la de cualquiera otra lesión polipoidea benigna. No se puede negar, sin embargo, que las lesiones con cambios localizados pueden corresponder a etapas de transición que hubieran progresado si no se hubieran extirpado en esa fase.<sup>15</sup>

Morfológicamente los pólipos adenomatosos pueden ser sésiles o pediculados. Ya se mencionó que en 72.7 por ciento de nuestra serie fueron sésiles y en el resto, 27.3 por ciento, pediculados.

Los adenomas papilares o papilomas vellosos son lesiones generalmente sésiles y de base más ancha; suelen ser más grandes en extensión y frondosos por sus finas vegetaciones digitales. Tienen gran tendencia a la recidiva y potencial maligno.

Para Sunderland y Binkley<sup>16</sup> el adenoma papilar es una variante del pólipo adenomatoso. Otros autores, como Grinnell y Lane,<sup>17</sup> piensan que son dos entidades distintas y basan su opinión en ciertas particularidades de los papilares, como su localización predominantemente rectal, la presentación en edades más avanzadas, gran tendencia a reaparecer y franca propensión a la malignización.

Los carcinomas polipoides son neoplasias definitivamente malignas que adoptan esta forma de crecimiento. Suelen ser planos y sésiles; fijos al tacto, lo que por sí sólo debe hacer sospechosa una lesión. Algunos tienen un pedículo corto que suele ser ancho. Su superficie puede ser libre o estar lobulada o ulcerada. Además de las atipias citológicas, al microscopio se observan signos de invasión. Aunque

muchos de estos carcinomas se originan de manera primaria, otros pueden tener su origen en un adenoma benigno, pero es excepcional la demostración histológica de la coexistencia de ambas lesiones.<sup>1, 4, 9</sup> Como el cuadro no pretende ser una clasificación de los pólipos, sino exponer los hallazgos en el Hospital Español, debe mencionarse a la poliposis difusa y a los pólipos del síndrome de Gardner. En los primeros las lesiones polipoideas tienen el mismo aspecto macroscópico y las mismas características histopatológicas que los pólipos adenomatosos. Son consecuencia de una mutación de genes, y son transmitidos por ambos sexos con un rasgo dominante heterocigótico. En el síndrome de Gardner, los pólipos adenomatosos múltiples se acompañan de tumores de los tejidos blandos y tumores óseos. Entre los casos de pólipos adenomatosos que se revisaron hay dos con pólipos múltiples en los que existen datos para pensar que en uno se trata de poliposis familiar múltiple, y en otro de síndrome de Gardner, aunque no hemos logrado comprobarlos.

Cuadro 5 Tipo histopatológico

	Hospital Español No. de casos	Consulta particular No. de casos
Pólipo simple o mucoso	62	7
Hiperplasia polipoidea	7	2
Pólipo adenomatoso	82 (36 por ciento)	17
Adenoma papilar o papiloma vellosos	16	2
Carcinoma polipoideo	2 *	1
Coexistencia de pólipos de distinto tipo, con o sin cáncer agregado	25	3
No determinado	35	20
Total	229	52

\* Un caso con dos lesiones primarias en el colon sigmoides (una de ellas carcinoma polipoideo y la otra adenocarcinoma).

Hechas estas consideraciones breves pero necesarias, volvamos al cuadro 5, en el cual la suma de los 16 casos de adenomas papilares, con los dos carcinomas polipoides y los 25 en que los pólipos adenomatosos o los adenomas papilares coexistieron con otras lesiones potenciales o francamente malignas, dan un total de 43 casos, o sea un potencial maligno de 18.7 por ciento, cifra digna de tomarse en cuenta y que excede la cuarta parte (26.8 por ciento) si se descartan los pólipos simples y las hiperplasias polipoides, que siempre son benignas.

Tanto los pólipos adenomatosos como los adenomas papilares se acompañaron con frecuencia de alteraciones celulares malignas bien en la misma lesión o coexistiendo con otras, al mismo tiempo o posteriormente. En el grupo de los pólipos adenomatosos, se encontró un caso en que la lesión benigna coexistía con un adenocarcinoma invasor evidente; otro con "adenocarcinoma superficial"; uno más con

elementos de tipo adenomatoso coincidieron con adenocarcinomas invasores en otras porciones del colon; en dos más hubo coexistencia metacrónica de pólipos adenomatosos y francos adenocarcinomas, y en el último coexistieron también, de manera metacrónica, un carcinoma polipoides con un pólipo adenomatoso (cuadro 6).

Independientemente de las muchas razones que adujeron inicialmente Spratt y Ackerman,<sup>1</sup> y que sostuvieron luego muchos otros autores, de que los pólipos adenomatosos son benignos toda su vida y nunca sufren cambios degenerativos, pues los que son malignos lo son desde el principio, existen muchas pruebas en contra y, sobre todo, el hecho para mí más importante de que, en muchísimas ocasiones, no es posible establecer un diagnóstico diferencial seguro ni por medios endoscópicos ni por métodos radiológicos, e incluso ni aun por examen histopatológico de un fragmento de la lesión, por

**Cuadro 6** Coexistencia de pólipos adenomatosos con otros tipos de pólipos o con lesiones malignas, o bien con alteraciones celulares de carácter maligno

	Hospital Español No. de casos	Consulta particular No. de casos
Pólipo adenomatoso y adenoma papilar en la misma lesión	1	—
Pólipo adenomatoso con cambios en la distribución celular "adenocarcinoma superficial"	1	—
Pólipo adenomatoso y adenocarcinoma en la misma lesión	1	—
Coexistencia sincrónica de pólipo adenomatoso y adenocarcinoma	5	2
Coexistencia metacrónica de pólipos adenomatosos y adenocarcinoma	2	—
Coexistencia metacrónica de carcinoma polipoides y pólipo adenomatoso	1	—
	11	2

lo que, como hecho práctico y real, deben seguir siendo consideradas lesiones potencialmente malignas.

Desde luego la relación entre benignidad y malignidad en las lesiones polipoideas es más evidente en los adenomas papilares, en los que nadie pone en duda su gran potencial maligno. En cinco enfermos coexistieron en la misma lesión signos histológicos de adenoma papilar y de adenocarcinoma invasor; un caso de adenoma papilar muy extenso y situado en la parte baja del recto, que fue resecado de manera local por vía transanal y que reapareció al poco tiempo. Este enfermo rechazó una resección abdominoperineal que le fue propuesta, sin embargo, se le siguió observando cada dos o tres meses por más de 7 años, al cabo de los cuales terminó siendo un franco adenocarcinoma. Un adenoma papilar con signos histológicos de "adenocarcinoma superficial"; tres casos más de adenoma

papilar con "adenocarcinoma superficial" que coexistieron con pólipos adenomatosos en otras partes del colon; por último otros tres casos en los cuales los adenomas papilares coincidieron con pólipos adenomatosos en otros segmentos, y un enfermo más en quien se encontraron en distintas épocas adenoma papilar y pólipos adenomatosos (cuadro 7).

### Consideraciones clínicas

Ya quedó señalado que la mayor parte de los pólipos evolucionan asintomáticos y que, cuando existen síntomas, el principal y casi único es la hemorragia.

La hemorragia puede ser variable, tanto en cuantía como en sus características, pero por lo general no es muy abundante y siempre acompaña a la defecación. La sangre es fresca y mancha la superficie de la materia fecal, cuando la lesión es baja, o bien es oscura y sale mezclada con

Cuadro 7. Coexistencia de adenomas papilares con otros tipos de pólipos o con lesiones malignas o bien con alteraciones celulares de carácter maligno

	Hospital Español No. de casos	Consulta particular No. de casos
Coexistencia sincrónica de adenoma papilar y pólipos adenomatosos	3	—
Coexistencia metacrónica de adenoma papilar y pólipos adenomatosos	1	—
Coexistencia sincrónica de adenoma papilar, pólipos adenomatosos y cambios en la distribución celular ("adenocarcinoma superficial")	3	—
Adenoma papilar con cambio en la distribución celular ("adenocarcinoma superficial")	1	—
Coexistencia de adenoma papilar y adenocarcinoma en la misma lesión	5	—
Adenoma papilar con malignización de la lesión después de 7 años	1 *	1 *
	14	1

\* Se trató del mismo caso que fue visto en ambos lugares.

el excremento si el pólipo se encuentra situado en segmentos más altos del colon.

En la serie revisada fue difícil valorar la hemorragia, pues en la mayoría de las ocasiones los pólipos se descubrieron en pacientes que acudieron a consulta por problemas anorrectales inflamatorios, que por sí solos explicaban las rectorragias; por ello, aunque la existencia de hemorragia fue elevada, sólo en 63 de los 229 casos del Hospital (27.5 por ciento) y en 12 de los 52 pacientes de la consulta privada (23 por ciento), se puede considerar que la hemorragia fue producida por los pólipos.

En términos generales, se puede decir que los síntomas, y especialmente la hemorragia, se pone de manifiesto o se exagera cuando la lesión aumenta de tamaño o experimenta algún cambio; por ello es imperativo hacer un estudio completo que incluya examen endoscópico y radiológico adecuados.

Otros síntomas, como los cambios de hábito intestinal (diarreas, estreñimiento o alternativas de estreñimiento y diarrea), no deben atribuirse a los pólipos, como lo demuestra el hecho de que persisten después de extirpar la lesión. Su origen hay que buscarlo en otras causas, como parásitos, bacterias, malos hábitos en la alimentación o, como muy frecuentemente sucede, manifestaciones de un trastorno funcional del tubo digestivo.

En los adenomas papilares, en especial cuando las lesiones son amplias y se localizan en la parte baja del recto, suele haber pujo y tenesmo y la lesión puede exteriorizarse a través del ano. Hemos visto varios pacientes con este problema que fueron enviados a consulta con diagnóstico de hemorroides. También en los

adenomas papilares suele haber con frecuencia evacuaciones diarreicas, que en muchos casos están constituidas por moco abundante rico en sodio y potasio, lo que ocasiona desequilibrios electrolíticos muy importantes.

### Consideraciones terapéuticas

El tratamiento depende de la localización, el tamaño y los caracteres de la lesión, así como de la edad y el estado general del enfermo.

En relación con la localización, hay que separar las lesiones que se encuentran en los últimos 25 a 30 cm. del intestino grueso y las localizadas por arriba de ese límite. Esta división se debe a que los métodos de exploración y tratamiento son distintos en cada caso; endoscópico y transanal o transendoscópico en los primeros, o radiológico y transabdominal en los segundos. Con más experiencia, la colonoscopia tal vez elimine en muchos casos esa diferencia, ya que la mayor parte de las lesiones pequeñas podrán ser descubiertas y tratadas por vía endoscópica cualquiera que sea su localización en el colon.

En las lesiones polipoideas descubiertas por el rectosigmoidoscopia, también hay que establecer una subdivisión relacionada con la localización y el tratamiento. Esta subdivisión la establece el repliegue peritoneal situado más o menos a 10 cm. del reborde del ano. En los situados por debajo del repliegue peritoneal el tratamiento no ofrece ninguna dificultad ni duda alguna en las lesiones pequeñas: todos los pólipos menores de un cm. deben ser extirpados con las pinzas de biopsia. Aunque muchos autores consideran suficiente la electrofulguración en las lesiones pe-

queñas por considerarlas siempre benignas, personalmente pienso que es preferible extirparlas con las pinzas de biopsia. Cuando son mayores de un centímetro es preferible su resección en la sala de operaciones por vía transanal y sutura de la base.

Estas resecciones, con pinzas de biopsia o por vía transanal, son suficientes y adecuadas aun en los casos de "carcinoma *in situ*" o "carcinoma superficial", pero cuando el informe histopatológico demuestra invasión o que se trata de un carcinoma polipoideo, su extirpación debe ser radical: la resección abdominoperineal está indicada. En los adenomas papilares de esta zona pueden requerirse resecciones locales muy amplias siempre que la lesión sea benigna, pero si hay signos de invasión, también es aconsejable la resección abdominoperineal. En algunos adenomas papilares muy extensos sin datos de malignidad cabe la posibilidad de efectuar una proctosigmoidectomía con conservación de esfínteres.

En los pólipos situados por arriba del repliegue peritoneal, entre 10 y 30 cm., la actitud terapéutica depende del tamaño y carácter de la lesión. En los pólipos pequeños basta con la extirpación completa con las pinzas de biopsia, seguida o no de electrofulguración de la base. Cuando la lesión es más grande, sin sobrepasar 1.5 cm. y su superficie es lisa, es preferible extirparlos en la sala de operaciones, sin anestesia, con el asa fría y luego electrofulgurar su base. Semejante proceder es recomendable en los pólipos pediculados localizados a ese nivel. Las lesiones mayores de 1.5 cm. o las sésiles y de base muy ancha, con signos de induración, o bien las que tienen una superficie an-

fractuosa o aspecto papilar, es preferible extirparlas por vía transabdominal, mediante resección local y sutura, resección segmentaria y anastomosis colorrectal o resección abdominoperineal, según su localización.

El problema más difícil radica en las lesiones papilares amplias sin signos histológicos de invasión, pero con dudas de malignidad por cierto grado de induración, que se localizan en una zona intermedia, entre 10 y 14 ó 15 cm., pues su resección local adecuada resulta difícil por vía transanal o transendoscópica, lo mismo que por vía abdominal. La decisión dependerá de la habilidad personal del cirujano y del estudio y la valoración correctas de cada caso.

En el grupo de pólipos situados por arriba de los 25 ó 30 últimos centímetros del reborde anal, en los que el diagnóstico depende del examen radiológico, la decisión operatoria quedará supeditada a valorar, por un lado, las posibilidades de malignización y, por otro, el riesgo que significan la edad, el estado general del enfermo y la mortalidad de la colotomía, con resección de un segmento del intestino o sin ella. Si el estado general del enfermo es aceptable y la mortalidad quirúrgica en experiencia del cirujano no sobrepasa la común de 1 a 2 por ciento para este tipo de cirugía, todas las lesiones descubiertas radiológicamente deberán extirparse haciendo una colotomía y resección local cuando las lesiones sean lisas, su diámetro no pase de 1.5 cm. y no se sienta induración en su base; igual técnica se empleará en los pólipos pediculados. Si, por lo contrario, las lesiones son más grandes y sésiles y su superficie es lobulada o francamente papilar o en su base

existe induración, es preferible recurrir a una resección segmentaria del colon. En ambos casos es aconsejable hacer coloscopia, si no total, por lo menos proximal y distal a través del orificio de la colotomía. Por supuesto que tanto para la colotomía como para la coloscopia se requieren preparación correcta del intestino y extremar los cuidados para evitar contaminaciones. Es cierto que tanto la exploración endoscópica transcolónica como la resección segmentaria añadirán riesgos, pero las posibilidades de dejar otros pólipos o de que la extirpación local no sea lo suficientemente amplia y deje posibilidades de repetición o malignización hacen que el peligro sea mucho más grande, por lo que queda justificada con amplitud esta determinación.

En la poliposis familiar múltiple, la resección total o subtotal del colon con anastomosis ileorrectal es el procedimiento indicado si no está afectada la ampolla rectal. En el material motivo de esta comunicación se hicieron 13 colotomías con polipectomía local y 6 resecciones segmentarias.

De los pólipos rectosigmoideos bajos, 21 fueron resecaos por vía transanal; 133 se extirparon con las pinzas de biopsia, algunos con electrofulguración de la base, 20 se extirparon con asa fría a través del rectosigmoidoscopio. En cuatro hubo necesidad de hacer resección abdominoperineal y sólo en diez, se hizo electrofulguración por tratarse de lesiones muy pequeñas.

En 33 no se llevó a cabo ningún tratamiento, en su mayoría por no haberlo aceptado el enfermo, y sólo en unos pocos por tratarse de lesiones muy pequeñas del tipo de las hiperplasias polipoideas o de

Cuadro 8 Tratamiento efectuado

Procedimiento	No. de casos
Colotomía y polipectomía local	13
Resección segmentaria o anterior	6
Resección transanal	21
Extirpación completa con pinzas de biopsia seguida o no de electrofulguración de la base	133
Extirpación con asa fría, seguida o no de electrofulguración	20
Resección abdominoperineal	4
Electrofulguración	10
Ningún tratamiento	33

los pólipos simples, en los que existía la posibilidad de vigilancia segura.

En 99 casos del hospital y en 22 de la consulta fue posible hacer control periódico entre uno y 25 años de la extirpación o descubrimiento del pólipo. Entre los 99 casos del hospital hubo sólo nueve en los que más adelante se encontraron otros pólipos. De ellos, sólo en tres se puede hablar de recidiva. En dos de ellos los nuevos pólipos adenomatosos se encontraron cuatro y ocho años después en la misma zona en donde se había extirpado la primera lesión. En el tercer caso se produjo un adenoma papilar, porque la resección local transanal, aunque amplia, no fue suficiente para evitar la recidiva. En este caso se había propuesto una resección abdominoperineal que no fue aceptada por el enfermo. Pudimos observar periódicamente a este paciente durante 13 años y ser testigos de la degeneración maligna de la lesión a los 7 años.

En tres casos los pólipos nuevos se descubrieron en zonas distintas y algunos de ellos con variedad histológica diferente.

Los tres últimos casos, señalados en los cuadros 9 y 10, parecen demostrar la existencia de una predisposición en la mucosa del colon de estas personas a la repetición de lesiones polipoideas de distintas variedades, tanto benignas como malignas, lo que indudablemente está en favor de su estrecha relación. Resultará particularmente interesante continuar el control periódico del primer caso y observar qué evolución futura tienen las lesiones polipoideas consideradas por la mayoría como totalmente benignas.

En los 22 casos controlados en el consultorio, sólo se observó un nuevo pólipo en el examen endoscópico realizado 15 años después.

En ambas revisiones de control hubo cuatro casos en los cuales por distintas razones, no se extirparon los pólipos y se volvieron a encontrar en las mismas condiciones de tamaño y aspecto a los cinco años en dos de los casos, y a los seis y a los ocho años respectivamente en los otros dos. Uno de ellos fue extirpado en la revi-

---

**Cuadro 9** Predisposición de la mucosa del colon a la formación de estas lesiones

---

**Exp. 39976 (CI 6)**

En 1958, extirpación de tres pólipos simples con pinzas de biopsia.

En 1959, 1960 y 1962, exámenes endoscópicos de control, negativos.

En 1975, hiperplasia polipoidea en la misma zona.

**Exp. 20363 (CI 107)**

En 1962, adenocarcinoma resecao por proctosigmoidectomía con conservación de esfínteres (Dr. G. Alamilla).

En 1965, extirpación de pólipo adenomatoso de mucosa cercana a la piel del ano.

En 1975, control negativo.

---

**Cuadro 10**

---

**Exp. 60042 (CI 16)**

Padre fallecido por cáncer rectal.

En 1956, pólipo adenomatoso de colon descendente extirpado por colotomía.

En febrero y noviembre de 1956, pólipos adenomatosos extirpados con pinzas de biopsia.

En 1957, pólipo adenomatoso del colon sigmoide, con zonas de atipias, extirpado por colotomía.

En 1958, pólipo rectal simple extirpado con pinzas de biopsia.

En 1958, pólipo adenomatoso de ciego extirpado por colotomía.

En 1972, adenocarcinoma estenosante del ángulo esplénico del colon extirpado por resección segmentaria.

En 1975 falleció por accidente vascular cerebral.

---

sión de control verificada este año, y se demostró su carácter adenomatoso.

Por último, un caso más, no tratado por su franco aspecto de hiperplasia polipoidea, desapareció espontáneamente y no volvió a observarse en las siguientes rectosigmoidoscopias de control, la última de las cuales se realizó a los 16 años de haber sido descubierta la lesión.

Manuel Peláez Cebrián ocupa ya un sitio en el Departamento de Cirugía de la Academia Nacional de Medicina y su especialidad es la proctología, rama de la gastroenterología y de la cirugía general. Hizo los estudios de medicina en la U.N.A.M., se recibió en agosto de 1944, y poco tiempo después inició una residencia rotatoria de un año en el Hospital General de México, perteneciendo a una de las primeras generaciones de médicos graduados aquí que iniciaban una carrera hospitalaria.

Después invirtió dos años en el Hospital de Graduados de la Universidad de Pensilvania, en Filadelfia, siguiendo los cursos de especialización en gastroenterología —famosos en el mundo entero— del doctor Henry Bockus. Todavía más tarde siguió algunos cursos breves de la especialidad en Madrid, España, con el doctor Jiménez Díaz.

Desde su regreso a México decidió restringir su práctica y su interés a la proctología y, en el Hospital Español, organizó un servicio dependiente de gastroenterología que, gracias a su celo, ha crecido hasta formar un servicio por sí mismo, del que Peláez es jefe desde 1961. Ahí no solamente atiende una nutrida clientela sino que se ocupa de la docencia de la especialidad y participa en la enseñanza de los temas pertinentes en los cursos de gastroenterología y otros.

Con dotes sobresalientes para la amistad sincera y con interés profundo en el progreso de la especialidad, fue uno de los motores para fundar la Sociedad Mexicana de Proctología, de la que fue vocal, tesorero y finalmente presidente de 1961 a 1963. Ha publicado numerosos trabajos en revistas nacionales y extranjeras y, por conocer bien cierto tipo de patología prevalente en México, ha sido invitado como conferenciante a España en diversas ocasiones.

#### REFERENCIAS

1. Spratt, J. S. y Ackerman, L. V.: *Relationship of polyps of the colon and colonic cancer*. Ann. of Surg. 148:682, 1958.
2. Spratt, J. S. y Ackerman, L. V.: *Pathologic significance of polyps of the rectum and colon*. Dis. Col. & Rect. 3:330, 1960.
3. Bockus, H. L.: *Benign tumors of the colon and rectum*. En: *Gastroenterology*. 2a. ed. Filadelfia, Saunders, tomo II, 1965, p. 957.
4. Welch, C. E.: *Consideraciones generales*. En: *Lesiones polipoideas del tracto gastrointestinal*.

nal. Barcelona, España, Edit. Científica Médica, 1967, p. 8.

5. Hurtado, H.: *Pólipos del colon y recto*. Tesis recepcional U.N.A.M. 1974.
6. Peláez, M. y Manzano, F.: *Frecuencia del cáncer de colon y recto en el Hospital Español*. Rev. Med. Hosp. Esp. Méx. 15:158, 1965.
7. Peláez, M. y Buenrostro, S.: *Pólipos del colon y recto*. Rev. Gastroent. de Méx. 24:52, 1959.
8. Peláez, M.; Buenrostro, S. y Rovalo, F. J.: *Tumores benignos y potencialmente malignos del colon y recto*. Rev. Med. Hosp. Esp. Méx. 19:39, 1969.
9. Blatt, L.: *Polyps of the colon and rectum: Incidence and distribution*. 4:277, 1961.
10. Deddish, M. y Hertz, R. E.: *Colotomy and coloscopy in the management of neoplasm of the colon*. Dis. Col. & Rect. 2:133, 1959.
11. Swinton, N. W.: *Polyps of the colon and rectum*. J.A.M.A. 154:658, 1954.
12. Swinton, N. W. y Hang, A. D.: *Frequency of precancerous lesions of rectum and colon*. Lahey Cl. Bull. 5:84, 1947.
13. Castleman, B. y Krickstein, H. I.: *Do adenomatous polyps of the colon become malignant?* New Englan J. Med. 267:469, 1962.
14. Arminsky, T. C. y McLean, D. W.: *Incidence and distribution of adenomatous polyps of the colon and rectum*. Dis. Col. & Rect. 7:249, 1964.
15. Jackson, R. B.: *Adenomas of the colon and rectum. Histopathology and management*. Dis. Colon & Rect. 17:656, 1974.
16. Sunderland, D. A. y Binkley, G. E.: *Papillary adenomas of large intestine; clinical morphological study of 48 cases*. Cancer. 1:184, 1948.
17. Grinell, R. S. y Lane, N.: *Benign and malignant adenoma, polyps and papillary adenomas of colon and rectum; an analysis of 1 856 tumors in 1 335 patients*. Internat. Abstr. Surg. 106:519, 1958.

#### COMENTARIO OFICIAL

VICENTE GUARNER \*

Es para mí, motivo de verdadero agrado, haber sido designado por la mesa directiva de la Academia para comentar el trabajo de ingreso a quien conozco desde hace años y cuya tra-

\* Académico numerario. Centro Médico "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

vectoria profesional me ha sido posible seguir de cerca. Manuel Peláez es y ha sido, un hombre de estudio; intensamente trabajador, cuyo lenguaje tiene inflexiones y resonancias de los aires de Asturias, posee como cualidades sobresalientes la discreción, la prudencia y la

seriedad, poco comunes en nuestros días. Pe-láez ha seleccionado para esta ocasión, el tema "Pólipos del colon y recto", y más que una revisión, lleva a cabo lo que podríamos llamar una labor de esclarecimiento de conceptos.

Cada uno de nosotros siente el deseo innato de hacer una contribución única o personal en su campo de trabajo y, sin embargo, constituye, un deber que reviste tal vez mucha mayor importancia, contribuir al esclarecimiento de un capítulo particularmente oscuro o enrevesado. La confusión, dicen los filósofos clásicos, es hermana del error y para esclarecer lo oscuro, hay que recordar que el método científico no es exclusivamente la búsqueda de la verdad, sino el hallazgo del error. Lo que consideramos falacia de los sentidos, decía William James, no es tal falacia de los sentidos, sino falacia del intelecto que interpreta, erróneamente, lo que los sentidos le proporcionan. La claridad nos es proporcionada por el concepto. La claridad, decía Ortega, significa tranquila posesión espiritual, dominio suficiente de nuestra conciencia sobre las imágenes y, añadía el gran ensayista, toda labor de cultura es una interpretación, un esclarecimiento o exégesis de la vida.

El término griego *polipo* (muchos pies), ha sido empleado en forma genérica para designar cualquier crecimiento o excrecencia de la mucosa y no posee una connotación clínica ni patológica, sino únicamente, un carácter descriptivo y, más que nada, un simbolismo proporcionado por el tiempo, que ha constituido la razón natural por la que ha sido utilizado en medicina desde hace siglos. No obstante, resulta obligado admitir, que lo accesible y aplicativo del término pólipos, ha dado lugar a que haya sido empleado para señalar varias entidades nosológicas con bases morfológicas distintas, diferentes manifestaciones clínicas, e incluso genéticas, bajo una misma designación, circunstancia, sin duda, responsable de una confusión importante. El autor del trabajo se empeña, por esta razón, desde el principio, en definir lo que son las simples elevaciones de la mucosa o pólipo simple, con cierto grado de edema, que resultan a veces difíciles de distinguir de los pliegues normales, y las llamadas hiperplasias polipoides, con un estado va-

riable de crecimiento glandular, que conservan la arquitectura celular y resultan secundarias a estímulos irritativos, como agentes bacterianos o químicos y son diferentes de las demás formaciones polipoides. Estas definiciones deben constituir un principio obligado en cualquier terreno y, sobre todo, en éste, hasta ahora tan vago e impreciso. Su importancia ya la manifestaba Percival Pott, el cirujano del Hospital de San Bartolomé, en Londres, cuando en 1765 decía: "Las definiciones claras y precisas de la enfermedad y la aplicación de estos nombres como expresión de su verdadera naturaleza tienen muchas más consecuencias de las que uno pudiera imaginar. Aquellas falaces o imperfectas, falsean las ideas y las ideas falsas son seguidas de una práctica equívoca."

Las lesiones polipoides de interés son: el pólipo adenomatoso, también conocido como adenoma tubular y el adenoma veloso o papiloma veloso. Los morfológicos, sin embargo, han encontrado que entre estos dos extremos, existe, a menudo, un tipo histológico intermedio al que designan con una combinación de los dos nombres anteriores, como adenoma papilar o vello glandular o túbulo veloso, y cualquiera que sea dicha designación, su estructura histológica ofrece una conformación intermedia entre el pólipo adenomatoso y el adenoma veloso.

Si reunimos estas tres variedades con el fin de conocer sus respectivas frecuencias encontramos, que el pólipo adenomatoso representa el 75 por ciento de los pólipos del colon, en tanto que, el adenoma veloso comprende un 10 por ciento; y el 15 por ciento restante lo abarcan aquellos tumores que poseen estructuras intermedias.

El aspecto que, a mi modo de ver, reviste mayor interés es el terreno de los pólipos del intestino grueso, ha sido, sin lugar a dudas su potencial de malignización. ¿Cuál es el estado actual de nuestros conocimientos en este problema? Desde luego su importancia es innegable. Es unánimemente admitido, que la identificación de las lesiones pre-cancerosas constituye, hoy en día, uno de los fundamentos en la prevención del cáncer, y tratándose del intestino grueso, los pólipos aislados, la poliposis

familiar y la colitis ulcerosa crónica inespecífica, constituyen causas predisponentes.

Con el propósito de conocer a fondo la auténtica relación pólipo-cáncer, Morson estudió, entre los años de 1957 a 1968 en el Hospital de San Marcos, en Londres, una serie de 1961 casos de tumores malignos de colon y recto, y encontró, que en 278 de ellos (14.2 por ciento), existía evidencia de un tumor benigno (ya fuera pólipo adenomatoso o vellosos), en continuidad con la lesión maligna. Es natural que la frecuencia con la cual se llegue a encontrar un tumor benigno coexistiendo en un segmento determinado del intestino con un cáncer, dependa de la extensión del tumor maligno, que tiende a crecer y a borrar el componente benigno de la lesión. De este modo, Morson observó, que en los casos en que el tumor maligno abarcaba todas las capas de la pared del colon y se extendía a los tejidos vecinos, los restos del componente benigno, aparecieron en menos del 7 por ciento y que, por el contrario, si tomaba en este grupo aquellos ejemplos en que el tumor se hallaba limitado exclusivamente a la submucosa, el patólogo llegaba a reconocer la lesión benigna asociada en casi 50 por ciento de los especímenes. Es muy posible de acuerdo con estos estudios, publicados en los años de 1974 y 1975 que la mitad de los cánceres de colon y recto se originen en un pólipo adenomatoso y vellosos y que este hecho pase inadvertido, las más de las veces, porque al crecer la lesión maligna no encontramos ningún residuo de la lesión original. Sin embargo, la posición contraria, es absolutamente válida y consideramos que la frecuencia de malignización de un pólipo adenomatoso es baja y, en cambio, resulta alta para el adenoma vellosos. En esta forma se acepta, actualmente, que el pólipo adenomatoso presenta una frecuencia de malignidad del 5 por ciento, comparado con un 40, para el pólipo vellosos y 22 por ciento para el tipo intermedio, que se comporta más, en su evolución, como el segundo que como el adenoma tubular.

Desde hace años, a raíz de los estudios de Castleman se reconoce una relación entre el tamaño del pólipo y su potencial de malignidad. Dicho potencial resulta muy bajo en

aquellos pólipos de menos de un cm., y se incrementa del 1 al 10 por ciento, cuando la base presenta un diámetro de 1 a 2 cm.; y, cuando llegan a sobrepasar esas cifras, los patólogos consideran, en general, que cerca de 50 por ciento tienen ya un componente de malignidad.

El pólipo adenomatoso o tubular, es habitualmente pequeño, con una base de diámetro inferior a un cm. y, por consiguiente, con grandes probabilidades de resultar benigno. No obstante, a medida que crece en tamaño —y de ello se infiere una enseñanza práctica para clínicos, radiólogos y cirujanos— hasta llegar a los 2 cm., una tercera parte, por lo menos, son malignos. En los adenomas vellosos, empero, esta proporción resulta diferente, cuando son pequeños su potencial de malignidad alcanza el 10 por ciento y en los de gran tamaño el cáncer aparece en la mitad de ellos.

Es conveniente señalar, sin embargo, que el concepto de malignidad de estas lesiones, hasta de quedar bien aclarado, como lo apunta Peñalé en su trabajo. Se define en estos casos como cáncer, la invasión a la *muscularis mucosae*. Es frecuente observar en las preparaciones grados variables de displasia, que pueden ser interpretados como "cáncer *in situ*". El grado de atipia en los pólipos no es siempre uniforme y pueden encontrarse importantes focos de displasia que deben ser juzgados con prudencia por el patólogo, teniendo en cuenta, los cambios nucleares, el pleomorfismo, la estratificación y el aumento de mitosis. El diagnóstico de malignidad debe realizarse, al observar el tumor a través de la *muscularis mucosae*, donde adquiere capacidad metastatizante. Por otra parte, el grado de atipia epitelial, parece guardar, una cierta relación con el potencial de malignización. De este modo, atipias moderadas se hallan asociados con un potencial bajo, mientras que una tercera parte de pólipos, con grados importantes de atipias, presenta un cáncer invasor. Resulta también de interés, como ha sido informado por Morson y col., la frecuencia de atipias con relación al tipo de pólipos.

Así, los pólipos adenomatosos o tubulares, rara vez llegan a presentar atipias con grado mediano o moderado, en tanto que, el adeno-

ma veloso, con mucha frecuencia, ostenta atipias importantes. Un hecho más, de interés en esta interrelación pólipo-cáncer, y también con aplicación práctica, se refiere a la frecuencia con que coexisten, sincrónicamente o metacrónicamente, varios tumores benignos o malignos en el mismo colon. Aproximadamente, 1 de cada 5 enfermos con una neoplasia de colon, tiene ya sea un tumor benigno o uno maligno en algún otro segmento del mismo intestino. La combinación del colonoscopia con el estudio radiológico por enema, parece demostrar que 1 de cada 10 enfermos con tumor de intestino grueso, corre el riesgo de desarrollar un segundo tumor.

Hubiera sido deseable que esta casuística que presenta hoy el doctor Peláez, contase con la información, por lo menos, de un caso de poliposis familiar. Esta enfermedad predeterminada genéticamente, constituye un claro ejemplo de la evolución pólipo-cáncer. La mayor parte de los cientos o miles de pólipos adenomatosos, aunque una pequeña parte de ellos son velosos, y algunos presentan, incluso, una estructura intermedia. Los pacientes con esta enfermedad desarrollan cáncer si no son tratados mediante la resección de colon. ¿Cuánto tiempo transcurre hasta que estos pólipos se malignizan? El promedio habitual de edad en el que se realiza el diagnóstico de poliposis sin malignización es de 27 años y el promedio cuando se descubre el cáncer injertado en una poliposis familiar es de 40 años. En esta forma transcurre un lapso de 13 años entre el diagnóstico de la lesión benigna y el de cáncer de

colon. En un grupo limitado de estos casos observados en diferentes épocas, en los cuales no se llevó a efecto el tratamiento quirúrgico, la malignización de los pólipos se presentó entre los 15 y los 20 años después del diagnóstico, en el 50 por ciento de ellos.

El tema de los pólipos de colon y recto ha sido víctima, como manifiesta Peláez, de confusión en la terminología, diversidad de criterios en la interpretación histológica y errores en las interpretaciones estadísticas y, yo agregaría, apreciación inadecuada de su papel como lesión precancerosa.

Ha sido este trabajo, a mi modo de ver una feliz selección del autor para su ingreso en la Academia Nacional de Medicina. Una de las misiones que tenemos la obligación de desarrollar en nuestra vida académica, es la de poner en claro los conceptos oscuros, en nuestros diferentes campos de acción. ¡Cuántos de estos conceptos oscuros llevamos tácitamente a cuestas, sin esforzarnos por esclarecerlos y guiados, resignadamente, por la enseña del conformismo; qué necesaria resulta desde el punto de vista académico, esta labor de interpretación, de esclarecimiento, de explicación o de exégesis de los hechos y de los conceptos. Esta misión la debemos llevar todos nosotros, con esa ambición de claridad que encauzaba Goethe cuando el inmenso hombre de letras alemán cantaba:

*Yo me declaro del linaje de ésos  
que de lo oscuro hacia lo claro aspiran.*