

## Polipeptomía endoscópica de colon: experiencia en el Hospital Universitario del Valle

Héctor Raúl Echavarría, M.D.\*

### RESUMEN

Se presenta la experiencia inicial en el Hospital Universitario del Valle, en Cali, Colombia, con la resección endoscópica de pólipos de colon. En total se trataron 19 pacientes de quienes se resecaron endoscópicamente 67 pólipos. La distribución por sexos fue similar. Casi 95% de los pólipos se localizaban en el colon izquierdo, al alcance del rectosigmoidoscopio flexible de 60 cm; sólo 22% estaban al alcance del rectosigmoidoscopio rígido. Según la clasificación histológica se encontraron 42% de pólipos juveniles y 42% de pólipos adenomatosos. Uno de los enfermos, con un síndrome de poliposis juvenil presentaba un foco de carcinoma in situ. Los pólipos adenomatosos, que tienen una mayor tendencia a presentar malignidad, se observaron más comúnmente en la séptima década de la vida.

La importancia de los pólipos del colon reside en su potencialidad de transformación maligna. Actualmente se acepta que casi todos los carcinomas del colon se originan en pólipos inicialmente benignos que se hacen malignos en períodos variables de tiempo. La remoción temprana de pólipos rectales, ha llevado a una disminución de la incidencia de cáncer en ese sitio<sup>1</sup>.

Los pólipos de colon no constituyen una entidad común en Colombia, pues se ha visto que en el país hay un bajo riesgo para esta entidad<sup>2</sup>. Como en los hospitales de referencia y en los estratos socioeconómicos altos es posible observarlos con una frecuencia un poco mayor<sup>2</sup>, conviene conocer las técnicas modernas para su manejo adecuado.

### METODOLOGIA

Se revisó la experiencia obtenida en el Hospital Universitario del Valle (HUV) con la polipeptomía endoscópica del colon desde cuando se instauró la técnica en 1983. Los procedimientos los realizó una misma persona, con una técnica uniforme de acuerdo con el método universalmente aceptado<sup>3</sup>. Según la localización del pólipo y el tipo de estudio hecho, se emplearon un colonoscopio Olympus de doble canal (TCF-2L2), un rectosigmoidoscopio flexible de 60 cm ACMI y un rectosigmoidoscopio flexible de 60 cm Olympus. Se utilizaron además asas de polipeptomía ovas Olympus y como fuente eléctrica un electrobisturí Valley-lab SSE-2. Cuando las resecciones se efectuaron dentro de una colonoscopia se hizo sedación con meperidina 50 mg por vía endovenosa (EV) y diazepam 10 mg EV. Cuando se empleó el rectosigmoidoscopio flexible, no hubo sedación.

En las polipeptomías del recto, sigmoide y colon descendente, la preparación se limitó a enemas comunes. Cuando la polipeptomía tenía lugar dentro de una colonoscopia se siguió una preparación osmótica consistente en 4 litros de solución salina normal en 60 a 90 minutos por vía oral o por sonda nasogástrica. En los procedimientos iniciales los pacientes se hospitalizaron por 24 horas; en todos los demás la intervención fue ambulatoria.

### RESULTADOS

Se resecaron endoscópicamente 67 pólipos en 19 pacientes. El Cuadro 1 muestra la distribución por edad y sexo; la frecuencia es similar en hombres y mujeres.

La Figura 1 indica la distribución anatómica; no se incluyeron una joven de 15 años con poliposis juvenil de quien se extirparon 35 pólipos y una niña de 8 años con diagnóstico de síndrome de Peutz-Jegher a quien se le retiraron 10 pólipos. El resto de los pólipos se localizó preferentemente en el lado izquierdo, por encima del alcance del rectosigmoidoscopio rígido.

\* Profesor Auxiliar, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

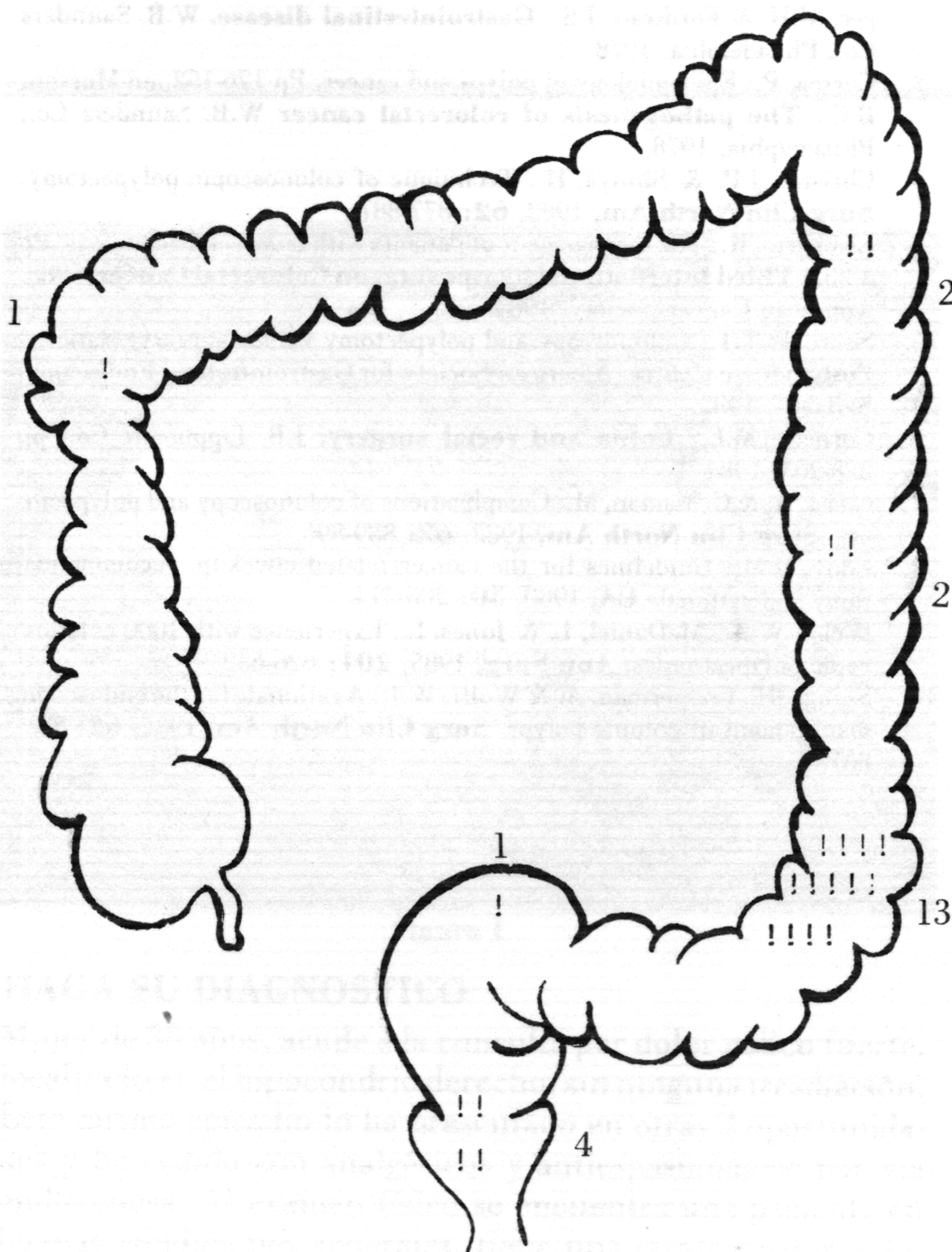
**Cuadro 1**  
Distribución por Edad y Sexo en 19 Casos de Pólipos del Colon. Hospital Universitario del Valle, Cali

Edad	Hombre	Mujer	Total
0-10	1	2	3
11-20		2	2
21-30			
31-40	2	1	3
41-50	2		2
51-60	2	1	3
61-70	3	1	4
71 >	1	1	2
Total	11	8	19

**Cuadro 2**  
Distribución por Tamaño en cm de los Pólipos del Colon en 17 Casos. Hospital Universitario del Valle, Cali

Tamaño <sup>a</sup>	Número	Porcentaje
0.0-0.5	7	30.5
0.6-1	11	47.8
1.1 -2	2	8.7
2 >	1	4.3
Sin dato	2	8.7
Total	23	100.0

<sup>a</sup>No se incluyen 2 pacientes (síndromes de poliposis juvenil y de Peutz-Jegher).



**Figura 1.** Localizaciones más comunes de los pólipos del intestino grueso en 19 casos del Hospital Universitario del Valle. No aparecen 2 casos de poliposis múltiple.

La clasificación histológica sigue los criterios de la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup> y los 19 casos de Cali se distribuyen así: pólipos juveniles, 8 (42%); la mitad de estos pólipos se encontró en menores de 15 años y la otra mitad en adultos. Pólipos adenomatosos, 8 (42%); en 7 enfermos los pólipos eran tubulares y en el otro eran túbulo-vellosos. Pólipos hiperplásicos, 2 (10%); y síndrome de Peutz-Jegher, 1 (6%). No se encontró ningún adenoma vellosos. Uno de los pólipos

ressecados en el caso del síndrome de poliposis juvenil presentaba un foco con carcinoma in situ. En ningún otro paciente se observó malignidad.

En el Cuadro 2 se observa la distribución por tamaño: 78.5% de los pólipos ressecados tenían menos de 1 cm. No se incluyeron los pacientes con los síndromes de poliposis juvenil y de Peutz-Jegher en quienes se retiraron pólipos entre 0.5 y 3 cm.

De los 8 pólipos adenomatosos, presentes sólo en mayores de 30 años, hubo un pólipo en cada uno de los diversos grupos de edades que aparecen en el Cuadro 1, con excepción de los enfermos entre 61 y 70 años, donde se observaron 4 pólipos. Este tipo de lesiones es motivo de mucha preocupación por su tendencia a malignizarse. Precisamente, entre 60 y 70 años hay una prevalencia alta de carcinoma de colon. De esos pólipos, 3 tenían tamaño menor de 0.5 cm y 5 estaban entre 0.6 cm y 1 cm.

La sintomatología que originó las consultas consistió en: sangrado, 8 (42%); diarrea, 2 (10.5%); obstrucción 1 (5.3%); carcinoma de colon, 1 (5.3%); no hubo datos en 6 (31.6%) historias.

El diagnóstico inicial se hizo con colon por enema en 11 (57.8%) pacientes; en el resto, 8 (42.2%), se realizó una rectosigmoidoscopia o una colonoscopia como primer estudio. De los primeros (colon por enema), en 6 coincidieron ambos exámenes, pero en 5 hubo hallazgos diferentes en la endoscopia: 3 falsos negativos y 2 falsos positivos.

En las 67 polipeptomías realizadas se presentó una perforación (1.5%), en un paciente de 3 años con un pólipo pediculado de 3 cm. Los hallazgos quirúrgicos mostraron una perforación retroperitoneal del colon descendente en la pared opuesta a la base de implantación lo que indica que existió un punto de contacto entre la cabeza del pólipo y la pared colónica a través de la cual pasó la corriente para producir la perforación.

**DISCUSION**

El manejo correcto de los pólipos del colon comprende resección total, estudio histológico completo para clasificarlos adecuadamente y evaluar su malignidad, así como el seguimiento futuro por la posibilidad que aparezcan otros pólipos en sitios distintos de donde se operaron.

En el manejo quirúrgico tradicional de los pólipos colónicos ha habido morbilidad de 20% y mortalidad de 1% a 2%<sup>5,6</sup>. La resección endoscópica, que tiene una morbimortalidad y costos menores, ha reemplazado la cirugía excepto en personas en quienes no es técnicamente posible hacerla o en pólipos de gran tamaño (mayores de 3 cm) sobre todo los sésiles.

El procedimiento es fácil, rápido, confortable y requiere sedación sólo si hay que hacer colonoscopia completa. Apenas cuando se resecan pólipos mayores de 2 ó 3 cm se hospitaliza al paciente para observarlo por 12 horas. La morbimortalidad del procedimiento es baja.

El hallazgo de los pólipos de colon aumenta a medida que hay una mayor preocupación por el diagnóstico precoz del carcinoma de colon y un estudio adecuado del sangrado digestivo bajo. El uso rutinario de buscar sangre oculta y de rectosigmoidoscopia en pacientes mayores de 50 años<sup>8</sup>, el empleo del colon por enema de doble contraste y la colonoscopia en individuos con signos clínicos de alarma (sangre oculta positiva, sangrado franco, hallazgos en el colon por enema, etc.) aumentarán el diagnóstico de pólipos de colon.

La endoscopia es el método ideal para evaluar lesiones sospechosas en el colon por enema y para estudiar pacientes con estudios radiológicos normales en presencia de signos clínicos positivos. La precisión diagnóstica de la radiología es variable, pues oscila entre 30% para estudios comunes y 90% para estudios de doble contraste de muy buena calidad<sup>6</sup>. Un estudio radiológico adecuado para búsqueda de pólipos de colon incluye el empleo del doble contraste.

Los pólipos de colon se deben sospechar y estudiar en la historia de poliposis familiar, en pacientes con sangre oculta positiva o con sangrado franco o en quienes ya han tenido pólipos. Cuando hay diagnóstico de cáncer de colon, se deben buscar como parte del estudio preoperatorio y en el seguimiento posterior.

La polipeptomía endoscópica ha revolucionado el manejo de los pólipos. En efecto, lo simplifica, disminuye la morbilidad y la mortalidad, reduce los costos a una cuarta o quinta parte y evita la incapacidad postoperatoria<sup>9</sup>. Pocas entidades han sido tan influidas por una técnica nueva como lo han sido los pólipos de colon por la resección endoscópica<sup>10</sup>.

## SUMMARY

This paper informs the initial experience with colonic endoscopic polypectomy at the Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia from 1983 to 1985. Major findings as well as anatomic and histologic distribution and complications are presented.

## REFERENCIAS

1. Stauffer, J.Q.: Polypoid tumors of the colon. Pp 1771-1784, en Sleisenger, M.H. & Fordtran, J.S.: **Gastrointestinal disease**. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1978.
2. Correa, P.: Epidemiology of polyps and cancer. Pp 126-152, en Morson, B.C.: **The pathogenesis of colorectal cancer** W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1978.
3. Christie, J.P. & Shinya, H.: Technique of colonoscopic polypectomy. **Surg Clin North Am**, 1982, **62**: 877-887.
4. Lamberto, R.: The management of patients with colorectal adenomas. Pp 43-52, **Third International Symposium on Colorectal Cancer**, 1983, American Cancer Society, 1984.
5. Schrock, T.T.: Colonoscopy and polypectomy versus surgery. National Postgraduate Course. American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Syllabus, 1982.
6. Corman, M.L.: **Colon and rectal surgery**. J.B. Lippincott Co., pp 228-265, 1984.
7. Chari, A. & Grossman, M.: Complications of colonoscopy and polypectomy. **Surg Clin North Am**, 1982, **62**: 889-896.
8. Eddy, D.M.: Guidelines for the cancer related checkup: recommendations and rationale. **CA**, 1980, **30**: 208-214.
9. Webb, W.A., McDaniel, L. & Jones, L.: Experience with 1000 colonoscopic polypectomies. **Ann Surg**, 1985, **201**: 626-632.
10. Shinga, H., Cooperman, A. & Wolff, W.I.: A rationale for the endoscopic management of colonic polyps. **Surg Clin North Am**. 1982, **62**: 861-867.