

CONTRIBUCIONES ORIGINALES

POLIPOSIS INTESTINALES *

MARÍA ELENA ANZURES †

Las poliposis intestinales comprenden una gama de lesiones cuyo denominador común es la presencia de pólipos en el intestino.

Desde el punto de vista clínico, la denominación pólipo significa una proliferación redondeada hacia la luz del intestino, recubierta con mucosa intacta o ulcerada y que puede ser pediculada o sésil.

Aunque el término carece de significado desde el punto de vista etiológico, patogénico o anatomopatológico, se le sigue empleando porque es descriptivo y porque no es sino hasta que se hace el estudio anatomopatológico, que se puede distinguir entre una u otra clase de pólipos. Sin embargo, aun entre los anatomopatólogos no hay completo acuerdo en cuanto a su clasificación ya que algunos tratan de incluir entre ellos a estructuras que tienen etiología específica muy bien determinada, como los amebomas, tuberculomas, sifilomas y otros.

* Trabajo presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 10. de agosto de 1973.

† Académico numerario. Hospital General de México. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Para aumentar la confusión, se habla de los pseudopólipos que pueden presentarse en otras entidades patológicas y en los cuales su apariencia pudiera ser superficialmente comparada a la de los pólipos, pero en realidad las aparentes excrecencias de la mucosa son los islotes de tejido normal que quedan rodeados de tejido cicatrizal anormal, como en algunas fases de la colitis ulcerosa inespecífica.

Frecuencia

La frecuencia de los pólipos intestinales varía en las distintas estadísticas según se trate de servicios generales, de servicios de gastroenterología, de proctología o de pediatría. En los primeros la frecuencia es menor y aumenta, desde luego, en los servicios especializados.

Donde se estudian adultos se afirma que aumenta la frecuencia con la edad, pero entre los niños se encuentran tantos pólipos denominados juveniles, que puede afirmarse que realmente se presentan en todas las edades. No tienen predominio en ninguno de ambos sexos.

En el Departamento de Proctología de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre 9 452 estudios endoscópicos se encontraron 360 pólipos, lo que representa 3.8 por ciento. De ellos, 35, o sea aproximadamente 10 por ciento, consultaron por sintomatología atribuible al pólipo y el resto fue hallazgo endoscópico.

Sintomatología

No siempre ocasionan síntomas los pólipos intestinales, pero cuando están situados en el recto o el sigmoides pueden

producir hemorragia visible en forma de rectorragia o emerger a través del ano. Pueden dar síntomas intestinales vagos que se atribuyen a colitis o enteritis o anemia secundaria por sangrados poco intensos pero frecuentes. Cuando están situados en el intestino delgado, son capaces de ocasionar cuadros oclusivos si son de gran volumen o de producir invaginación intestinal, especialmente si están cerca de la válvula ileocecal.

Diagnóstico

El diagnóstico debe hacerse por métodos objetivos, entre los que tiene primacía el estudio endoscópico para los situados al alcance del rectosigmoidoscopio y, en el futuro, del colonoscopio. El tacto rectal puede localizar pólipos grandes, pero los pequeños pueden no encontrarse, porque su consistencia es muy semejante al tejido normal.

Los pólipos situados más allá del sigmoides y los del intestino delgado, sólo se diagnostican mediante estudio radiológico. Al practicarlo, es necesario que las asas del intestino delgado no se apelotonen, como requisito para poder distinguir las zonas que tienen defectos de llenado.

En el estudio de colon por enema con medio de contraste, debe evacuarse el intestino con todo cuidado, en la forma más completa posible, para no confundir escálalos con pólipos y deben estudiarse los distintos segmentos del colon en diversas posiciones para evitar la superposición de asas. Es muy importante la visualización después del vaciamiento, en donde se ven los pólipos rodeados de poco material de contraste. Los sitios en los que se encuentran las sombras sospechosas se comparan en varias radiografías para

aceptar como pólipos a aquéllos que persistan en el mismo sitio. A veces es posible demostrar el pedículo, pero no siempre.

Desde el punto de vista radiológico pueden demostrarse pólipos que tengan desde 5 mm. de diámetro, cuando son únicos; cuando son muchos y en placas con compresión tal vez se vean pólipos de menor tamaño.

Anatomía patológica

La mayor parte de los pólipos son adenomas benignos; pueden encontrarse también lipomas, linfomas, hemangiomas, linfangiomas, neurofibromas, leiomiomas o carcinoides, según el tejido que les haya dado origen. Una variedad especial son los adenomas vellosos o adenomas papilares, que tienen un aspecto macroscópico distinto y que frecuentemente se malignizan. También pueden encontrarse neoplasias malignas de las mismas estirpes.

Manejo

Los pólipos, denominados así clínicamente, es decir cuando no se conoce su anatomía patológica, deben considerarse como un diagnóstico provisional que obliga a mayores investigaciones.

Por la posibilidad de que produzcan alteraciones por hemorragia, oclusión intestinal o degeneración maligna, o bien, de que no se trate de lesiones benignas sino de cánceres de aspecto polipoide, deben ser vigilados y de preferencia extirpados.

Es aconsejable esta última conducta, ya que si se descubren en un joven o en un niño, se vería obligado el médico a estudiar repetidamente al paciente cada año o algo así, sea desde el punto de vista

endoscópico o radiológico, lo cual ocasiona molestias o entraña peligros si va a hacerse repetidamente. Y si se encuentran en un adulto o en un viejo, por la posibilidad de lesión maligna, es preferible la extirpación temprana.

Dentro de las poliposis, debe señalarse la presencia de dos entidades patológicas que son verdaderas enfermedades y que se manifiestan con pólipos múltiples. Una es la poliposis familiar múltiple, que ocupa prácticamente todo el colon y es frecuente asiento de neoplasias malignas. El diagnóstico de esta enfermedad hace imperativa la colectomía total y la investigación en otros miembros de la familia para hacer el tratamiento adecuado.

La otra es la enfermedad de Peutz-Jeghers, denominada así en honor del médico holandés Peutz, quien la describió por primera vez en 1921 y de Jeghers, que la desempolvó en 1944, añadiendo casos personales y revisión de la literatura.

Es una enfermedad hereditaria autosómica, que se transmite con carácter dominante mendeliano y que se caracteriza por presentar manchas peculiares en piel, especialmente en labios, el interior de la boca, manos y pies. Estos tres datos: ser hereditaria, tener pigmentaciones cutáneas y pólipos intestinales, la individualizan. En los primeros casos se describieron pólipos nasales, que no se han encontrado consistentemente.

El estudio reciente de una familia con enfermedad de Peutz-Jeghers, reveló que un tío de la *propositus* también padece la enfermedad, que su padre falleció de carcinoma gástrico y que tenía las manchas en la boca y que el abuelo de la paciente y un tío abuelo, ambos fallecidos, presentaban igualmente manchas en la piel. Una hermana y dos de sus hijas presentan

también estas manchas; una de las niñas padece pólipos intestinales demostrados radiológicamente. De las cuatro hijas del tío afectado, tres exhiben manchas cutáneas y dos se quejan de molestias intestinales y están pendientes de investigación.

Inicialmente, la paciente había acudido al Centro Dermatológico "Dr. Pascua" por presentar caída del cabello y manchas en la piel. Ya que el interrogatorio reveló síntomas intestinales, se le refirió a la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de México. Allí se encontró que presentaba diarreas frecuentes, dolores de tipo retortijón y la sensación de que le "estiraban algo por dentro", que se presentaba algunas horas después de la ingestión de alimentos. Se encontró además anemia hipocrómica y sangre oculta en heces. La biopsia de piel demostró hiperqueratosis con acantosis de la capa de Malpighi, aumento de la granulosa e hiperpigmentación de la capa basal. El estudio radiológico del tubo digestivo demostró lesiones interpretadas como pólipos en el intestino delgado y en el colon transverso, descendente y sigmoides. El estudio endoscópico confirmó la presencia de pólipos en el sigmoides.

Durante la intervención quirúrgica se encontraron cinco pólipos en el intestino delgado, tres de ellos en una zona de 10 cm. que se extirpó y en la que los pólipos se implantaban tanto en el borde mesentérico como en el antimesentérico. Los otros dos pólipos se extrajeron individualmente a través de enterotomía. En el colon se hizo colotomía para extraer el pólipo mayor, que se encontraba en el descendente y cuyo diámetro medía aproximadamente 2.5 cm. y dos más pequeños, implantados en el sigmoides y en el transverso. El estudio histopatológico no

reveló malignidad. La evolución posterior fue satisfactoria; se corrigió la anemia, el pelo volvió a crecer, desapareció la sangre en heces y hubo aumento de peso.

Comentario

Al hablar de pólipos intestinales, desde el punto de vista clínico, se hace referencia únicamente a la presencia de excrescencias de la mucosa hacia la luz del intestino, cuyo carácter anatomopatológico se descubre en principio.

No se considera impropio el término, que es puramente descriptivo y llama la atención sobre lesiones que deben estudiarse con mayor amplitud para llegar a un diagnóstico preciso.

Desde el punto de vista anatomopatológico, la inmensa mayoría son adenomas benignos, pero pueden encontrarse lipomas, hemangiomas, leiomiomas, neurofibromas, linfangiomas, carcinoides o lesiones malignas.

Algunas veces son solitarios y otras múltiples. Pueden ser sintomáticos o silenciosos, representar la única manifestación patológica o bien ser parte de una enfermedad, como es el caso de la poliposis familiar múltiple o la enfermedad de Peutz-Jeghers. Una vez diagnosticada su existencia, debe procurarse su extirpación, sean o no sintomáticos, para evitar complicaciones.

El estudio histológico permitirá su clasificación, y el estudio integral del enfermo y de la familia determinará si pertenece a una entidad clínica especial.

En las clasificaciones que se han hecho de los pólipos intestinales, no tienen cabida los que tienen una etiología específica, como es el caso de amebomas, sífilomas o tuberculomas.