

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:  
V. F. Moreira y A. López San Román  
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

### Pólipos de colon

#### ¿QUÉ SON?

Se llama pólipo de colon a toda prominencia de tejido que protruye hacia la luz de este órgano. Es decir, son una especie de "bultos" que salen en la mucosa que recubre interiormente el intestino grueso. Se dividen según su aspecto en pediculados (tienen un tallo) y se-siles (no lo tienen). Son importantes también su tamaño y su número. Si son más de 100, hablamos de poliposis. El resto de sus características las define el médico patólogo al examinarlos al microscopio.

Las características microscópicas dividen a los pólipos de colon en neoplásicos (adenomas) y no neoplásicos (hiperplásicos, hamartomatosos, inflamatorios, etc.) y nuestra atención se dirige principalmente a los primeros ya que son los que pueden transformarse en cáncer.

Los pólipos adenomatosos o neoplásicos pueden ser histológicamente tubulares, vellosos o mixtos. Cuando más vellosos y más grandes, más posibilidades hay de que se transformen en cáncer. Los pólipos no neoplásicos pueden muy ocasionalmente desarrollar cáncer, pero esto siempre ocurre sobre una transformación adenomatosa previa, parcial o total, siendo esta parte la que degenera.

#### SÍNTOMAS

Los pólipos colónicos dan pocos síntomas. Si son grandes, pueden ulcerarse y sangrar, originando una hemorragia por el recto o una anemia por falta de hierro, debida a pérdidas pequeñas no visibles que sólo se detectan con una prueba especial de sangre oculta en heces. Excepcionalmente, si son muy grandes, pueden obstruir el colon.

La mayor preocupación de los pólipos es su degeneración maligna. Es conocido desde hace tiempo que prácticamente todos los cánceres de colon se originan en pólipos colónicos, aunque afortunadamente solo un 5% de los pólipos neoplásicos (adenomatosos) se transforman en cáncer. Un pólipo adenomatoso tarda unos 2-3 años en hacerse mayor de 1 cm y unos 7-10 años en hacerse un cáncer invasivo.

#### DIAGNÓSTICO

Los pólipos colónicos pueden diagnosticarse por estudios radiológicos con bario (enema opaco) o sin él (estudio del colon por TAC o por resonancia), aunque el mejor método es la colonoscopia, pues visualiza directamente los pólipos, permite con la toma de biopsias hacer un diagnóstico histológico de los mismos e incluso consigue su tratamiento adecuado mediante resección endoscópica completa, la llamada polipectomía.

#### TRATAMIENTO

El tratamiento de los pólipos es su resección completa para impedir su crecimiento y degeneración maligna. Esto podrá hacerse mediante polipectomía endoscópica (¡todos los pólipos hallados en una colonoscopia deben researse!) y si no se puede con este método por que son muchos, muy grandes o es imposible técnicamente, deberá hacerse mediante cirugía.

#### PÓLIPOS COLÓNICOS Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORECTAL (CCR)

En España, el CCR representa la primera causa de cáncer. La población en general en España tiene un 3,5% de posibilidad media de padecer un CCR a lo largo de su vida (un 6% en EE.UU.), y la supervivencia a los 5 años es inferior al 50%. Para que esto cambie, hay que

conocer los factores de riesgo del CCR, haciendo un seguimiento endoscópico adecuado con el objetivo de detectar precozmente el CCR y, en su caso, resear los pólipos colónicos que lo originan como se expone seguidamente:

a) *Pacientes con riesgo muy elevado de CCR*: suponen un 5% de los CCR y son hereditarios, con una alteración genética específica, que puede determinarse en nuestro país. Se heredan casi en el 100% de la descendencia (herencia dominante de alta penetrancia). Incluyen dos enfermedades muy poco frecuentes: la poliposis adenomatosa familiar y el síndrome de Lynch. Precisan de un seguimiento endoscópico especial, desde los 10-12 años de edad en la primera y los 20-25 años en el segundo. Si aparecen pólipos, debe extirparse todo el colon. Mediante pruebas genéticas o de otro tipo, se puede determinar qué familiares requieren seguimiento.

b) *Pacientes con riesgo elevado de CCR*: el 20% de los casos de CCR aparecen en los pacientes de este grupo que precisan de un seguimiento colonoscópico obligado que se recomienda se haga de la siguiente manera:

–En los pacientes previamente diagnosticados de CCR se hará una colonoscopia completa por si tuvieran simultáneamente otro CCR (3-5% de casos) o pólipos. Posteriormente se repite la colonoscopia al año y si es normal se repetirán a intervalos variables.

–En los pacientes con pólipos neoplásicos (un pólipo adenomatoso mayor de 1 cm o varios menores de 1 cm) se hará colonoscopia total con resección de todos los pólipos. Si son muchos o muy grandes y no se pueden quitar de una vez, se repetirán las colonoscopias cada 3-6 meses hasta conseguirlo. Posteriormente se repite a los 3 años y si es normal cada 5 años.

–En los pacientes con colitis ulcerosa o colitis de Crohn se harán colonoscopias cada 1-3 años a partir de los 8-15 años del diagnóstico, dependiendo de su extensión, ya que se sabe que la incidencia de CCR en estos pacientes es acumulativa, alcanzando un 35% con más de 30 años de enfermedad.

–En los pacientes con familiares con CCR o pólipos neoplásicos que no cumplan los criterios de las formas hereditarias, el seguimiento dependerá del número y grado de parientes afectados:

• Si tiene dos o más familiares de 1º grado (padres, hijos, hermanos) con CCR se harán colonoscopias a los 40 años, o 10 años antes del pariente más joven afectado y si es normal se repetirán cada 5 años

• Si tiene un solo familiar de 1º grado o dos o más de 2º grado (abuelos-tíos-sobrinos) con CCR, se hará la colonoscopia a los 40 años, y si es normal se repetirá cada 10 años

• Si tiene un solo familiar de 2º grado o uno o más de 3º grado (bisabuelos-primos) con CCR, se trata como de riesgo medio (ver abajo).

c) *Pacientes con riesgo medio de CCR*: el 75% de los casos restantes de CCR ocurren en pacientes que carecen de factores de riesgo a excepción de que casi todos son personas mayores de 50 años. En personas menores de esa edad y sin antecedentes familiares de CCR o pólipos, no está indicada la colonoscopia de cribado (sí lo está si hay ciertos síntomas). Si a toda persona mayor de 50 años se le hiciera una colonoscopia cada 10 años, se disminuiría la incidencia de CCR en ellos en un 70-90%. La razón del cribado es que sabemos que el CCR es muy frecuente a partir de los 50 años, suele ser asintomático y curable en los estadios iniciales y además tiene una lesión precursora curable y bien definida, que son los pólipos adenomatosos. Pero para realizar esto se necesita de una inversión económica importante y aunque la relación coste/beneficio se ha demostrado que es superior a los programas de prevención existentes en nuestro país para otros tumores (mama y cérvix), todavía no está implantado en España a pesar de que tanto la Comunidad Europea como el Plan Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad lo han propuesto como plan prioritario a realizar a partir del año 2007.

A. Garrido Botella y E. Garrido Gómez<sup>1</sup>

*Servicio de Gastroenterología. Hospital Puerta de Hierro.  
<sup>1</sup>Servicio de Gastroenterología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid*

