

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Volumen 26

JULIO - AGOSTO — 1958

Nos. 7 y 8

Algunas Observaciones Sobre Tumores Benignos de Colon y Recto

*Hugo Molinares B. * y Ernesto Andrade V. ***

CLASIFICACION

Las clasificaciones seguidas por diversos autores son confusas. Por ello, es una tarea bastante difícil poder clasificar estos tumores, que en general son siempre mixtos, puesto que en su histología intervienen estructuras derivadas del endo, meso y ectodermo.

Siguiendo a Bacon y J. Monereo, como igualmente teniendo en mente el factor patogénico, los podemos clasificar así:

- 1) Epiteliales puros:
 - a) Derivados de la mucosa glandular:
 - Adenomas:
 - Hiperplasia simple.
 - Adenoma simple.
 - Adenoma malignizado.
 - Adenoma maligno.
 - Papilomas vellosos:
 - Tumor velloso simple.
 - Tumor velloso maligno.

* Médico residente del Hospital de la Samaritana. Bogotá.

** Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la U. N. Colombia.

b) Derivados de la mucosa poliestratificada:
Papilofibroma e hipertrofia de las papilas anales.
Leukoplakia.

Enfermedad de Bowen.

2) Epitelio conjuntivo:

A) Fibroma:

Fibromioma.

Fibromixona.

B) Mioma.

C) Lipoma.

D) Neurofibroma. Schwannoma.

E) Angioma.

F) Linfagioma.

3) Tumores linfáticos.

A) Linfoma.

4) Tumores nerviosos.

A) Neuroma.

B) Paraglangioma.

C) Carcinoides.

5) Endometriomas.

6) Tumores inflamatorios:

A) Granulomas inespecíficos.

Nos detendremos en el estudio de los más frecuentes, y de los casos objeto de esta publicación. En la Tesis de grado de uno de nosotros (24), se hace una amplia revisión de todos estos tumores.

1. *Adenomas*. — Clínicamente los adenomas del colon y recto, se pueden dividir considerando tres factores: edad, número y localización.

Respecto a la edad, hay pólipos del niño y del adolescente. En relación con el número, se pueden dividir en solitarios, varios y múltiples. Esta última variedad constituye una entidad clínica muy bien definida por su etiología, sintomatología y tratamiento, que es la Adenomatosis Familiar.

Y, atendiendo a la localización, los adenomas se pueden encontrar en el recto, sigma y colon, o extendidos a toda la mucosa del intestino grueso, entrando ya en el capítulo de la Poliposis Diseminada.

Pasando revista a las estadísticas publicadas hasta ahora, podemos observar como Turell, Pomeranz y Paradny, examinando 386 personas menores de cuarenta años y sin síntomas sospechosos, encuentran pólipos en el 2%; Kerr, en 349 niños con sintomatología intestinal, encuentra un 1% de pólipos; Helwing en 1.500 autopesias encuentra 139 adenomas; Young haciendo también sigmoidoscopias sistemáticas en 500 personas asintomáticas, encuentra 134 con enfermedades del colon distal, de las cuales 44 eran adenomas; Bernhof en 635 observaciones encuentra en 8.5% de adenomas; J. Lega S. de Cali, en 350 sigmoidoscopias encuentra 20 adenomas, lo que da un porcentaje de 8.5%; Valencia Torres sobre 2.000 signoidoscopias encuentra 25 adenomas, o sea un 1.25%; Valencia Torres —Castro Duque:— en 57 pólipos del recto, encuentra 37 o sea el 52% entre las edades de 1 a 10 años.

Como vemos, la frecuencia aún sin síntomas es muy alta, pues varía entre el 2% y el 8% de la población.

La relación entre hombres y mujeres varía entre los diferentes autores: Bouie en sus 1.640 casos encontró una proporción de 3/2 J. Monereo G (España), trae la misma proporción; J. Lega con 42 casos, anota 25 hombres y 17 mujeres.

En relación con la edad, como ya dijimos antes, se puede hablar de adenomas del niño y del adulto. Algunos autores creen que la poliposis en el niño es más frecuente de lo que hasta ahora se viene anotando, pues muchas veces no da síntomas y otras, como en la mayoría, son pediculados, se estrangulan y caen a la luz intestinal, desapareciendo antes de llegar a la edad adulta; en nuestra casuística hay un caso que corrobora en parte este concepto: el paciente en nuestro caso, sí presentó síntomas, se le hizo su rectosigmoidoscopia y se observó el adenoma; varios días después cuando se intervino, se encontró solamente el muñón pedicular, el cual se reseco quirúrgicamente.

En los adultos, la edad más frecuente es entre los 30 y los 60 años. Según Buie el 75% están comprendidos entre esas edades. J. Lega anota 20 casos o sea 45.5%. En relación con la época de aparición de los adenomas se ha discutido mucho; algunos autores sostienen que son lesiones que aparecen en determinada

edad de la vida, en contraposición con los que creen que son adenomas de la infancia, que han persistido; parece ser cierto lo primero y se ha querido demostrarlo por las recidivas adenomatosas después de las fulguraciones o incisiones de adenomas en los adultos, cosa que no sucede en los niños, o es menos frecuente. Sin embargo, Turell y Pomeranz sostienen la tendencia familiar de presentarse estos adenomas solitarios.

Según Bouie la pared anterior es el sitio de elección de los adenomas; J. Monereo G. encuentra en su trabajo 35 casos en la pared anterior; 45 en la posterior, 31 en la lateral derecha y 21 casos en la lateral izquierda. J. Lega encuentra 15 casos en la pared anterior; 6 en la posterior, 7 casos en la lateral izquierda y 6 en la lateral derecha.

Los adenomas de la región colorectal pueden ser de dos tipos bien diferentes: pediculados y sesiles. Según Bouie, la relación entre uno y otro es de 3/1; J. Monereo trae una relación de 1/1; Lega en su trabajo no encontró ningún sesil. Según Bacon la raza influye bastante, pues en su casuística hay un 66% de adenomas en hombres de raza blanca, un 15% en mujeres de raza blanca, un 10% en hombres de color y un 7% en mujeres negras.

Síntomas. — Como se ha podido demostrar, no hay duda de que los adenomas se pueden presentar en el colon, solitarios o en número considerable, sin que durante muchos años den signo alguno de su presencia. Como dice Bouie una excrecencia solitaria de este tipo, se descubre con mayor frecuencia accidentalmente que por haber observado el enfermo alguna manifestación subjetiva de su existencia. Es muy frecuente encontrar estas pequeñas formaciones sesiles o pediculadas, al practicar una rectoscopia rutinaria orientada hacia un trastorno gastrointestinal cualquiera o motivada, muchas veces por una simple constipación. Es en estos casos cuando resulta difícil convencer al paciente de que es necesaria la extirpación de esa tumoración; especialmente cuando se ve uno obligado a admitir que realmente no tiene relación con las molestias que le han llevado a consulta. Así, en un trabajo sobre 397 casos de Bacon y Broae un 63% no tenían síntomas adjudicables a tumores benignos, y fueron encontrados en un examen rutinario. Ya hemos visto también el gran número de adenomas encontrados en las autopsias y que en vida no dieron sín-

tomas; en general, la clínica de estos tumores, como dice Bacon, varía de acuerdo con su localización y tamaño. Así, los tumores del colon, pueden producir dolores obstructivos y algunas veces invaginaciones; mientras los del recto son muy sangrantes, y para poder producir una obstrucción tienen que poseer un gran tamaño; los situados en el sigma se inflaman con frecuencia y producen generalmente diarrea. Bouie encuentra como síntomas fundamentales, dolores abdominales, tenesmo rectal, tentativas frecuentes e ineficaces de vaciar el recto, con emisión de sangre y moco.

Kennedy dice que las manifestaciones más ostensibles y en orden de frecuencia, son: sangre a través del ano, moco en las deposiciones o sin ellas, dolor y diarrea, siendo con mucho el síntoma más frecuente la hemorragia rectal.

Valencia Torres - Castro Duque encontraron como síntoma predominante la hemorragia en 60% de los casos, y el prolapso en un 25%.

En los niños, como observa Kerr en el 28% de los casos, es frecuente la protrusión externa del pólipo, confundiendo en este caso frecuentemente con un prolapso hemorroidal interno. Estas hemorragias intermitentes y abundantes son para este autor, señal de una necrosis parcial, producida por el paso de las materias fecales endurecidas, cosa que rara vez ocurre en los adultos. Por esta circunstancia es corriente observar la hemorragia después de la deposición. El tenesmo rectal y el dolor perineal son frecuentes en los adenomas muy bajos, cerca de las papilas anales.

Anatomía Patológica. — Radica aquí, tal vez, lo más importante en relación con esta variedad de tumores benignos del colon y recto. Es clara la estricta diferencia entre un adenoma de glándulas tubulares, con células secretoras de núcleo polarizado y un verdadero adenocarcinoma del tipo 1 de Broders. Entre uno y otro existen, sin embargo, múltiples estadios, cuya clasificación y nomenclatura es muy difícil, y ha sido objeto por tanto, de numerosas y dispares publicaciones.

Como base para el estudio histológico, se debe partir en primer lugar de las condiciones necesarias para los especímenes; así, siguiendo a Dukes del Hospital de San Marcos de Londres y

con él a la mayoría de los autores, se hace necesario tomar el tumor y seccionarlo sagitalmente en dos, y a través de su pedículo, incluyéndolos ambos en parafina y haciendo cortes finos cada 200 micras, con lo cual de cada pieza se obtienen aproximadamente 40 a 80 cortes; en estas condiciones se puede observar la totalidad del tumor.

Para dilucidar el problema que entraña la histopatología de ellos, los diferentes autores se han dado a la tarea de emitir sus conceptos o tesis, que para mejor comprensión citamos a continuación.

Broders ha comenzado a hablar, no de malignidad potencial, como hasta ahora se venía haciendo, al pensar que las alteraciones descritas podían indicar una evolución maligna, sino que juzga de precisión suficiente, el criterio de diagnosticar un cáncer *in situ*. Aceptando el término de Mallory, demostrando simplemente la presencia de células malignas; y quien cree que las células malignas son evolución de anteriores benignas; y que este simple cambio de unas cuantas células, que están rodeadas de células normales, a pesar de no haber todavía invadido la membrana basal, es suficiente para el diagnóstico. La malignidad celular viene dada, según él por: células cuboides o redondeadas, con núcleos hiper cromáticos y aumentados de tamaño que han perdido su polaridad. Algunas veces son irregulares y otras agrupadas, formando verdaderas células gigantes, y con la presencia de numerosas mitosis y algunas atipias. Resumiendo las diferentes teorías esbozadas por los distintos autores, estos criterios se pueden reducir a tres: uno anatomoclínico, que se basaría fundamentalmente en el aspecto macroscópico, y en el estudio de la invasión o no de los planos profundos, criterio a nuestro modo de ver un poco falso; el segundo es el utilizado por la mayoría de los autores, y en realidad poco concreto, que es el de la malignidad evolutiva de los adenomas, o malignidad potencial, estudiada por fases, que tiene como última etapa la perforación de la membrana basal, para poder ser diagnosticados como cáncer. El último criterio, mantenido fundamentalmente por Broders, el del *cáncer in situ*, no necesita hablar de malignidad potencial para diagnosticar de maligno a un adenoma aparentemente benigno, sino simplemente estudiar la presencia de células morfológicamente malignizadas.

Para poder predecir de la benignidad de los adenomas, se hace imprescindible el estudio seriado de los cortes, agotando todo el tumor. En estas condiciones, y ya en la práctica, pueden existir tres resultados anatomatológicos posibles:

1. Presencia de cambios atípicos en la pieza examinada;
2. Carcinoma sin invasión del pedículo, y
3. Carcinoma con invasión de éste.

Tratamiento: La eliminación de pólipos intestinales, ofrece, probablemente, la mayor oportunidad disponible de practicar profilaxis del cáncer. Ello, unido al hecho de que los procesos malignos del colon y recto se encuentran entre los más frecuentes del hombre, confiere una excepcional importancia al asunto.

Las técnicas empleadas hasta hoy en el tratamiento de estos tumores benignos son: la fulguración eléctrica, la necrosis con sustancias histológicas, la excisión endoscópica, la resección a través de una colotomía y al resección intestinal.

La fulguración, que se lleva a cabo endoscópicamente, con las diversas variantes del aparato de electrocauterio corregido, tiene la ventaja de la comodidad y fácil aplicación; pero igualmente tiene varios inconvenientes, como son: el no poder estudiar la lesión, el quedar a veces, sobre todo en los tumores sesiles, zonas sin fulgurar, escondidas entre los restos necróticos y quemados, y por último, el peligro de una perforación. La necrosis histológica está relegada a la posteridad, pues este método está contra el principio que se podía considerar axioma en proctología, que todo adenoma resecado debe ser sometido a estudio anatomopatológico.

La excisión endoscópica puede llevarse a cabo en dos formas: en los pólipos bajos acequibles al rectoscopio o anoscopio, se pueden resecar con pinzas y tijeras, o dando un toque de electrocauterio a la pinza que coge el pedículo del pólipo, por lo tanto esto se haría con los adenomas pediculados de ltercio inferior del recto. La excisión con asa eléctrica, a veces difícil de practicar, puede intentarse de dos maneras: bien pasando el asa rodeando el adenoma y estrangulándolo con el "Schlunder" de alambre y haciendo pasar una corriente en este momento, o ya actuando con el

asa como si fuera un bisturí eléctrico, pero procurando resecar de arriba hacia abajo, dejando bien descubierta la submucosa de implantación. Parece que resulta más eficaz la primera técnica para los adenomas pediculados, ayudándose como hace Morton, para traccionar el pólipo, con un pequeño embudo de cuello largo, a través del cual se succiona, o como hace Parachoff, con un simple agrafe unido en el centro a un hilo y que se coloca en el tumor con una pinza de biopsia.

La colotomía está pocas veces indicada, pues como la mayoría de estos adenomas se diagnostican con la sigmoidoscopia, con el mismo método se puede utilizar el asa eléctrica o la escisión quirúrgica. Ella es imprescindible en todos los casos de lesiones altas en las cuales como es sabido su diagnóstico es radiológico, lo mismo que los llamados "pólipos fantasmas". Estos son muy frecuentes en los niños; son generalmente solitarios, situados en la porción superior del recto o en sigma; son poseedores de un largo perículo pudiendo prolapsarse a través del orificio anal con los esfuerzos defecatorios, cuando el intestino en su función expulsora, se invagina sobre sí mismo, como lo hace un telescopio. Su sintomatología es variada, pero se puede resumir en dos hechos fundamentales: sangre roja después de las deposiciones o entremezclada con ellas; anemia y astenia en los niños, y la visualización por el enfermo y sus familiares de una pequeña tumoración que aparece y desaparece sin dejar rastro; de aquí el nombre vulgar de "pólipo fantasma". En el diagnóstico se entra como prueba definitiva, la visualización del pólipo en la sigmoidoscopia, cosa rara vez factible. El colon por enema opaco suele ser poco eficaz, por cuanto el tumor puede confundirse con un coprolito, dada su extraordinaria movilidad. Sin embargo, el hecho de haber sido observado por los familiares o por el enfermo en varias ocasiones, las hemorragias y muchas veces los dolores, son de por sí suficientes para afirmar su existencia, a pesar de la negatividad de la endoscopia. Es en estos casos, cuando la colotomía se debe acompañar de la coloscopia, pues así con ésta nueva técnica instrumental se puede descartar o afirmar la presencia de otros adenomas.

La coloscopia, es el examen endoscópico de la luz del intestino a través de incisiones practicadas en la pared del mismo. Son muchos los informes recientes que se expresan en favor de este método. Deddish y Hertz, del Memorial Center de Nueva York,

son probablemente los que han hecho el análisis más detallado y provechoso, acerca de la colotomía y coloscopia. En un trabajo sobre 103 pacientes con diagnóstico pre-operatorio de pólipos del colon, hallaron lesiones en un 46.6% de los casos, además de las comprobadas radiológicamente. En 36 pacientes sometidos a resección por cáncer, hallaron lesiones adicionales en un 47% de los casos. Dado que, en tantas ocasiones, basta mira rpara descubrir pólipos adicionales, corresponde a los cirujanos en general, considerar la adopción de esta maniobra técnica como medio definido de tratar los neoplasmas del colon durante laparatomía. Para asegurarse, se requiere una preparación muy minuciosa del intestino y la previsión de seleccionar y preparar el instrumental necesario además de idear un método factible. Empero, la coloscopia no deja de tener sus inconvenientes. Existe la posibilidad de un manoseo mayor del que pudiera desear un cirujano cuidadoso, la visión puede no ser bastante satisfactoria y pasarse por alto los pólipos, y, por otra parte, puede representar mucho tiempo; no obstante, después de observar sus estadísticas se pueden concordar con Dedish y Hertz, cuando dicen que "brinda cierto grado de profilaxis del cáncer dentro de las limitaciones de la historia natural de la poliposis de la mucosa del colon".

Las revisiones tanto de Cattell, como de Helwing y Bacon así como la del Hospital de San Marcos de Londres, coinciden en no utilizar siempre el mismo método, sino adoptar a cada caso la técnica más apropiada, así tenemos que la mayoría de los casos fueron tratados por escisión quirúrgica; pero cuando ésta no puede hacerse, por la altura del tumor, por su localización anterior, o por su amplia base de implantación, se echa mano a la fulguración o resección quirúrgica, pero en todo caso, enviando la pieza al examen histológico, y luégo endoscopia preventiva cada dos meses por los primeros seis meses, y una vez cada seis meses por el resto de la vida, acompañado de examen radiológico cada 12 o 18 meses por la técnica del doble contraste.

En los casos recidivantes, mientras el examen histológico no demuestre signos de malignidad, se podrán hacer escisiones o fulguraciones repetidas. En el caso contrario habrá que recurrir a la resección quirúrgica poco extensa.

CASO Nº 1

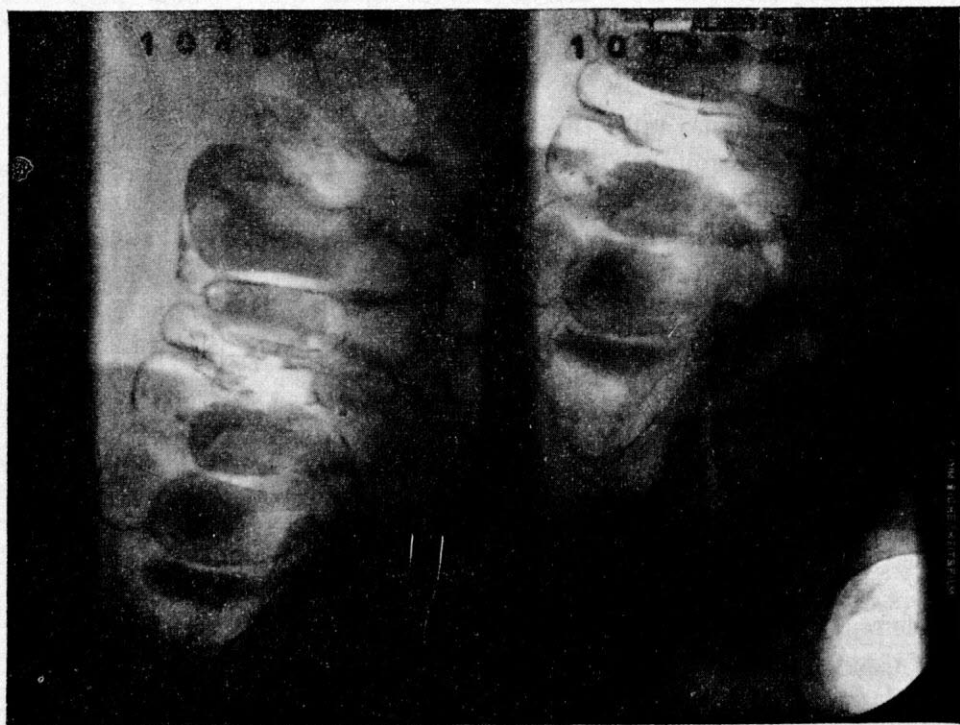
Nombre: A. B.
Edad: 29 años.
Sexo: Masculino.
Procedencia: Bogotá.

Desde hace algún tiempo le apareció la siguiente sintomatología: "le hacen daño las comidas", agrieras, náuseas, gases, constipación, acompañada de dolor localizado en el epigastrio.

Hace dos meses esta sintomatología se agudizó, presentándose ya diarrea, pero mejoró con tratamiento anti-ulceroso. (Por estudio radiológico de vías digestivas se sospechó lesión ulcerosa duodenal). Después de ese tratamiento sus molestias digestivas persistieron.

Laboratorio: Eritrocitos: 4.800.000 x c. c.
Leucocitos: 5.000 x c. c.
Velocidad de S. 1h = 3 minutos.
E. Coprológico: Negativo.
P. de Orina: Normal.

Rx: Colon por enema opaco: "El enema no franquea la válvula iliocecal. En el lado interno del fondo del ciego, se aprecia una imagen radiológica del lado definidos y con unos 15 mm. de diámetro". (Fig. 1).



Tratamiento: Con este dato radiológico se opera el paciente encontrándose un adenoma simple que es resecado quirúrgicamente, previa cecotomía. Se practicó resección parcial del ciego.

Diagnóstico Anatómo-patológico: "Pólipo mucoso inflamado y hemorrágico".

COMENTARIO: En este caso clínicamente se palpó en la región cecal un espesamiento y se solicitó al Radiólogo investigar cuidadosamente esta región. Una buena técnica permitió localizar el Pólipo, seguramente no encontrado por el procedimiento de rutina, de Colon por Enema.

2. Adenomatosis Múltiple. — Esta es una entidad patológica que ha sido designada con muchos otros nombres; se le llama igualmente poliposis múltiple, poliposis familiar y adenomatosis generalizada. Es hoy cuando se la conoce como una enfermedad tanto etiológica como clínicamente diferenciada, caracterizándose por una predisposición constitucional para desarrollar proliferaciones epiteliales y pólipos múltiples en la pared del intestino grueso y recto.

La edad a la cual los pólipos suelen hacer su aparición puede ser muy variable, pero generalmente se trata de hombre entre la pubertad y los treinta años. Rara vez se ven pólipos en niños o en personas mayores de cincuenta años. Bacon dice que la adenomatosis es una entidad generalmente de la vida adulta y más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción de 3 a 1. Igualmente considera este autor como una variedad de esta enfermedad, la pseudo poliposis consecutiva a la colitis ulcerativa, pero ello no es aceptado por la mayoría de los autores, ya que carece del factor heredo-familiar, sin el cual es prácticamente imposible hablar de adenomatosis múltiple.

Frecuencia. — No hay método alguno en el que se pueda confiar para calcular la frecuencia de la enfermedad polipoide del colon, y probablemente si se pudiera llevar a cabo una investigación a fondo entre los familiares de todos aquellos que la sufren, el total alcanzaría proporciones sorprendentes. A la luz del presente estado de cosas, no conduciría a nada absolutamente el publicar las estadísticas de aquellos pocos casos que han podido ser recogidos por un investigador o grupo de ellos. Pero como no podemos hacer otra cosa a pesar de que no nos sirva para sacar ninguna consecuencia, anotamos la estadística de Buie: de 1925 a

1934, en el Departamento de Proctología de la Clínica Mayo examina 1.234 enfermos afectados de pólipos del colon. Según su estadística uno de cada 35 enfermos que presentaban alteración funcional del colon, sufría de esta enfermedad. Igualmente divide este número de enfermos en tres grupos:

Grupo primero: uno o escasos pólipos, que son 1.069 casos.

Grupo segundo: Pólipos múltiples, 110 casos.

Grupo tercero: Poliposis diseminada del colon, 55 casos.

Por lo que se deduce que solamente el 5% de los casos con pólipos pertenecen al grupo de la adenomatosis múltiple.

Un aspecto interesante de esta enfermedad es el de definir a partir de qué número de pólipos se puede llamar poliposis diseminada. Feyter elimina el diagnóstico de adenomatosis múltiple cuando el número de adenomas es menor de 18. Este problema es puesto de relieve por Raches, el cual sostiene que el número no importa, pues según él lo fundamental es el potencial polipógeno; es decir, la creación de nuevos pólipos, dando lugar desde el principio a un proceso generalizado, o bien a través de una poliposis regional que es el lazo de unión entre el adenoma solitario y la adenomatosis generalizada. Es por esto interesante que en muchos casos de poliposis regional, tratados con resección segmentaria de la porción afectada, se hallan presentando reproducciones en el resto del intestino de apariencia anteriormente sana, y en estos casos ha habido la necesidad de efectuar una resección total del intestino.

Síntomas. — Estos no son muy patognomónicos: generalmente como dice Bacon, están en relación directa con la proporción, desarrollo y localización de las lesiones, pero frecuentemente siguen este orden: diarrea, expulsión de moco, y hemorragia, aunque otras veces lo primero que se presenta es una abundante hemorragia de sangre roja. Las deposiciones son más o menos líquidas, amarillas y muy fétidas. Usualmente, el paciente describe frecuentes evacuaciones acompañadas de pus, moco y sangre. La mayoría de las veces estos síntomas son achacados a una colitis, y su diagnóstico no se comprueba hasta cuando no se practica una sigmoidoscopia.

Las características principales de estos pólipos, según Gabriel, son: 1º - Su gran número; 2º - Su variabilidad en el tamaño, pues van desde pequeñas elevaciones sesiles rosadas, hasta grandes tumoraciones pediculares e irregulares. Los sitios de localización más frecuentes son el recto y el colon pélvico, pero se han descrito igualmente poliposis cecal y apendicular, como en el caso de Maiset. Jeghers describió 10 casos de poliposis intestinal asociadas a pigmentaciones melánicas de la mucosa oral, todas observadas en la infancia. Thompson ha publicado casos asociados con croapaquia.

El diagnóstico radiológico de la poliposis diseminada plantea un gran problema de técnica. En este, como en cualquier otro proceso del colon, se debe recurrir al enema opaco. Esta técnica precisa para su exactitud, imprescindible en el diagnóstico de los pólipos, los siguientes requisitos:

1º — Lavado perfecto del colon, que debe hacerse con agua, agregándole alguna sal que la haga isotónica, proscribiendo completamente el jabón o cualquiera otra sustancia irritante que podrían crear imágenes falsas. En este lavado del colon, hay dos factores importantes que hay que tener en cuenta, como son el tiempo y la presión. Ambos pueden controlarse perfectamente con el aparato creado por Harrington, radiólogo que fue del Hospital de San Marcos de Londres, y que consta, simplemente, de una doble cánula de grueso calibre y una bomba impelente. Tiene igualmente un regulador del tiempo y cantidad de agua inyectada, y otro de la presión a que ésta se inyecta, regulador que puede disponer de un tope máximo adaptable a cada persona, para evitar en cualquier momento una posible ruptura del colon por hiperpresión, debida a una menor resistencia de la pared, como sucede en la colitis ulcerativa o en la diverticulosis. Hay varios casos descritos en la literatura mundial de perforaciones durante la ejecución de una enema opaco. Este lavado de ida y vuelta es imprescindible para la evacuación perfecta de todos los escivalos. Siempre se debe practicar en decúbito lateral.

2º — El enema opaco debe consistir en la introducción a cierta presión, regulable por la altura del irrigador o bolsa de goma inyectora, de una mezcla de sulfato de bario, glicerina o aceite de castor y agua; estos últimos a partes iguales, con lo que se consigue una emulsión densa que se adhiere a la mucosa del

colon. El enema debe hacerse bajo control radioscópico y lentamente hasta lograrse la total plenificación del colon, o comprobarse una obstrucción invencible por aquél.

3º — La radioscopia no debe ser prolongada, sustituyéndola rápidamente por radiografías abdomino placa, antero posterior y oblicua anterior izquierda (única forma de ver el sigma). Hecho seguido se vacía el colon y seguidamente se insufla con aire según la técnica de Fisher, tomando otras dos placas iguales a las anteriores. De esta forma se obtiene imágenes sospechosas de pólipos, cuando en el colon lleno de contraste se observan escotaduras redondeadas, separadas unas de otras por mucosa normal; en este caso hay que diferenciarla de una colitis ulcerosa, en la cual, en la placa radiográfica se observa toda la mucosa espiculada. Al insuflar, es decir, cuando el colon está lleno de aire, se observan los pólipos como pequeñas burbujas más o menos grandes y regulares, rodeadas por trazos de papillas. En los casos de poliposis, el intestino tiene límites normales y presenta un aspecto de colmena. Para que radiológicamente, se pueda precisar la localización de los adenomas aislados, se hace necesario al repetición una o varias veces del enema opaco para poder controlar la existencia de las imágenes lacunares y diferenciarlas de las similares que producen los coprolitos.

Evolución: Según Bacon la evolución de la adenomatosis familiar es fatal, apareciendo la transformación carcinomatosa generalmente 6 a 12 años después de haber aparecido las primeras manifestaciones de la enfermedad. Igualmente de acuerdo con su experiencia la degeneración maligna apareció en un 66.6% entre sus enfermos de menos de 50 años, al tiempo que entre los de mayor edad encontró un 82.5%.

Tratamiento: El procedimiento aceptado es la colectomía total con:

- a) ileostomía permanente.
- b) ileorectostomía baja.
- c) ileorectostomía alta, con electrocoagulación sucesiva del recto.

Los resultados obtenidos con estas diversas técnicas dependen de tres factores: De la indicación contraria; del estado ge-

neral del paciente y de la técnica empleada. Por lo que podemos deducir, es muy difícil presentar indicaciones precisas para el tratamiento de esta enfermedad, que por el hecho de ser bastante rara, hay poca experiencia. Sin embargo, está demostrado que la intervención de elección en todo caso es la colectomía total, pues en estas condiciones, no sólo se extirpan los pólipos, sino la mucosa polipógena. Con ello se evitan las reproducciones y el tener que reintervenir al enfermo después de haberle practicado una colectomía segmentaria.

3. - *Poliposis diseminada no familiar.* — Esta es una nueva entidad, que se presenta generalmente en pacientes adultos de más de cuarenta años y en los que no se encuentra ningún antecedente familiar; sin embargo tanto en estos casos como en la heredo-familiar, la clínica es similar y la tendencia a la malignización es igualmente bastante alta, por lo que, desde todos los puntos de vista, se pueden unir ambos procesos, como aconseja Dukes, quedando además la posibilidad de que la poliposis múltiple no familiar sea el producto también de la herencia de algún factor que ha venido sufriendo mutaciones muy anteriores.

CASO N: 2

H. C. N° 139.046.

Nombre: C. P.

Edad: 19 años.

Sexo: Femenino.

Procedencia: Bogotá.

Junio 19 de 1957. Desde hace 4 meses anota dolor tipo cólico, localizado en F. I. D. e irradiado a F. I. I., acompañado de náuseas. Estos episodios se presentan frecuentemente. Hace 15 días esta sintomatología se agudizó.

Aparato digestivo. — Abdomen no doloroso. A la palpación profunda ligera sensibilidad en F. I. D. Hígado y bazo normales. Hechos los exámenes de rutina se le practica apendicectomía en junio de 1957.

Diagnóstico Anatómo-patológico: "Adenoma papilar del Apéndice".

Agosto 16 de 1957. Desde hace 15 días presenta vómitos post-prandiales, dolor abdominal agudo, y deposiciones con sangre en número de dos al día. Ha disminuído 6 kilos en dos meses.

Aparato Divestivo. — Dentadura en buen estado. Apetito disminuído. A la palpación profunda, se encuentra una masa abdominal difícil de delimitar, móvil, dura y que ocupa el flanco izquierdo. Hígado y bazo: normales.

Laboratorio: Eritrocitos: 4.200.000 x c. c.
 Leucocitos: 8.000 x c. c.
 Polinucleares: 48%.
 Linfocitos: 40%.
 Monocitos: 2%.
 Eosinófilos: 10%.
 V. S. 9 mm. 1 H. 32 mm.: 2 Hs.
 E. Coprológico: Sangre oculta: positiva.
 Colecistografía: Negativa.

La enferma mejora y sale del hospital en septiembre de 1957.

Octubre 24 de 1957. Ingresa nuevamente la enferma al hospital, por presentar desde hace 10 días dolor abdominal "como picadas fuertes", más acentuado hacia el lado derecho, y acompañado de náuseas.

Aparato Digestivo. — Dolor difuso abdominal a la palpación profunda, más marcado en el lado derecho.

Oct. 30/57: Urografía negativa.

Nov. 5/57.: Hemicolectomía derecha. Resección cuneiforme de ovario derecho.

Nov. 7/57. Diagnóstico anatomopatológico: Pólipos adenomatosos del colon ascendente.

Nov. 21/57. Rectosigmoidoscopia: A la vista endoscópica se aprecian numerosos pólipos pediculados y sesiles en la región rectosigmoidiana.

Nov. 25/57. Rx. Colon por enema opaco. Poliposis del colon izquierdo.



FIG. 2 - Poliposis difusa (después de colectomía derecha).

Dic. 13/57. Colectomía izquierda ("Ilio-rectostomía").

Diciembre 18/57. Diagnóstico Anatomopatológico: poliposis múltiple del colon.

Diciembre 24/57. Salida en buenas condiciones del hospital. Control rectosigmoidoscópico cada tres meses. En los controles efectuados se le han fulgurado los pólipos presentes en el recto.

COMENTARIO: Este caso merece anotar lo siguiente: En primer lugar se creyó haber confirmado en la primera intervención el diagnóstico de APENDICITIS, por el aspecto dilatado del mismo. Esta dilatación lo mismo que la del Ciego se debían al primer acceso de Invaginación intestinal que hacía la paciente, por su Poliposis múltiple.

En el segundo ataque, el estudio Radiológico del Colon, fue negativo y probablemente contribuyó a deshacer la nueva invaginación.

Al tercer ingreso por nuevo síndrome doloroso, se resolvió intervenir con diagnóstico de obstrucción por adherencias o Quiste torsionado de Ovario. En esta operación se practicó colectomía derecha al comprobarse invaginación de- recha y Poliposis de este segmento.

El estudio Radiológico posterior del Colon izquierdo y la Endoscopia comprobaron la existencia de Pólipos de todo este segmento. Se fulguraron unos y después de la Colectomía izquierda se hizo fulguración de los restantes.

Los controles periódicos hasta julio de 1958 han sido negativos para más pólipos.

Ha llamado la atención en este caso, la adaptación fácil y rápida después de la colectomía total. Después de su última salida del Hospital no ha llegado a presentar más de dos deposiciones al día.

El pronóstico es muy bueno, pues ninguno de los pólipos ha demostrado sospecha de malignidad.

Tumores Velloso. — Estos tumores son designados comúnmente papilomas vellosos o columnares; constituyen lesiones de aspecto y apariencia polipoide que asientan en la mucosa del recto y sigmoide generalmente, sin ser ésta situación exclusiva.

Estas lesiones son formaciones generalmente sesiles y grandes, de aspecto de coliflor, blandas al tacto y con un gran poder de secreción de moco, condición que las predispone a que los pacientes que las padecen, efectúen estas grandes deposiciones mucoglerosas que les son tan características.

Clínicamente, como todos los tumores benignos permanecen silenciosos durante algunos años. Sin embargo, cuando ya se hacen aparentes, sus síntomas, como dice Bacon, se confunden generalmente con la colitis mucosa. Entonces, aparece el cambio de hábito intestinal, acompañado de diarrea mucoglerosa. Son frecuentes las hemorragias debidas a la frialdad de la superficie tumoral. Cuando los papilomas son grandes pueden producir obstrucción, sobre todo si asientan en porciones estrechas del intestino como el sigma, o dificultad en la evacuación de las heces, cuando se localizan en el tercio inferior del recto. En el primer caso, suelen acompañarse de dolores cólicos abdominales y en el segundo, de tenesmo rectal y a veces perineal.

En los 28 casos presentados por Bacon en su estudio, hemorragia rectal se presentó en el 78.5%; diarrea en el 46.4% y protrusión del tumor en un 21.4%. Constipación se encontró en un 17.8%; pérdida de peso en un 14.3%, mientras 7.5% prurito y 3.6% dolor rectal. En estos 28 pacientes el 17.8% estaba libre de síntomas, y su diagnóstico como es de anotar, resultó como consecuencia de la rectosigmoidoscopia, de rutina.

Su diagnóstico no suele ser difícil si su localización es baja, pero muchas veces la palpación digital suele ser muy confusa debido a su blandura, lo mismo que la endoscopia cuando la localización es alta, endoscópicamente se presentan como tumoraciones pálidas y muy brillantes. Su tamaño varía entre 2 y 5 cc. a 10 y 18 en circunferencia, siendo el promedio generalmente de 6 a 12 centímetros.

En el mismo estudio de Bacon, 22 de los 28 tumores estaban situados por debajo de la unión rectosigmoideana y seis por encima de la misma. El diagnóstico sólo puede hacerse con la anatomía patológica, por el estudio de una biopsia, si el tumor es grande, y de la sección completa si es pequeño. Debido a su rareza en las partes altas del intestino grueso, son de poco valor los rayos X.

TRATAMIENTO. - Todo tumor vellosa debe ser considerado como posiblemente maligno. Tales neoplasias aunque menos comunes que el adenoma simple, y de un desarrollo diferente, son potencialmente algo más malignos. En una comparación más a fon-

do, el grado de malignidad y la posibilidad de metástasis son menos que en los verdaderos adenomas con degeneración maligna. Por ello Bacon, T. Moran y otros aconsejan la extirpación amplia en todos los casos posibles. Las lesiones con una base hasta de 3 centímetros y localizadas en la parte baja del recto, pueden ser extirpadas con el asa de alambre o por escisión directa, preferiblemente lo último. Es necesario practicar exámenes histológicos seriados de los tejidos extirpados para poder afirmar con seguridad que no se trata de un tumor maligno.

TUMORES INFLAMATORIOS

Se describen los Tuberculomas, Sifilomas, Amebomas y Granulomas inespecíficos. Estos dos últimos son importantes de tener en cuenta en la práctica.

El Granuloma Amibiano tiene predilección por el Ciego y entre nosotros debe pensarse en él cuando existe un T. de Fosa Ilíaca derecha y en la Radiología no se demuestran imágenes lacunares típicas. El tratamiento de prueba aclara rápidamente la situación.

Sobre GRANULOMAS INESPECIFICOS hay muy poco en la Bibliografía. Se suelen describir como lesiones pequeñas, sésiles o pediculadas, difíciles de diferenciar de los Pólipos Adenomatosos y su incidencia según Monereo es del 3% entre los Tumores benignos. La mucosa suele aparecer normal recubriendo un proceso inflamatorio de origen submucoso con acúmulo de linfocitos, células redondas y macrófagos, sostenidos por una malla conjuntiva de reacción muy vascularizada. La mucosa puede ulcerarse o presentar hiperplasia con el progreso de la inflamación.

Los dos casos que presentamos de esta entidad tenían aspectos diferentes: En el de localización derecha el aspecto macroscópico operatorio era de Carcinoma por su dureza, infiltración y adenitis mesocólica, adherido al peritoneo parietal. Al corte se apreció un gran cráter ulceroso, de contenido purulento. El estudio Histopatológico sobre unos cien cortes no permitió encontrar una etiología específica.

El segundo granuloma, de localización en el Simoide, también era tumoral, con gran infiltración de pared y meso y adherencias. La mucosa en cambio era de aspecto normal.

CASO N° 3

H. C. N. 6.057.

Nombre: B. A.

Edad: 42 años.

Sexo: Masculino.

Procedencia: Bogotá.

Desde hace 4 meses ha venido presentando periódicamente dolor tipo cólico, localizado en F. I. D., que calma con tratamiento médico. El último ataque se acompañó de escalofrío y fiebre. En estas condiciones se hospitaliza.

Aparato Digestivo. — Dentadura incompleta en buen estado. Lengua seca. A la palpación superficial del abdomen, hay ligera defensa muscular. A la palpación profunda en F. I. D. se aprecia una tumoración que no se puede delimitar bien, debido al dolor que provoca.



FIG. 3. - Granuloma inespecífico del colon ascendente.

Diagnóstico clínico: Absceso apendicular? Tumor del ciego?

Laboratorio: Eritrocitos: 4.180.000 x c. c.

Leucócitos: 15.000 x c. c.

Segmentados 73%.

Eosinófilos 13%; V. S. 5 mm.: 30; 20 mm. 60. Rx. Abdomen simple.

Negativo para cálculos biliares y urinarios. No hay imágenes de lesión intestinal.

Colon por enema opaco. En el tercio medio del colon ascendente, se aprecia una zona estrecha con alteraciones irregulares de su mucosa, que radiológicamente sugieren un proceso neoplásico de carácter maligno. (Fig. 3).

Tratamiento: Hemicolectomía derecha.

Diagnóstico Anatomo-patológico: Lesión inflamatoria, exuberante, pseudo tumoral cecal. Ileitis reaccional, dilatación apendicular por éstasis. Linfadenitis crónica regional. (Granuloma inespecífico).

COMENTARIO: En este caso, el estudio Radiológico preoperatorio y el aspecto macroscópico operatorio fueron muy sugestivos de Carcinomá.

El diagnóstico etiológico definitivo no se estableció con el examen Histo-patológico, quedando en el grupo de los GRANULOMAS INESPECIFICOS lo mismo que el caso siguiente.

CASO Nº 4

H. C. Nº 157.040.

Nombre: A. R.

Edad: 37 años.

Sexo: Masculino.

Procedencia: Barranquilla.

Abril 27/57. Hace 18 meses le apareció diarrea muco-sanguinolenta, pujo, y tenesmo. Tratada como amibiasis, cedió. Estos accidentes diarreicos se repitieron con las mismas características, pero más acentuados. Ultimamente ha perdido peso, hay constipación, distensión abdominal y dolor tipo cólico en todo el abdomen, con preferencia en F. I. I. y flanco izquierdo; cuando hace deposición hay pujo y tenesmo, quedando arrojando por varias horas, una sustancia muco-sanguinolenta y coágulos.

Aparato digestivo. — Dentadura en buen estado. Lengua seca y ligeramen- te saburral.

A la palpación profunda se aprecia en F. I. I., una tumoración irregular y dolorosa, adherida a los planos profundos, del tamaño de una naranja grande que parece extenderse hacia el hipogastrio y tener hígado y bazo normales.

Laboratorio: Eritrocitos: 4.300.000 x c. c.

Leucocitos: 5.050 x c. c.

E. Coprológico: E. Histolítica: +; E. Coli; ++++; sangre **oculta** ++++, sangre macroscópica: +++.

Rectosigmoidoscopia. — Esfínter hipertónico. El tacto rectal despierta su- mo dolor. A la vista endoscópica, se observa una mucosa hiperémica y edema- tizada has ta 18 cms. de longitud. A esta altura no es posible franquear el sigmoide por marcado edema y espasmo, que produce mucho dolor al pacien- te, el cual no tolera la insuflación de aire. A este nivel se observan algunas ulceraciones sangrantes. Se considera indispensable colon por doble contraste.

Mayo 6/57. Rx. Colon por enema opaco. "Existe notoria alteración en el calibre del colon correspondiente a la parte inferior del descendente y asa sigmoide, lo cual es sospechoso de un posible proceso neoplástico de etiología maligna".

Mayo 16/57. Se opera el paciente. "Se encuentra una tumoración de aspecto carcinomatoso que invade la totalidad del sigmoide y mitad inferior del colon descendente. Se cierra la pared por planos y se toma un ganglio para enviar al Laboratorio de Anatomía Patológica".

Diagnóstico Anatómo-patológico. — Negativo para lesión maligna.

Julio 3/57. Sale el enfermo del hospital con la sintomatología atenuada, enviándose a tratamiento radiumterápico, a pesar de la negatividad de la biopsia.

Diciembre 14/57. Ingresa nuevamente al hospital presentando constipación marcada; las deposiciones son pocas, muco-sanguinolentas, con dolor, pujo y tenesmo.

La tumoración de fosa F. I. I. se encuentra adherida a los planos profundos y superficiales. La piel se encuentra de color oscuro debido a la quemadura de las sesiones radiumterápicas, Rayos X, Colon por enema y contraste. (Fig. 4).



FIG. 4 - Granuloma inespecífico del colon sigmoide.

Diciembre 20/57. Colectomía izquierda. ("Anastomosis término-terminal descendente con recto. Colostomía transverso").

Diagnóstico Anatómo-patológico. — Proceso inflamatorio crónico de etiología indeterminada. (Granuloma inespecífico).

Febrero 3/58. Cierre colostomía.

Marzo 11/58. Salida del hospital en buenas condiciones.

COMENTARIO: Este caso es particularmente interesante porque enseña la dificultad del diagnóstico diferencial entre un Tumor benigno y maligno por su aspecto macroscópico, y la importancia de la biopsia por congelación. Si ésta se hubiera podido practicar en la primera intervención, ante la sospecha de benignidad el cirujano practica una colostomía en el transverso, pone en reposo el sigmoide y muy probablemente habría disminuído o desaparecido la masa. Se hubiera evitado la Radioterapia paliativa, la cual obligó a practicar la Transversostomía de seguridad en la segunda operación y a pesar de la cual hubo fístula temporal, que cerró espontáneamente, a la altura de la anastomosis. Este paciente, volvió a su vida normal casi al año de haber sido desahuciado por enfermedad incurable.

RESUMEN

Se hace una revisión, basada en los conceptos actuales, sobre los Tumores benignos más frecuentes de Colon y Recto.

Se insiste en los puntos fundamentales relacionados con el Diagnóstico, Tratamiento y en el estudio Histopatológico de toda la pieza para comprobar su benignidad.

Se presenta un caso de Pólipo del Ciego, de diagnóstico Radiológico difícil.

Se publica el primer caso en la Literatura Nacional de una POLIPOSIS DIFUSA, posiblemente familiar (sin comprobación), en una paciente de 19 años, tratada con éxito, por Colectomía total en dos Sesiones y Fulguración rectal.

Se presentan dos casos de Granulomas Inespecíficos del Colon: Ascendente y Sigmoide.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 BACON H. A. y ROSS S. F. Atlas de Técnica operatoria. Ed. Bernades. Buenos Aires, 1957 Pág. 18-47.
- 2 BACON H. A. ROSS S. T., Recio P. Proctology J. B. Lippincott Company Philadelphia-Montreal. 1956. Pág. 262-283.
- 3 BACON H. A., LOWELL E., TRIMPI H. Villous Papillomas of the colon and Rectum. Surgery, St. Louis Vol. 35 N° 1 January 1954. Pág. 77-87.

- 4 BACON H. A. LAURENS J., PEALE A. **Histopathology of Adenomatous Polyps of the Colon and Rectum.** Surgery, St. Louis Vol. 29 N° 5 May 1951. Pág. 663-667.
- 5 BACON H. A., GIAMBALVO G. P. **Intestinal Polyps.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXVIII N° 3 September. 57 Pág. 346-355.
- 6 BENSUADE R. **Rectoscopie-Sigmoidoscopie.** 3ª Edición Masson et Cie. Editeur. París 1956. Pág. 142-181.
- 7 BUIE L. A. **Proctología Práctica.** 1ª Edición. Editorial Salvat S. A. Barcelona-Buenos Aires 1943. Pág. 341-365.
- 8 CASTRO-DUQUE J. y VALENCIA TORRES L. **Tumores del Colon y recto en Bogotá.** Unidia N° 17. Bogotá. X. 1956, Pág. 125-132.
- 9 CRISTOPHER J. **Tratado de Patología Quirúrgica.** 4ª Edición Editorial Interamericana S. A. México 1947. Tomo II Pág. 1.162-1.167.
- 10 HOUSSAY B. A. **Fisiología Humana.** 3ª Edición Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1954. Pág. 483-489.
- 11 JACKSON B. R. and HILL M. R. **Coloscopy: Endoscopic Examination of the Colon.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXV N° 1 January 56 Pág. 104.
- 12 KRATZER G. L. **Rare Lesions of the Colon and Rectum.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXIV N° 1. Páginas 72-75.
- 13 LEGA J. y RESTREPO C. **Pólipos del Recto y de la porción distal del Colon.** Antioquia Médica Vol. 7 N° 1 Pág. 2-20.
- 14 MCQAY E. R. and HOMER H. C. **Mixed Cavernous and Capillary Hemanguimatosiis Involving the Large Howel.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXVII N° 2 February 57. Pages 218-225.
- 15 MC LANAHAM S. and MARTIN R. E. **Colotomia, Coloscopia y Colectomía en el tratamiento de pólipos del intestino grueso.** Anales de Cirugía. Vol. 145 N° 5. Mayo 1957. Pág. 635-643.
- 16 MEISSNER W. W. **Benign Lymphoma of the Rectum.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXVI N° 6. XII. 1956. Pages 739-749.
- 17 MONEREO GONZALEZ J. **Tumores y Lesiones precancerosas del colon y recto.** Ed. Paz Montalvo. Madrid. 1956.

- 18 MORAN T. J. **Surgical Treatment of Villous Tumors of the Rectum.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXVIII N^o 2 VII 1957. Pág. 227-233.
- 19 PESKIN H. and LUBA FEINER. **Rectal Polyps with Malignant Transformation and Early Metastasis.** The Journal of the International College of Surgeons. Vol. XXVIII N^o 1 VII 1957, Pág. 92-92.
- 20 PORTIS S. A. **Enfermedades del Aparato Digestivo.** Ed. Hispano Americana. México, 2^a Edición. Pág. 720-739.
- 21 SCIHNZ H. R. BAENSCH W. E. FRIELD E. y UEHLINGER E. **Rontgendiagnóstico.** Tomo IV Ed. Salvat. S. A. Barcelona-Madrid. V. Edición Pág. 3.507-3.514.
- 22 SODEMAN W. A. **Fisiopatología Clínica.** 2^a Edición. Ed. Interamericana S. A. México. 1952. Pág. 307-317.
- 23 TURELL R. POMERANZ, PARADNY R. and VALLECILLO L. **Adenomas of the Colon and Rectum.** The surgical Clínica Vol. 35 N^o 5 X-1955. Pages 1.259-1.275.
- 24 MOLINARES, H. **Tumores benignos de Colon y Recto.** Tesis de Grado. 1958. Bogotá.