

# Impacto del tamaño de pólipos colónicos comparado con el estudio histopatológico

Seila Carolina Ramírez-Escobar\*, E. Torices-Escalante, L. Domínguez-Camacho, I. Xolalpa-Nieto

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, Ciudad de México, México

## Resumen

**Introducción:** Los pólipos son elevaciones de la pared gastrointestinal hacia la luz, pueden ser adenomatosos o no adenomatosos. A mayor tamaño de pólipos colorrectales >10 mm, se asocia con mayor riesgo de cáncer colorrectal. **Objetivo:** Comparar el tamaño con el resultado de estudio histopatológico de pólipos colónicos observados mediante colonoscopia. **Material y métodos:** Retrospectivo, transversal, descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes enviados al servicio de endoscopia gastrointestinal para colonoscopia, en los que se identificaron pólipos, realizando biopsia y enviándose a estudio histopatológico, de marzo de 2018 a marzo de 2019. Se excluyeron pacientes con antecedente de cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis y sin reporte histopatológico. **Análisis estadístico:** Medias, porcentaje, frecuencias y Chi cuadrada mediante SPSS v22. **Resultados:** Se realizaron 714 colonoscopias, 78 reportaron como hallazgo pólipos en cualquier segmento del colon y 60 cumplieron con los criterios de inclusión, excluyéndose 18 pacientes de acuerdo con los criterios mencionados. De acuerdo con el género fueron 32 femeninos y 28 masculinos, con edad promedio de 62.3 años. El tipo histológico más frecuente fue adenoma tubular con tamaño menor de 5 mm, en colon sigmoide y Kudo II, hemorragia digestiva baja fue el diagnóstico más frecuente de envío. **Discusión:** Este estudio demuestra que también pueden observarse lesiones histológicas avanzadas en pólipos menores de 5 mm. Se puede recomendar toma de biopsias a todos los pólipos observados durante colonoscopias y se envíen a estudio histopatológico.

**Palabras clave:** Pólipos de colon. Tamaño de pólipos. Reporte histopatológico.

## Abstract

**Introduction:** Polyps are elevations of the gastrointestinal wall towards the light, they can be adenomatous or not adenomatous. A larger size of colorectal polyps > 10 mm is associated with an increased risk of colorectal cancer. **Objective:** To compare the size with the result of histopathological study of colonic polyps observed through colonoscopy. **Material and methods:** Retrospective, transversal, descriptive. All patients sent to the gastrointestinal endoscopy service for colonoscopy, in which polyps were identified, biopsied and sent to histopathological study, from March 2018 to March 2019 were included. Patients with a history of colon cancer, inflammatory disease were excluded intestinal, polyposis and without histopathological report. **Statistical analysis:** Averages, percentage, frequencies and Chi square by means of SPSS v22. **Results:** A total of 714 colonoscopies were performed, 78 reported polyps as a finding in any segment of the colon and 60 met the inclusion criteria, excluding 18 patients according to the aforementioned criteria. According to the gender were 32 female and 28 males, with an average age of 62.3 years. The most frequent histological type was tubular adenoma with size less than 5 mm, in

### Autor de correspondencia:

\*Seila Carolina Ramírez-Escobar

E-mail: dra.ramirezescobar@gmail.com

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000133

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):396-399

www.endoscopia-ameg.com

0188-9893© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

sigmoid colon and Kudo II, low digestive hemorrhage was the most frequent diagnosis of delivery. **Discussion:** This study demonstrates that advanced histological lesions can also be observed in polyps smaller than 5mm. It can be recommended to take biopsies to all the polyps observed during colonoscopies and to be sent to histopathological study.

**Key words:** Colonic polyps. Size of polyps. Histopathological report.

## Introducción

Los pólipos se definen como elevaciones de la pared gastrointestinal hacia la luz, los cuales pueden ser adenomatosos o no adenomatosos. La displasia de los adenomas se clasifica en bajo y alto grado. Los factores de riesgo de transformación maligna de un adenoma incluyen: tamaño, localización, historia familiar, consumo de tabaco, edad avanzada, tipo histológico y forma<sup>4</sup>.

El aumento en el tamaño de los pólipos colorrectales se ha asociado sistemáticamente con un mayor riesgo de cáncer colorrectal invasivo, neoplasia avanzada, presencia de cambios tubulovelloso o displasia de alto grado<sup>1,3,4</sup>.

El riesgo de cáncer colorrectal (CCR) o histología avanzada es mayor en pólipos >10 mm en comparación con pólipos más pequeños. El riesgo de progresión histológica a displasia de alto grado o CCR aumenta en proporción al tamaño del pólipo mayor de 10 mm. La determinación del tamaño del pólipo se basa en una medición subjetiva realizada por el endoscopista, que tienden a sobreestimarlo, y no en mediciones objetivas por patólogos, lo cual es preocupante, ya que, podría sesgar la decisión de toma de biopsias o polipectomía, lo cual impacta en los intervalos de vigilancia de los mismos<sup>2,7</sup>.

La medición del tamaño del pólipo es difícil incluso con el uso de varios instrumentos, además, es dependiente del observador. Incluso cuando se usan instrumentos, todavía es difícil alinear las pinzas en la dirección del diámetro real de los pólipos y la morfología contribuye a la medida incorrecta de su tamaño<sup>7</sup>.

La detección y extirpación de pólipos adenomatosos puede prevenir el desarrollo de CCR y reducir la mortalidad. La colonoscopia de vigilancia posterior a la polipectomía es crucial para prevenir el adenoma avanzado y su evolución a CCR<sup>7</sup>.

El endoscopista y el patólogo deben manejar adecuadamente los pólipos resecados con un mayor riesgo de CCR, a fin de garantizar una orientación adecuada y una evaluación patológica óptima. Algunos estudios se han centrado en el riesgo de cáncer en pólipos colorrectales  $\geq 20$  mm y otros han informado sobre el riesgo de cáncer en pólipos de 10 a 19 mm de tamaño<sup>1</sup>.

**Tabla 1.** Diagnósticos de envío para realizar colonoscopia

Diagnóstico de envío	N (%)
Hemorragia digestiva baja	38 (63.3)
Estreñimiento	3 (5)
Cambios en hábito intestinal	4 (6.6)
Síndrome consuntivo	2 (3.3)
Protocolo de trasplante renal	8 (13.3)
Diarrea crónica	3 (5)
Enfermedad diverticular	2 (3.3)

Se ha buscado conocer la prevalencia de la histopatología avanzada en pólipos pequeños o diminutos, ya que, si es baja podría sugerir que no es necesario extirpar todos los pólipos pequeños durante la colonoscopia. Se ha estimado que solo el 5.6% de todos los pólipos albergan características de histopatología avanzada<sup>3</sup>.

## Objetivo

Comparar el tamaño con el resultado del estudio histopatológico de pólipos colónicos observados mediante colonoscopia.

## Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, mediante revisión de informes de colonoscopías que se realizaron durante el período del 01 de marzo de 2018 al 29 de marzo de 2019 en el Hospital Regional 1° de octubre, ISSSTE.

## Características de los pacientes

Se incluyeron todos los pacientes derechohabientes, mayores de 18 años, enviados para realizar colonoscopia por diversos diagnósticos, que autorizaron el procedimiento de colonoscopia mediante firma de consentimientos

**Tabla 2.** Localización de pólipos

Segmento	Recto	Colon sigmoide	Colon descendente	Colon transverso	Colon ascendente	Ciego
<b>N (%)</b>	14 (20.5)	18 (26.4)	14 (20.5)	10 (14.7)	8 (11.7)	4 (5.8)

**Tabla 3.** Clasificación de pólipos por tamaño

Tamaño	N (%)
< 5 mm	41 (60.3)
6-10 mm	14 (20.5)
11-19 mm	9 (13.2)
> 20 mm	4 (5.8)

**Tabla 4.** Clasificación de pólipos por tipo histológico y Kudo

Tipo histológico	N (%)	Clasificación de Kudo	N (%)
Hiperplásico	28 (41.1)	I	18 (26.4)
Adenoma tubular con displasia de bajo grado	34 (50)	II	38 (55.9)
Túbulo-velloso	4 (5.8)	III S	4 (5.8)
Velloso	2 (2.9)	III L	3 (4.4)
		IV	4 (5.8)
		V	1 (1.4)

informados, con expediente clínico completo, que se les haya realizado el estudio completo hasta ciego, con y sin canulación de válvula ileocecal, que como hallazgo se identificaron pólipos en cualquier segmento de colon, independientemente de su tamaño o clasificación de Kudo. Se excluyeron pacientes con antecedentes de cáncer colorectal, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis, aquellos con expediente incompleto sin reporte de histopatología. Se recabaron datos como edad, sexo, diagnóstico de envío (Tabla 1), localización, tamaño, clasificación de Kudo y resultado histopatológico.

### Características de los pólipos

Durante el procedimiento se realizaron biopsias con pinza de biopsias o polipectomía con asa caliente o fría

de los pólipos y se enviaron al servicio de histopatología para ser analizados. Se clasificaron de acuerdo con localización ya sea en ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoide y recto (Tabla 2), tamaño (menor de 5 mm, 5-10 mm o >10 mm) y clasificación de Kudo mediante cromoendoscopia digital. Se revisaron los reportes y se realizó la comparación del tamaño de pólipos con el resultado histopatológico.

### Análisis estadístico

Se realizaron frecuencias, medias, porcentajes y comparación de variables con prueba de Chi cuadrada para valorar la asociación entre el tamaño de los pólipos y su reporte histopatológico, reportándose como significativo a un valor de  $p < 0.05$ . Para el análisis de datos se utilizó SPSS v22.

### Resultados

Se realizaron 714 colonoscopias en el período estudiado, de las cuales 78 reportaron como hallazgo pólipos en cualquier segmento del colon y 60 cumplieron con los criterios de inclusión, excluyéndose 18 pacientes de acuerdo con los criterios mencionados. Se dividieron los pacientes por género, reportándose 32 femeninos y 28 masculinos, con rango de edad mínima de 21 años y máxima de 95, con promedio de 62.3 años.

Se encontraron 7 pacientes con más de un pólipo analizados en diferentes segmentos de colon, los cuales se reportaron por separado, por lo que se analizó un total de 68 pólipos y posteriormente se clasificaron de acuerdo con su tamaño (Tabla 3), localización, Kudo y tipo histológico.

La localización por segmentos colon se presentan en la tabla 3. El reporte histopatológico se catalogó en pólipos hiperplásicos, adenomas tubulares con displasia de bajo grado, tubulovellosos y adenocarcinoma, así como, la clasificación de Kudo otorgada mediante cromoendoscopia digital por el endoscopista al momento de realizar el estudio (Tabla 4), por último, se hizo la comparación de relación entre tamaño y reporte

**Tabla 5.** Resultado de cálculo de Chi cuadrada (X2)

Tipo histológico	< 5 mm	6-10 mm	11-19 mm	> 20 mm	P
Hiperplásico	26	2			< 0.05
Adenoma Tubular	15	12	7		< 0.05
Túbulo-velloso			2	2	> 0.05
Velloso			1	1	< 0.05

histopatológico, obteniendo los resultados que se presentan en la [Tabla 5](#).

## Discusión

El tamaño de los pólipos identificados mediante colonoscopia ha sido analizado en muchos estudios, ya que, al ser dependiente del operador, puede ser sobreestimado o subestimado, la evidencia sugiere que las estimaciones de pólipos endoscópicos no se correlacionan bien con las mediciones histopatológicas y pueden resultar en intervalos de vigilancia inapropiados<sup>9</sup>. La evaluación del tamaño del pólipo in vivo durante la colonoscopia puede ser un desafío. En la práctica clínica, el tamaño del pólipo se puede aproximar a través de estimación visual, comparación del tamaño del pólipo con pinzas de biopsia abiertas que abarcan una longitud conocida, o el uso de herramientas de medición<sup>7</sup>.

En general, la histopatología más avanzada se encuentra con mayor frecuencia en pólipos colorrectales de mayor tamaño, sin embargo, en nuestro estudio encontramos que los pólipos más frecuentemente reportados fueron adenomas tubulares, los cuales el 44.1% tenían tamaño menor de 5 mm, el 35.2% median 6-10 mm y 20.5% mayores de 11 mm. Llama la atención el rango de edad, ya que la edad mínima fue de 21 años con diagnóstico de pólipo adenoma tubular. Estas dos características del estudio son relevantes, ya que, durante la realización de una colonoscopia podrían pasar inadvertidas lesiones pequeñas o de acuerdo con la edad decidir no tomar biopsias en caso de pólipos menores de 5mm. En relación con el género fueron similares la cantidad de pacientes, sin tener

mayor prevalencia uno sobre el otro. Según la clasificación de Kudo, se encontró significancia al ser proporcionalmente mayor en relación con el reporte de histopatología. La localización más frecuente fue en colon sigmoide (26.4%) y posterior a este recto y colon descendente con la misma frecuencia con un porcentaje de 20.5%, lo que concuerda con lo reportado en la estadística internacional. El diagnóstico de envío más frecuente para realizar colonoscopia fue hemorragia digestiva baja con un 63.3% de todos los pacientes analizados, demostrando la importancia de la presencia de hemorragia como dato de alarma para sospecha de neoplasia.

## Conclusión

Este estudio demuestra que, si bien es conocido que a mayor tamaño es mayor el avance histopatológico, también pueden observarse este tipo de lesiones histológicas en pólipos menores de 5 mm, por lo que, pudiera recomendarse, se realice toma de biopsias a todos los pólipos que se observen durante los estudios de colonoscopia y se envíen a estudio histopatológico.

## Referencias

1. Arévalo C, Chunga N, Alarcón S, Rofríguez O, Arévalo F, Montes P, et al. Localización y tamaño de los adenomas del colon como factores asociados a displasia de alto grado. *Rev Gastroenterol Peru* 2017;37:301-304.
2. Parsa N, Ponugoti P, Broadley H, García J, Rex D, et al. Cancer risk in 10 – 19mm colorectal lesions. *Endoscopy* 20;51:452-457.
3. Turner O, Genta R, Sonnenberg A, Lesions of all types exist in colon polyps of all sizes. *Am J Gastroenterol* 2018 Feb; 113:303-306.
4. Anderson B, Smyrk T, Anderson K, Mahoney D, Devens M, Sweetser S, Kisiel J, Ahlquist D, Endoscopic overestimation of colorectal polyp size. *Gastrointest Endosc* 2014; 79: 435-6.
5. Koo H, Huh K, Importance of the size of adenomatous polyps in determining appropriate colonoscopic surveillance intervals. *Clin Endosc* 2018; 51:404-406.