



Prevalencia de Pólipos Colónicos en Acromegalia

Dr. Héctor Eloy Tamez-Pérez *, Dra. Amalia Oliveros-Rodríguez *, Dr. Rafael Sifuentes-Mendoza *

* División de Medicina Interna 11, Hospital de Especialidades No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, N.L., México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Héctor Eloy Tamez Pérez, Div. de Medicina Interna 11, Hospital de Especialidades No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Lincoln y Gonzalitos s/n, Monterrey, N.L., México.

Recibido para publicación: 14-X-94. Aceptado para publicación: 28/VI/95.

RESUMEN ¿Acromegalia y neoplasia de colon, asociación fortuita? **Objetivo:** Determinar la prevalencia de neoplasias colónicas en el paciente con acromegalia. **Antecedentes:** Existen reportes de que el paciente con acromegalia tiene una prevalencia elevada de poliposis colónica y cáncer de colon, sugiriéndose, por lo tanto, la realización de colonoscopia como un examen de escrutinio en todo paciente acromegálico. **Método:** En forma prospectiva, estudiamos una cohorte de catorce enfermos con acromegalia activa, sometidos a colonoscopia completa sin complicaciones, por un endoscopista experto. **Resultados:** El grupo total fue constituido por catorce pacientes (7 hombres y 7 mujeres, con edad promedio de 43 ± 9 años); sólo en un enfermo (7%, IC 95%, 0-20%) se observó la presencia de un pólipo adenomatoso. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos no confirman la asociación entre acromegalia y lesiones colónicas; sin embargo, es necesario realizar estudios prospectivos, longitudinales, que evalúen el riesgo de desarrollar neoplasias colónicas en acromegalia.

Palabras clave: Acromegalia, pólipos colónicos, colonoscopia.

SUMMARY Acromegaly and colonic neoplasma, fortuitous association? **Objective:** To determine the prevalence of colonic neoplasma in acromegalic patients. **Summary background data:** There have reports that patients with acromegaly have an increased risk of neoplasia. It has been suggested that these patients have an increased incidence of colonic neoplasma. Therefore it's justified the practice of colonoscopy as screening procedure for colonic lesions. **Method:** Patients with confirmed active acromegaly were prospectively evaluated with colonoscopy by a single experienced operator and all studies were completed. **Results:** Of the fourteen patients examined, seven were men and seven were women, with mean age of 43 ± 9 years. Only one patient in this group (7%, 95% IC 0-20%) had a solitary adenomatous polyp; no other alterations were disclosed. **Conclusions:** In our study the acromegaly is not associated with an increased prevalence or colon polyps; further large scale prospective studies are warranted.

Key words: Acromegaly, colon polyps, colonoscopic screening.

INTRODUCCION

La acromegalia (AG) es consecuencia de la secreción excesiva de hormona de crecimiento (HC) después del cierre epifisario; en la mayoría de los casos es secundaria a un tumor hipofisario¹.

La enfermedad puede presentarse en forma esporádica o como un componente del síndrome de neoplasia endocrina múltiple (NEM). Los pacientes con AG tienen un incremento importante en la

morbilidad y mortalidad, como resultado de patologías cardiovasculares, respiratorias y malignas²; en el aparato gastrointestinal existen informes de una prevalencia elevada de poliposis colónica (lesión premaligna) y cáncer de colon; Ezzat y colaboradores examinaron en forma transversal a 23 enfermos con AG activa mediante colonoscopia y encontraron a ocho (35%) con pólipos adenomatosos premalignos³; en un estudio similar, la Sociedad Británica de Endocrinología⁴ detectó a siete de 19 enfermos (37%)

con la misma patología, sugiriéndose, por lo tanto, la realización de colonoscopia como un examen de escrutinio en todo paciente acromegálico³⁻⁷.

El motivo del presente reporte es dar a conocer la prevalencia de poliposis colónica en un grupo de pacientes con AG.

MATERIAL Y METODOS

Durante el año de 1992, fueron evaluados 34 pacientes con AG que acudieron a la consulta externa del Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades #25 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Monterrey, N.L. Se incluyó solamente a aquellos con AG activa (HC basal superior a 5 ng/ml, o mayor de 2 ng/ml post-carga de 100 g de glucosa; la HC se midió por radio-inmunoanálisis de doble anticuerpo). El grupo total quedó constituido por 14 enfermos a los que se les realizó una historia clínica general con énfasis en las siguientes variables:

Antecedentes familiares de NEM o tumores del aparato digestivo, síntomas gastrointestinales, tiempo de evolución de la enfermedad; patologías asociadas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial, y se investigó la presencia de fibromas laxos, utilizándose la clasificación de Klein⁸. Un endoscopista experto practicó la colonoscopia en forma completa con un equipo flexible Olympus.

Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (X y DE).

RESULTADOS

Las características generales del grupo se presentan en el cuadro 1. La distribución por sexo fue idéntica, la edad promedio fue de 43 años, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 10.3 + 9.0 años, y las cuantificaciones de HC desde la toma basal fueron superiores a 5 ng/ml. No se documentaron antecedentes familiares de importancia y ninguno refirió síntomas gastrointestinales. A todos se les había practicado cirugía transesfenoidal por un macroadenoma hipofisario; seis habían recibido radioterapia y los 14 se encontraban en tratamiento médico con bromocriptina o somatostatina. Seis enfermos padecían diabetes mellitus y tres hipertensión arterial. La presencia de fibromas correspondió al estadio clínico II. El estudio endoscópico fue completo y tolerado sin complicaciones por el grupo total. En un paciente (7% IC 95% 0-20%), se observó una lesión solitaria a 40 cm del esfínter anal; el examen histopatológico reveló la presencia de un pólipo

adenomatoso; este enfermo ha sido sometido a tres colonoscopias (una por año) y hasta la fecha no se han demostrado lesiones recurrentes.

DISCUSION

La hipersecreción prolongada de HC ocasiona cambios en varios sistemas, originando un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad de los enfermos con AG; las complicaciones cardiovasculares, respiratorias, metabólicas y tumorales varían entre los individuos, pero la opinión general acepta que pueden estar relacionadas con la duración y severidad de la enfermedad¹⁻⁷.

El posible papel de la HC en la tumorigénesis fue sugerido desde hace más de 40 años; actualmente se conoce que estimula la proliferación de células normales y neoplásicas, que induce una expresión proto-oncogénica y que, teniendo como intermediarias a las somatomedinas, incrementa la replicación del epitelio colónico, la que es inhibida por somatostatina². Algunos autores señalan que la asociación AG y neoplasias de colon se presenta hasta en un 53%, sugiriéndose en forma rutinaria una colonoscopia en todo individuo con AG³⁻⁷.

Nuestro informe discrepa de los hallazgos previos, ya que, a pesar de ser pacientes con actividad, sólo se encontró un pólipo; desconocemos la prevalencia en personas asintomáticas de edad promedio

CUADRO 1
CARACTERISTICAS GENERALES (N=14)

Paciente	Sexo/edad (años)	Evolución de la enfermedad (años)	HC (ng/ml)*
1	F/50	7	25
2	F/52	4	30
3	F/60	16	10
4	F/40	9	10
5	M/41	12	23
6	F/30	15	10
7	F/52	28	26
8	M/42	4	30
9	M/38	4	10
10	M/30	7	9
11	M/48	30	12
12**	M/53	3	30
13	M/27	3	16
14	F/49	7	18

* 18.5 + 8.5 ng/ml

** Hallazgo de pólipo adenomatoso

Prevalencia de Pólipos Colónicos en Acromegalia

similar a la de nuestros pacientes; sin embargo, el 7% cae dentro de lo esperado para estudios de escrutinio en población general sin estratificación de edad o antecedentes familiares de enfermedad colónica⁹, y es mucho menor que lo referido para edades superiores a los 50 años¹⁰. Aunque nuestro grupo pudiera parecer pequeño, es equiparable a los estudios individuales existentes.

Es posible que puedan existir ciertos factores para esta diferencia; por ejemplo, en el presente reporte el promedio de edad es menor y está bien documentado que, a mayor edad, mayor prevalencia de pólipos colónicos¹⁰; dado que el estímulo hormonal es potencialmente responsable del crecimiento polipoideo, la duración de la enfermedad juega un papel importante; sin embargo, la expresión clínica de la AG es insidiosa y el dato obtenido pudiera tener un sesgo de "recuerdo"; otros elementos a considerar son el tipo de dieta de nuestra población, y también no hay duda de que la herencia es de suma importancia, ya que los aspectos genéticos y moleculares de estas neoplasias están bien definidos con marcadores específicos identificados en la historia progresiva de estas lesiones¹¹.

A pesar de todo, conocemos que los pacientes con AG tienen un riesgo importante para muerte prematura, y quizá la prevención más importante que podemos ofrecerles, es tratar de mantener los niveles de HC dentro de los rangos considerados de "curación", y sin excepción, facilitarles todos los programas de escrutinio disponibles para los problemas asociados (hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hiperlipidemia, etc.), y quizá solamente si existieran otros

elementos de "peligro" para neoplasia de aparato digestivo se justificaría, y sería imprescindible, la endoscopia¹².

En conclusión: Nuestros hallazgos no demuestran una asociación entre pólipos colónicos y AG y hacen necesaria la realización de estudios prospectivos, longitudinales, que evalúen el riesgo de desarrollar una neoplasia colónica en todo paciente con AG, para minimizar así el sesgo de selección.

REFERENCIAS

1. Melmed S. Acromegaly. *N Engl J Med* 1990; 332: 966-77.
2. Ezzat S, Melmed S. Are patients with acromegaly at increased risk for neoplasia? *J Clin Endocrinol Metab* 1991;72:245-249.
3. Ezzat S, Strom C, Melmed S. Colon polyps in acromegaly. *Ann Intern Med* 1991;114:754-755.
4. Jenkins PJ, Richards T, Lowe DG, Fairclough PF, Wass JA. Acromegaly and Colon Polyps. *J Endocrinol* 1994; 140 (Suppl): RC6.
5. Iuarte EA, Petrini J, Hershman JM. Acromegaly and colon cancer. *Ann Intern Med* 1984;101:627-628.
6. Pines A, Rosen P, Ron E, Gilat T. Gastrointestinal tumors in acromegalic patients. *Am J Gastroenterol* 1985;80:266-269.
7. Brunner JE, Johnson CC, Zafar S, Peterson EL, Brunner JF, Melliner RC. Colon cancer and polyps in acromegaly: Increased risk associated with family history of colon cancer. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1990;32:65-71.
8. Klein I, Parvee G, Gavaler J, Varrthiel D. Colonic polyps in patients with acromegaly. *Ann Intern Med* 1982;97:27-30.
9. Cannon-Albright LA, Skolnick MH, Bishop DT, Lee RG, Burt RW. Common inheritance of susceptibility to colonic adenomatous polyps and associated colorectal cancers. *N Engl J Med* 1988;319:533-537.
10. Rex DK, Lehman GA, Hawes RH, Ulbright TM, Smith JJ. Screening colonoscopy in asymptomatic patients average risk persons with negative fecal occult blood tests. *Gastroenterology* 1991;100:64-67.
11. Panduro CA, Lima GG, Villalobos J. Genética molecular del cáncer colorrectal y carcinogénesis. *Rev Invest Clin* 1993;45:493-504.
12. Ranschoff DF, Lang CA. Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1991;325:37-41.