



**Universidad de Ciencias Médicas de La Habana**

**Facultad de Ciencias Médicas de La Habana “Finlay – Albarrán”**

**XXXI Fórum Nacional Estudiantil de Ciencias Médicas**

**Incidencia de Pólipos de Colon en el "Hospital Militar Central Dr. Carlos J. Finlay"**

**AUTORES:**

- Ramón Alejandro Alcorta Cuello\*
- Mónica Jiménez Puentes\*\*
- David Isla Alfonso\*\*

**TUTORA:**

- Dra. Ludmila Martínez Leyva. \*\*\*\*

\*Alumno de 5to año de medicina .Alumno ayudante de Gastroenterología

\*\*Alumno de 5to año de medicina.Alumno ayudante de Medicina Interna

\*\*\*\*Especialista de 2<sup>do</sup> grado en Gastroenterología. Profesora e investigadora auxiliar.

**La Habana, 2019**

**“Año 61 de la Revolución”**

## RESUMEN

Los pólipos son una de las lesiones más frecuentes del colon y guardan estrecha relación con el cáncer colorrectal (CCR), este último constituye la tercera causa de muerte por cáncer en nuestro país. Se determinó la incidencia, la localización y se describieron las características de los pólipos de colon en un período de 2 años y 5 meses, así como las variables sexo y edad de los pacientes y los motivos de indicación colonoscópica en los pacientes portadores de dicha entidad. Para ello se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, en el período comprendido desde septiembre 2016 hasta febrero del 2019. La muestra quedó conformada por 400 pacientes con diagnóstico de pólipo colorrectal. Los resultados fueron expresados en frecuencias absolutas y porcentajes. La incidencia de pólipos fue de 15,16%; predominaron los mayores de 70 y más años (33,75%) y el sexo masculino (52%). Los motivos más frecuentes de indicación colonoscópicas correspondieron a un grupo de enfermedades y condiciones como: dolor abdominal crónico, tumor palpable, seguimiento de pacientes operados por (CCR), antecedentes personales de pólipos de colon y cambios del hábito intestinal (64,8%). Se localizaron con más frecuencia en la región del sigmoides (18,5%) y los pólipos de tipo pediculado fueron los más usuales (62,5%).



## ÍNDICE

<b>PALABRAS CLAVES</b> .....	Pág 3
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	Pág 4
<b>OBJETIVOS</b> .....	Pág 6
<b>MÉTODOS</b> .....	Pág 7
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	Pág 9
<b>RESULTADOS</b> .....	Pág 10
<b>DISCUSIÓN</b> .....	Pág 13
<b>CONCLUSIONES</b> .....	Pág 16
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	Pág 17
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	Pág 18
<b>ANEXOS</b> .....	Pág 21

## **PALABRAS CLAVES**

- Pólipo
- Colon
- Incidencia

## INTRODUCCIÓN

El término pólipo se deriva del vocablo griego polýpus cuyo significado es “muchos pies”. Se aplica a cualquier masa de tejido que se origine en la pared o superficie de la mucosa y sobresalga hacia la luz y su resultado es una hipertrofia o un verdadero tumor. Es una expresión clínica puramente descriptiva que no lleva implícita la etiopatogenia ni el tipo histológico.<sup>1</sup>

Los pólipos colorrectales son reportados con alta frecuencia en los países occidentales, donde presentan una distribución similar al cáncer colorrectal (CCR), del cual las incidencia más elevadas se reportan en EE.UU y Japón.<sup>2</sup> Esta lesiones guardan estrecha relación con la del cáncer colorrectal, la cual es una de las neoplasias malignas más frecuentes del mundo desarrollado. También la incidencia es alta en Australia/Nueva Zelanda y Europa Occidental, principalmente en hombres. En Suramérica la incidencia tiende a ser media. En África y Asia la incidencia es baja. Las tasas de mortalidad para los hombres son de hasta 23.6 por 100 000 habitantes en Irlanda y de 19.2 por 100 000 habitantes para las mujeres en Dinamarca.<sup>3</sup>

En Cuba el cáncer de colon constituye la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos, por detrás de la neoplasia de mama en la mujer y la de pulmón en el hombre y provoca el 9 % del total de defunciones por tumores malignos en este siglo, con predominio en las féminas. La incidencia de esta enfermedad, observada en el sexo femenino en Cuba, es similar a la del Caribe y América del Sur, superior a la de Centroamérica e inferior a la reportada por los Estados Unidos y Canadá (figura 1).<sup>4</sup>



**Figura 1.** Incidencia global de cáncer en el mundo

Teniendo en cuenta la relación existente entre los pólipos de colon y la aparición de CCR se decidió realizar este trabajo teniendo como interrogante: ¿La incidencia en nuestra consulta de los pólipos de colon sobrepasa el 30% que es el rango máximo descrito para los países de Centroamérica y el Caribe? Además determinaremos la clasificación endoscópica, localización y características de estas lesiones con potencial maligno<sup>5</sup>, así como los motivos de indicación de endoscopia.

## **OBJETIVOS**

1. Determinar la incidencia de los pacientes con el diagnóstico de pólipo de colon en el periodo comprendido entre el 14 de septiembre del 2016 hasta el 20 de febrero de 2019.
2. Determinar los variables sexo y edad de los individuos sometidos a resección de pólipos en colon.
3. Describir los motivos de indicación de colonoscopia en los pacientes con diagnóstico endoscópico de pólipos de colon.
4. Describir las características endoscópicas de los pólipos de colon resecados durante las polipectomias.
5. Determinar la localización de los pólipos de colon.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el HMC Dr. Carlos J. Finlay en el período comprendido entre septiembre del 2016 hasta febrero del año 2019. Se revisaron los libros de registro de videocolonoscopía del Servicio de Gastroenterología de donde se obtuvieron los datos referentes a las edades, sexo, indicación y diagnóstico endoscópico. Los datos referentes a los resultados histológicos se encuentran aún en proceso de análisis, razón por la cual no los incluimos en los resultados y no forman parte de los objetivos de este trabajo.

Universo: todos los pacientes que se realizaron videocolonoscopía en el período de estudio.

Muestra: los pacientes con diagnóstico endoscópico de pólipos de recto y colon.

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico endoscópico de pólipo de colon.

Criterios de exclusión:

1. Ausencia de alguno de los datos primarios a recoger en los libros de registro de videocolonoscopía.

Variables del estudio:

- Incidencia de los pólipos: se estimó obteniendo el cociente entre el número de pacientes estudiados por videocolonoscopía y el total de pacientes con diagnóstico endoscópico de pólipo.
- Edad: se agrupó por grupos de edades: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70 y más.
- Sexo: femenino o masculino.
- Motivo de indicación: se tuvieron en cuenta los siguientes
  1. Sangre oculta en heces fecales positiva (SOHF +)
  2. Síndrome diarreico crónico (SDC)
  3. Anemia

4. Rectorragias
5. Otras causas como: dolor abdominal crónico, tumor palpable, seguimiento de pacientes operados por CCR, antecedentes personales de pólipos de colon, pesquisaje de CCR en familiares de 1er grado de pacientes con CCR, cambios en el hábito intestinal.
  - Localización: según localización en el recto o colon (sigmoides, colon descendente, colon transverso, colon ascendente y ciego).
  - Clasificación morfológica: se distribuyeron en pediculados o sésiles.

Recolección y procesamiento de los datos: se confeccionó una base de datos en Excel para el almacenamiento de estos.

Análisis estadístico: los datos fueron almacenados mediante el programa Microsoft Excel del paquete de programas Microsoft Office de Windows XP. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando frecuencias absolutas y porcentajes.

Consideraciones éticas. La información obtenida solo se utilizó con fines investigativos, sin divulgación de la identidad de los pacientes.

## MARCO TEÓRICO

Mediante el proceder endoscópico se puede establecer una clasificación macroscópica <sup>6</sup> de los pólipos caracterizados por:

➤ **Clasificación morfológica:**

- Pediculados: unidos a la mucosa a través de un tallo.
- Sésiles: sin pedículos y con base de implantación ancha y planos.

➤ **En función del número:**

- Únicos: los más frecuentes, 60% de los casos.
- Múltiples: si el número de formaciones no excede de 10.
- Poliposis: cuando existen más de 10 pólipos.
- Poliposis difusa: cuando son más de 100.

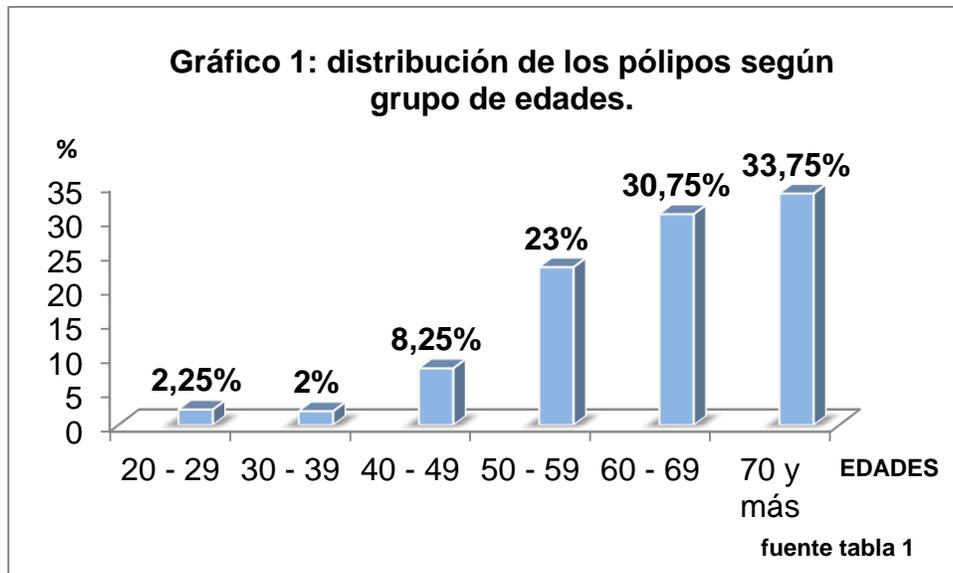
➤ **En cuanto a su tamaño:** predominan los pólipos pequeños, que son 38% (< 0.5 cm), 36% de 0.6 a 1 cm y 26% >1 cm.

➤ **Localización:** del 60 al 70% de los pólipos se localizan en regiones distales de la flexura esplénica, fundamentalmente en el área rectosigmoidea, donde se encuentran 52 %, en el colon descendente 18%, en colon transversal 11%, en colon ascendente 13% y tan solo 7% en el ciego. A edades avanzadas existe una mayor tendencia hacia las localizaciones proximales.

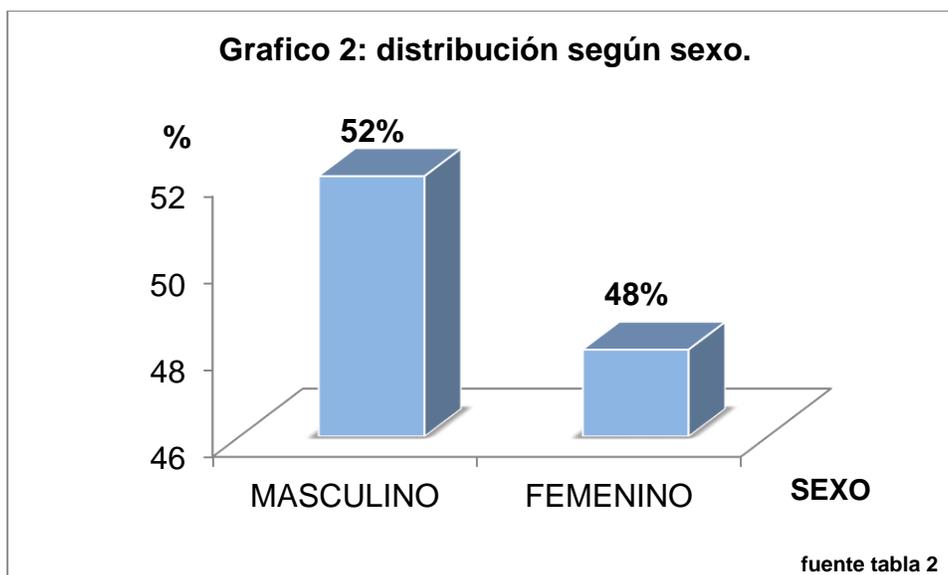
## RESULTADOS

En el período analizado se realizaron 2637 colonoscopias, de las cuales en 400 se detectaron pólipos durante el proceder, para un 15,16% de incidencia general.

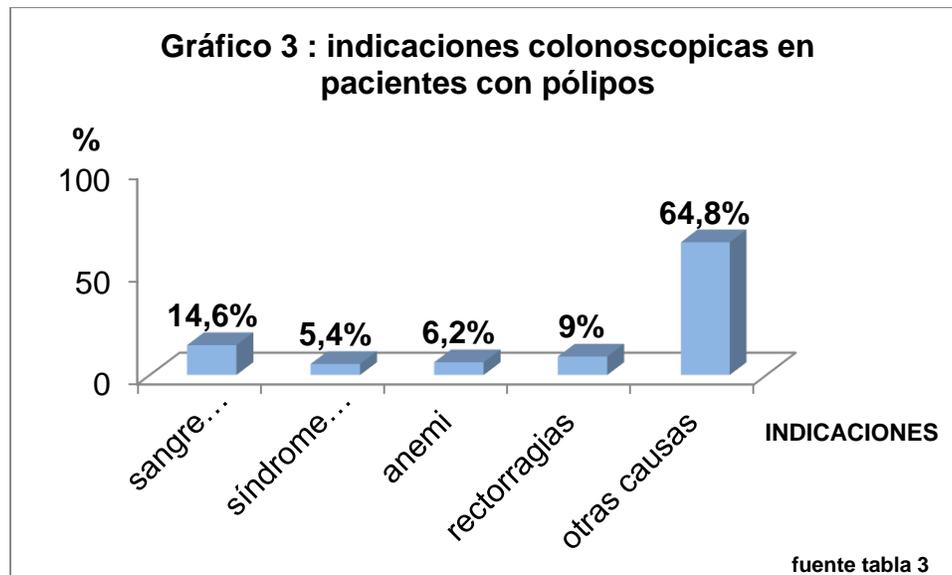
Predominó el grupo de edad más avanzado, correspondiente a 70 y más años (33,75%) según se muestra en el gráfico 1.



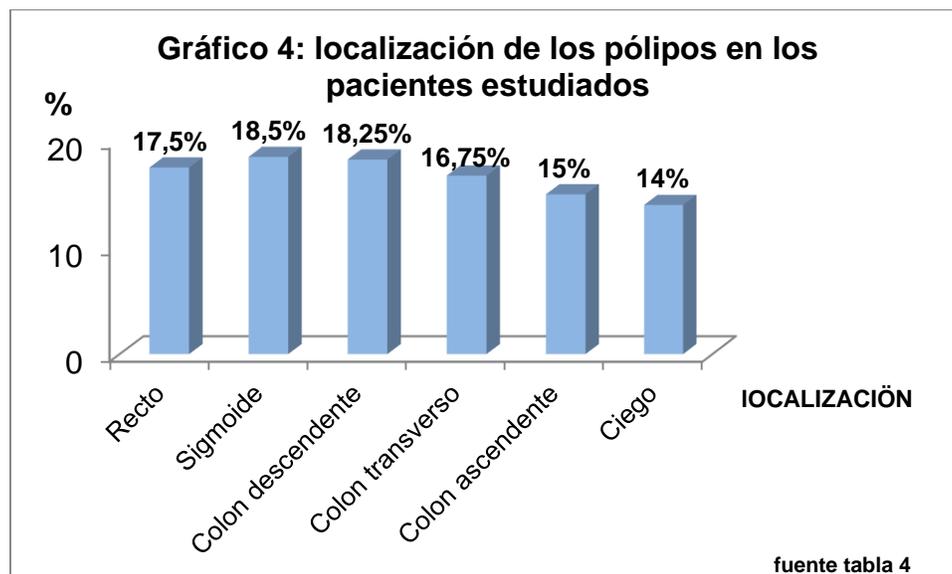
En el gráfico 2 puede observarse la distribución por sexo, con predominio del masculino (52%)



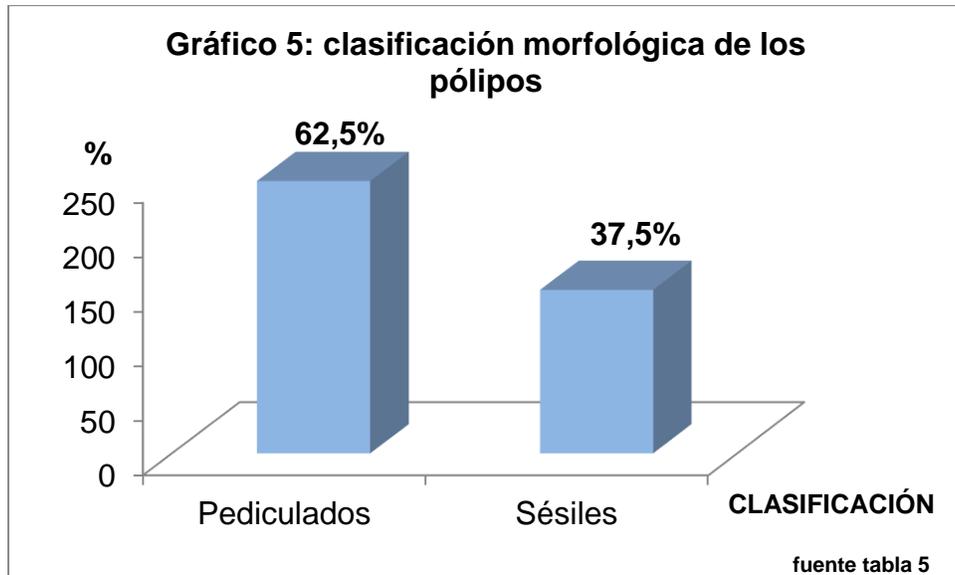
El motivo de indicación más frecuente correspondió a otras causas (64,8%) como puede observarse en el gráfico 3.



La localización más frecuente de los pólipos fue en el colon sigmoides (18,5%) como se observa en el gráfico 4.



Los pólipos pediculados fueron los más frecuentes (62,5%) según se muestra en el gráfico 5.



## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La detección precoz del CCR es una condicionante importante para lograr su curación y/o mejorar los índices de supervivencia. Está bien establecida la secuencia pólipo-cáncer o adenoma-carcinoma; de ahí que se justifique la detección de este tipo de lesiones precursoras de cáncer.<sup>6</sup>

Los pólipos son una de las lesiones más frecuentes del colon.<sup>7</sup> El mejor método para la detección de pólipos de colon es la colonoscopia, pues permite realizar biopsias para el estudio histológico de los mismos e incluso consigue su tratamiento adecuado mediante resección endoscópica completa. Los estudios radiológicos con bario (enema opaco) o sin él (estudio del colon por TAC o por resonancia) visualizan los pólipos, pero no permiten realizar biopsias, ni tratamiento; además lesiones pequeñas, menores de 5 mm pasan inadvertidas.<sup>8</sup>

En este estudio se encontró una incidencia de este tipo de lesiones similar al resto de países de Latinoamérica en los cuales se describen incidencias entre 7% y 50% por lo que no sobrepasó el 30% que es el rango máximo descrito para los países de Centroamérica y el Caribe. En México se informa una incidencia de adenomas del 5%, en pacientes sometidos a rectosigmoidoscopia flexible según estudios realizados la Unidad Clínica Médica Sur en similar periodo de tiempo.<sup>6-9</sup> Según la literatura consultada la incidencia de pólipo colorrectal en países europeos así como EE.UU llegan a alcanzar un 30% en algunas zonas. Según estudios realizados en México por el doctor Gonzales-Gonzales y por el doctor Chávez Maios reportan incidencia de 8,4 y 2,7% respectivamente.<sup>10</sup>

En un estudio desarrollado en dos clínicas de tercer nivel en Bogotá para comparar la colonoscopia estándar versus colonoscopia con imagen de banda estrecha en estudios por cualquier indicación, se documentaron pólipos en el 20,8% y 24,9%, respectivamente.<sup>11</sup> En un estudio realizado en Rusia para evaluar la calidad de la colonoscopia en el que el 59% de los procedimientos fueron realizados por tamización, se documentó pólipos en el 23% de los pacientes, adenomas en el 18% y adenomas avanzados en el 8%. En un estudio realizado en

Estados Unidos para comparar las colonoscopias realizadas en el ambiente rural vs las realizadas en un programa establecido de tamización urbano (programa CORI) se encontraron pólipos en el 39% y 40,3%, respectivamente, sin informe sobre el tipo histológico.<sup>12</sup>

Existen datos suficientes para aceptar que la inflamación crónica, juega un papel importante en el desarrollo del CCR. Se ha descrito que citosinas proinflamatorias, tales como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF  $\alpha$ ), la interleucina IL 6, IL 8 y el inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 (PAI 1), juegan un papel clave en la promoción de la proliferación celular, la inhibición de la apoptosis y la angiogénesis.<sup>8</sup>

En este trabajo predominó el grupo de edad más avanzado, lo cual coincide con lo reportado en la literatura mundial donde la incidencia de pólipos aumenta con la edad, lo cual también se reportó en un estudio cubano.<sup>13</sup> Otros autores han encontrado una edad promedio de 61 años y hasta un 33% en mayores de 50 años y hasta 50% en mayores de 70 años.<sup>14</sup>

Predominó el sexo masculino. Múltiples autores reportan también una mayor frecuencia del sexo masculino de hasta un 67.7%.<sup>15</sup>

En la investigación realizada no existió un síntoma que fuese típico de pólipo de colon. 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.<sup>8</sup>

La localización más frecuente de los pólipos fue el colon sigmoides, lo cual coincide con un estudio que reporta que los pacientes con edad > 50 años y con enfermedad hepática tienen una mayor probabilidad de presentar pólipos en el rectosigmoides. La ubicación del pólipo en revisiones previas tanto nacionales como internacionales demuestra que el área sigmoide y del recto es la más

afectada.<sup>15</sup> Se concuerda además, en precisar que la presencia de pólipos en un área del colon disminuye conforme se aleja del área rectal.<sup>16</sup> Así se tiene que Minaya<sup>17</sup> reporta que el sitio más frecuente de localización de los pólipos fue el recto en 32.6%, Pineau<sup>18</sup> revela en sigmoides 37.8%, recto 13.9%, siendo el de menor frecuencia en ciego con 6%. Fenlon<sup>19</sup> describe 3.56% de pólipos en colon descendente mientras que Schatzkin<sup>13</sup> halló en colon proximal 21.20 % y en colon distal 10.4%. La localización de los pólipos es variable, sin embargo en pacientes sintomáticos de edad avanzada predominan en el lado izquierdo, a mayor ascendencia menor frecuencia.<sup>20-17</sup>

A diferencia del estudio cubano publicado en la Revista de Ciencias médicas<sup>14</sup> en esta investigación predominaron los pólipos pediculados, lo que puede estar relacionado con el corto período de tiempo estudiado.

Dentro de las limitaciones del presente trabajo se encuentra la ausencia de los resultados del estudio histológico.

## CONCLUSIONES

- En la población estudiada la incidencia de pólipos fue menor que la que se reporta en los otros países de Centroamérica y el Caribe.
- En los casos estudiados predominó el sexo masculino y el grupo de edad de 70 y más años.
- Los motivos de indicación de colonoscopia más frecuentes fueron las enfermedades y condiciones que incluimos dentro de "otras causas" (dolor abdominal crónico, tumor palpable, seguimiento de pacientes operados por cáncer colorrectal, antecedentes personales de pólipos de colon y cambios del hábito intestinal); otros motivos lo constituyeron presencia de sangre oculta en heces fecales, síndrome diarreico crónico, anemia y rectorragias.
- Los pólipos pediculados se presentaron con mayor frecuencia que los sésiles.
- La localización más frecuente de los pólipos fue el colon sigmoides.

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar el análisis de los resultados finales del estudio histológico para agregarlo a la investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanio N. Raimundo (1989).Gastroenterología manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Editorial Pueblo y Educación.pp.119.
2. Paniagua E. Manuel E, Piñol J. Felipe N. (2015). Gastroenterología y hepatología clínica. Capítulo 130: Pólipos colónicos y poliposis gastrointestinal. Editorial Ciencias Médicas. pp. 1433.
3. Ramírez Vázquez H. Recomienda la OMS actividad física para prevenir cáncer. Al Día. Noticias de salud [Internet]. 2013[Consultado 20 de febrero de 2019]. Disponible en:  
[http://boletinaldia.sld.cu/aldia\\_2011/02/07\\_recomienda\\_la\\_oms\\_actividad\\_fisica\\_para\\_prevenir\\_cancer](http://boletinaldia.sld.cu/aldia_2011/02/07_recomienda_la_oms_actividad_fisica_para_prevenir_cancer).
4. Romero Pérez TC, Abreu Ruiz G, Monzón Fernández AN, Bermejo Bencomo W. Cuba. Programa Integral para el control del Cáncer. La Habana: MINSAP [Internet] 2012. Disponible en:[http://www.iccpportal.org/system/files/plans/CUB\\_B5\\_CUB\\_Estrategia\\_cancer.pdf](http://www.iccpportal.org/system/files/plans/CUB_B5_CUB_Estrategia_cancer.pdf).
5. Mark H. Beers, Robert S. Porter (2007). El Manual Merck. 11 Ed. Editorial Gea consultoría editorial, S.L.L. pp. 187.
6. José Manuel Correa Rovelo y cols. Incidencia de pólipos adenomatosos en la población que acude a la Unidad de Diagnóstico Clínico de Médica Sur. Médica Sur. 2005; 12 (2): 109-112.
7. Calderón Reza, J. C., & Bravo Pin, J. W. (2018) (citado 3-3-2019). Cáncer de colon, secuencia adenoma carcinoma y pólipo aserrado. Revista Conrado, 14(62), 52-55. Disponible en:  
<http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
8. Garrido Botella A., Garrido Gómez E. Pólipos de colon. Rev. esp.enferm.dig. [Internet].2007 [citado 2019 Mar 14]; 99(1): 48-48. Disponible:  
<http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sciarttext&pid=S113001082007000100010&lng=es>.

9. González-González JA, Maldonado GH, García-Cantú DA, et al. Pólipos colónicos en adultos asintomáticos a quienes se les realizó una sigmoidoscopia flexible. Estudio en una población del noreste de México. *Medicina Universitaria* 2016; 5:209-212.
10. Correa J.M, Bahena J,A, Moreno A, Canchola P, Motola P, Rodriguez E,R, Ramos M, H. Incidencia de pólipos adenomatosos en la población que acude a la Unidad de Diagnostico de Medica Sur. *Mediagraphic, com.*2015 (citado 4-3-2019).12 (2):109. Disponible en:  
[https://www.mediagraphic.com/pdfs/medsur\(ms-2015\)ms052c.pdf](https://www.mediagraphic.com/pdfs/medsur(ms-2015)ms052c.pdf).
11. Sabbagh LC, Reveiz L, Aponte D, de Aguiar S. Narrow-band imaging does not improve detection of colorectal polyps when compared to conventional colonoscopy: a randomized controlled trial and meta-analysis of published studies. *BMC Gastroenterol* [Internet]. 2011; 11(1):100. Available from:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3196709&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
12. Holub JL, Morris C, Fagnan LJ, Logan JR, Michaels LC, Lieberman DA. Quality of Colonoscopy Performed in Rural Practice: Experience From the Clinical Outcomes Research Initiative and the Oregon Rural Practice Based Research Network. *J Rural Health* [Internet]. 2017; 0:1–9. Available from:  
<http://doi.wiley.com/10.1111/jrh.12231>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28045200>  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5495627>
13. Schatzkin MD, Ganza PHD, Corle MS. Lack of effect of a low-fat highfiber diet on the recurrence of colo-rectal adenomas. *N Engl Med* [periódica en línea]. 2015 [citado 2 May 2019]; 342(16):1119-27. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10770979>
14. García N, González JL, Mezquia N, Martínez L. Caracterización clínico-endoscópico en pólipos colorrectales mediante la colonoscopia terapéutica. *Revista de Ciencias Médicas*. 2012 18 (1): 23-30. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu>

15. Rovelo Lima JE. Escrutinio en el cáncer de colon y recto. *Revista Mexicana de Coloproctología*. 2016;13(1):20-23
16. Hugo Méndez Leiva F, Almuiña Quemés M, Villegas Valverde C. Tratamiento endoscópico de los pólipos de colon y de recto. *Revista Cubana de Cirugía* [periódica en línea]. 2010[citado 2 May 2019]; 40(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932001000200014&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932001000200014&script=sci_arttext).
17. Minaya I, Hernández Tracey MD. Prevalencia de pólipos colónicos en una muestra de la población Dominicana. *Acta Medica Dominicana* [periódica en línea]. 2012 [citado 5 Jun 2019]; 20(6):68-87. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=269343&indexSearch=ID>.
18. Pineau B, Paskett E. Virtual Colonoscopy using oral contrast compared with Colonoscopy for the detection of patients with Colorectal Polyps. *Gastroenterology* [periódica en línea]. 2013 [citado 25 May 2019]; 125(2):304-310. Disponible en: <http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085%2803%29008850/abstract?referrer=http://www.google.com/cu/url?sa=t>.
19. Fenlon MB, Nunez MB, Schroy MD. A comparison of virtual and conventional colonoscopy for the detection of Colorectal Polyps. *N Engl Med* 1999; 341(20):1496-503.
20. Hurtado Dávila JF, Hurtado Viera R. Pólipo intestinal como causa de oclusión intestinal por obstrucción de la luz del íleon. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [periódica en línea]. 2017[citado 25 May 2019]; 6(2). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414014014>.

## ANEXOS

**Tabla 1.** Distribución pólipos de colon según grupo de edades.

Grupo de edades	#	%
20 – 29	9	2,25
30 – 39	8	2
40 – 49	33	8,25
50 – 59	92	23
60- 69	123	30,75
70 y más	135	33,75
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

**Tabla 2.** Distribución según el sexo

Sexo	#	%
<b>Masculino</b>	208	52
<b>Femenino</b>	192	48
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.** Indicación de colonoscopias en pacientes con pólipos

Indicación	#	%
<b>Sangre oculta en heces fecales positiva</b>	68	14,6
<b>Síndrome diarreico crónico</b>	25	5,4
<b>Anemia</b>	29	6,2
<b>Rectorragias</b>	42	9
<b>Otras causas</b>	303	64,8
<b>Total</b>	<b>467</b>	<b>100</b>

**Tabla 4.** Localización de los pólipos de colon en los pacientes estudiados.

<b>Localización</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Recto</b>	70	17,5
<b>Sigmoides</b>	74	18,5
<b>Colon descendente</b>	73	18,25
<b>Colon transverso</b>	67	16,75
<b>Colon ascendente</b>	60	15
<b>Ciego</b>	56	14
<b>Total</b>	400	100

**Tabla 5.** Clasificación morfológica de los pólipos en los pacientes estudiados.

<b>Clasificación</b>	<b>#</b>	<b>%</b>
<b>Pedunculados</b>	250	62,5
<b>Sésiles</b>	150	37,5
<b>Total</b>	400	100