



Enfermedades del colon más frecuentes en nuestro medio. Terapéutica endoscópica

Elsy Valentina García
Jordá,* Rolando Martínez
López,** Jorge Luis
García-Menocal Hernández,**
Julián Ruiz Torres,* Raúl
Brizuela Quintanilla,*
Vivianne María Anido
Escobar*

* Especialista de Primer Grado en Gastroenterología y Medicina General Integral.

** Especialista de Primer y Segundo Grado en Gastroenterología. Investigador y Profesor.

Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso
Año 2011.

Dirección para correspondencia:
Dra. Elsy V. García Jordá.
E-mail: elsy@cce.sld.cu

Este artículo puede ser consultado en versión completa en
<http://www.medigraphic.com/coloproctologia>

Resumen

La presente investigación es un estudio retrospectivo de corte transversal que estudia las enfermedades del colon más frecuentes en nuestro medio y la terapéutica endoscópica aplicada, basados en la experiencia de tres años de trabajo en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, La Habana. Se estudiaron características demográficas de los pacientes, en el 96% de los casos se logró una exploración completa del colon mediante colonoscopia y el 25% de los pacientes recibió los beneficios de la terapéutica endoscópica. El cambio del hábito intestinal fue el motivo de consulta más frecuente, los pólipos y la diverticulosis, los diagnósticos mayormente encontrados y la polipectomía, inyectoterapia y ablación con APC fueron las terapias endoscópicas más usadas.

Palabras clave: Terapéutica endoscópica del colon, enfermedades del colon.

Abstract

This research is a retrospective study of transversal cut that studies the most common diseases of the colon in our midst and endoscopic therapy applied, based on the experience of three years at the National Center for Minimal Access Surgery, Havana. Demographic characteristics of studied patients, 96% of patients achieved a complete colon examination by colonoscopy and 25% of patients received the benefits of endoscopic therapy. The change in bowel habit was the most frequent reason for consultation, polyps and diverticulosis diagnosis and polypectomy mostly found, injectotherapy and APC ablation therapy were used.

Key words: Endoscopic therapy of colon, colon diseases.

INTRODUCCIÓN

La colonoscopia constituye un importante método para el estudio de las enfermedades del colon y su terapéutica con ventajas sobre otros medios diagnósticos. Permite observar directamente la mucosa del colon e incluso atravesar la válvula ileocecal para explorar los segmentos distales del íleon, diagnosticar lesiones pequeñas no detectables por radiografía, tomar muestra para estudio anatomopatológico y citológico, realizar la ablación de pólipos, registrar con sondas adecuadas la motilidad del colon, hacer estudios directos de las secreciones para estudios coproparasitológicos así como determinar la verdadera extensión de los procesos inflamatorios crónicos o agudos, difusos o segmentarios.

Este examen está indicado en pacientes que presenten manifestaciones de enfermedades colorrectales. La causa más corriente es el sangramiento rectal, otras causas incluyen la diarrea de origen no precisado, dolores abdominales indefinidos, pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino, pesquiasaje de lesiones polipoideas en pacientes con predisposición genética, así como la realización de polipectomía, biopsias o instrumentaciones de colon.

Por la importancia de la colonoscopia como método diagnóstico terapéutico en la evaluación de enfermedades colónicas nos propusimos realizar este estudio con el objetivo de describir los diagnósticos colonoscópicos más frecuentes encontrados en nuestros pacientes en un periodo de 3 años y la terapéutica endoscópica realizada.

OBJETIVOS

General

Describir los diagnósticos colonoscópicos más frecuentes y la terapéutica endoscópica realizada.

Específicos

1. Conocer algunos datos demográficos de los pacientes estudiados.
2. Relacionar la aparición de pólipos durante el estudio con la aparición de cáncer colorrectal.
3. Describir la terapéutica endoscópica realizada en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal donde el universo estuvo constituido por todos los mayores de 18 años, a los cuales se les realizó colonoscopia en nuestro servicio desde noviembre de 2006 hasta enero de 2009. Para la obtención de los datos necesarios se revisaron los informes endoscópicos recogidos en nuestra base de datos.

La preparación del colon para la colonoscopia se realizó con sulfato de magnesio (33%), enemas evacuantes el día antes de solución salina fisiológica a razón de 50 mL/kg de peso y el mismo día del proceder, así como la dieta requerida para la preparación convencional.

En todos los pacientes se usó anestesia general endovenosa con propofol administrada por un anestesiólogo en el salón de endoscopia. Se utilizaron para los estudios endoscópicos colonoscopios y accesorios de la marca Olympus.

Los datos se procesaron y validaron de forma automatizada en computadora LG compatible a partir de la base de datos creada con este fin.

Se realizó un análisis descriptivo y se calcularon los por cientos para cada variable. Para determinar la asociación estadística entre la aparición de pólipos del colon y procesos anarcoproliferativos y teniendo en cuenta que en la fisiopatología del cáncer colorrectal la teoría más antigua proviene de la secuencia pólipo –adenoma–carcinoma, se utilizó el test de Chi-cuadrada con un nivel de significación alfa igual a 0.05. Los resultados se exponen en cuadros y figuras.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el periodo estudiado se realizaron en nuestra institución 3,136 colonoscopias, el 75% diagnósticas (2,337)

y el 25% terapéuticas (799) predominando el sexo femenino con el 64% (2,004) sobre los hombres con el 36% (1,132) (Figura 1).

Estos datos corresponden con la bibliografía actual donde un servicio de endoscopia de experiencia debe realizar generalmente entre el 15 y 20% de endoscopias terapéuticas del total de endoscopias diagnósticas.

Entre los motivos de indicación del proceder el más frecuente fue los cambios del hábito intestinal con el 29% (901 pacientes) seguido de estudios evolutivos, diarreas crónicas y dolor abdominal (Cuadro I).

Se realizaron 3,020 colonoscopias completas logrando explorar hasta el fondo del ciego en el 96% de los pacientes y sólo el 3.6% de los casos se logró explorar segmentariamente (3.7%) (Figura 2).

Es de destacar que el 28% de los pacientes (881) presentaron pólipos de colon y el 17% diverticulosis de colon (518) siendo los diagnósticos más frecuentes (Cuadro II).

Se diagnosticaron 283 pacientes con procesos anarcoproliferativos de colon y un objetivo importante de este estudio es relacionar la aparición de pólipos con cáncer de colon teniendo en cuenta que la teoría más antigua

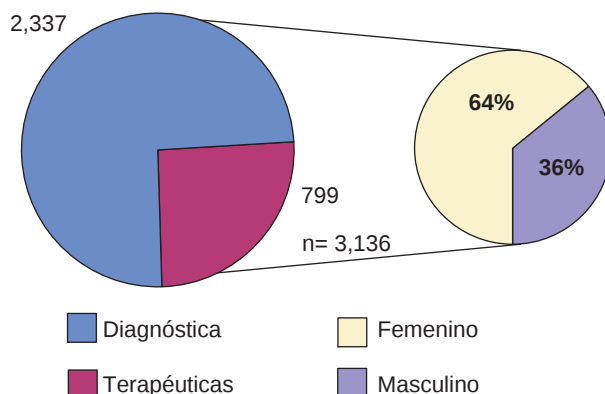


Figura 1. Distribución según sexo del total de colonoscopias (diagnósticas y terapéuticas).

Cuadro I. Indicaciones más frecuentes de los estudios colonoscópicos.

Indicaciones	Total	%
Cambios del hábito intestinal	901	28
Estudio evolutivo	691	22
Diarreas crónicas	418	13
Dolor abdominal	370	12
Enterorragia	139	4
Anemia	125	4
T abdominal palpable	36	1

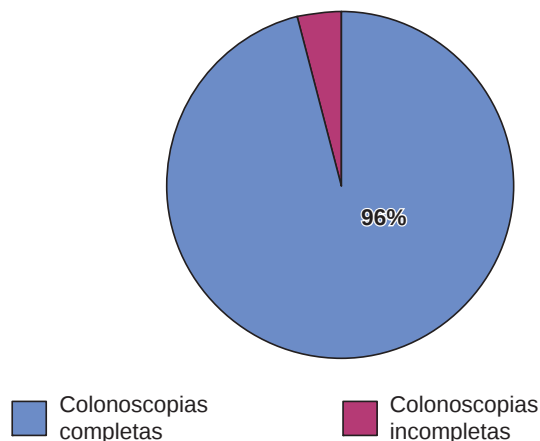


Figura 2. Porcentaje de exploración completa del colon.

Cuadro II. Diagnósticos.

Diagnósticos	Total	%
Pólipos	881	28
Diverticulosis	518	17
Proceso anarcoproliferativo	283	9
Hemorroides	64	2
Proctitis actínica	34	1
Lesiones vasculares	24	1
Estenosis postquirúrgica	25	1
Úlcera rectal solitaria	9	0,2
Enfermedad inflamatoria intestinal	9	1

sobre la fisiopatología del cáncer del colon relata la asociación de éste con la secuencia pólipo-adenoma-carcinoma, aunque conocemos de otras teorías más recientes que invocan la aparición de neoplasias de colon a partir de lesiones planas y deprimidas (neoplasias de novo). Confiamos que este análisis nos permitirá dar los primeros pasos en el estudio de algunas de las lesiones neoplásicas del colon que tanta implicación tienen en la mortalidad de nuestro país, siendo la segunda causa de muerte.

A partir de este análisis encontramos que existe en nuestro medio asociación entre la aparición de pólipos y cáncer colorrectal, ya que fue estadísticamente significativo el análisis (Chi cuadrada 44,4868 $p < 0.0001$), con un Odds ratio de 0.598743 (IC entre 0.5144 y 0.6969). De los 881 pacientes que presentaron pólipos, en 283 se encontraron procesos anarcoproliferativos (Figura 3). Es de señalar que este resultado tiene sesgos, debido a que no se registró la confirmación histológica de las lesiones polipoideas reportadas, teniendo en cuenta que la presencia de pólipos hiperplásicos queda exclui-

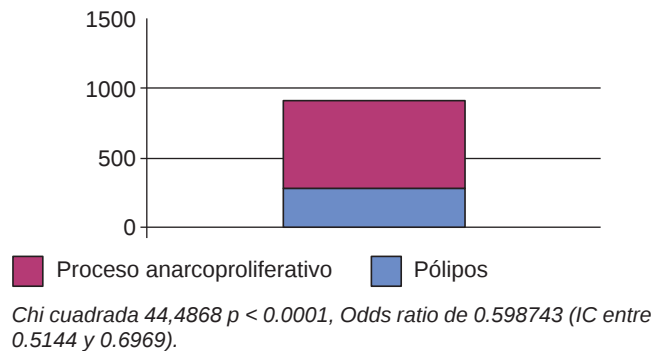


Figura 3. Relación pólipo-cáncer colorrectal.

Cuadro III. Terapéutica endoscópica.

Terapéutica endoscópica	Total	%
Inyectoterapia	25	1
Dilatación mecánica	15	1
Polipectomías	1,102	35
Ablación con APC	41	5

da hoy de la fisiopatología del CCR no así los pólipos adenomatosos que aumentan considerablemente el riesgo dependiendo del tamaño y del grado de displasia. Se plantea que más del 50% de los pólipos adenomatosos y el 5% de los adenomas tubulares malignizan con respecto al 40% de los vellosos y el 20% de las formas mixtas.

Incrementa el sesgo que existen otras enfermedades de base como las enfermedades inflamatorias del intestino: colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn que aumentan también el riesgo de CCR entre 5 y 11 veces para la población general en el primer caso, y 20 veces mayor en el segundo. Estas entidades no se mencionan en relación con los pacientes con CCR en este estudio.

Entre el 5 y 10% de los CCR ocurren en pacientes con síndromes genéticos, como poliposis familiar colónica y los síndromes de Gardner, Turcot y Lynch y existen otros factores que pueden aumentar la frecuencia de CCR como: radioterapia pélvica previa, cirugía abdominal previa y antecedentes personales.

No obstante el hallazgo más importante es que más de la cuarta parte de los pacientes presentaron pólipos colónicos asociados a cáncer colorrectal.

Se diagnosticaron 25 casos de estenosis postquirúrgica para un 1% de los casos, siendo tratados en su totalidad desde el punto de vista endoscópico.

En cuanto a la terapéutica endoscópica (Cuadro III) se realizaron ablaciones con argón plasma en 41 casos

(5%), de ellos 34 casos tienen diagnóstico de proctitis actínica. La coagulación con plasma de argón es un nuevo método de electrocoagulación sin contacto hístico, el cual es dirigido al tejido a través del gas ionizado. La técnica es bien tolerada para la coagulación de grandes superficies sangrantes y tiene la ventaja de su limitada profundidad de penetración (2 a 3 mm), lo que minimiza el riesgo de necrosis transmural, formación de estenosis, fistulización y perforación. Se ha aplicado además para la ablación de grandes adenomas, remanentes de pólipos resecados, masas tumorales que crecen y obstruyen la luz de prótesis metálicas autoexpandibles, condicionamiento del cierre de fístulas y desde 1993 en angiodisplasias y otras displasias. Dado las ventajas demostradas por este método en algunos trabajos y por el hecho de que la terapéutica convencional no ha reportado una solución adecuada en las proctitis por radiación, nuestro centro lleva a cabo un protocolo de trabajo con resultados preliminares publicados y con ventajas para un por ciento importante de los pacientes que reciben esta opción terapéutica.

De los 25 pacientes con estenosis postquirúrgicas, el 60% recibió dilatación endoscópica con resultados satisfactorios, con dilatadores de Savary.

Las estenosis posteriores a resecciones colorrectales con anastomosis término-terminales no son infrecuentes y pueden presentarse hasta en un 18% de los casos, pueden ser secundarias a isquemia, inflamación o hemorragia de la línea de sutura, y se manifiestan clínicamente con malestar o dolor abdominal, dificultad para eliminar gases o heces, y progresivamente signos de obstrucción intestinal. En 1982, Benjamín y colaboradores utilizaron por primera vez el balón hidrostático como método para dilatar endoscópicamente las estenosis pilóricas. Previo a este hecho, el manejo de las mismas era quirúrgico. Basándose en esta experiencia, en muchos países se ha intentado enfocar el manejo de pacientes con estenosis en el tracto digestivo inferior de una manera diferente, pues el tratamiento endoscópico va cobrando importancia ya que implica una menor utilización de recursos hospitalarios, una disminución de los costos y la posibilidad de ofrecer procedimientos con menos riesgos que la cirugía.

Se realizó inyectoterapia en 25 casos y entre las causas más frecuentes, el sangramiento post-polipectomía y las ectasias vasculares.

CONCLUSIONES

1. En el 96% de las colonoscopias se logró una exploración completa del colon.
2. Predominó el sexo femenino y el 25% del total de pacientes recibió tratamiento endoscópico.

3. Los diagnósticos más frecuentes fueron los pólipos seguidos de diverticulosis.
4. La cuarta parte de los pacientes presentaron pólipos asociados a cáncer colorrectal.
5. La inyectoterapia, ablación con APC y dilataciones de estenosis colónicas fueron los procedimientos terapéuticos realizados con mayor frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viscido G. ¿Es la diverticulitis de colon sigmoidees una enfermedad más agresiva en pacientes menores de 50 años? *Rev Argent Coloproct* 2007; 18: 376-381.
2. Bonadeo LFA. Nuevas estrategias en la enfermedad diverticular del colon. Relato Oficial del 30° Congreso Argentino de Coloproctología. Buenos Aires, Argentina. *Rev Arg Coloproct* 2005.
3. Shapero TF, Hoover J, Paszat LF, Burgis E, Hsieh E, Rothwell DM, Rabeneck L. *Gastrointest Endosc* 2007; 65(4): 640-5.
4. Gondal G, Grotmol T, Hofstad B, Bretthauer M, Eide TJ, Hoff G. Grading of distal colorectal adenomas as predictors for proximal colonic neoplasia and choice of endoscope in population screening: experience from the Norwegian Colorectal Cancer Prevention study (NORCCAP). *Gut* 2003; 52(3): 398-403.
5. Elta G. Urgent colonoscopy for acute lower GI bleeding. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: 4028.
6. Kovacs T, Jensen D. Recent advances in the endoscopic diagnosis and therapy of upper gastrointestinal, small intestinal and colonic bleeding. *Med Clin N Am* 2002; 86: 1319-56.
7. Jensen DM, Machicado GA, Jutabba R, Kovacs T. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. *N Engl J Med* 2000; 342: 7882.
8. Hokama A, Vehara T, Nakagoshi T, Uezu Y, Tokuyama K et al. Utility of endoscopic hemocliping for colonic diverticular bleeding. *Gastrointest Endosc* 1997; 92: 54346.
9. ASGE. An annotated algorithmic approach to acute lower gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 85963.
10. Zinicola R, Rutter MD, Felasco G, Brooker JC, Cennamo V, Contini S, Saunders BP. Hemorrhagic radiation proctitis: endoscopic severity may be useful to guide therapy. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 439-44.
11. Denton A, Forbes A, Andreyev J, Maher EJ. Non surgical interventions for late radiation proctitis in patients who have received radical radiotherapy to the pelvis. *Cochrane Database Syst Rev* 2002: CD003455.
12. Cotti G, Seid V, Araujo S, Silva e Souza AH, Kiss DR, Habr-Gama. Conservative therapies for hemorrhagic radiation proctitis: a review. *Rev Hosp Clin São Paulo* 2003; 58.
13. Martínez LR y cols. Revista Mexicana de Coloproctología 2007; 13(3): 95-99.
14. Rivera VJ, Frisancho VO, Cervera Z, Ruiz E, Yoza M, Larrea P. Dilatación endoscópica de las estenosis benignas de colon y recto. *Rev Gastroenterol Perú* 2002: 22(3).