

Hallazgos endoscópicos en estudios colonoscópicos realizados en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE

Antonio Rivera de la Vega,* Eduardo Torices Escalante,** Leticia Domínguez Camacho,*** Enrique Núñez González,**** Rubicelia Espinal Brito,**** Vicente Rosas Barrientos****

RESUMEN

Antecedentes: el examen endoscópico de colon se introdujo en la rutina de la práctica endoscópica en los inicios de la década de 1970; desde entonces la colonoscopia ha sufrido cambios importantes en el diseño del equipo y la técnica. En México, la primera colonoscopia se realizó en 1971 en el Hospital Juárez de la SSA.

Objetivos: mostrar los hallazgos colonoscópicos del servicio de endoscopia en un periodo de seis meses; conocer las indicaciones y diagnósticos más frecuentes en nuestro medio, y analizar las enfermedades encontradas.

Pacientes y método: estudio prospectivo, descriptivo, observacional y analítico, en el periodo del 1 marzo al 31 de julio de 2008, con pacientes en quienes se realizó colonoscopia en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

Resultados: se realizaron 212 colonoscopias en un periodo de seis meses, 40% (85) correspondió al sexo masculino, edad media: 50.5 años (límites de 10 y 91 años). De los estudios colonoscópicos, 132 (62.2%) se realizaron a personas mayores de 50 años, con una elevación máxima en la quinta década de la vida. Se consideraron colonoscopias completas cuando se llegó al ciego, lo que se logró en 197 (93%), en 15 (7%) no se terminó el estudio.

Conclusiones: las indicaciones de la colonoscopia están escritas en la bibliografía mundial, y concuerdan con nuestros resultados, además, se observa que los pacientes mayores de 50 años con síntomas o signos rectocolónicos requieren dicho estudio, debido a la mayor frecuencia de enfermedades intestinales a partir de esta edad. En nuestro medio, el diagnóstico clínico más frecuente por el que se solicita colonoscopia es sangrado del tubo digestivo bajo.

Palabras clave: colonoscopia, endoscopia, sangrado del tubo digestivo bajo, colon sigmoides, colitis crónica poliploide.

ABSTRACT

Background: The endoscopic examination of the colon was introduced in routine endoscopic practice at the beginning of 1970, since then colonoscopy has undergone important changes in the design of equipment and technology. In Mexico, the first colonoscopy was performed in 1971 in the Hospital Juárez of SSA.

Objectives: To show colonoscopic findings of the Endoscopy Service in a period of six months, to know the indications and most common diagnoses in our environment, and to analyze the diseases found.

Patients and method: We performed a prospective, descriptive, observational and analytical study during the period from March 1 to July 31, 2008 with patients whose colonoscopy was performed in the Hospital Regional 1° de Octubre of the ISSSTE.

Results: 212 colonoscopies were performed over a period of 6 months, 40% (85) were males, average age 50.5 years (range 10 to 91 years). From all colonoscopies, 132 (62.2%) were conducted in people older than 50 years, with a maximum elevation in the fifth decade of life. Colonoscopies were considered complete when it reached the cecum, which was achieved in 197 (93%), in 15 (7%) the study was not finished.

Conclusions: The indications of colonoscopies are already written in the literature, and agree with our results, in patients over 50 years old the colonic symptoms are more frequent, therefore the colonoscopy is indicated. In our experience the most frequent indication of colonoscopies is hemorrhage of lower bowel.

Key words: colonoscopy, endoscopy, hemorrhage of lower bowel, sigmoid colon, polyploid chronic colitis.

* Médico especialista en Cirugía General y residente del servicio de Endoscopia Gastrointestinal.

** Jefe del servicio de Endoscopia Gastrointestinal.

*** Médico especialista en Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal.

**** Unidad de Investigación Clínica.

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE, México, DF.

Salinas, CP 06760, México, DF. Correo electrónico: antonriv@hotmail.com

Recibido: enero, 2010. Aceptado: julio, 2010.

Este artículo debe citarse como: Rivera-de la Vega A, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L, Núñez-González E y col. Hallazgos endoscópicos en estudios colonoscópicos realizados en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE. Rev Esp Med Quir 2010;15(3):139-143.

Correspondencia: Dr. Antonio Rivera de la Vega. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional 1° de Octubre. Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, colonia Magdalena de las

El examen endoscópico del colon se introdujo en la rutina de la práctica endoscópica en los inicios de la década de 1970, desde entonces la colonoscopia ha sufrido cambios importantes en cuanto al diseño del equipo y la técnica. En 1967, en la Universidad de Michigan, Overol, quien trabajaba con American Cistoscopia Makers Inc. (ACMI), presentó el primer colonoscopio de fibra óptica.¹ En México, la primera colonoscopia se realizó en 1971 en el Hospital Juárez de la SSA.²

La colonoscopia se utiliza ampliamente para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades colónicas; realizada de manera adecuada, es segura, eficaz y bien tolerada por la mayoría de los pacientes. Algunos autores han preferido denominarla panendoscopia baja, en virtud de que en la actualidad es posible no sólo revisar endoscópicamente la totalidad del colon, sino explorar endoscópicamente, con relativa facilidad, de 20 a 30 cm del íleon terminal.³ Las indicaciones para realizar una colonoscopia son diagnósticas y terapéuticas.

En pacientes con diarrea crónica, la toma de biopsias ayuda a diagnosticar la enfermedad subyacente. Pueden identificarse pólipos y researse durante el estudio, y así reducir el riesgo de cáncer de colon. Es el método preferido para: la evaluación de pacientes adultos con síntomas colónicos o con anemia por deficiencia de hierro, la evaluación ante estudios radiológicos anormales o estudios de vigilancia positivos para cáncer colorrectal, la vigilancia de pacientes pospolipectomía y posoperados por resecciones por cáncer, la vigilancia de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal o en quienes se sospechan masas.

Los objetivos de este estudio son: 1) mostrar los hallazgos colonoscópicos en el servicio de Endoscopia en un periodo de seis meses; 2) conocer las indicaciones y diagnósticos más frecuentes en nuestro medio y 3) analizar los padecimientos encontrados.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y analítico entre el 1 marzo y el 31 de julio de 2008, con pacientes en quienes se realizó colonoscopia. Criterios de inclusión: pacientes que acudieron al servi-

cio con preparación intestinal previa a quienes se realizó estudio endoscópico, con consentimiento informado. Criterios de exclusión: contraindicación absoluta para realizar colonoscopia. Criterios de eliminación: falta de reporte endoscópico.

Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión. Las variables cualitativas (sexo, diagnóstico, causas) se manejaron mediante proporciones. Todos los estudios se realizaron con el paciente en decúbito lateral izquierdo y bajo sedación intravenosa.

RESULTADOS

Se realizaron 212 colonoscopias en un periodo de seis meses, 40% (85) correspondió al sexo masculino; edad media: 50.5 años (límites: 10 y 91 años). De los estudios colonoscópicos, 132 se realizaron en personas mayores de 50 años, es decir 62.2%, con una elevación máxima en la quinta década de la vida.

Las indicaciones más frecuentes para realizar el estudio fueron: hemorragia del tubo digestivo bajo: 21.2%, enfermedad diverticular no complicada: 9.4%, tumor en el colon: 7.5%, protocolo de trasplante renal: 5.6%, diarrea crónica: 5.1%, entre otras (Cuadro 1).

Se consideraron colonoscopias completas cuando se llegó al ciego, lo que se logró en 197 (93%), en 15 (7%) no se terminó el estudio; de éstos, en 5.1% (11 pacientes) la causa fue mala preparación intestinal y en 1.8%, estenosis no franqueable al paso del endoscopio.

Los hallazgos endoscópicos fueron: normal en 76 pacientes (32.4%); enfermedad diverticular no complicada, 49 pacientes (20.9%); pólipos en el colon, 17 pacientes (7.2%); tumores en el colon, 13 pacientes (5.5%); enfermedad inflamatoria inespecífica, 12 pacientes (5.1%); estudio no satisfactorio por mala preparación, 11 pacientes (4.7%); entre otros (Cuadro 2).

En los pacientes con pólipos colónicos, la localización más frecuente fue en el sigmoides (n = 5, 29.4%); el recto (n = 4, 23.5%); el colon descendente (n = 3, 17.6%); el colon transversal (n = 2, 11.7%); el colon ascendente (n = 2, 11.7%), y el ciego (n = 1, 5.8%). De los cinco pacientes con localización en el colon sigmoides (38.4%); cuatro fueron en el colon ascendente (30.7%), dos en el colon transversal (15.3%) y dos en el ciego (15.3%) [Figura 1].

Cuadro 1. Diagnóstico clínico

<i>Diagnóstico clínico</i>	<i>Número (%)</i>
Hemorragia del tubo digestivo bajo	45 (21.2)
Enfermedad diverticular	20 (9.4)
Tumor en el colon	16 (7.5)
Protocolo de trasplante renal	12 (5.6)
Diarrea crónica	11 (5.1)
Colitis ulcerativa crónica inespecífica	10 (4.7)
Masa abdominal	9 (4.2)
Tumor rectal	8 (3.7)
Estenosis-anastomosis	7 (3.3)
Posoperado de sigmoidectomía	6 (2.8)
Estreñimiento crónico	6 (2.8)
Cáncer cervicouterino	6 (2.8)
Pólipos en el colon	6 (2.8)
Hemicolectomía izquierda	6 (2.8)
Síndrome de desgaste	5 (2.3)
Tumor primario desconocido	5 (2.3)
Dolor abdominal crónico	4 (1.8)
Hemorragia del tubo digestivo alto	3 (1.4)
Enfermedad hemorroidal	3 (1.4)
Fisura anal	2 (0.9)
Colon espástico	2 (0.9)
Colectomía subtotal	2 (0.9)
Cáncer hepático	2 (0.9)
Cáncer de vulva	1 (0.4)
Tumor hepático	1 (0.4)
Antecedente de polipectomía	1 (0.4)
Cáncer renal	1 (0.4)
Oclusión intestinal remitida	1 (0.4)
Proctitis	1 (0.4)
Fístula enterovesical	1 (0.4)
Enfermedad de Crohn	1 (0.4)
Cáncer del canal anal	1 (0.4)
Anemia atípica	1 (0.4)
Exoneración pélvica	1 (0.4)
Total	212 (100)

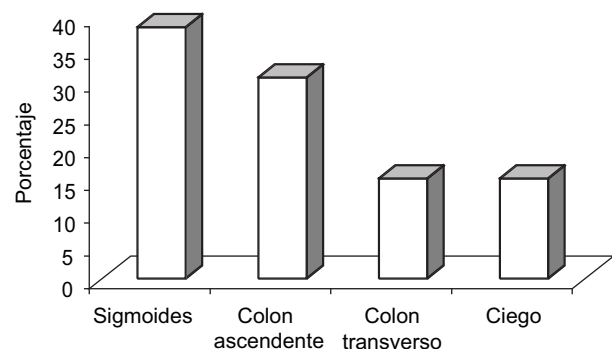
De 212 colonoscopias, sólo en 24 pacientes (11%) se realizó procedimiento terapéutico, de los cuales 7 (46.6%) correspondieron a dilatación neumática y 8 a polipectomía con asa (53.3%), los otros 9, a polipectomía de resección de fragmentos.

La toma de biopsia por los hallazgos endoscópicos fue necesaria en 75 pacientes (35.3%). De los diagnósticos histopatológicos, los más frecuentes fueron: colitis crónica poliploide (16.8%), inflamación crónica

Cuadro 2. Diagnóstico endoscópico

<i>Diagnóstico endoscópico</i>	<i>Número (%)</i>
Normal	76 (32.4)
Enfermedad diverticular	49 (20.9)
Pólipo único en el colon	17 (7.2)
Tumor en el colon	13 (5.5)
Enfermedad inflamatoria inespecífica	12 (5.1)
Estudio no satisfactorio por mala preparación	11 (4.7)
Colitis ulcerativa crónica inespecífica	10 (4.2)
Tumor en el recto	9 (3.8)
Enfermedad hemorroidal	9 (3.8)
Estenosis-anastomosis franqueables	7 (2.9)
Estudio incompleto por estenosis no franqueable	4 (1.7)
Estenosis colorrectal	4 (1.7)
Colitis espástica	3 (0.9)
Compresión extrínseca	2 (0.8)
Ileítis terminal	2 (0.8)
Úlcera rectal	1 (0.4)
Diverticulitis	1 (0.4)
Úlcera en anastomosis	1 (0.4)
Proctitis posradiación	1 (0.4)
Poliposis colónica	1 (0.4)
Fisura perianal	1 (0.4)
Total	234 (100)

234 diagnósticos endoscópicos de 212 diagnósticos clínicos.

**Figura 1.** Localización del cáncer de colon.

inespecífica (14.2%), adenocarcinoma de colon (10.3%), proctitis crónica folicular (7.7%), normal sin evidencia de enfermedad (6.4%), entre otros (Cuadro 3).

Cuadro 3. Diagnóstico histopatológico

<i>Diagnóstico histopatológico</i>	<i>Número (%)</i>
Colitis crónica poliploide	13 (16.8)
Inflamación crónica inespecífica	11 (14.2)
Adenocarcinoma de colon	8 (10.3)
Proctitis crónica folicular	6 (7.7)
Normal	5 (6.4)
Alteraciones inflamatorias inespecíficas	5 (6.4)
Pólipo hiperplásico	5 (6.4)
Pólipo adenomatoso	4 (5.1)
Pólipo adenomatoso túbulo-veloso	4 (5.1)
Adenocarcinoma de recto	4 (5.1)
Colitis crónica inespecífica	3 (3.8)
Colitis ulcerativa crónica inespecífica	3 (3.8)
Colitis crónica difusa inespecífica	3 (3.8)
Colitis aguda	2 (2.5)
Ileocolitis crónica agudizada ulcerada	1 (1.2)
Colitis crónica leve	1 (1.2)
Total	77 (100)

77 diagnósticos de 75 biopsias.

CONCLUSIONES

Han transcurrido cuatro décadas desde la primera colonoscopia, y a partir de entonces el diagnóstico de las enfermedades del colon se ha facilitado, ya que aporta mayor certeza diagnóstica que los demás estudios existentes,⁴ por lo que se ha convertido en un método ideal para examinar pacientes con síntomas colónicos.⁵ Las indicaciones de la colonoscopia están escritas en la bibliografía mundial, y concuerdan con nuestros resultados, además de que se observa que los pacientes mayores de 50 años con síntomas o signos recto-colónicos requieren dicho estudio, debido a la mayor frecuencia de enfermedades intestinales a partir de esa edad.

En nuestro medio, el diagnóstico clínico más frecuente por el que se solicita colonoscopia es el sangrado del tubo digestivo bajo. De 212 colonoscopias incluidas en este estudio, en 32.4% el diagnóstico endoscópico fue normal, seguido de enfermedad diverticular (Figura 2) y de pólipos colónicos (7.26%), lo que coincide con otros informes, en los que su frecuencia es de 9.2%.⁶ Al analizar la localización de los pólipos en el colon se demostró una distribución similar a lo publicado respecto al colon sigmoidees como el sitio más frecuente, seguido por el recto.⁷

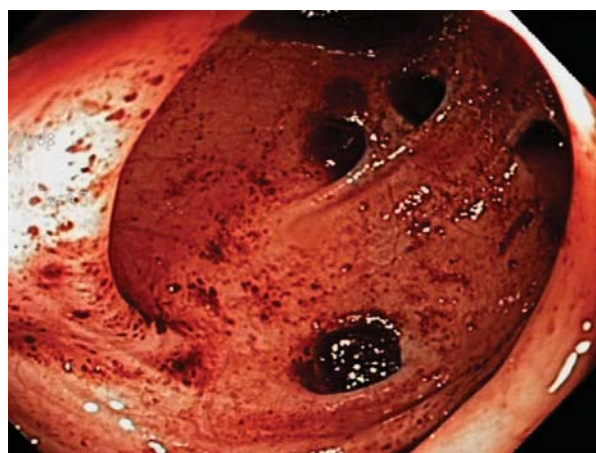


Figura 2. Enfermedad diverticular en el sigmoidees.



Figura 3. Imagen endoscópica de proctitis posradiación, toma de biopsia.

La proporción de colonoscopias en las que se tomó biopsia fue de 35.3% (75 pacientes, Figura 3), se reportaron 8 casos de adenocarcinoma de colon y 4 de recto, lo que representa 16% del total de 75 pacientes. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue colitis crónica poliploide, seguida de inflamación crónica inespecífica y adenocarcinoma de colon.

Sólo en 11% de las 212 colonoscopias se realizaron procedimientos terapéuticos, el más frecuente fue la polipectomía con asa; sólo 7% de los estudios no se terminó, lo que es similar a lo reportado por otros autores.^{8,9} Las principales causas por las que no se terminaron las colonoscopias fueron la angulación o



Figura 4. Tumor rectal con estenosis no franqueable.

estenosis infranqueable al paso del endoscopio (Figura 4) y la mala preparación intestinal. No hubo complicaciones en el periodo analizado.

Los pacientes mayores de 50 años de edad y con síntomas colónicos requieren la realización de colonoscopia. En nuestra revisión, las indicaciones más frecuentes para hacer colonoscopia fueron la hemorragia del tubo digestivo bajo y la búsqueda de enfermedad diverticular; en tercer lugar, la búsqueda de cáncer. La experiencia

del endoscopista y un juicio razonable garantizan la seguridad en el procedimiento endoscópico, sea diagnóstico o terapéutico.

REFERENCIAS

1. Hawbrich WS, Edmonson JM. Gastroenterology Endoscopy 2nd ed. Capítulo 1, WB Saunders, 1999;p:318-325.
2. Barrientos FJ. Colonoscopia y polipectomía. Rev Gastroenterol Mex 1990;3:181-184.
3. Torres DE. Procedimientos endoscópicos en gastroenterología. 1^a ed. Capítulo 16, AMEG, 1998;p:107.
4. Loose HW, Williams CB. Barium enema *versus* colonoscopy. Proc R Soc Med 1974;67:1033.
5. Macrae FA, Tan KG, Williams CB. Towards safer colonoscopy: a report on the complications of 5,000 diagnostic or therapeutic colonoscopies. Gut 1983;24:376-383.
6. Unzueta-Hebert A, Villanueva-Sáenz E, Rocha-Ramírez JL, Peña-Ruiz Esparza JP, Barrientos-Castro JL. La colonoscopia. Análisis de 2,000 procedimientos. Rev Gastroenterol Mex 2000;65(3):104-108.
7. Lieberman DA, Smith FW. Screening for colon malignancy with colonoscopy. Am J Gastroenterol 1991;86:946-951.
8. Wexner SD, Garbus JE, Singh JJ; SAGES Colonoscopy Study Outcomes Group. A prospective analysis of 13,580 colonoscopies. Reevaluation of credentialing guidelines. Surg Endosc 2001;15(3):251-261.
9. Bowles CJ, Leicester R, Romaya C, Swarbrick E, et al. A prospective study of colonoscopy practice in the UK today: are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? Gut 2004;53(2):277-283.