

2019 10(2):95-99pp

Publicado en línea 01 de febrero, 2019;
www.revistamedicamd.com

Tasa de detección de pólipos en pacientes con síndrome de intestino irritable

Gutiérrez-Serrano Rosa I., Alonso-Herrera Néstor B., Vázquez-Mendoza Gabriel, García-Jiménez Edgar S., Morel-Cerda Eliana C., López-Cota Grace A., Velarde-Ruiz Velasco José A.

Autor para correspondencia

Rosa Isela Gutiérrez Serrano, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia de la Clínica de Especialidades con Quirófano ISSSTE, Guadalajara, Jalisco, México.

Contacto al correo electrónico: dra.rosagutierrez@gmail.com

Palabras clave: Adenoma, cáncer colorectal, colonoscopía, pólipos colónicos, síndrome de intestino irritable.

Keywords: Adenoma, colonic polyp, colonoscopy, colorectal carcinoma, irritable bowel syndrome.

REVISTA MÉDICA MD, Año 10, número 2, noviembre 2018 - enero 2019, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2013-091114361800-203. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número: Comité Editorial de la Revista Médica MD, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco, C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de enero de 2019.





Tasa de detección de pólipos en pacientes con síndrome de intestino irritable

Gutiérrez-Serrano RI.^a, Alonso-Herrera NB.^a, Vázquez-Mendoza G.^a, García-Jiménez ES.^b, Morel-Cerda EC^b, López-Cota GA^b, Velarde-Ruiz Velasco JA.^b

Resumen

Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno digestivo funcional de alta prevalencia que tradicionalmente se considera un diagnóstico de exclusión basado en criterios definidos por el consenso de Roma. Dentro de su abordaje, se deben descartar patologías orgánicas y funcionales. Es frecuente encontrar anormalidades estructurales, cuyo valor clínico y peso deben estimarse en función de los síntomas. Existen hallazgos orgánicos que no deben pasarse por alto, como la presencia de pólipos en el colon, cuya relación con la historia natural del cáncer colorrectal (CCR) está bien definida y, por lo tanto, su detección y resección es uno de los puntos a incidir para la prevención de estas neoplasias. El objetivo de este trabajo fue describir la frecuencia de pólipos y adenomas en personas con SII sometidos a colonoscopía y sus características endoscópicas e histológicas.

Material y Métodos

Se incluyeron pacientes adultos con colonoscopía y diagnóstico de SII, que no contaran con enfermedades orgánicas previas o datos de alarma (detección previa de pólipos colónicos o neoplasias colónicas incluyendo CCR, resección colónica, colitis activa, diverticulitis activa, poliposis adenomatosa familiar, sangre oculta en heces positiva o antecedente familiar de CCR). Se reportaron los pólipos encontrados, sus características endoscópicas e histológicas.

Resultados

Se incluyeron 233 pacientes entre enero 2015 y diciembre 2017. La tasa de detección de pólipos en pacientes con SII fue 24.5% (n=58), y la tasa de detección de adenomas fue 13.3% (n=31). De los 233 pacientes con SII sometidos a colonoscopía, 58 (24.8%) presentaron al menos un pólipos. De los pacientes con SII, se reportaron pólipos en 10.4% de los menores de 50 años [grupo A]; 30.1% con edad entre 50 y 64 años [grupo B] (30.1%), y 35.3% en mayores de 65 años [grupo C]. La mayor prevalencia de adenomas fue encontrada en el grupo A, 57% (4), seguido del grupo C 55% (10); la presencia de displasia fue más frecuente en el grupo C (50%).

Discusión

La recomendación de colonoscopía en SII podría limitarse a pacientes con datos de alarma, sin embargo, existen pacientes sin datos de alarma, con hallazgos endoscópicos de trascendencia, como presencia de pólipos. En este estudio se observaron hallazgos que coinciden con reportes previos de anormalidades orgánicas en la colonoscopía de pacientes con SII, lo que resalta la necesidad de individualización de casos al momento de la toma de decisiones diagnósticas invasivas de SII.

Palabras clave: *Adenoma, cáncer colorectal, colonoscopía, pólipos colónicos, síndrome de intestino irritable*

a. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia de la Clínica de Especialidades con Quirófano ISSSTE, Guadalajara, Jal.

b. Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Autor para correspondencia
Rosa Isela Gutiérrez Serrano, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia de la Clínica de Especialidades con Quirófano (CE + Q) ISSSTE, Guadalajara, Jalisco, México.
Contacto al correo electrónico dra.rosagutierrez@gmail.com

Polyp detection rate in patients with irritable bowel syndrome

Abstract

Introduction.

Irritable bowel syndrome (IBS) is a digestive functional disorder of high prevalence that is considered an exclusion diagnosis based on defined criterion on the Rome consensus. In this approach several other organic and functional pathologies must be excluded. It is frequent to find structural abnormalities and their clinical importance must be estimated related to the symptoms. There are organic findings that must not be overlooked, like the presence of colonic polyps. The relationship of these to colorectal cancer is well defined and therefore their detection and resection is an important step in neoplasia prevention. The objective of this work was to describe polyps incidence and adenomas in patients with IBS that undergo a colonoscopy and the endoscopic and histopathologic characteristics in patients from ISSSTE Guadalajara, Jalisco.

Material and Methods.

Patients with colonoscopy and irritable bowel syndrome were included, with no previous organic disease or alarm criteria (previous colonic polyp detection or neoplasia including colorectal cancer, colonic resection, active colitis, diverticulitis, familial adenomatous polyposis, occult blood in stool, or familiar colorectal cancer). Report includes polyps that were found, histopathologic and endoscopic characteristics.

Results.

233 patients were included with IBS between January 2015 and December 2017. The polyp detection rate in patients with IBS was 24.5% ($n=58$) and the adenoma detection rate was 13.3% ($n=31$). Of the 233 patients submitted to colonoscopy, 58 (24.8%) presented at least 1 polyp. Of the patients with IBS, polyps were reported in 10.4% in patients 50 years old or less (group A); 30.1% in patients between 50 and 64 years of age (group B) and 35.3% in patients older than 65 years (group C). Mayor prevalence of adenomas was found in group A, 57% (4), followed by group C 55% (10). The presence of dysplasia was higher in group C (50%).

Discussion.

The submission of patients with IBS to colonoscopy could be limited to patients with alarm signs, nevertheless, there are patients that present no alarm signs that present important colonoscopic findings, like polyps. In this study findings relate to previous reports of organic abnormalities in colonoscopies of patients with IBS, which highlights the need of individualization of diagnostic decisions taken.

Key Words: Adenoma, colorectal cancer, colonoscopy, colonic polyp, irritable bowel syndrome.

Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) es el trastorno digestivo más frecuentemente diagnosticado en la práctica clínica¹. Es un trastorno funcional caracterizado por dolor o malestar abdominal que se asocia con alteraciones del hábito intestinal y con otros síntomas gastrointestinales como distensión y sensación de inflamación abdominal, evacuación incompleta, urgencia, pujo y tenesmo²⁻⁴. La prevalencia informada del SII en México varía del 4.4 al 35%; esta amplia variación se explica, fundamentalmente, por los criterios empleados para definir la presencia del SII⁵.

Es necesario el cumplimiento de los criterios de Roma y la falta de señales de alarma para hacer un diagnóstico de SII^{3,6}.

Pocos estudios han examinado la prevalencia de lesiones orgánicas en pacientes con SII, dentro de las cuales se encuentran los pólipos hiperplásicos, adenomas y adenomas avanzados⁷.

La importancia de diagnosticar los pólipos radica en la secuencia adenoma–carcinoma (carcinogénesis) que está presente en la mayoría de los casos de carcinoma colorrectal (CCR)⁸⁻¹¹. La detección temprana y la resección de adenomas han demostrado reducir la mortalidad por CCR¹². Sin

embargo, no existe un programa de escrutinio para detección de CCR en población mexicana y actualmente no se recomienda realizar colonoscopia en pacientes con SII en ausencia de datos de alarma, ya que su diagnóstico se establece de acuerdo con los criterios de Roma IV¹³⁻¹⁵. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia basal de pólipos y adenomas en personas que cumplen con criterios de SII que fueron sometidos a colonoscopia, de acuerdo a grupos etarios, así como evaluar las características endoscópicas e histológicas de los pólipos colorrectales encontrados en los pacientes del ISSSTE Guadalajara, Jalisco.

Material y métodos

Se trató de un estudio descriptivo, transversal; la información se extrajo de la base de datos del servicio de colonoscopia, de los reportes de patología y del expediente clínico de los pacientes de la Clínica de Especialidades con Quirófano del ISSSTE Guadalajara.

Se incluyeron todos los pacientes de 15 a 85 años, con diagnóstico de SII por criterios de Roma III, que fueron sometidos a su primera colonoscopia, no urgente, de manera ambulatoria durante el periodo de enero 2015 a diciembre

2017. Se excluyeron del estudio los pacientes que fueron identificados previamente con pólipos colónicos o neoplasias colónicas incluyendo CCR, resección colónica, colitis activa, diverticulitis activa y poliposis adenomatosa familiar, aquellos con sangre oculta en heces positiva y con antecedente familiar de CCR. La limpieza colónica se realizó con polietilenglicol (PEG) o con fosfatos y fue valorada con la escala de Boston.

Todos los estudios colonoscópicos se realizaron utilizando el colonoscopio Pentax EC-3890Li. Se recolectaron variables demográficas, historia familiar de CCR, presencia, localización y número de pólipos identificados en cada colonoscopia. La información demográfica se limitó a edad y género del paciente en el momento de la colonoscopia. Todos los pólipos identificados durante la colonoscopia fueron biopsiados o removidos endoscópicamente y enviados para estudio histopatológico. Los grados de displasia observados en los adenomas se clasificaron como bajo grado (leve y moderado) o alto grado (severo). Los pacientes sin pólipos se reportaron como normales. Para la clasificación de las características histológicas de las lesiones colorrectales se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Los pólipos se clasificaron como hiperplásicos y adenomas. Microscópicamente, los adenomas fueron categorizados como adenomas tubulares, túbulo-vellosos y vellosos. La tasa de detección de pólipos (TDP) general se definió como la proporción de procedimientos en la cual por lo menos un pólogo fue detectado sobre el número total de colonoscopias. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se expresaron como medianas o medias y desviación estándar. Todos los análisis se realizaron utilizando SPSS versión 21.0.

Resultados

Se incluyeron para el análisis 233 pacientes que reunieron los criterios de Roma III y fueron sometidos a colonoscopia en el periodo comprendido entre enero 2015 y diciembre 2017; de ellos, 178 (76.7%) eran mujeres. El resultado de la colonoscopia fue referido como normal en 105 pacientes (45%). La tasa de detección de pólipos en pacientes con SII fue de 24.5% (58), y la tasa de detección de adenomas fue de 13.3% (31). Los pacientes que pertenecieron al tipo de SII con estreñimiento (SII-E) fueron 137 (58.7%), mixto 57 (SII-M) (24.4%) y 39 con predominio de diarrea (SII-D) (16.7%). De los 233 pacientes con SII sometidos a colonoscopia, 58 (24.8%) presentaron al menos un pólogo como hallazgo macroscópico. Por grupo de edad, los pacientes menores de 50 años fueron 67 (28.7%) [grupo A]; entre 50 y 64 años de edad 101 (43.3%) [grupo B], 26.6 % fueron mayores de 65 años de edad (62) [grupo C]. Se reportaron pólipos en 7 de los 67 pacientes con SII del grupo A (10.4%); 28 de los 93 sujetos con SII del grupo B (30.1%), y finalmente en 23 de los 65 individuos con SII del grupo C (35.3%). La mayor prevalencia de adenomas fue encontrada en el grupo A, 57% (4), seguido del grupo C 55% (10); la presencia de displasia fue más frecuente en el grupo C (50%).

Discusión y conclusiones

El SII es un trastorno digestivo funcional con alta carga social y económica para la salud pública y gran impacto en el bienestar y la calidad de vida con hasta 20% de pérdida de la productividad laboral. Constituye el 30% de las referencias al gastroenterólogo con gastos reportados anuales de hasta 30 mil millones de dólares¹⁶, lo que contrasta con reportes de 1992 en la que se reportaban gastos por el mismo concepto de 8 mil millones de dólares¹⁷. Es común que, en el proceso de abordaje, este tipo de trastornos impliquen una gran cantidad de visitas al consultorio, hospitalizaciones y estudios paraclínicos, entre ellos la colonoscopia, cuya indicación debe ser analizada y la decisión tomada de forma individualizada. En un modelo Bayesiano teórico de proyecciones económicas se demostró que la adición de sigmoidoscopía o colonoscopía a un modelo de abordaje de “exclusión de anomalías orgánicas” básico para SII duplicaba el costo económico, con un valor diagnóstico agregado tan bajo como el 6-7%¹⁷. A pesar de esto, es reconocido el valor de los estudios endoscópicos en el “mundo real”, es decir, en la práctica clínica cotidiana¹⁶. Esto debido a la frecuencia con la que se encuentran patologías orgánicas o estructurales en pacientes que cumplen criterios de SII, como enfermedad inflamatoria intestinal¹⁸, enfermedad celiaca¹⁹, malabsorción ácido-biliar²⁰, colitis microscópica²¹, entre otras patologías, considerando que, incluso entre pacientes sin los datos de alarma clásicos, hasta 16% cuentan con anomalías orgánicas que pudieran explicar sus síntomas²². Se sabe que la incorporación de la colonoscopia en el abordaje de síntomas de SII ocurre hasta el 50% de los pacientes en algún momento de su evolución, correspondiendo a 25% del total de colonoscopías, sobre todo

Tabla 1. Características de los pólipos colónicos

	Grupo A ≤ 50 años (n=67)	Grupo B 50 a 64 años (n=101)	Grupo C ≥65 años (n=62)
No. pólipos			
1	71% (5)	57.1% (16)	63.3% (14)
2	28.5% (2)	32.1% (9)	31.8% (7)
≥3	0	10.7% (3)	4.5% (1)
Localización			
Ciego	0	0	0
Colon ascendente	14.2% (1)	10.7% (3)	9% (2)
Colon transverso	14.2% (1)	10.7% (3)	9% (2)
Colon descendente	42.8% (3)	39.2% (11)	31.8% (7)
Colon sigmoideo	14.2% (1)	21.4% (6)	40.9% (9)
Recto	14.2% (1)	17.8% (5)	9% (2)
Displasia			
Alto grado	0	3.5% (1)	1.6% (1)
Bajo grado	28.5% (2)	14.2% (4)	11.4% (7)
Histología			
Hiperplásico	4.5% (3)	31.2% (9)	45.5% (10)
Tubular	6% (4)	3.5% (1)	31.8% (7)
Velloso	0	14.8% (4)	0
Túbulovellosos	0	22.7% (5)	

Los valores son presentados como número (%).

en pacientes menores de 50 años, en quienes 1 de cada 10 colonoscopías realizadas es por SII²³. La heterogeneidad en los hallazgos se explica por la complejidad del SII debido a los diferentes fenotipos conocidos, dependientes de la consistencia de las evacuaciones, (SII-D, SII-E o SII-M), los diferentes grupos etarios y la presencia o no de datos de alarma. De igual manera, los hallazgos colonoscópicos pueden ser variables y pueden ser factores de confusión para la asociación de síntomas con la característica endoscópica. Se debe tomar en cuenta la incertidumbre de los pacientes respecto a la causa de sus síntomas. En un estudio realizado en India, la mayoría de las colonoscopías realizadas correspondían a motivos de consulta como miedo de tener enfermedades malignas, tuberculosis o enfermedad inflamatoria intestinal; incluso colocándose por encima del dolor abdominal, que fue la segunda causa de consulta en el grupo estudiado⁷. Este estudio refleja la práctica clínica en

concordancia con otros reportes internacionales²³.

Dentro del estudio de las patologías gastrointestinales, incluyendo el SII, se requiere establecer un correcto proceso de abordaje, que permita realizar los estudios necesarios con el mayor rendimiento y beneficio diagnóstico. La recomendación actual de la colonoscopia en SII no está bien establecida, pudiendo limitarse a pacientes con datos de alarma (e.g. edad mayor de 50 años, hemorragia, pérdida de peso, etc). Sin embargo, existen pacientes que solamente cumplen criterios para SII, sin datos de alarma, en quienes se pueden tener hallazgos endoscópicos de trascendencia, como la presencia de pólipos, cuya detección temprana y resección han demostrado reducir la mortalidad por CCR¹². En este estudio se observó un modesto porcentaje de pólipos en personas menores de 50 años, lo que resalta la necesidad de individualización de casos al momento de la toma de decisiones diagnósticas invasivas de SII.

Referencias bibliográficas

- Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: A clinical review. *JAMA*. 2015 Mar;313(9):949-58
- López-Colombo A, Rivera-Ramos JF, Sobrino-Cossío S, Suárez-Morán E. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable: epidemiología y fisiopatología. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009;74:56-7.
- Remes-Troche JM, Bernal-Reyes R, Valladares-Lepine MA, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable: cuadro clínico y criterios diagnósticos. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009;74:58-62.
- Schmulson MJ, Noble-Lugo A, Valenzuela-de la Cueva VM, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología del síndrome de intestino irritable: tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009;74:63-70.
- Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81(3):149-167.
- Spiegel BM, Farid M, Esrailian E, et al. Is irritable bowel syndrome a diagnosis of exclusion?: a survey of primary care providers, gastroenterologists, and IBS experts. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(4):848-58
- Paudel MS, Mandal AK, Shrestha B, et al. Prevalence of organic colonic lesions by colonoscopy in patients fulfilling ROME IV criteria of irritable bowel syndrome. *J Nepal Med Assoc*. 2018;56(209):487-92.
- Nowell PC. Mechanisms of tumor progression. *Cancer Res*. 1986 May;46(5): 2203-7
- Risio M. The natural history of adenomas. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2010 Jun;24(3): 271-80
- Morson BC. The evolution of colorectal carcinoma. *Clin Radiol*. 1984;35(6):425-31
- Morson BC. Genesis of colorectal cancer. *Clin Gastroenterol*. 1976 Sep;5(3):505-525.
- García-Sánchez J. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal cancer deaths. *Rev Clin Esp*. 2012 Jul;212(7):408
- Whitehead WE, Palsson OS, Feld AD, et al. Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006 Jul;24(1):137-46.
- Ford AC, Veldhuyzen van Zanten SJ, Rodgers CC, et al. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut*. 2008 Nov;57(11):1545-53.
- Furman DL, Cash BD. The role of diagnostic testing in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am*. 2011 Mar;40(1):105-19
- Black TP, Manolakis CS, Di Palma JA. "Red Flag" evaluation yield in irritable bowel syndrome. *J Gastrointest Liver Dis*. 2012 Jun;21(2):153-6
- Suleiman S, Sonnenberg A. Cost-effectiveness of endoscopy in irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med*. 2011 Feb 12;161(3):369-75
- Halpin SJ, Ford AC. Prevalence of symptoms meeting criteria for irritable bowel syndrome in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(10):1474-82
- Sainsbury A, Sanders DS, Ford AC. Prevalence of irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with celiac disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013 Apr;11(4):359-65
- Gracie DJ, Kane JS, Mumtaz S, et al. Prevalence of, and predictors of, bile acid malabsorption in outpatients with chronic diarrhea. *Neurogastroenterol Motil*. 2012 Nov;24(11):983-e538
- Kamp EJ, Kane JS, Ford AC. Irritable bowel syndrome and microscopic colitis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016 May;14(5):659-68
- Patel P, Bercik P, Morgan DG, et al. Prevalence of organic disease at colonoscopy in patients with symptoms compatible with irritable bowel syndrome: cross-sectional survey. *Scand J Gastroenterol*. 2015 Jul;50(7):816-13
- Chey WD, Nojkov B, Rubenstein JH, et al. The yield of colonoscopy in patients with non-constipated irritable bowel syndrome: results from a prospective, controlled US trial. *Am J Gastroenterol*. 2010 Apr;105(4):859-65