UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE "DR JOSE GREGORIO HERNANDEZ"

NEOPLASIAS COLORRECTALES: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS POLIPECTOMÍAS

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Gastroenterología

Verónica Patricia Sarmiento Panzarelli

Caracas, diciembre de 2018.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DEL OESTE "DR JOSE GREGORIO HERNANDEZ"

NEOPLASIAS COLORRECTALES: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS POLIPECTOMÍAS

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Gastroenterología

Verónica Patricia Sarmiento Panzarelli

Tutor: Beatriz Linares

Caracas, diciembre de 2018

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENZUELA
VICERRECTORADO ACADÉMICO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA, HUMANÍSTICA Y TECONOLÓGICA (SICHT)

FECHA: 20 / 12 / 2018.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE LOS TRABAJOS DE LICENCIATURA, TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, Verónica Patricia Sarmiento Panzarelli, autora del trabajo o tesis, **NEOPLASIAS COLORRECTALES: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS POLIPECTOMÍAS**

Presentado para optar: al título de Especialista en Gastroenterología

Autorizo a la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	Sí autorizo
	Autorizo despues de un año
	No autorizo
	Autorizo difundir sólo unas partes del trabajo
Indique:	

Firma(s) autor (es)



Verónica Patricia Sarmiento Panzarelli
C.I. Nº 19.863.465
e-mail: veronicasarpanz@hotmail.com

En Caracas, a los 20días del mes de diciembre de 2.018.

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Comisión de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Dra. Beatriz Linares

Tutor

Dra. Sonia Mendoza

Directora del Postgrado de Gastroenterología

Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández"

Dra. Beatriz Linares

Coordinador Docente del Postgrado de Gastroenterología

Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández"

INDICE

RESUMEN	**1**
INTRODUCCIÓN	**3**
MÉTODOS	**19**
RESULTADOS	**21**
DISCUSIÓN	**23**
REFERENCIAS	**27**
ANEXOS	**31**

NEOPLASIAS COLORECTALES: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIADE LOS DIAGNÓSTICOS REPORTADOS EN LAS POLIPECTOMÍAS

Verónica P. Sarmiento P. C.I.19.863.465. Sexo: Femenino.
E-mail: veronicasarpanz@hotmail.com Telef.: 0424-181.20.43. Dirección: Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Médico residente de gastroenterología.
Tutor: **Beatriz Linares.**C.I.10.534.676. Sexo: Femenino.
E-Mail: beaclinares@gmail.com Telf.: 0414-331.83.43.Dirección: Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Especialista II en Gastroenterología

RESUMEN

Objetivo: determinar la frecuencia de neoplasias colorrectales reportadas en polipectomías realizadas en el servicio de gastroenterología Simón Beker del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". **Método**: se diseñó un estudio de casos descriptivo, retrospectivo, de tipo transversal. La muestra fue no probabilística y de selección intencional de la revisión de historias de pacientes a los cuales se les realizó polipectomías colorrectales entre los años 2015 y 2017. **Tratamiento estadístico**: se ejecutó descripción de la muestra con medidas de tendencia central y proporción según la naturaleza de la variable, respectivamente continua o cualitativa. **Resultados:** en pacientes en quienes se resecaron 36 pólipos, la edad promedio fue de 58años, con predominio del 58% del sexo femenino, con antecedente familiar de cáncer de colon en 9%, personal de cáncer en 30% y de hábito tabáquico 44%. Los síntomas más frecuentes: dolor abdominal difuso (52%), tenesmo rectal (19%) estreñimiento (19%) y sangre macroscópica (19%); además, hallazgos pertinentes de anemia en 16% de los pacientes. Hallazgos macroscópicos: 88% sésiles, 75% menor de 1cm, con ubicación más habitual en colon transverso 25% y hallazgos anatomopatológicos más frecuente: lesiones polipoides neoplásicas o adenomatosas tubulares en 42%. **Conclusión:** la realización de polipectomías de lesiones neoplásicas y el conocimiento del extirpe anatomopatológico, disminuirá el riesgo de muerte por cáncer colorrectal; debe realizarse pesquisa con o sin antecedentes familiares pertinentes y la edad promedio es a los 40 años; se debe estudiar con precisión la etiología del dolor abdominal y el patrón oro para pesquisa es la colonoscopia.

Palabras claves: Neoplasia, polipectomía, pólipos adenomatosos, pesquisa, frecuencia, mortalidad.

ABSTRACT

Objective: to determine the frequency of colorectal neoplasms reported in polypectomies performed in the gastroenterology service Simón Beker of the Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández ". Method: a descriptive, retrospective, cross-sectional case study was designed. The sample was not probabilistic and of intentional selection of the review of histories of patients who underwent colorectal polypectomies between 2015 and 2017. **Statistical treatment:** description of the sample was executed with measures of central tenure and proportion according to the nature of the variable, receptively continuous or qualitative. **Results**: in patients in whom 36 polyps were resected, the average age was 58 years, with a predominance of 58% of the female sex, with a family history of colon cancer in 9% and cancer personnel in 30% and of smoking 44% . The most frequent pain symptoms: diffuse abdominal pain (52%), rectal tenesmus (19%), constipation (19%), macroscopic blood (19%), with relevant findings of anemia in 16% of patients. Macroscopic findings 88% sessile, 75% less than 1cm, with more usual location in transverse colon 25% and anatomopathological findings more frequent polypoid neoplastic or tubular adenomatous lesions in 42%. **Conclusion:**the performance of polypectomies of neoplastic lesions and the knowledge of the anatomopathological excision, will decrease the risk of death due to colorectal cancer; screening should be done with or without relevant family history and the average age is at 40 years; The etiology of abdominal pain should be studied with precision and the gold standard for screening is colonoscopy.

Key words: Neoplasia, polypectomy, adenomatous polyps, research, frequency, mortality.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una de las neoplasias más frecuentes del aparato digestivo con una frecuencia de 1.000.000 de casos por año en el 2014 y 1.360.000 en el 2016 reportados a nivel mundial, afectando a 746.000 hombres y 614.000 mujeres anualmente, ocupando el segundo o tercer lugar de causa de muerte y el cuarto lugar de casos nuevos de diagnóstico de cáncer.[1] Ha aumentado la incidencia en países donde el riesgo de cáncer de colon era bajo, se ha estabilizado en países de alto riesgo como Europa occidental y Australia, y ha disminuido en Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda.[2] Se ha observado un gradiente de incidencia y mortalidad entre el noroeste y el sudeste de Europa, donde nuevos casos de cáncer colorrectal (CCR) aumentaron en áreas históricamente de bajo riesgo como España y Europa del Este.[3] Esta creciente incidencia refleja modificaciones en el estilo de vida como la obesidad, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol, el alto consumo de carne roja y el tabaquismo.

Planteamiento y delimitación del problema

En la unión Americana es la tercera causa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres, habiendo en EEUU un descenso progresivo en los últimos 10 años, hechos que no se justifican por cambios en el estilo de vida; sino como resultado de actuaciones en prevención y diagnóstico precoz que alcanza a 50% de las personas mayores de 50 años. En México, de acuerdo al sistema epidemiológico y estadístico de defunciones por cáncer en general, representa la tercera causa de muerte con 12.7%, de los cuales el cáncer de colon ocupa el noveno lugar en mujeres y el séptimo lugar en hombres para el año 2003 con respecto a la incidencia representa el tercer lugar.[4] En el 2015 el Instituto Nacional de Geografía de México reportó el cáncer de colon como el segundo lugar en hombres y el tercero en mujeres.[5-6]

Venezuela es un país con una población aproximada de 31 millones de habitantes y el cáncer constituye la segunda causa de muerte según el Anuario de Mortalidad 2013, publicado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud; del cual partió la Universidad Simón Bolívar y HomoData para realizar un boletín de incidencia y mortalidad del cáncer en Venezuela en 2016; donde estimaron que para ambos géneros se presentaría un aumento del 11% para la mortalidad y disminución del 9% en el número de casos. Asimismo se estimó una tasa de mortalidad de 83 defunciones por cada 100.000 habitantes; mientras que la tasa de incidencia fue de 167 casos nuevos por cada 100.000 habitantes con una tasa de 167,41. Además , los estados con mayor tasa de mortalidad fueron el Distrito Capital ,con más de 110 defunciones por cada 100.000 habitantes y el estado Vargas con más de 120 fallecidos por cada 100.000 habitantes y la tasa de incidencia fue de más de 200 casos por cada 100.000 habitantes para ambos estados. El cáncer de colon y recto para ambos géneros presentó un crecimiento; tanto para la mortalidad como para la incidencia durante los años a pronosticar (2014-2016). En el modelo de mortalidad reportó 1930 fallecidos con una tasa cruda de 6,22 representando un crecimiento del 11%; es decir, una persona fallecida más por cada 100.000 habitantes respecto al año de base (2013). En cuanto a la incidencia, 3771 nuevos casos fueron estimados para el año 2016; es decir, 8 nuevos casos menos de cada 100.000 habitantes con respecto al año de base (2012). Cabe destacar que a pesar de la disminución, ésto último se interpreta como un crecimiento del 6% para el año 2016.[7] Actualmente no se cuenta con datos estadísticos publicados para el año 2017.

La literatura apoya la hipótesis de que la mayoría de los cánceres del colon nacen y se desarrollan a partir de los pólipos adenomatosos benignos, y las tres características que correlacionan con el potencial maligno de los pólipos adenomatosos son: el tamaño, el tipo histológico y el grado de displasia. La prevalencia de los pólipos adenomatosos está dada por el riesgo inherente de cáncer de colon en la población estudiada, la edad, el sexo y la historia familiar de cáncer colorrectal (CCR). El estimar la incidencia de nuevos adenomas requiere examinar el colon en varias ocasiones. Existen estudios de vigilancia posterior a polipectomia o posterior a la resección de cáncer y estudios de intervalo en personas quienes inicialmente tuvieron un examen endoscópico negativo. La alta incidencia de CCR en nuestro medio y la

continua evolución con respecto a la prevención, diagnóstico y tratamiento ha hecho de suma importancia el diagnostico precoz.

La mayoría de los pacientes con pólipos colónicos no presenta síntomas del tubo digestivo o tiene molestias inespecíficas; cuando los hay, el principal es sangrado y con menos frecuencia constipación, diarrea, flatulencia, adelgazamiento de las heces, dolor cólico o cuadros suboclusivos en casos de pólipos grandes. Se ha descrito un síndrome de diarrea secretoria en pacientes con adenomas vellosos.

A pesar de que esté estipulada la colonoscopia como método de elección más confiable para identificar las lesiones polipoides (pediculados, sésiles, aserrados), tomar biopsias, realizar polipectomía terapéutica en la mayoría de los casos, permitiendo un diagnostico histopatológico definitivo del cual depende el pronóstico y manejo subsiguiente del paciente, fue de interés del autor confirmar la frecuencia de neoplasias colorrectales diagnosticadas en el servicio de gastroenterología de la institución; debido a que no se cuenta con reporte estadístico ni trabajo de investigación en el centro que determineel tipo histológico más frecuente, motivo por el cual se plantea la siguiente interrogante ¿cuál es la frecuencia de neoplasias colorrectales encontradas en polipectomías realizadas en el servicio de gastroenterología del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández"?

Justificación e Importancia

El cáncer colorrectal crece lentamente y pueden estar presente varios años antes de que aparezcan los síntomas, se desconocen las causas exactas pero se ha demostrado que personas con ciertos factores de riesgo tienen más probabilidades que otras de padecer cáncer colorrectal, siendo los factores de riesgo: edad mayor de 50 años, existencia de pólipos colorrectales, antecedente familiar de cáncer colorrectal, alteraciones genéticas, antecedentes personales de cáncer, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, dietas ricas en grasa, fumar cigarrillos ,entre otras; también las personas que padecen cáncer colorrectal (CCR) pueden padecer esta patología una segunda vez.

La Sociedad Americana de Gastroenterología y la Sociedad Americana de Cáncer[8-9] recomiendan una prueba de detección de sangre oculta en heces con periodicidad anual o bianual y una rectosigmoidoscopia cada 5 años o una colonoscopia cada 5 a 10 años en poblaciones de riesgo medio, y colonoscopias para personas de alto riesgo. Debe sospecharse de CCR en sujetos mayores de 40 años con aparición de cambios en el ritmo intestinal, estreñimiento persistente, diarrea, tenesmo rectal o/y dolor abdominal cólico que coincide con alteraciones en el hábito intestinal; rectorragias con o sin la deposición, heces melénicas o hematoquecia, anemia microcítica hipocrómica y en la exploración física la existencia de una masa de gran tamaño palpable a nivel abdominal de consistencia dura y escasa movilidad o una masa palpable en el tacto rectal; si existe una diseminación a distancia se puede palpar hepatomegalia y se puede encontrar ictericia y ascitis, si hay metástasis hepática y diseminación peritoneal.

En un individuo con sospecha de cáncer colorrectal se le hará una analítica general, la determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA), una colonoscopia y las pruebas de imágenes correspondientes. La colonoscopia es el método para detectar el tumor primario, obtener biopsias para confirmar el diagnóstico y descartar la existencia de lesiones sincrónicas (adenomas o carcinomas) en el resto del colon que puedan estar presentes hasta en la mitad de los pacientes y pueden modificar en un 10% de los casos el plan operatorio.

Las neoplasias colorrectales más frecuentes son los adenomas y los carcinomas. Otros tumores malignos más raros son: los linfomas, los sarcomas, los melanomas y los carcinomas de células pequeñas. Los adenocarcinomas generalmente se desarrollan de forma secuencial de mucosa normal a adenoma y posteriormente a carcinoma, o bien, derivan de alteraciones inflamatorias crónicas como en la Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática (CUCI). A los pacientes que en una colonoscopia inicial se les detecten adenomas o CUCI, deberán ser incorporados a algún programa de vigilancia periódica de acuerdo con las características de la enfermedad. Las guías que están dirigidas al escrutinio incluyen la evaluación de sujetos de ambos sexos, asintomáticos y con probabilidad de tener pólipos adenomatosos o cáncer. Los programas de tamizaje deben implementarse en un entorno que incluya prevención primaria (dieta, estilo de vida), escrutinio con prueba de sangre oculta en heces (SOH) y evaluación oportuna con

colonoscopía en poblaciones de riesgo elevado, para de esta manera poder establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos (polipectomía, cirugía).

La sigmoidoscopia flexible y la colonoscopia son procedimientos de suma importancia tanto para detección de lesiones como para seguimiento de pacientes en los que un estudio inicial ha demostrado adenomas o si éstos se han resecado.[10] La sigmoidoscopia flexible se ha utilizado en sujetos asintomáticos para investigar CCR temprano. En las poblaciones con alto riesgo para CCR se prefiere la colonoscopia. Además, la colonoscopia es el procedimiento de elección en la vigilancia periódica después de la resección de adenomas en el estudio de escrutinio inicial.

Para implementar un programa de escrutinio, es fundamental la estratificación adecuada de poblaciones en riesgo para el desarrollo de CCR.[11] En general, se consideran tres categorías: sujetos con riesgo bajo, individuos con riesgo intermedio, y población con alto riesgo para desarrollar cáncer colorrectal. Siendo el CCR la neoplasia del tubo digestivo más frecuente, habitualmente desarrollado a partir de alguna condición pre-neoplásica como los pólipos (adenomas/hamartomas) o enfermedad inflamatoria, con implementación de programas rigurosos de escrutinio y vigilancia se ha demostrado un impacto positivo en la detección y manejo oportunos, con reducción en las cifras de mortalidad por CCR.

En nuestro país, aunque desconocemos cifras precisas en relación con la frecuencia deCCR y de lesiones precursoras, debe evaluarse con cautela en términos de costo-beneficio la implementación de los programas de tamizaje sugeridos en guías internacionales en pro de mejorar el diagnóstico precoz y poder implementar el manejo oportuno para disminuir la tasa de mortalidad por CCR en nuestra población.

Estos datos justifican el estudio y comprobación de la importancia diagnóstica y terapéutica precoz en las neoplasias colorrectales diagnosticadas post colonoscopias más polipectomías realizadas en las unidades de gastroenterológicas del país.

Antecedentes

Shiues, E. *et al*,[12] en 2004 en Maracaibo, Venezuela; hicieron la revisión de Pólipos de Colon de 1 año de experiencia en el Hospital Universitario de Maracaibo; la cual fue un estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de pólipos de colon entre enero y diciembre del 2004 determinando a través de una ficha de recolección de datos las características epidemiológicas, las características endoscópicas de los hallazgos y las técnicas de la terapéutica empleada, además de describir las características histológicas. De los 49 informes endoscópicos el 73,5% correspondían al sexo femenino, según su morfología 81,6% eran de tipo sésiles, con respecto al tamaño 63,3% eran de 5-10mm, fueron pólipos únicos en 69,4% de los casos. El motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal en 24,5% y en relación al recorte anatomopatológico, el tipo histológico con displasia leve más frecuente fue adenoma tubular en 73,7% y en relación a la displasia severa, se encontró en 2 casos de adenomas vellosos, los pólipos sin displasia correspondieron a 75% en pólipos hiperplásicos.

En el 2008 en Caracas, Venezuela; Mendoza, S. *et al*,[13] realizaron en el Centro Medico Docente La Trinidad, un estudio retrospectivo para determinar la prevalencia de pólipos adenomatosos en pacientes asintomáticos mayores de 45 años, mediante la recctosigmoidoscopia flexible desde enero 2001 hasta octubre 2006, donde se incluyeron 477 pacientes de los cuales el 80,7% correspondieron al sexo masculino, con diagnostico endoscópico de 634 pólipos en el colon izquierdo, de los cuales se resecó con pinza de biopsia a los que median menos de 7mm y se refirió a colonoscopia y polipectomia con asa de diatermia a los de mayor tamaño. Se analizó la edad donde se encuentra una edad promedio de 53,89 años, se determinó una prevalencia de 4,36% en pacientes asintomáticos sin riesgo, se observó un incremento en la frecuencia de adenomas del 28,50% en el grupo etario de 50 a 59años; con respecto al tamaño los adenomas grandes (1cm) representaron el 44,29%, los diminutos el 35% y los pequeños el 20%; con respecto al reporte anatomopatológico el 42,98% de los adenomas tubulares reportó displasia de bajo grado y el 3,50% displasia de alto grado que prevalece en adenomas tubulovellosos.

Armelao, F. *et al*,[14] en el 2010 en Trentino, Italia; realizaron un cribado en familiares de primer grado para analizar los factores que influyen en la captación de cáncer colorrectal y describir los hallazgos colorrectales entre los sometidos a colonoscopia, entre los cuales se invitaron a familiares de primer grado (FDR) con edades comprendidas entre 45 y 75 años. Los pacientes fueron considerados grupo de estudio, de los cuales a partir de 626 nuevos casos índice de CCR diagnosticados, se invitó a 725 FDR a recibir asesoramiento; el 77.6% de estos asistieron a la colonoscopia en el grupo de estudio frente al 8% en el grupo control (P <0.0001). Los predictores de la captación de colonoscopia fueron FDR edad superior a 60 años, historia familiar compleja CRC a edad por debajo de 60, dos o más CCR, y los que viven en un área rural. De los 560 FDR en el grupo de estudio, 186 (33.8%) tenían adenomas y 48 (8. 8%) tenían adenomas avanzados o cáncer. Por lo que se concluye que las intervenciones que se dirigen a FDR de pacientes con CCR, especialmente los menores de 60 años, con antecedentes familiares complejos de CCR y que viven en un área rural, pueden mejorar la aceptación del cribado del CCR mediante colonoscopia.

También Lam AKY et al, realizan en el 2011 un estudio denominado "Significado clinicopatológico del carcinoma sincrónico en el cáncer colorrectal"; el cual fue de corte retrospectiva comparativa donde incluyeron pacientes con carcinomas sincrónicos de colon y recto de hospitales en Queensland, Australia, comparándolos con 1.793 carcinomas solitarios.En la Unidad Quirúrgica Colorrectal del Royal Brisbane Hospital, entre 1984 y 2004; señalan que la colitis ulcerosa, la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y la poliposis hiperplásica son responsablesdel 2%, 4% y 2% de los carcinomas colorrectales sincrónicos, respectivamente. Además, la PAF y la colitis ulcerosa fueron halladas más comúnmente en los pacientes con carcinoma colorrectal sincrónico, que en aquellos con carcinoma colorrectal solitario y todas juntas son responsables del 19% de los carcinomas colorrectales sincrónicos en el presente estudio; el cual está basado en una serie quirúrgica donde analizan 102 cánceres colorrectales sincrónicos. La prevalencia hallada en este estudio fue del 3,6%, similar a la obtenida por Latourneire y col.[15] También detectaron que el adenocarcinoma mucinoso fue ligeramente más común en los carcinomas sincrónicos y en 3 de 82 pacientes con idénticos subtipos histológicos; tanto el principal como los sincrónicos fueron adenocarcinomas mucinosos. En consecuencia, las características clínicas no fueron útiles en la detección de los

cánceres; en contraste, los carcinomas sincrónicos frecuentemente estuvieron cerca uno de otro, lo que hace más fácil la detección clínica y anatomopatológica.

En el 2012, Zauber Ann G *et al*,[16]llevan a cabo un estudio multicéntrico (siete centros),en Nueva Inglaterra, que se denominó polipectomía colonoscópica y prevención de muertes por cáncer colorrectal; donde se asignó a los pacientes en este estudio aleatorizado y controladocolonoscopia de vigilancia 1 y 3 años después de la polipectomía o bien a su primera colonoscopia de vigilancia a los 3 años y se ofreció colonoscopia de vigilancia a los 6 años a ambos grupos. Entre los 2602 pacientes sometidos a la extirpación de un adenoma después de una mediana de seguimiento de 15,8 años, 1246 pacientes habían muerto por cualquier causa; se produjeron 12 muertes por cáncer colorrectal en la cohorte con adenoma en relación con las 25,4 muertes esperadas debido a esta enfermedad en la población general (índice estandarizado de mortalidad basada sobre la incidencia, 0,47; IC del 95%, 0,26-0,80), correspondientes a un 53% de reducción estimada de la mortalidad por cáncer colorrectal; por lo que concluyen que la eliminación del adenoma disminuyó significativamente el riesgo de muerte por cáncer colorrectal en relación con el mismo en la población general y en los 10 primeros años después de la polipectomía disminuyendo el riesgo a un nivel similar al de un grupo de control de pacientes sin adenomas.

Los autores Laura M Avila Couso *et al*,[17] en el 2014 publican un estudio de cohorte retrospectivodenominado "Polipectomía endoscópica de Adenomas" con base de datos de videocolonoscopias desde 1999 hasta el 2012; donde determinan el riesgo de presentar nuevos adenomas avanzados en la colonoscopía de vigilancia post polipectomía de adenomas en la colonoscopía inicial y establecen si hay variación en dicho intervalo comparando la prevalencia según el hallazgo inicial de adenomas de bajo y alto riesgo en el que incluyen 760 pacientes; de los cuales, 465 eran hombres y 295, mujeres, con una edad media de 62 años que habían presentado adenomas en la primera colonoscopía y se les dividió en dos grupos: grupo A, adenomas de bajo riesgo y grupo B, adenomas de alto riesgo. En cada grupo se comparó la presencia de adenomas en las videocolonoscopías de control realizadas a los 3 y a los 5 años. Precisan que de la primera videocolonoscopía, 409 pacientes (53,8%) correspondieron al grupo A y 351 (46,2%) al grupo B; del cual en ambos grupos, el riesgo de presentar nuevos

adenomas avanzados en el control endoscópico a los 5 años fue similar comparado con el control a los 3 años. Sin embargo, al comparar ambos grupos, el grupo B tuvo un riesgo mayor (1,96 veces) de volver a presentar adenomas avanzados en el control a los 3 años que el grupo A. Esta asociación fue estadísticamente significativa (P = 0,012); concluyendo que actualmente no se cumplen los intervalos de vigilancia de adenomas de bajo riesgo, realizándose la colonoscopía antes de lo indicado al compararse los resultados usando las guías Americanas actualizadas en el 2012 como referencia.

Así mismo Román B. Osvaldo,[18] en el 2014 realiza, en Ecuador, la determinación de la tasa de detección de adenomas como medida de calidad de la colonoscopia en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Quito; donde se revisa las colonoscopias realizadas en el Hospital de los Valles en el año 2012 en pacientes de ambos sexos mayores de 50 años; analizando variables que pudieran asociarse con la probabilidad de presentar adenomas. En 293 colonoscopias que cumplieron con los criterios de inclusión, la tasa de detección de pólipos fue de 11.2% para mujeres y de 25.3% para hombres; mientras que la tasa de detección de adenomas fue de 7.5% para mujeres y 11.8% para hombres, concluyendo que la baja tasa de detección de adenoma en dicho estudio fue inferior a las tasas de Norteamerica y de países como Chile y Perú, lo cual pudiera explicarse por la diferencia en los hábitos alimenticios (consumo de carne roja) y de consumo de alcohol.

Marco Teórico

El Cáncer Colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia maligna más común en el mundo[19] y la segunda causa de muerte por cáncer en los Estados Unidos.[20] Se estima que habrá 140.250 casos nuevos diagnosticados en los Estados Unidos en 2018 y 50.630 muertes debido a esta enfermedad.La colonoscopia es el método de elección para detectar lesiones primarias, obtener biopsias para confirmar el diagnóstico y realizar la terapéutica, orientando la indicación del tratamiento a seguir. Fue descrita por primera vez en 1969 por Shinya y Wolff, anunciando una nueva era en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de colon. Es el patrón oro para la detección y prevención de neoplasia colorrectal.[21]

Los estudios genéticos[22] experimentales y epidemiológicos[23] sugieren que el CCR es el resultado de interacciones complejas entre susceptibilidad heredada y factores ambientales o de estilo de vida. Los esfuerzos para identificar causas condujeron a la hipótesis de que los pólipos adenomatosos (adenomas) son precursores de la mayoría de los CCRs.[24]La remoción de pólipos pre malignos ha tenido un impacto en la incidencia, la morbilidad y la mortalidad del cáncer colorrectal.[21]En efecto, las medidas que reducen la incidencia y la prevalencia de adenomas pueden resultar en una disminución posterior del riesgo de CCR;[25] sin embargo, parte de la mortalidad por CCR puede ser causada por lesiones de crecimiento rápido o lesiones que no pasan por una fase adenomatosa. En general se desconocen los detalles sobre las tasas de crecimiento de adenomas y CCR; lo más probable es que haya un amplio espectro de patrones de crecimiento incluida la formación y la regresión espontánea de los adenomas.[26-27]

Pólipo es un término clínico o una descripción macroscópica para denominar cualquier tumor o crecimiento circunscrito que se proyecta sobre la superficie mucosa. Algunos factores que influyen en el riesgo de presentar carcinoma colorrectal son: el tipo histológico, el tamaño del pólipo, su número y su localización.[28]La mayoría de los pólipos de colon son relativamente pequeños (menores de 1cm de diámetro), característica que ha hecho posible el tratamiento endoscópico con éxito y que ha llevado al uso generalizado de la técnica de polipectomía en todo el mundo. Todos los pólipos de gran tamaño (mayor de 35mm) son los adenomas y se encuentran normalmente en el recto y colon derecho. La mayoría de los pólipos pequeños (menos de 5mm) ubicados en el recto y colon sigmoides distal son no neoplásicos, pero en el resto del colon, aproximadamente 60-70% de los pólipos pequeños son adenomas.

Las lesiones poseen un comportamiento biológico diferente, dependiendo de sus características morfológicas y de acuerdo a su localización en el colon proximal o en el colon distal. Es importante antes de indicar el tratamiento más apropiado, sea endoscópico o quirúrgico, clasificar los pólipos según su morfología (pediculados, subpediculados y sésiles), el patrón críptico y dar el diagnóstico histológico.[29]Existe un sistema de clasificación internacional conocida como la clasificación de París, donde se describen dos configuraciones básicas de pólipos: pólipos pediculados (0-Ip), que se unen a la pared intestinal por un

pedículo y los pólipos sésiles (0-Is), que se derivan directamente de la pared sin un pedículo. Los pólipos pediculados pueden estás adheridos por un tallo corto y grueso (0-Ips) o largo y delgado; y los pólipos sésiles se pueden adherir a la mucosa del colon de manera variable; además ,describe tumores de extensión lateral que pueden ser de apariencia granular o no granular, y lesiones planas que están deprimidas o al nivel de la superficie de la mucosa.[21]También se clasifican según su naturaleza, en neoplásicos o adenomatosos (tubulares, tubulovellosos y vellosos) y no neoplásicos (hiperplásicos, inflamatorios, juveniles y hamartomatosos); de los cuales dentro de los pólipos no neoplásicos están los pólipos hiperplásicos que son lesiones frecuentes de predominio en colon distal y de tamaño menor a 5 mm; microscópicamente se caracterizan por poseer glándulas que presentan aspecto serrado y superficie micropapilar; estánconstituidos por células absortivas y caliciformes sin presentar atipia. Aunque tradicionalmente se han considerado no neoplásicos, diversos estudios han mostrado alteraciones clonalesen un porcentaje reducido de ellos.[30-31]Los pólipos hamartomatosos son lesiones que habitualmente se producen en pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers o en la enfermedad de Cowden, aunque también pueden aparecer de manera aislada siendo su localización más frecuente el intestino delgado y se diagnostican en la tercera década de la vida; su tamaño varía entre 5-40 mm y pueden ser sésiles o pediculados, con características histológicas constituidas por glándulas desorganizadas que asientan sobre un eje arborescente de músculo liso originado a partir de la muscularis mucosae, con un epitelio semejante al del área donde asienta sin mostrar atipias; aunque en el 6-12% pueden presentar transformación adenomatosa o carcinomatosa.[32-33] El pólipo juvenil se encuentra en las dos primeras décadas de la vida, su localización más frecuente es el recto y generalmente son únicos y pediculados menores de 3 cm, cuentan con superficie lisa, brillante y están formados por glándulas tortuosas y quísticas sin atipia epitelial y están rellenas de moco e inmersas en un estroma edematoso e inflamado y superficialmente pueden mostrar tejido de granulación. El pólipo juvenil se considera como no neoplásico, y sólo excepcionalmente se han observado cambios adenomatosos o carcinomas. El pólipo inflamatorio o pseudopólipo generalmente son secundarios a una enfermedad inflamatoria intestinal por consiguiente pueden observarse en pacientes con colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, colitis isquémica, amebiasis y esquistosomiasis. Histológicamente son islotes de mucosa que parecen

proyectarse debido a la ulceración de la mucosa adyacente y ocasionalmente presentan células estromales grandes y atípicas que pueden simular un sarcoma.[34]

Los pólipos neoplásicos, también denominados adenomas o pólipos adenomatosos, son lesiones premalignas con capacidad para transformarse en adenocarcinomas. Se clasifican en adenoma tubular, tubulovelloso y velloso; macroscópicamente pueden ser pediculados o sésiles y su tamaño se correlaciona con el tipo histológico, siendo la mayoría de lesiones menores de 1 cm adenomas tubulares; mientras que la mitad de las mayores de 2 cm corresponden a adenomas tubulovellosos y vellosos.[35] Microscópicamente los adenomas tubulares presentan una arquitectura glandular; mientras que los vellosos son papilares. El epitelio de los adenomas es, por definición, displásico y se clasifican como displasia de alto y bajo grado.[36] En la displasia de alto grado, las glándulas son complejas, irregulares, ramificadas o cribiformes. El término de displasia de alto grado es sinónimo; aunque preferiblemente, al de carcinoma in situ y carcinoma intramucoso por su nula capacidad metastásica.

En 1990 se describió un pólipo con características histológicas mixtas de hiperplasia y adenoma; se estableció como una entidad independiente con arquitectura descrita como aserrada.[37-38]Se cree que la gran mayoría de los CCR surgen de pólipos precancerosos; de los cuales existen dos tipos principales: adenomas convencionales y pólipos serrados (SP). Los SP se dividen en pólipos hiperplásicos (HP), adenomas serrados tradicionales (TSA) y adenomas / pólipos serrados sésiles (SSA / P) con o sin displasia.[39]El adenoma serrado, son pólipos mixtos hiperplásicos y adenomatosos que representan menos del 1% de los pólipos colorrectales. La mayoría son sesiles, predominan en colon distal y miden de 0,2 a 7 cm; microscópicamente el epitelio es displásico con un patrón arquitectural como el del pólipo hiperplásico, aunque más velloso y con glándulas más ramificadas. Estos adenomas serrados constituyen un factor precursor del adenocarcinoma por una vía distinta a la clásicamente descrita adenoma- carcinoma de los otros pólipos neoplásicos. Se han descrito tres vías de tumorogénesis colónica: la vía de inestabilidad cromosómica la cual se caracteriza por deleciones cromosómicas y aneuploidía del tumor; la vía de error de replicación, en donde se distinguen errores en la reparación desigual durante la replicación del ADN y la vía de

hipermetilación del fenotipo, la que se ha relacionado con el desarrollo de adenocarcinoma asociado con inestabilidad de microsatélites. Es esta última vía la que se ha vinculado con el desarrollo de cáncer a partir de pólipos aserrados y es consecuencia de la inactivación de los genesreparadores del ADN como lo es la hipermetilación del promotor del gen MLH1. Los cánceres originados en pólipos aserrados representan entre un 10 a 20% de todas las neoplasias colorrectales.[28]

El carcinoma invasivo es el que presenta infiltración de la capa submucosa y acostumbra a correlacionarse con el tamaño del pólipo; el cual se encuentra en un 10% en los mayores de 2 cmy del tipo histológico (3%, 8% y 18% en tubular, tubulovelloso y velloso, respectivamente).[35] Los niveles de invasión de Haggitt se utilizan para determinar el nivel de infiltración de un carcinoma en un adenoma y se basan en la morfología macroscópica del adenoma, si es pediculado, sésil, plano o deprimido y en el nivel de invasión profunda del carcinoma. En un adenoma pediculado se distinguen niveles "0, 1, 2, 3, 4" y en un adenoma sésil, plano o deprimido sólo son posibles los niveles "0" y "4". Así pues, los niveles de invasión profunda del carcinoma o niveles de Haggitt determinan al carcinoma no invasor es nivel 0, cuando el carcinoma está confinado en la mucosa del pólipo con displasia de alto grado es el "carcinoma in situ" o carcinoma intramucoso; el carcinoma invasor precoz se le denomina en el nivel 1 cuando hay invasión de la cabeza del pólipo con submucosa de la cabeza del pólipo invadida; asímismo, se determina el nivel 2 cuando hayinvasión del cuello del pólipo o cuando la submucosa del cuello del pólipo está invadida. El nivel 3 lo define la invasión del tallo del pólipo cuando la submucosa del tallo del pólipo está invadida. El carcinoma invasor incluye el nivel 4, cuando hay invasión de la submucosa de la pared colónica y nivel desconocido cuando en algunos pólipos no resulta posible aislar la base de resección quirúrgica. Puede establecerse el diagnóstico histopatológico de invasión de la submucosa pero no es posible valorar la profundidad de la invasión, es decir, se desconoce si está o no infiltrada la pared colónica.

Más del 95% de las neoplasias malignas colorrectales son adenocarcinomas y dependiendo de sus características histológicasse clasifican en adenocarcinoma, el cual es el más convencional y es la forma habitual de la neoplasia maligna del epitelio glandular colónico; adenocarcinoma

mucinoso el cual más del 50% de la lesión está formada por lagos de mucina extracelular que contienen epitelio maligno formando acinos, tiras epiteliales o células sueltas, comúnmente se asocia a inestabilidad de microsatélites; adenocarcinoma de células en anillo de sello, con características de más del 50% de las células neoplásicas que muestran abundante mucina intracelular (células "en anillo de sello") independientemente de que pueda también haber lagos de mucina extracelular o algunos con inestabilidad de microsatélites; así mismo está el carcinoma adenoescamoso, que posee características de carcinoma epidermoide y de adenocarcinoma, bien en áreas separadas del mismo tumor o bien entremezcladas y se caracteriza por más de un foco ocasional de diferenciación escamosa; también el carcinoma medular que se caracteriza por una sábana de células malignas con núcleo vesicular, nucléolo prominente y citoplasma eosinófilo abundante, rodeadas por un infiltrado linfocitario intenso, presentando una variante rara que se asocia a inestabilidad de microsatélites, este tiene mejor pronóstico que el carcinoma pobremente diferenciado e indiferenciado y el carcinoma indiferenciado el cual es un tumor maligno epitelial sin ninguna evidencia de diferenciación más allá de la propiamente epitelial (sin diferenciación glandular, escamosa, ni neuroendocrina). Estos tumores son genéticamente distintos y se asocian típicamente con inestabilidad de microsatélites. Los grados de diferenciación histológica del adenocarcinoma son bien diferenciado (G1; > 95% del tumor forma glándulas), moderadamente diferenciado (G2; 50-95% del tumor forma glándulas), pobremente diferenciado (G3; < 50% del tumor forma glándulas).

La polipectomía es una técnica de resección endoscópica relativamente simple, difundida mundialmente. Fue descrita por primera vez en 1971 por Deyhle y es utilizada para resecar lesiones protuberantes de origen epitelial o subepitelial (arriba de la muscular propia). Todos los pólipos que no son hiperplásicos generalmente son removidos porque incluso los pólipos pequeños pueden albergas displasia de alto grado y cáncer.[30]

Según el riesgo de desarrollar un CCR, las personas se pueden clasificar en riesgo medio y riesgo alto, donde la población de mediano riesgo es el grupo que incluye a las personas > 50 años sin otro factor de riesgo añadido de CCR que la edad. La American Society of Gastroenterology y la American Society of Cancer[42] recomiendan una prueba de detección de

sangre oculta en heces (HOH) con periodicidad anual o bianual y/o una rectosigmoidoscopia cada 5 años (si estas pruebas son positivas, debe de realizarse una colonoscopia) ó una colonoscopia cada 5 ó 10 años y las poblaciones de alto riesgo; incluye antecedentes de cánceres familiares, los síndromes hereditarios de cáncer de colon y otras condiciones predisponentes, el cribado debe de realizarse preferentemente con colonoscopia, y no representan sino el 6% de CCR.

Las neoplásias colorrectales más frecuentes son los adenomas y los carcinomas. Otros tumores malignos más raros son los linfomas, los sarcomas, los melanomas y los carcinomas de células pequeñas.Las rectorragias con o sin la deposición, orientan a una posible neoplasia recto-sigmoidea; mientras que las heces melénicas o hematoquecia pueden corresponder a tumores asociados en el colon derecho.

Objetivo General

Determinar la frecuencia de neoplasias colorrectales reportadas en polipectomías realizadas en el Servicio de gastroenterología del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández"

Objetivos Específicos

1. Describir las características epidemiológicas, clínicas y paraclínicas.
2. Clasificar las colonoscopias entre pesquisa y diagnósticas.
3. Identificar la morfología y la ubicación del pólipo
4. Caracterizar el tipo de neoplasia y tipo histológico

Aspectos Éticos

Lo privado es aquello que se reserva de la utilización por los demás, la información es de carácter íntimo y la confidencialidad garantiza que la difusión de la información esté restringida; por lo cual para preservar la ética durante la realización del trabajo, se firmará un acuerdo de confidencialidad (anexo 1) de la información recaudada de las historias médicas de los pacientes incluidos en este trabajo de investigación, garantizando así los principios bioéticos fundamentales exigidos por el comité de ética de la institución, que preservan la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia .

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se diseñó un estudio retrospectivo de tipo transversal y descriptivo.

Población y muestra

La población estuvo constituida por las historias clínicas de los pacientes a los cuales se les realizó polipectomías colorrectales en el Servicio de gastroenterología Simón Beker del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". La muestra fué no probabilística y de selección intencional de pacientes mayores de 18 años de cualquier género en quienes se realizó polipectomía entre los años 2015-2017.

Procedimientos

Luego de solicitar al servicio de historias médicas la autorización para la revisión de historias y realizar la declaración de confidencialidad (Anexo N°1), se procedió a realizar la revisión de las historias médicas en los años definidos. Se diseñó un instrumento de recolección de datos (Anexo N°2); el cual se desarrolló de la siguiente manera:

-Primera parte: Número de historia, fecha, sexo y edad.

-Segunda parte: Antecedentes familiares de cáncer de colon, antecedentes personales de hábito tabáquico y de cáncer de colon.

-Tercera parte: Clínica representada por dolor abdominal difuso, disminución del grosor de las heces, tenesmo rectal, diarrea, estreñimiento y sangre macroscópica en heces.

- Cuarta parte: Resultado de laboratorios pertinentes para el estudio de cáncer colorrectal como anemia microcitica/ hipocrómica y sangre oculta en heces.

- Quinta parte: Reporte endoscópico dela ubicación del pólipo en el colon, tamaño y morfología (sésil, pediculado o subpediculado).

- Sexta parte: Resultados histológicos de los pólipos resecados.

Criterios de exclusión

Se excluyó los informes de polipectomías realizadas en pacientes que no tenían historia clínica en la institución, ya que no se pudo hacer el seguimiento adecuado de los casos ni aplicar el instrumento.

Tratamiento Estadístico

Se aplicódescripción de la muestra con medidas de tenencia central y proporción según la naturaleza de la variable, respectivamente continua o cualitativa.

RESULTADOS

La muestra consistió en 36 pólipos resecados con pinza o asa de polipectomía que se encontraron en pacientes con edades comprendidas entre 27 y 84 años, con una edad promedio de 58 años; hubo predominio en el sexo femenino con un total de 21 pacientes quienes representaronel 58% en relación al sexo masculino, a los cuales se les realizó polipectomías a 15 pacientes que equivalen 42%. Los resultados se resumen en el gráfico 1.

Además, se logró constatar en las historias clínicas, los antecedentes familiares y personales pertinentes con los hallazgos endoscópicos de lesiones polipoides, donde hubo antecedentes familiares de cáncer de colon en 3 pacientes que simbolizó el 9%, antecedente personal de cáncer en 11 pacientes que representó el 30% y antecedente personal de hábito tabáquico en 16 pacientes que constituyóel 44% de los pacientes a los cuales se les realizó polipectomías. Los resultados se esquematizan en el gráfico 2.

Se recopiló información de la clínica con la que consultaron los pacientes: dolor abdominal difuso en 19 pacientes (52%), disminución del grosor de las heces en 4 pacientes (11%), tenesmo rectal en 7 pacientes (19%), evacuaciones diarreicas en 4 pacientes (11%), estreñimiento en 7 pacientes (19%) y sangre macroscópica en 7 pacientes (19%). Resultados que se esbozan en el gráfico 3.

Se obtuvo de las hematologías próximas al procedimiento realizado, la información de los pacientes quienes presentaban anemia microcítica – hipocrómica, en las cuales 6 pacientes, que representan 16% presentaron esta alteración paraclínica; en cuanto a la presencia de sangre oculta en heces, no hubo reporte para el estudio ya sea por ausencia del mismo en la historia clínica o por resultados negativos (0 pacientes). Los resultados se muestran en el gráfico 4.

Con respecto a la indicación de la colonoscopia, se clasificó entre pesquisa y diagnóstica partiendo de la sintomatología con la cual acudió el paciente (asintomático= pesquisa, sintomático= diagnóstica) realizándose colonoscopias de pesquisa a 13 pacientes que representan 36% y colonoscopias con fines diagnósticos en 23 pacientes siendo el 64% de la población evaluada. Información que se desglosa en tabla 1.

En la descripción endoscópica se observó la ubicación en orden de frecuencia de los pólipos resecados, en los cuales, en el colon transverso se les realizó polipectomía a 9 pólipos (25%), seguido de colon ascendente 8 pólipos (22.2%), recto 8 pólipos (22.2%), colon sigmoides 6 pólipos (16.6%), colon descendente 5 pólipos (13.8%) y 1 pólipo ubicado en el canal anal (2.7%); resumidos en la tabla 2.

Con respecto a la morfología y tamaño de los pólipos, se describieron 27 pólipos menores de 1cm (75%) en relación a 9 pólipos observados de tamaño mayor a 1 cm (25%) esquematizados en la tabla 3 (anexo 9), identificándose características morfológicas sésiles en 32 pólipos (88%) y con pedículos en 4 pólipos (12%) y no hubo descripción de pólipos sub pediculados. (Tabla 4)

Anatomopatológicamente se reportaron 25 pólipos de las 36 polipectomías realizadas (nuevo 100%)quedando 11 pólipos sin reporte; de los cuales, 5 fueron no neoplásicos de tipo histológico hiperplásicos que representaron el 20%; además de los 19 pólipos (76%) reportados como neoplásicos o adenomatosos y 1 pólipo hiperplásico serrado (4%).(Tabla 5)

De los pólipos neoplásicos o adenomatosos (19 pólipos) que serán el nuevo 100%,el tipo histológico más frecuente fue el adenoma tubular (15 pólipos= 78.9%), seguido del adenoma túbulo velloso (2 pólipos= 10.5%) y del adenoma velloso (2 pólipos= 10.5%).(Grafico 6)

Se reportó displasia en 20 pólipos distribuidos de la siguiente manera: de bajo grado en 10 pólipos neoplásicos (50%) y displasia de alto grado en 2 pólipos neoplásicos (10%), dejando 7 pólipos neoplásicos (35%) sin definir el grado de displasia, y 1 pólipo hiperplásico serrado se reportó con displasia de bajo grado (5%). Resumen en elgráfico 7.

DISCUSIÓN

El hallazgo y la resección endoscópica de lesiones polipoides disminuye los factores de riesgo para padecer cáncer colorectal,[27] desarrollándose la mayoría de los cánceres a partir de pólipos adenomatosos benignos siendo el tamaño, el tipo histológico y el grado de displasia de suma importancia para predecir el potencial evolutivohacia malignidad.

Al desconocer en nuestro país cifras precisas en relación a las lesiones precursoras de cáncer colorrectal y la falta de programas de tamizaje sugeridos en guías internacionales, además de la situación socio económica que dificulta el cumplimiento de tratamiento oncológico en una neoplasia instaurada, se estudió con cautela los hallazgos endoscópicos e histopatológicos, la clínica, los paraclínicos y los antecedentes epidemiológicos, en los cuales los resultados de este estudio arrojaron que la edad promedio con presencia de pólipos fue de 58 años edad similar a la de los pacientes que presentaron adenomas en el estudio de Avila Couso et al. en el 2014; aunado a la diferenciación con respecto al sexo ya que en este trabajo hubo mayor frecuencia del sexo femenino del 58% con respecto al masculino 42% inverso a los resultados del estudio comparativo, 39% vs 61% respectivamente.[17]

Armelao F, et al.En el 2010[14] concluyen que el tamizaje se dirige a familiares de primer grado con antecedentes de cáncer colorrectal; lo cual difiere de los hallazgos obtenidos en este trabajo donde 3 pacientes (9%) con pólipos resecados tenían antecedentes familiares de cáncer de colon en comparación con los 33 pacientes (92%) sin antecedente familiar de cáncer colorrectal. A diferencia de lo observado en los pacientes con antecedente personal de cáncer, en el cual el 30% (11pacientes) se les realizó polipectomías, porcentaje mayor del obtenido por Lam AKY et al.[15] donde el 19% de los carcinomas colorrectales sincrónicos tenían antecedentes de poliposis hiperplásicas, entre otras.

Con respecto a la sintomatología, el resultado es similar a los obtenidos por Lam AKY et al en el 2011[15], donde la clínica es inespecífica para detectar pólipos y cuando hay clínica instaurada se inclina más hacia sospecha diagnostica de cáncer. Ningún síntoma específico está asociado a la presencia de pólipos sino directamente a cáncer colorectal.[40]Sin embargo, en este trabajo se tomó como colonoscopia diagnostica a todo paciente con sintomatología obteniendo 23 colonoscopias de carácter diagnósticas con hallazgos de pólipos y 13 (36%) colonoscopias de pesquisa con hallazgo de pólipos ambos con polipectomías realizadas.

En relación a los hallazgos endoscópicos, la mayoría de los pólipos resecados fueron sésiles (32pólipos= 88%) donde la ubicación más frecuente fue en colon transverso con reportes histopatológicos que concuerdan con los resultados obtenidos en el estudio de Álvarez Cuellas et al., en España 2015[41] de los cualesse detectamenor frecuencia en pólipos hiperplásicos (7%), y mayor número de pólipos adenomatosos 19,8%;semejante a lo obtenido en este estudio dondese encontró 14% de pólipos hiperplásicos y 52% pólipos adenomatosos siendo los adenomatosos predominantes sobre los hiperplásicos.Zauber A et al.,[16] posterior al seguimiento de pacientes durante 15,8 años concluyeron que la eliminación del adenoma disminuyó significativamente el riesgo de muerte por cáncer colorrectal.

Conclusiones

En ese trabajo se ha concluido que detectar lesiones polipoideas de forma precoz, realizar polipectomíasadecuadamente de lesiones neoplásicasyel conocimiento del extirpe anatomopatológicomás el riesgo de evolución adenoma – carcinoma, permitirá la aplicación de terapéuticas adecuadas según la individualización de cada caso, disminuyendo significativamente el riesgo de muerte por cáncer colorrectal.

Se debe realizar pesquisa tanto en pacientes con antecedentes familiares de cáncer colorrectal como sin antecedentes familiares, tomando como edad de inicio de las pesquisas 40 años, o menos si hay alguna alteración en los exámenes de laboratorios como sangre oculta en heces o anemia microcítica hipocrómica.

El dolor abdominal deber ser bien estudiado y no menospreciarse su importancia, ya que las lesiones precursoras de cáncer colorrectal pueden cursar con dolor abdominal difuso e inespecífico y cuando presentan cuadros obstructivos son lesiones de gran tamaño y de muy mal pronóstico.

El patrón oro para pesquisa de cáncer colorrectal debe ser con colonoscopia en vez de rectosigmoidoscopia, debido a que en este estudio se encontró la mayor frecuencia de lesiones polipoideas en el colon transverso, seguido en frecuencia por colon ascendente y recto, demostrando así que la rectosigmoidoscopia no descarta la presencia de lesiones precursoras de cáncer colorrectal, siendo una limitante el alcance del equipo hasta el ángulo esplénico del colon.

La falta de datos en la historia médica, la falta de consenso para reportes anatomopatológicos, limita la caracterización del pólipo y el adecuado manejo del paciente, siendo de suma importancia para el tratamiento y pronóstico del mismo, motivo por el cual se hacen las recomendaciones a continuación.

Recomendaciones

En vista de los resultados obtenidos y la información recopilada de historias médicas, la principal recomendación es continuar el estudio utilizando otro método estadístico donde se pueda relacionar hallazgos macroscópicos con hallazgos histológicos y su vez se correlacione con antecedentes pertinentes.

Se recomienda una vigilancia exhaustiva o un entrenamiento del personal médico, para no omitir datos en la historia clínica y en los informes, que puedan ser relevantes para estudios futuros y para facilitar la recolección de datos en estudios retrospectivos.

Se sugiere llegar a consensos anatomopatológicos actualizados para manejar el mismo idioma, entender el reporte histopatológico y poder tomar decisiones con respecto a las terapéuticas y manejo del paciente.

Incluir a nivel nacional los protocolos de tamizaje para pesquisa endoscópica y disminuir los índices de muertes por cáncer colorrectal en pro del porvenir del paciente; analizando los costos-beneficios de pesquisa endoscópica vs tratamiento oncológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Altobelli E, D'Aloisio F, Angeletti PM. Colorectal cancer screening in countries of European Council outside of the EU-28. World Gastroenterol. 2016; 22(20): 4946-4957.

2. Jemal A, Center M, deSantis C, Ward EM. Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2010; 19: 1893–1907.

3. Center MM, Jemal A, Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009; 18: 1688–1694.

4. Gores GJ, Lieberman D. Good news-bad news: Current Status of GI Cancers. Gastroenterology. 2016; 151 (1): 1-4.

5. INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. INEGI [30 enero 2015]: 1-12.

6. INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Base de egresos hospitalarios y CONAPO, S.S.A. Proyecciones de población 2010-2050. INEGI [30 enero 2015]: 1-15.

7. Castillo RA, Miranda C, Villalta D, Sajo-Castelli A, Ovalles P. Boletin de incidencia y Mortalidad del Cáncer basados en los datos del informe pronóstico de la mortalidad e incidencia del cáncer en Venezuela, año 2016. Socied Anticanc de Venez. 2016, [10 Marzo 2018]. Edición 1: 1-8. Disponible en: http://docplayer.es/73562144-1a-edicion-sociedad-anticancerosa-de-venezuela-rif-j.html

8. Douglas KR, Jonson DA, Lierman DA, et al. Colorectal Cancer Prevention 2000: Screening Recommendations of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol. 2000;95 (868-877).

9. Arnold J, Markowitz, Winawer SD. Screening and Surveillance for Colorectal Cancer. Semin Oncol 1999; 26 (485-498).

10. Atkin WS et al. Guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. Colonoscopic surveillance following adenoma removal. Endoscopy 2012; 44 (151-153).

11. Schreuders EH et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programs. Gut 2015; 64 (1637-1649).

12. Shiues E, Añes M, Lizarzabal M, Rangel R, Fernández J, Romero G et al.Pólipos de colon: una revisión de 1 año de experiencia en un centro de referencia. GEN. 2008; 62(1):60-63.

13. Mendoza S, Bracho V, Dib J, Bandres D, Carvajal A, Ruiz R et al. Despistaje de cáncer colorrectal en pacientes asintomáticos a partir de 45 años. Centro Médico Docente La Trinidad. Caracas Venezuela. Enero 2001- Octubre 2006. GEN. 2008; 62(3):199-204.

14. Armelao F et al. Alto consumo de colonoscopias en familiares de primer grado de pacientes con cáncer colorectal en una unidad sanitaria: un estudio prospectivo basado en la población. Thieme, 2010. Disponible en: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1215324

15. Lam AKY, Carmichael R, Buettner PG et al, Significado clinicopatológico del carcinoma sincrónico en el cáncer colorrectal. Intramed, 2011. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72035

16. Zauber A, Ph.D., Sidney J. Winawer, M.D., Michael J. O'Brien at all, Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths. N Engl J Med. 2012; 366 (687-696).

17. Couso L, Lubrano P, Castelluccio S, Coghlan E, Topor J, Peters R et al. Guias Americanas de Gastroenterología. Sol Act Gastroenterol Latinoam. 2014; 44 (216-222).

18. Román B, Osvaldo D, Determinación de la tasa de Adenomas como medida de calidad de la colonoscopia en un Hospital de tercer nivel de la ciudad de Quito, 2014. Disponible en: http://www.bibliotecasdelecuador.com/Record/oai-23000-2848/Description

19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, y col. Incidencia y mortalidad del cáncer en todo el mundo: fuenter, métodos y patrones principales en GLOBOCAN 2012. Pubmed. 2015. [6 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220842

20. Sociedad Americana del Cáncer: datos y cifras sobre el cáncer 2018. Amer Can Socie. 2018 [5 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.cancer.org/es/quienes-somos/datos-sobre-la-sociedad-americana-contra-el-cancer.html

21. Classen M, Tytgat G, Lightdale Ch. Endoscopia Gastroenterológica. Vol 2. 2da ed. Alemania: AMOLCA; 2012.

22. Fearon ER, Vogelstein B: Un modelo genético para la tumorigénesis colorrectal. Pubmed. 1990: Cell 61. 5 (759 – 67)

23. Rozen P, Young G, Levin B, et al. Cáncer colorrectal en la práctica clínica: prevención, detección temprana y gestión. Asoc Esp Gast. 2002(23-37).

24. Muto T, Bussey HJ, Morson BC: La evolución del cáncer de colon y recto. Pubmed. 1975: 36-6 (2251-2270)

25. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, et al. Prevención del cáncer colorrectal por polipectomía colonoscópica. El grupo de trabajo del estudio nacional de pólipos. N Engl J Med. 1993; 27 (1977-81).

26. Loeve F, Boer R, Zauber AG, et al. Datos de National Polyp Study: evidencia de regresión de adenomas. Int J Cancer. 2004; 111 -4 (633-9).

27. Tutein CJ, Boellaard TN, de Haan MC, y col. Evolución de los pólipos pequeños detectados en pantalla (6-9 mm) después de un intervalo de vigilancia de 3 años: evaluación del crecimiento con colonografía por TC en comparación con la histopatología. Am J Gastroenterol. 2015; 110-12 (1682-90)

28. Bacchiduu S, Álvarez A, Bessa X. Pólipos colorrectales. Form Méd Cont. 2012;19(8): 472-480.

29. Ferrari A, Masúo L, Averbach M. Endoscopia Digestiva Terapeutica. Brasil: AMOLCA; 2013.

30. Estrada RG, Spjut HJ. Hyperplastic polyps of the large bowel. Am J Surg Pathol 1980; 4 (127-133)

31. Jass JR, Young J, Leggett BA. Hyperplastic polyps and DNA microsatellite unstable cancers of the colorectum. Histopathology. 2000; 37 (295-301)

32. Perzin KH, Bridge MF. Adenomatous and carcinomatous changes in hamartomatous polyps of the small intestine (Peutz-Jeghers syndrome): report of a case and review of the literature. Cancer. 1982; 49 (971-983)

33. Carlson GJ, Nivatvongs S, Snover DC. Colorectal polyps in Cowden's disease (multiple hamartoma syndrome). Am J Surg Pathol. 1984; 8 (763-770).

34. Shekitka KM, Helwig EB. Deceptive bizarre stromal cells in polyps and ulcers of the gastrointestinal tract. Cancer. 1991; 67(2111-2117).

35. Shinya H, Wolff WI. Morphology, anatomic distribution and cancer potential of colonic polyps. Ann Surg. 1979; 190 (679-683)

36. Jass JR, Sobin LH, Watanabe H. The World Health Organization's histologic classification of gastrointestinal tumors. Cancer. 1990; 2- 66 (2162-2167).

37. Noffsinger A, Hart J. Serrated Adenoma: A Distinct Form of Non-polypoid Colorectal Neoplasia? Gastrointest EndoscopyClin N Am. 2010; 20:543-563.

38. East J, Saunders B, Jass J. Sporadic and Syndromic Hyperplastic Polyps and Serrated Adenomas of the Colon: Classification, Molecular Genetics, Natural History and Clinical Management. GastroenterologyClin N Am. [Internet] 2008; 37:25-46. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313538

39. Fan C, Younis A, Brookhaut C, Crockett S. Management of serrated polyps of the colon. Cur Tre Opt Gastr. [Internet] 2018; 16:182-202. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29445907

40. SJ Winawer, Fletcher RH, Miller L, et al. Detección del cáncer colorrectal: guías clínicas y razón de ser. Gastroent. 1997; 112-2 (594-642)

41. B.Álvarez Cuellas et al. Analisis descriptivo de los hallazgos endoscópicos en pacientes con antecedentes familiares de cáncer colorectal. España 2015. Disponible en: www.revistagastroenterologiamexico.org/es-analisis-descriptivo-los-hallazgos-endoscopicos-articulo-S037509061500035X

42. Adelstein B, Macaskill P, Chan S, Katelaris P y Irwig L. Most bowel cancer symptoms do not indicate colorectal cancer and polyps: a systematic review. Disponible en: https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-230X-11-65

Anexo 1

Declaración de Confidencialidad

Yo, Verónica Patricia Sarmiento Panzarelli, C.I. V-19.863.465, venezolana, mayor de edad, residente del Postgrado de Gastroenterología del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", me comprometo a cumplir con el Artículo 69 apartado número 6 del Capítulo Tercero que lleva por título "De los Derechos y Deberes de los enfermos", del Código Deontológico Venezolano en vigencia; a respetar las confidencias concernientes a la información suministrada, exámenes realizados y estado de salud, de los enfermos a los cuales se les hará revisión de sus historias clínicas durante el desarrollo de este trabajo especial de grado titulado **NEOPLASIAS COLORECTALES: ANÁLISIS DE LA FRECUENCIADE LOS DIAGNÓSTICOS REPORTADOS ENLAS POLIPECTOMÍAS**; y a cumplir con el artículo 123 del Título IV Capítulo Primero, titulado Del secreto profesional y el uso de las computadoras en medicina, que dice: "Todo aquello que llegue a conocimiento del médico con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer y constituye el Secreto Médico… El secreto médico es inviolable y el profesional está en la obligación de guardarlo".

Fecha: 30/04/2018

Firma:

Autor: Verónica Patricia Sarmiento Panzarelli

CI. V- 19.863.465

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

PARTE I: Identificación						
N° de Historia			Fecha:		Edad:	
					Sexo:	
PARTE II: Antecedente Pertinente						
Ant. Familiar de Ca de Colon					Presente	
Ant. Pers. Ca Colon					Presente	
Tabaco					Presente	
PARTE III: Clinica						
Dolor Abdominal	Presente			Diarrea	Presente	
Dism. grosor en H	Presente			Estreñimiento	Presente	
Tenesmo Rectal	Presente			Sangre en H	Presente	
PARTE IV: Laboratorios Pertinente						
Anemia Microc					Presente	
Sangre oculta H					Presente	
PARTE V: Reporte Endoscópico						
Ubicación			Ciego/ Colon Ascendente			
			Colon Transverso			
			Colon Descendente			
			Colon Sigmoides			
			Recto			
Tamaño			<1cm			
			≥1cm			
Morfologia			0 Is			
			0 Ip			
			0 Isp			
PARTE VI: Reporte Histológico						
Polipos No Neoplásicos	Hiperplasico				Presente	
	Inflamatorio					
	Juvenil				Ausente	
	Hamartoma					
Polipos Neoplásicos o Adenomatosos	Adenoma Tubular		Displasia	Alto Grado		
	Adenoma Tubulovelloso					
	Adenoma Velloso			Bajo Grado		
Pólipos Serrados	Polipo Hiperplásico					
	Polipo Adenomatoso Serrado Se		Displasia	Alto Grado		
				Bajo Grado		
	Adenoma Serrado Tradicional					
Neoplasias Malignas	Adenocarcinocarcinoma		Adenocarcinoma			
	Adenocarcinocarcinoma Mucinoso					
	Adenocarcinoma de Cél. Anillo de Sell					
	Carcinoma Adenoescamoso		Carcinoma			
	Carcinoma Medular					
	Carcinoma Indiferenciado					

Anexo 3

Resultados

Gráfico 1.

Característica de la muestra según sexo.

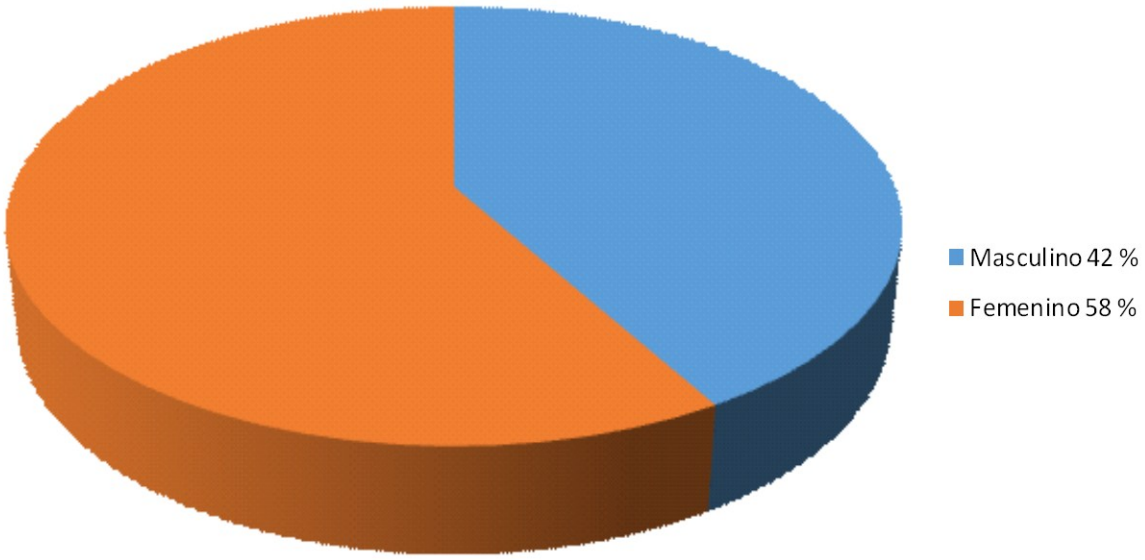


Gráfico 2

Antecedentes pertinentes en pacientes con pólipos

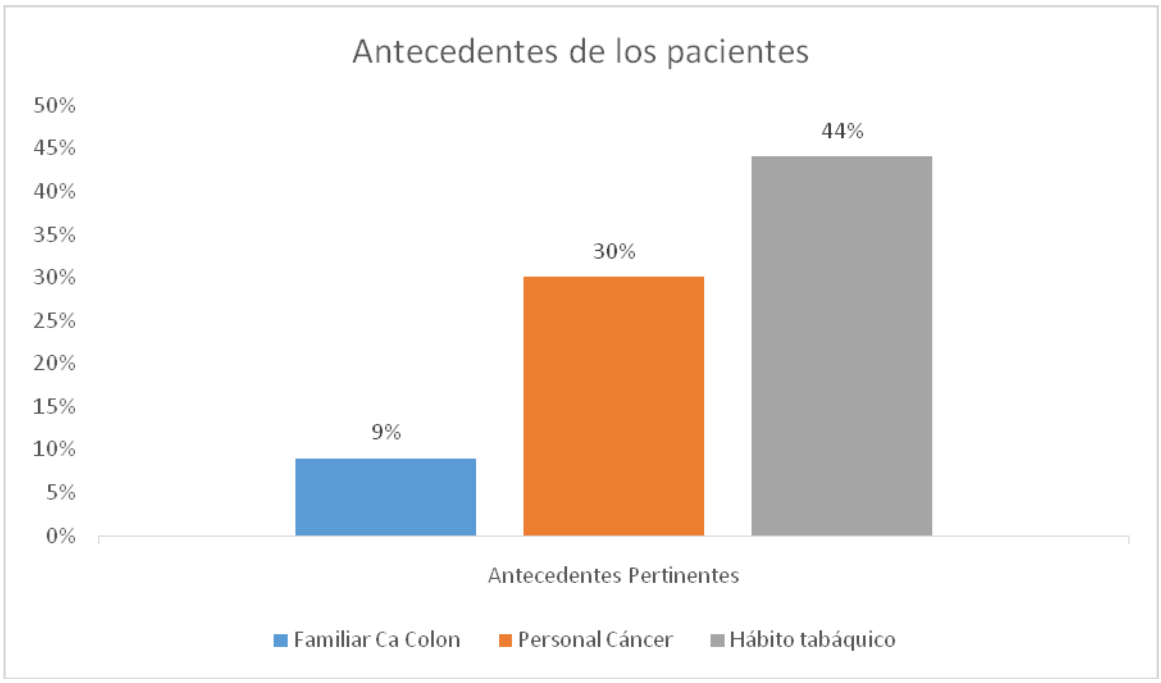


Gráfico 3

Clínica

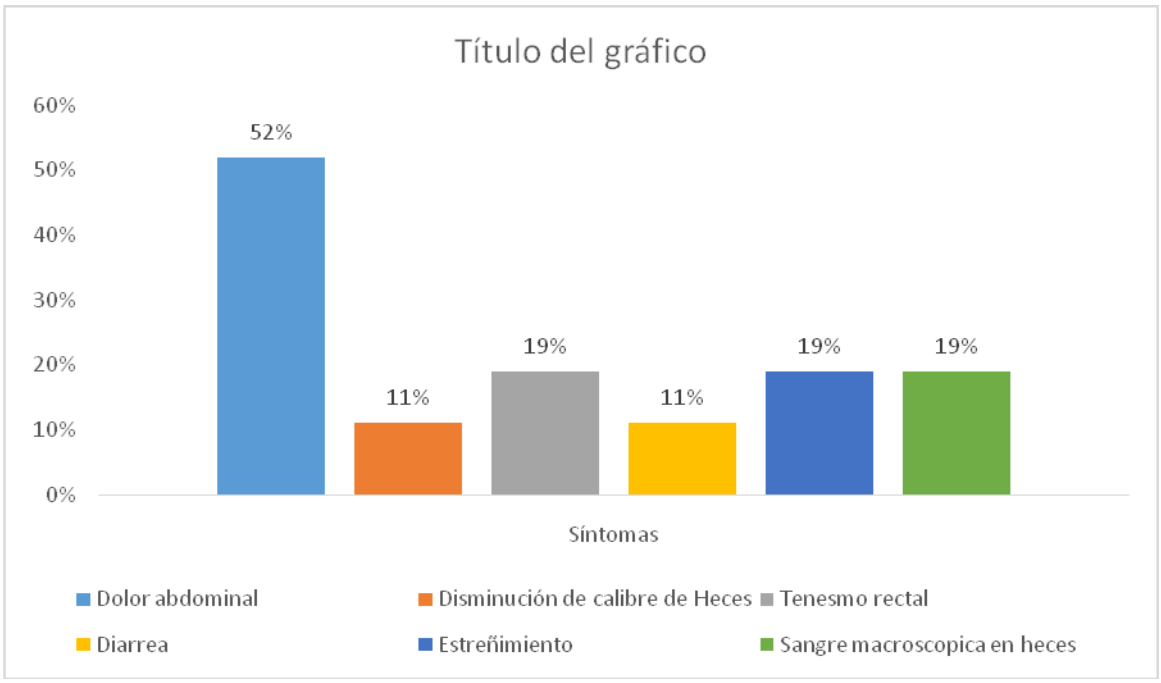


Gráfico 4

Paraclínicos pertinentes

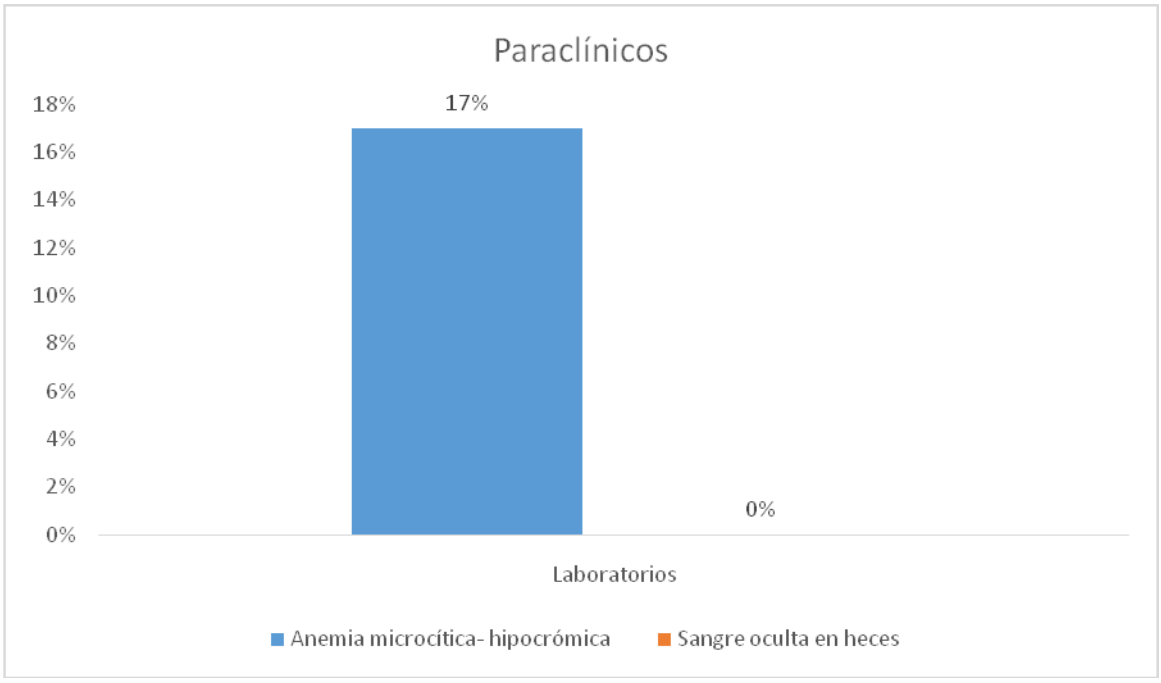


Tabla 1

Indicación de la colonoscopia

Indicación	**Número**	**Porcentaje**
Pesquisa	13	36%
Diagnóstica	23	64%
Total	**36**	100%

Tabla 2

Ubicación de pólipos en el colon

Ubicación según hallazgos	**Número**	**Porcentaje**
Ciego/ Ascendente	8	22,2%
Colon Transverso	9	25%
Colon Descendente	5	13,8%
Colon sigmoides	6	16,6%
Recto	8	22,2%
Canal anal	1	2,7%
Total	**36**	100%

Tabla 3

Características morfológicas

Tamaño

	Número	**Porcentaje**
<1cm	27	75%
≥1cm	9	25%
Total	**36**	100%

Tabla 4

Características morfológicas

Morfología

	Número	**Porcentaje**
0-Is (sésiles)	32	88.8%
0-Ip (pediculados)	4	11.1%
0-Isp (subpediculados)	0	0%
Total	**36**	99.9%

Tabla 5

Hallazgos anatomopatológicos

Histología			
		Número	**Porcentaje**
	Reporte AP	25	69.4
	Sin reporte	11	30.5
No neoplasico	Hiperplásico	5	13.8
Neoplásico	Adenoma Tubular	15	41.6
	Adenoma Tubulovellosos	2	5.5
	Adenoma Velloso	2	5.5
Serrado	Pólipo hiperplásico serrado	1	2.7
	Sin reporte	11	30.5
	Total	**36**	99.6%

Gráfico 5

Tipo histológico en pólipos neoplásicos o adenomatosos

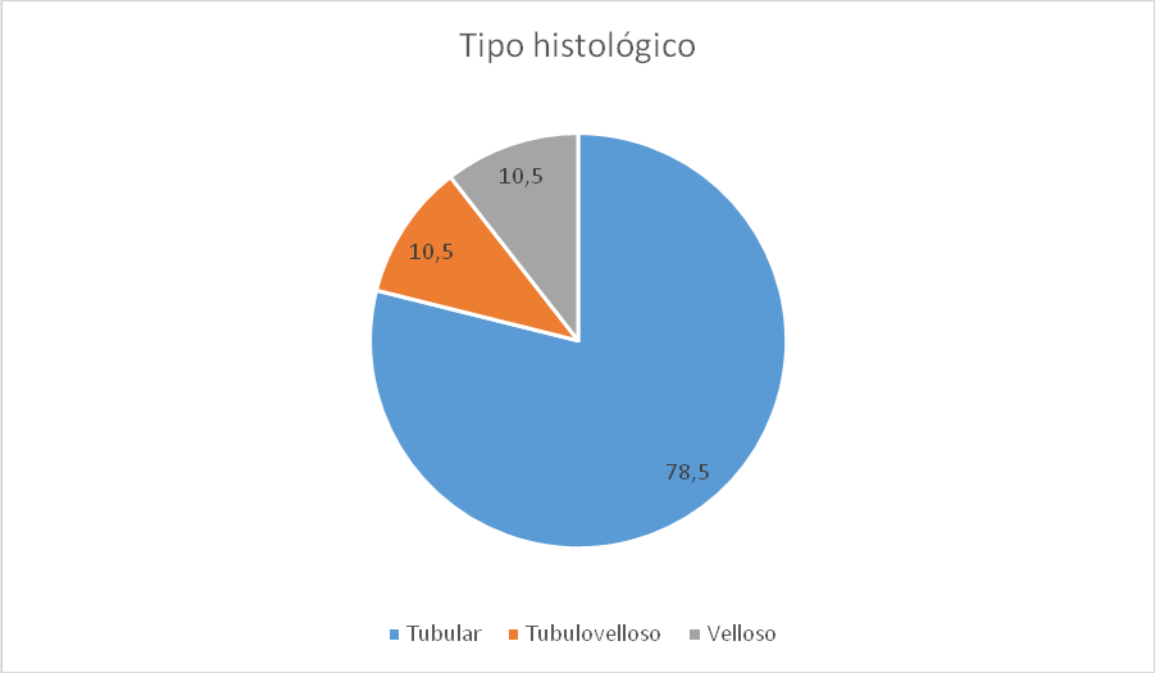


Gráfico 6

Grado de displasia en pólipos neoplásicos o adenomatosos

