

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

VALOR DE LA ENDOSCOPIA COLORRECTAL. ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO

Dra. Abrahana del Pilar Cisneros Depestre¹, Dr. Jacinto Robinson Jay², Dra. Elvira Poch Melgado¹, Dr. Leonardo Carballosa Espinosa², Dr. Roberto Lantigua², Dra. Kenia Roberta Álvarez Lambert.¹

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo en 3760 pacientes a los cuales se les practica endoscopia colorrectal y cuyo resultado fue positivo, en el servicio de Coloproctología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia de Guantánamo, desde enero de 1995 hasta diciembre de 1997. Las variables que se estudian son: edad, sexo, síntomas y signos, diagnóstico por estudio sigmoidoscópico y diagnóstico positivo por colonoscopia. El análisis destaca que en el año 1997 se obtiene mayor número de rectosigmoidoscopia con resultado positivo (3.6 %). El mayor número de colonoscopias positivas ocurre en 1995 (34.9 %). El sexo que predomina es el masculino (53.9 %). El grupo de edad más afectado es el de 60 años y más (49.1 %). El sangramiento es el síntoma más frecuente (58.1 %). El pólipo es el hallazgo más frecuente por rectosigmoidoscopia (52.8 %), así como el cáncer por colonoscopia (40.9 %).

Palabras clave: COLONOSCOPIA; SIGMOIDESCOPIA; NEOPLASMAS DEL COLON/diagnóstico; POLIPOS DEL COLON/ diagnóstico; NEOPLASMA DEL RECTO/diagnóstico.

INTRODUCCION

El primer rectoscopio conocido data de 300 a 400 años a.n.e.¹ En 1863, Desormeux construyó el primer rectoscopio iluminado con una lámpara de petróleo.² Un importante acontecimiento constituyó el hallazgo obtenido por Bondenhamem en 1863, quién ideó un espéculo tubular con extremos distal flexibles, el cual posibilitó la visualización de sigmoide.³

¹ Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor.

² Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

Así en 1895 con el surgimiento de la electricidad se inicia una nueva etapa en el campo de la Proctología por la utilización del endoscopio fabricado por Kelly, y perfeccionado por Pennigton Jaw y Yerman en 1912, esta vez con la utilización de dicha fuente de iluminación.^{4,5}

Nelly⁶ logró explorar el recto y la flexura sigmoidea, iniciándose así la romanoscopia u observación directa de sigmoide que más tarde se denominó rectosigmoidoscopia, extendiéndose por primera vez el campo de la Proctología hasta el intestino grueso, hecho que al sistematizarse convirtió a la Proctología en especialidad.

El advenimiento de la toma muestras por biopsia a mediados del siglo XIX enriqueció aún más la revolucionaria etapa por la cual se encontraba dicha rama de las ciencias médicas.

Con el decursar de los años, ya en la década de los años 50, Hirschowitz modifica la iluminación usando una fuente con fibra óptica; y así en los años 60 en Japón se fabrica el primer colonoscopio flexible, país que inicia la observación de todo el colon y el tratamiento de lesiones a través del mismo.^{7,8}

Múltiples son las afecciones que pueden ser diagnosticadas a través de las instrumentaciones endoscópicas colorrectales. Entre las más frecuentes: pólipos, cáncer, enfermedades diverticulares, así como enfermedades inflamatorias del intestino de causas específicas e inespecíficas.

Las endoscopias colorrectales constituyen un procedimiento esencial en la práctica de la Coloproctología y en la clínica en general, partiendo desde la detección precoz del cáncer colorrectal.

En nuestro servicio estos procedimientos colorrectales se emprenden en todo paciente con riesgo o con afección coloproctológica aún cuando impresionen insignificantes o en presencia de aquellas entidades que de no ser diagnosticadas y tratadas inmediatamente conllevan a resultados desfavorables y mala calidad de vida para dichos pacientes.

Otra ventaja de la endoscopia colorrectal es que permite el seguimiento a largo plazo de los pacientes con pólipos y cáncer, entre otros.^{9,10}

Debido a la gran importancia que ellos representan como medios diagnóstico y/o terapéutico por la frecuencia con que se efectúan con el objetivo de aumentar la casuística de nuestra provincia, además conocer su comportamiento, se decide evaluar todo lo relacionado a la correcta realización de los mismos.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo en 3 760 pacientes a los cuales se les realiza estudio endoscópico colorrectal en el servicio de Coloproctología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de la provincia Guantánamo, durante el período comprendido desde enero de 1995 hasta diciembre de 1997, ambos inclusive.

Se precisan las siguientes variables: edad, sexo, síntomas y signos, diagnóstico por los resultados de rectosigmoidoscopia y la colonoscopia.

Los datos primarios se recolectan mediante ficha de vaciamiento, en la cual se transcribe la información de las microhistorias clínicas archivadas en el servicio de Coloproctología.

El procesamiento de la información primaria se realiza en forma automatizada. Se reflejan los resultados en tablas y se emiten conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se obtuvo resultados positivos en 123 (3.4 %) y 44 (24.0 %) pacientes, para rectosigmoidoscopia y colonoscopia, respectivamente. No comportándose de igual forma en cada año. Estos resultados fueron superiores a los obtenidos en estudio realizado en nuestra provincia durante el año 1990, el cual registró resultados positivos en 36 pacientes (0.4 %)¹¹ (Tabla 1)

En nuestra experiencia la exploración instrumental rectosigmoidoscópica alcanza mayor porcentaje de positivo, pues es precisamente el recto en toda su extensión y el canal anal, las localizaciones que se exploran con este proceder. A este nivel se asientan las infecciones colorrectales más frecuentes.

En dicha instrumentación la preparación requerida por el paciente para su correcta realización, en la mayoría de los casos, se logra con mejor calidad y en el menor tiempo posible, en relación a la colonoscopia.

El grupo de edad más frecuente fue el de 60 años y más (49.1 %). El sexo masculino tuvo mayor incidencia con un total de 90 varones (53.9 %) respecto a las féminas que fue de 77 (46.1 %) (Tabla 2). Lo cual coincide con los autores revisados.¹²⁻¹⁴

Le epidemiología de las afecciones proctológicas y la incidencia aumentan en la literatura revisada con el paso de los años. En la novena década de la vida la incidencia de dichas afecciones es unas 200 veces más frecuentes que en la tercera década. Coincide igualmente con la sistematicidad de asiento en estos diagnósticos en el sexo masculino.

El diagnóstico más frecuente por rectosigmoidoscopia fueron los pólipos, presentes en 65 casos (52.8 %), seguido de cáncer en 32 pacientes (26.1 %). En el caso de la colonoscopia el diagnóstico más frecuente fue el cáncer, encontrado en 18 pacientes (40.9 %) (Tabla 3). Lo anterior expuesto se confirma por Salazar y Jiménez¹⁵⁻¹⁷, sobre todo en el diagnóstico rectosigmoidoscópico de pólipo.

Precisa la bibliografía de referencia utilizada que el pólipo rectal constituye el 95 % de los diagnósticos en esta localización anatómica. En cambio, el cáncer colorrectal a nivel sigmoide es el más encontrado pues las características anatómicas de esta parte del intestino grueso permiten con premura la aparición de síntomas propios, que orientan y exigen la realización del estudio.

La mejor concordancia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo se obtuvo con el pólipo, el cual fue confirmado en el 93.7 % de los pacientes que tenían ese diagnóstico (Tabla 4). El cáncer fue confirmado en el 62.5 %.

El 17.4 % de las fístulas perianales tenían cáncer, lo mismo sucedió en el 35.7 % de las amebiasis, el 21.4 % de los diagnósticos de hemorroides, el 33.3 % de las colitis y en el 22.2 % de los pacientes que no traían diagnóstico.^{18,19}

A nuestro juicio, se corrobora el erróneo diagnóstico de fístula perianal y amebiasis intestinal, cuando en realidad se corresponde a la presencia de cáncer colónico, el cual con la utilización de anamnesis exhaustiva, correcto y

completo examen físico (incluyendo tacto rectal), permite diagnóstico certero y precoz, lo que logra tomar conducta más tempranamente.

El diagnóstico de cáncer por estudio colonoscópico se confirmó en el 50 % de los casos. Un alto porcentaje de pacientes con diagnóstico de afecciones benignas fueron diagnosticados de cáncer colorrectal. Lo mismo ocurrió con las fístulas perianales (40.0 %), pólipos (20.0 %), amebiasis (55.6 %), hemorroides (50 %) y colitis (16.7 %).²⁰

CONCLUSIONES

- 1- La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia son dos procedimientos útiles y efectivos para el diagnóstico de las enfermedades colorrectales.
- 2- Los principales diagnósticos obtenidos con la rectosigmoidoscopia fueron los pólipos, cáncer colorrectal y colitis, mientras que con la colonoscopia los principales hallazgos fueron el cáncer y los pólipos.
- 3- La coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo mediante los procedimientos endoscópicos realizados fueron elevados para el cáncer y los pólipos.
- 4- El sangramiento fue el signo encontrado con más frecuencia en nuestra casuística.
- 5- El mayor número de pacientes con endoscopias con resultados positivos se encontró en el grupo de 60 años y más.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Balén EM, Herrera J, Ariceta J, Montón S, Abascal L, Calvo A, *et al.* Eficacia de un protocolo de manejo de la hemorragia digestiva baja grave. *Cir Esp.* 2003; 73:95-03.
2. Schwesinger WH, Sirinek KR, Gaskill HV, Vélez JP, Corea JJ, Strodel WE. Jejunoileal causes of overt gastrointestinal bleeding: diagnosis, management, and outcome. *Am Surg.* 2001; 67:383-7.
3. García MV, González A, López P, Gálvez C, Naranjo A, Díos J, *et al.* Rendimiento de la colonoscopia precoz en la hemorragia digestiva baja aguda grave. *Gastroenterol Hepatol.* 2001; 24:327-32.

4. Funaki B. Endovascular intervention for the treatment of acute arterial gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterol Clin North Am.* 2002; 31:701-13.
5. Lin S, Suhocki PV, Ludwig KA, Shetzline MA. Gastrointestinal bleeding in adult patients with Meckel's diverticulum: the role of technetium 99m pertechnetate scan. *South Med J.* 2002; 95:1338-41.
6. Van Gossum A, Hittelet A, Schmit A, Francois E, Deviere J. A prospective comparative study of push and wireless-capsule enteroscopy in patients with obscure digestive bleeding. *Acta Gastroenterol Belg.* 2003; 66:199-205.
7. De Franco A, Celi G, Restaino G, Foschi R, Vecchioli A, Marano P. Imaging of small bowel tumors. *Rays.* 2002; 27:35-50.
8. DeBarros J, Rosas L, Cohen J. The changing paradigm for the treatment of colonic hemorrhage: superselective angiographic embolization. *Dis Colon Rectum.* 2002; 45(6):802-8.
9. Junquera F, Quiroga S, Saperas E. Accuracy of helical computed tomographic angiography for the diagnosis of colonic angiodysplasia. *Gastroenterology.* 2000; 119(2):293-9.
10. Bounds BC, Friedman LS. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin N Am.* 2003; 32(4):1107-25.
11. Bezet A, Cuillerier E, Landi B. Clinical impact of push enteroscopy in patients with gastrointestinal bleeding of unknown origin. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004; 2(10):921-7.
12. Triester SL, Leighton JA, Leontiadis GI. A Metaanalysis of the yield of capsule endoscopy compared to other diagnostic modalities in patients with obscure gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100(11):2407-18.
13. Pennazio M, Santucci R, Rondonotti E. Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 consecutive cases. *Gastroenterology.* 2004; 126(3):643-53.
14. Richter JM. Occult gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 1994; 23(1):53-66.
15. Saurin JC, Delvaux M, Gaudin JL. Diagnostic value of endoscopy capsule in patients with obscure digestive bleeding: blinded comparison with video push-enteroscopy. *Endoscopy.* 2003; 35(7):576-84.
16. Carey EJ, Fleischer DE. Investigation of the small bowel in gastrointestinal bleeding. Enteroscopy and capsule endoscopy. *Gastroenterol Clin N Am.* 2006; 34(4):719-34.

17. Pando S. Manejo de la hemorragia digestiva baja masiva. En: Vargas G. Gastroenterología basada en evidencias. Lima: Servicio de Gastroenterología (Hospital Nacional Arzobispo Loayza); 2006.p.67-70.
18. Baradiaran R, Ramdhaney S, Chapalamadugu R. Early intensive resuscitation of patients with upper gastrointestinal bleeding decreases mortality. Am J Gastroenterol. 2004; 99(4):619-22.
19. Gostout GJ, Zuccaro G. A practical approach to acute lower gastrointestinal bleed. Patient Care. 2000; 29:23-31.
20. Chamberlain SA, Soybel DI. Occult and obscure sources of gastrointestinal bleeding. Curr Probl Surg. 2000; 37(12):861-916.

TABLA 1. DISTRIBUCION DE ENDOSCOPIAS POR AÑO.

AÑO	RSMC	POSITIVO		COLONC	POSITIVO		TOTAL DE ENDOSCOPIAS	
		No.	%		No.	%	No.	%
1995	896	33	3.6	63	22	34.9	959	25.5
1996	1192	38	3.2	72	15	20.8	1264	33.6
1997	1489	52	3.5	48	7	14.5	1537	40.9
TOTAL	3577	123	3.4	183	44	24.0	37.6	100

RSMC: Rectosigmoidoscopia.

COLONC: Colonoscopia.

TABLA 2. GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

GRUPO DE EDAD	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
15 - 29	18	51.4	17	48.5	35	20.9
30 - 39	8	61.5	5	38.5	13	7.8
40 - 49	7	50.5	7	50.0	14	8.4
50 - 59	13	56.5	10	43.5	23	13.8
60 y más	44	53.6	38	46.4	82	49.1
TOTAL	90	53.9	77	46.1	167	100

TABLA 3. DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO.

DIAGNOSTICO	RSMC		COLONC	
	No.	%	No.	%
Pólipo	65	52.8	15	34.1
Cáncer	32	26.1	18	40.9
Colitis	17	13.8	4	9.1
Hemorroides	5	4.1	-	-
Poliposis	1	0.8	3	6.8
Diverticulosis	-	-	3	6.8
Otros	3	2.4	1	2.3
TOTAL	123	100	44	100

RSMC: Rectosigmoidoscopia.

COLONC: Colonoscopia.

TABLA 4. CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIAGNOSTICO RECTOSIGMOIDOSCOPICO.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	DIAGNOSTICO DEFINITIVO													
	Cáncer		Pólipo		Colitis		Hemorroides internas		Pólipos múltiples		Otros		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fístula perianal	4	17.4	9	39.1	5	21.7	2	8.6	-	-	3	13.1	23	18.7
Pólipo	1	3.1	30	93.7	-	-	-	-	1	3.1	-	-	32	26.1
Cáncer	15	62.5	6	25.0	-	-	3	12.5	-	-	-	-	24	19.5
Amebiasis	5	35.7	4	28.5	5	35.7	-	-	-	-	-	-	14	11.4
Hemorroides	3	21.4	11	78.5	-	-	-	-	-	-	-	-	14	11.4
Colitis	2	33.3	1	16.7	3	50.0	-	-	-	-	-	-	6	4.8
Condiloma	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.8
Sin diagnóstico	2	22.2	3	33.3	4	44.5	-	-	-	-	-	-	9	7.3
TOTAL	32	26.1	65	52.8	17	13.8	5	4.1	1	0.8	3	2.4	123	100

TABLA 5. CORRELACION ENTRE DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DIAGNOSTICO COLONOSCOPICO.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	DIAGNOSTICO DEFINITIVO													
	Cáncer		Pólipo		Colitis		Hemorroides internas		Pólipos múltiples		Otros		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fístula perianal	6	40.0	5	33.3	2	13.3	1	6.7	-	-	1	6.7	15	34.1
Pólipo	1	20.0	3	60.0	-	-	-	-	1	20.0	-	-	5	11.4
Cáncer	3	50.0	2	33.3	-	-	1	16.7	-	-	-	-	6	13.6
Amebiasis	5	55.6	3	33.3	-	-	1	11.1	-	-	-	-	9	20.5
Hemorroides	1	50.0	1	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4.5
Colitis	1	16.7	1	16.7	2	33.3	-	-	2	33.3	-	-	6	13.6
Condiloma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sin diagnóstico	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2.3
TOTAL	18	40.9	15	34.1	4	9.1	3	6.8	3	6.8	1	2.3	44	100