

Evaluación de la Polipectomía Endoscópica Colónica en pacientes del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo Essalud de Arequipa 1999-2004

Yanyne Suárez Cueva *, Juan Campos Nizama**

RESUMEN

El presente trabajo se realizó en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo-Es Salud-Arequipa en los 194 pacientes que fueron sometidos a Polipectomía Endoscópica Colónica en el periodo comprendido entre Enero de 1999 a Diciembre del 2004.

El método empleado es el observacional, retrospectivo y transversal, se estudió las historias clínicas, informes de endoscopia y de anatomía patológica, teniendo en cuenta datos de filiación, cuadro clínico, características endoscópicas y anatomopatológicas de los pólipos, hallazgos colonoscópicos asociados, técnica de polipectomía, complicaciones de la polipectomía y tratamiento complementario postpolipectomía. Se encontró que la polipectomía endoscópica colónica se realizó en 194 pacientes, del total 1380 colonoscopías (14.05%), con más frecuencia en la sexta década de la vida, y correspondiendo la mayor parte al sexo masculino.

En el cuadro clínico la mayoría de pacientes no tuvieron sintomatología previa, y de los que tuvieron alguna manifestación clínica las más frecuente fueron las pérdidas hemáticas y cambios en el ritmo defecatorio.

En cuanto a las características endoscópicas de los pólipos, los sésiles fueron los más frecuentes, se localizaron en su mayoría en la zona recto-sigmoidea, el tamaño preponderante fue de 5 a 10mm, y su presentación generalmente fue única.

El tipo histológico de los pólipos predominante son los adenomas, asimismo presentan con frecuencia algún grado de displasia.

Las técnicas de polipectomía endoscópica colónica empleadas fueron con pinza fría y la de asa, las complicaciones fueron raras.

El tratamiento complementario post-polipectomía recibido fue inyectoterapia y cirugía.

Finalmente, se comentó y comparó nuestros resultados con otros estudios similares, elaborando conclusiones y recomendaciones, con lo que esperamos contribuir a un mejor conocimiento de la polipectomía endoscópica colónica en nuestro país.

PALABRAS CLAVES: Colonoscopia, polipectomía endoscópica, pólipos del colon.

* Médico Gastroenterólogo.

** Médico Asistente Servicio Gastroenterología Hospital Nacional CASE - Es Salud - Arequipa.

SUMMARY

The investigation was performed in the Carlos Alberto Seguí Escobedo National Hospital of Essalud–Arequipa, in 194 patients that were submitted to Colonic Endoscopic Polypectomy from January of 1999 to December of 2004.

This study is observational, retrospective and transverse. The clinical histories, endoscopies reports and pathological anatomies reports were reviewed, taking the personal data, clinical symptoms, endoscopic and pathologic characteristics of the polyps; colonoscopies associate findings; surgical technique of polypectomies, complications and complementary treatment of post-polypectomy.

The colonic endoscopic polypectomy was performed in 194 patients from 1380 colonoscopies (14.05%), with more frequency in the sixth decade of life, and corresponding most to the masculine sex.

Most of the patients did not have previous symptoms, and of those who had clinical manifestations the more frequent were the bleeding lost and changes in the intestinal rhythm.

The polyps endoscopic characteristics found that the sessile were the more frequent and were located in rectum - sigmoid zone. The preponderant size was from 5 to 10mm, and mostly unique.

The histopathology type of the polyps was adenoma, frequently with some grade of dysplasia.

The surgical techniques for the colonic endoscopy polypectomy were with cold pincer and electric cut. The complications were rare.

The complementary treatment after polypectomy was inyectotherapy and surgery.

Finally, our results were discussed and compared with other similar studies, and then we elaborated the conclusions and recommendations, with whom we expect to contribute to a better knowledge of the Colonic Endoscopy Polypectomy in our country.

KEY WORDS: Colonoscopy, endoscopic polypectomy, colonic polyps.

INTRODUCCIÓN

En el campo de la gastroenterología se ven cada día nuevas técnicas y modalidades de diagnóstico y de tratamiento. Todas estas nuevas modalidades son importantes porque tienen que ver con el diagnóstico de lesiones tempranas o en estadios con potencial curativo, pudiendo ser utilizadas como forma de tamizaje en poblaciones de alto riesgo, para mejorar el diagnóstico y en consecuencia ofrecer mejores resultados en la parte terapéutica.^{1,2,3,4}

La endoscopia digestiva ha hecho posible explorar en forma cada vez más acuciosa los diferentes segmentos del aparato digestivo gracias al continuo perfeccionamiento tecnológico, que hace posible que contemos con equipos flexibles de imagen nítida, livianos y fácilmente maniobrables.^{2,3,5}

A los adelantos propios del área de gastroenterología en diagnóstico se han agregado los de cirugía endoscópica que permite variados procedimientos terapéuticos en cuadros clínicos que en épocas pasadas habían sido de tratamiento quirúrgico convencional, podemos mencionar entre ellos la polipectomía endoscópica, dilataciones esofágicas, manejo de ectasias vasculares y de hemorroides complicadas.^{1,5,4,6,7}

La polipectomía endoscópica colónica (PEC) ha sido la revolución en el tratamiento de la neoplasia colónica benigna, es sin duda el procedimiento más frecuentemente utilizado desde su introducción en el manejo de los pólipos de colon. El propósito de la polipectomía es remover toda la lesión o las lesiones y así dejar la cirugía convencional sólo para los pólipos en que una simple polipectomía no es suficiente o impracticable, constituyéndose en un procedimiento de rutina, seguro, rápido y eficaz.^{2,3,4,5,7,8,9}

Los pólipos colónicos es un tópico que ha tomado gran importancia a nivel mundial, sobretodo en países desarrollados, los cuales presentan niveles elevados de morbimortalidad por cáncer de colon, ya que se sabe que estos constituyen lesiones preneoplásicas que se asocian a factores genéticos y ambientales.

Los pólipos colónicos son lesiones que se proyectan por encima de la superficie de la mucosa de colon.

El creciente interés por los pólipos es consecuencia del avance en la capacidad de detectarlos con alto grado de sensibilidad y extirparlos por vía endoscópica, está demostrado que la mayor parte de las neoplasias de colon hasta en un 97%, se originan en un pólipo de tipo adenomatoso previamente benigno.

La extirpación total del pólipo permite al patólogo tener una visión completa de la lesión, el grado y ubicación de las atipias que pudieran existir y de la presencia de degeneración.^{1,2,3,4,6,7,8,10,11,12}

En la actualidad existe ya suficiente evidencia para afirmar que la (PEC) disminuye la incidencia de cáncer colorectal, la remoción de pólipos disminuye la probabilidad de desarrollar cáncer en 70 a 90%.^{1,2,3,4,7,10,13,14,15,16}

Conocedores de las tendencias enunciadas anteriormente en el uso de la (PEC), en el diagnóstico y tratamiento de los pólipos colorectales y ante la ausencia de un estudio sobre este tema en nuestro medio y para aportar información que permita establecer las bases de investigaciones futuras, protocolos de manejo para la evaluación y tratamiento de dichos pacientes es que nos motivamos a la realización de este trabajo que consiste en evaluar los resultados de la (PEC) en pacientes del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo Essalud de Arequipa de 1999 al 2004.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los resultados de la (PEC) en Pacientes del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo Essalud de Arequipa de 1999 al 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar las características propias de los pacientes a quienes se le realizó (PEC) en el presente estudio.

Determinar las características endoscópicas de los pólipos colónicos de los pacientes en estudio.

Conocer los tipos histológicos y grado de displasia de los pólipos colónicos obtenidos por (PEC).

Conocer la patología colónica asociada a pólipos en colon en pacientes a quienes se le realizó (PEC). Determinar la técnica empleada de la (PEC) y las complicaciones presentadas.

Conocer si hubo tratamiento complementario en los pacientes luego de la (PEC).

MATERIAL DE ESTUDIO

AMBITO DE ESTUDIO

El ámbito de estudio es el servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo Essalud de la ciudad de Arequipa, en todos los pacientes a quienes se les realizó (PEC) durante los años 1999 y 2004.

Se determinó la población de estudio teniendo en cuenta lo siguiente:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes de cualquier edad y sexo, a quienes en el servicio de Gastroenterología se les realizó (PEC) en las fechas de Enero de 1999 a Diciembre del 2004.

Pacientes que cuenten con Historia Clínica, Informe Endoscópico del Servicio de Gastroenterología e Informe del Servicio de Anatomía Patológica.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

UNIVERSO Y/O MUESTRA

Nuestra población de estudio está constituida por el total de pacientes a quienes en el Servicio de Gastroenterología se les realizó (PEC) y que cumplieron con los criterios de elegibilidad, desde Enero de 1999 a Diciembre del 2004.

METODOLOGÍA

TIPO O DISEÑO DE INVESTIGACION

El estudio es de tipo: Observacional, retrospectivo y transversal; según Bailar C. es Transversal.¹⁷

TÉCNICAS DE RECOJO DE DATOS, ELABORACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio para el recojo de los datos de los pacientes incluidos se usó una Ficha de Recolección que se aplicó a la Historia Clínica, Informe Endoscópico y Registro de Anatomía Patológica.

El análisis de la información se realizó por medio de distribuciones de frecuencia y porcentajes, técnicas de asociación bivariantes, además de los estudios correspondientes que permitieron apoyar la validez estadística de los hallazgos observados en el estudio.

INSTRUMENTOS

Tenemos los siguientes:

- Fichas de recolección de datos (Anexo)
- Historias clínicas del archivo del HNCA-SE de Arequipa.
- Archivo de informes de endoscopías del servicio de gastroenterología del HNCASE de Arequipa.
- Archivo de Informes del servicio de anatomía patológica del HNCASE de Arequipa.
- Registro computarizado de datos.
- Registros y programas de análisis estadístico.

PROCEDIMIENTOS

Nuestro estudio se inició con la selección de nuestra población de acuerdo a los criterios de inclusión, lo que se hizo revisando los archivos de endoscopia del servicio de gastroenterología. Posteriormente se ubicó las historias clínicas de la población seleccionada así como los registros del servicio de anatomía patológica a las que se aplicó la ficha de recolección de datos.

Una vez conseguidos los datos fueron distribuidos en una base de datos para ser analizados y sometidos a las pruebas estadísticas correspondientes, y así obtener los resultados que son presentados en el presente informe final.

RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron 194 polipectomías en un número igual de pacientes. Los resultados están desarrollados en catorce tablas en las que se describen características de los casos de estudio.

La tabla 1 describe los casos según la edad divididos por décadas. La tabla 2 evalúa los resultados según sexo. La tabla 3 describe la asociación de sintomatología clínica a la presencia de pólipos.

TABLA No 1.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINES COBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. EDAD

| EDAD (Años) | Nº | % |
|--------------|------------|---------------|
| 0-9 | 13 | 6.70 |
| 10-19 | 2 | 1.00 |
| 20-29 | 0 | 0.00 |
| 30-39 | 7 | 3.61 |
| 40-49 | 24 | 12.37 |
| 50-59 | 38 | 19.59 |
| 60-69 | 47 | 24.23 |
| 70-79 | 43 | 22.16 |
| >80 | 20 | 10.31 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 2.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINES COBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. SEXO

| SEXO | Nº | % |
|--------------|------------|---------------|
| Masculino | 104 | 53.61 |
| Femenino | 90 | 46.39 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 3.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINES COBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. CUADRO CLÍNICO

| CUADRO CLÍNICO | Nº | % |
|--|------------|--------------|
| Asintomático | 131 | 67.53 |
| Sintomático | 63 | 32.47 |
| Pérdidas hemáticas | 21 | 33.33 |
| Cambios del ritmo defecatorio | 15 | 23.81 |
| Dolor abdominal | 7 | 11.11 |
| Pérdidas hemáticas + cambios ritmo defecatorio | 5 | 7.94 |
| Pérdidas hemáticas + baja de peso | 5 | 7.94 |
| Baja de peso | 3 | 4.76 |
| Cambio de ritmo defecatorio + dolor Abdominal | 3 | 4.76 |
| Dispepsia | 2 | 3.17 |
| Otros | 2 | 3.17 |
| TOTAL | 194 | 100.0 |

Las tablas 4 a 7 describen características de los hallazgos colonoscópicos de las lesiones polipoideas evaluando el tipo de pólipo según la clasificación de Yamada (Tabla 4), la localización de los pólipos (Tabla 5), el tamaño de los pólipos (Tabla 6) y el número de pólipos encontrados (Tabla 7).

TABLA No 4.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINES COBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE LOS PÓLIPOS

| TIPO (Clasificación Yamada) | Nº | % |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Tipo I | 58 | 29.90 |
| Tipo II | 66 | 34.02 |
| Tipo III | 34 | 17.53 |
| Tipo IV | 36 | 18.55 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 5.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINES COBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. LOCALIZACIÓN DE LOS PÓLIPOS

| LOCALIZACIÓN | Nº | % |
|----------------------------|------------|---------------|
| Recto | 59 | 30.41 |
| Sigmoides | 41 | 21.13 |
| Colon Descendente | 22 | 11.34 |
| Ciego | 18 | 9.28 |
| Colon Ascendente | 16 | 8.25 |
| Transverso | 15 | 7.73 |
| Recto-Sigmoides | 6 | 3.09 |
| Sigmoides+Colon Ascendente | 2 | 1.03 |
| Recto+ Transverso | 2 | 1.03 |
| Colon Descendente+Ciego | 2 | 1.03 |
| Otros | 11 | 5.67 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 6.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. TAMAÑO DE LOS PÓLIPOS

| TAMAÑO (Milimetro) | Nº | % |
|--------------------|------------|---------------|
| <5 | 77 | 39.69 |
| 5-10 | 80 | 41.24 |
| >10 | 37 | 19.07 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 7.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. NUMERO DE PÓLIPOS

| NUMERO | Nº | % |
|--------------|------------|---------------|
| Unico | 142 | 73.20 |
| Múltiple | 52 | 26.80 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

Las características microscópicas o histológicas se detallan en las tablas 8 a la 10; tabla 8 histología del pólipo, tabla 9 presencia de displasia y tabla 10 tipo histológico y severidad de la displasia.

TABLA No 8.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. TIPO HISTOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS

| TIPO HISTOLÓGICO | Nº | % |
|----------------------|------------|---------------|
| Adenomas | 128 | 65.98 |
| Tubulares | 113 | 88.28 |
| Tubulo - vellosos | 7 | 5.47 |
| Vellosos | 8 | 6.26 |
| Hiperplásicas | 44 | 22.68 |
| Inflamatorios | 5 | 2.58 |
| Lipomas | 2 | 1.03 |
| Hamartomas | 2 | 1.03 |
| Carcinomas | 13 | 6.70 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 9.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. GRADO DE DISPLASIA DE LOS PÓLIPOS

| GRADO DE DISPLASIA | Nº | % |
|----------------------|------------|---------------|
| Con Displasia | 137 | 70.62 |
| Leve | 87 | 63.50 |
| Moderada | 23 | 16.79 |
| Severa | 27 | 20.44 |
| Sin Displasia | 57 | 29.38 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 10.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUINESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. TIPO HISTOLÓGICO Y GRADO DE DISPLASIA DE LOS PÓLIPOS

| TIPO HISTOLÓGICO/ GRADO DE DISPLASIA | CON DISPLASIA | | | | | | SIN DISPLASIA | |
|---|---------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| | LEVE | | MODERADA | | SEVERA | | Nº | % |
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| Tubulares | 82 | 94.25 | 17 | 73.91 | 5 | 18.52 | 9 | 15.78 |
| Tubulo-Vellosos | 1 | 1.14 | 3 | 13.04 | 3 | 11.11 | 0 | 0.00 |
| Vellosos | 1 | 1.14 | 2 | 8.7 | 5 | 18.52 | 0 | 0.00 |
| Hiperplásicos | 2 | 2.28 | 1 | 4.35 | 1 | 3.70 | 40 | 70.18 |
| Inflamatorios | 1 | 1.14 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 4 | 7.02 |
| Carcinomas | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 13 | 48.15 | 0 | 0.00 |
| Lipomas | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 3.51 |
| Hamartomas | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 2 | 3.51 |
| TOTAL | 87 | 100.00 | 23 | 100.00 | 27 | 100.00 | 57 | 100.00 |

La tabla 11 evalúa si hubo o no otros hallazgos fuera de los pólipos descritos en la colonoscopia.

TABLA No 11.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS ASOCIADOS

| HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS | Nº | % |
|--------------------------|------------|---------------|
| Sin Hallazgos | 120 | 61.86 |
| Con Hallazgos | 74 | 38.14 |
| Divertículos | 26 | 35.14 |
| Hemorroides | 18 | 24.32 |
| Neoplasia de Recto | 4 | 5.41 |
| Neoplasia de Sigmoides | 4 | 5.41 |
| Fisura Anal | 4 | 5.41 |
| Proctitis | 3 | 4.05 |
| Ectasia Vascular | 3 | 4.05 |
| Colitis Inespecífica | 2 | 2.70 |
| Neoplasia de Ciego | 1 | 1.35 |
| Dolicosigmoides | 1 | 1.35 |
| Otros | 8 | 10.81 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

Finalmente en las tablas 12 a 14 se describe detalles del tipo de polipectomía (Tabla 12), si hubo complicaciones (Tabla 13) y si el paciente requirió de algún otro tratamiento además de la polipectomía (Tabla 14).

TABLA No 12.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. TÉCNICA DE POLIPECTOMÍA

| TÉCNICA DE POLIPECTOMÍA | Nº | % |
|-------------------------|------------|---------------|
| Pinza fría | 123 | 63.40 |
| Asa | 71 | 36.60 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

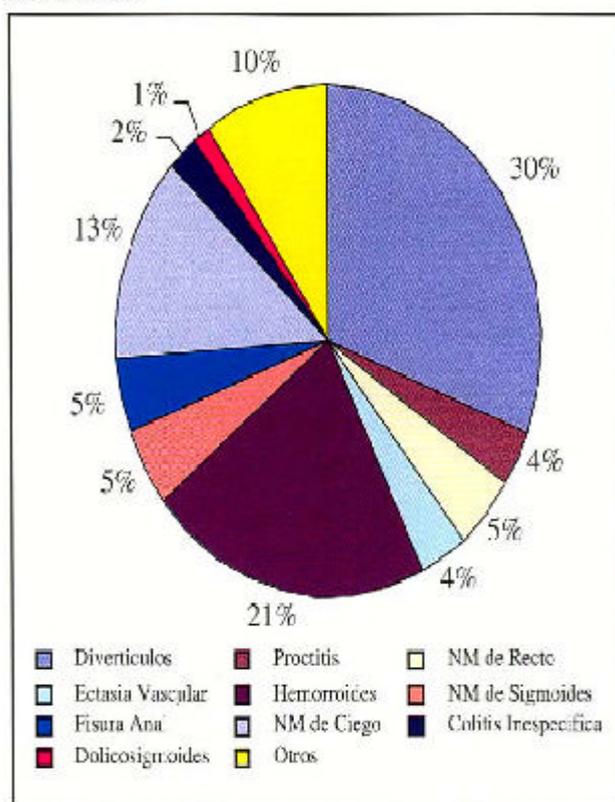
TABLA No 13.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. COMPLICACIONES DE LA POLIPECTOMÍA

| COMPLICACIONES POLIPECTOMÍA | Nº | % |
|--------------------------------|------------|---------------|
| Con Complicaciones | 4 | 2.06 |
| Hemorragia | 0 | 0.00 |
| Perforación | 0 | 0.00 |
| Bacteriana | 0 | 0.00 |
| Explosión | 0 | 0.00 |
| Síndrome de Coagulación | 0 | 0.00 |
| Sin Complicaciones | 190 | 97.94 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

TABLA No 14.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO POSTPOLIPECTOMÍA

| TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO | Nº | % |
|----------------------------|------------|---------------|
| Con tratamiento | 16 | 8.25 |
| Cirugía | 12 | 7.50 |
| Inyectoterapia | 4 | 25.00 |
| Sin Tratamiento | 178 | 91.75 |
| TOTAL | 194 | 100.00 |

FIGURA 1.- EVALUACIÓN DE LA POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA COLÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO DE SALUD DE AREQUIPA. 1999-2004. HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS ASOCIADOS



DISCUSIÓN

En nuestro estudio se realizó (PEC) en 194 pacientes, del total de 1380 colonoscopías se halló pólipos colorectales en 14.05% de las mismas.

La incidencia de pólipos colorectales que encontró Minaya⁸ en su población es de 1.2, Rocha¹⁰ en 846 colonoscopías revela 21.6% mientras que Díaz¹⁸ reportó 19.8% del total de su población. Nuestros hallazgos se encuentran dentro del rango hallado en otras series, sin embargo debemos resaltar que el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa es un centro de referencia para este tipo de procedimiento.

En cuanto a la edad (Tabla No 1) encontramos que la (PEC) se realizó con más frecuencia en la sexta década (24.23%), seguida de la séptima y quinta década con 22.16% y 19.59% respectivamente. No presentándose ningún caso en la segunda década. La edad promedio hallada es de 58.68 años. El rango de edades oscila de 2 años hasta los 93 años.

La (PEC) está en relación a la presencia de pólipos colónicos, es así que Minaya⁸ halló en su serie la mayor frecuencia de pólipos colónicos hasta de 31% en mayores de 80 años, con una edad promedio de 50.8, y un rango de edad entre 1 año y 95 años. Chang¹⁹ revela una edad promedio de 50 años. Schatzkin²⁰ encuentra una edad promedio de 61 años, mientras que Janne²¹ halla en la población general hasta un 33% en mayores de 50 años y hasta 50% en mayores de 70 años. Winawer²² describe la mayor frecuencia en mayores de 60 años que representa un 60.9%, seguida de la quinta década con un 28.3%.

El grupo etéreo en el que se presenta con mayor frecuencia los pólipos colorectales es en mayores de 50 años, a mayor edad mayor frecuencia^{2,6,8,11,14,23,24} es por esto que la (PEC) en nuestro estudio se realizó con más frecuencia a partir de la quinta década, lo que es similar a lo reportado por otras series.

La población de estudio (Tabla N° 2) está constituida en su mayoría por el sexo masculino (53.61%), correspondiendo al sexo femenino el 46.39%. El sexo masculino tiene una relación de 1.15 con el femenino.

Nuestros hallazgos concuerdan con lo descrito por otros autores, Pineau²⁵ encontró una mayor frecuencia del sexo masculino hasta 59.3%, Schatzkin²⁰ reporta un 65.8% y Winawer²² revela 67.7% de sexo masculino.

En nuestra serie (Tabla N°3) encontramos que la mayoría de los pacientes a los que se realizó polipectomía (PEC) no tuvieron sintomatología previa al procedimiento hasta en un 67.53%, sólo el 32.47% tuvieron alguna manifestación clínica, siendo los más frecuentes las pérdidas hemáticas (33.33%) y cambios del ritmo defecatorio (23.81%), además se halló dolor abdominal (11.11%), baja de peso (4.76%) y dispepsia (3.17%). Minaya⁸ describe que la sintomatología más frecuente fue el sangrado de las vías digestivas (23%), dolor abdominal (17.85%) cambios en el hábito intestinal (16.4%), Pineau²⁵ encontró el 67.8% de asintomáticos y sintomáticos 32.2% (hematoquezia 29.3%, cambio del hábito intestinal 40.5, anemia 5.2%). Iannaccone²⁶ encuentra 51.5% de asintomático y 48.3% sintomáticos.

La mayor parte de los pacientes que acuden a (PEC) son asintomáticos, generalmente el hallazgo del pólipo fue casual,^{2,3,6,7,16} si se presenta alguna sintomatología es debido mayormente a un aumento del tamaño del pólipo o a procesos asociados (neoplasias de colon, hemorroides, entre otros).^{2,3,8,9,27,22,21,28}

En nuestro estudio respecto a las características endoscópicas de los pólipos en cuanto al Tipo: Clasificación de Yamada (Tabla N°4), hallamos pólipos sésiles en 34.02%, ligeramente elevado 29.9%, pediculado 18.55%, y

subpediculado 17.53%, resultados similares se describen en otras series.^{1,8,9,16,29,18}

El aspecto macroscópico del pólipo es muy importante para prever el tipo histológico, el tipo sésil se describe como el más frecuente y asociado a malignidad ya que está más relacionado a pólipos adenomatosos.^{2,3,6,8,23,30,31}

La (PEC) (Tabla N°5) se realizó con mayor frecuencia en sigmoides y en recto (54.63%), siendo la menos frecuente en transverso (7.73%), la localización del procedimiento tiene relación con la ubicación de los pólipos colónicos. Así tenemos que Minaya⁸ reporta que el sitio más frecuente de localización de los pólipos fue el recto en 32.6%, Pineau²⁵ revela en sigmoides 37.8%, recto 13.9%, siendo el de menor frecuencia en ciego con 6%. Fenlon³² describe 43.56% de pólipos en colon descendente mientras que Schatzkin²⁰ halló en colon proximal 21.20% y en colon distal 10.4%. Por lo tanto nuestros hallazgos concuerdan con los de las otras series.

La localización de los pólipos es variable, sin embargo en pacientes sintomáticos de edad avanzada predominan en el lado izquierdo, a mayor ascendencia menor frecuencia.^{2,3,6,7,33,29,28}

En relación al tamaño del pólipo extraído por (PEC) (Tabla N°6) encontramos en nuestra serie que 41.24% se hallan entre 5 y 10mm, menos de 5mm en 39.69% y son mayores de 10mm en 19.07%. Minaya⁸ revela en su serie 70% de tamaño <5mm, 18% entre 5mm y 10mm y 12% >10mm. Iannaccone²⁶ describe 51.2% <5mm, 33.9% entre 5 y 10mm, y 14.8% >10mm mientras que Pineau²⁸ encuentra pólipos <5mm en 62.7%, 5 a 10mm en 23.9%, de 10-19mm en 8% y mayores de 20mm 5.5%. Fenlon³⁸ detalla 46% de <5mm 35% de 5-10mm, 19% >10mm. Como podemos apreciar, nuestros resultados coinciden en que la mayoría se encuentra dentro del grupo de <10mm, sin embargo el menor porcentaje podría deberse a los diferentes criterios de medida del especialista que realiza el procedimiento.

El tamaño del pólipo es importante ya que tiene una asociación significativa con la transformación maligna, es decir a mayor tamaño aumenta el riesgo de una displasia maligna.^{2,3,6,10,11,12,27,26,28,25}

En cuanto al número de pólipos (Tabla N°7) apreciamos en nuestro estudio pólipos únicos en un 73.20% y múltiple en 26.80%. Pineau²⁵ describe pólipos únicos en un 72.4% y múltiples en 27.6%, y Winawer²⁶ menciona pólipos únicos en 59% y múltiples en 41.0%, lo que esta de acuerdo con nuestros hallazgos.

Cabe señalar que encontramos 2 pacientes (1.03%) a quienes se les diagnosticó como Poliposis Múltiple Familiar. El número de pólipos colónicos, guarda relación directa con el aumento de probabilidad de displasia maligna, así en Poliposis Múltiple Familiar el riesgo de cáncer colónico es alto.^{2,3,6,7,12,14,23,34,28,35,36}

En el tipo histológico de los pólipos (Tabla N°8), encontramos que los adenomas son los más frecuentes en un 65.98%, dentro de los cuales los tubulares, tubulo-

vellosos y vellosos representan el 88.28%, 5.47% y 6.25% respectivamente. En segundo lugar encontramos a los pólipos hiperplásicos (22.68%) y en tercer lugar a los carcinomas (6.7%). Rocha¹¹ describe pólipos neoplásicos hasta un 57% los cuales corresponden a adenomas tubulares (83.4%), tubulo-vellosos (9.1%) y vellosos (7.5%), no neoplásicos en 43%, y carcinomas en 7.4%. Iannaccone²⁶ revela pólipos no neoplásicos en 46.3%, neoplásicos en 57.7% correspondiendo a adenomas tubulares 47.3% y a carcinomas 5.5%. Pineau²⁵ halló adenomas tubulares en 56.7%, tubulo-vellosos en 7%, pólipos hiperplásicos en 25.5%, y carcinomas en 5%. Nuestros hallazgos son similares a los hallados por otros autores.

Dentro del estudio de los pólipos colónicos es importante determinar el tipo histológico, ya que este nos va determinar la posibilidad de degeneración maligna del mismo y su evolución a cáncer, los adenomas son considerados precursores del carcinoma colorectal.^{2,3,6,7,9,11,31}

En el grado de displasia de los pólipos colónicos extirpados (Tabla N°9) encontramos que el 70.62% tienen algún grado de displasia correspondiendo a leve 62.77%, moderada 16.79% y severa en un 20.44% y sin displasia en un 29.38%. Diversos autores señalan resultados similares.^{9,12,15,16,21,28}

Se conoce que el grado de displasia y presumiblemente el potencial maligno se relaciona con el incremento del componente vellosos, el tamaño del pólipo y la edad del paciente, sin embargo debemos señalar que aunque los pólipos adenomatosos son los que con mayor frecuencia presentan algún grado de displasia, los otros tipos histológicos también pueden presentarla aunque con menor frecuencia.^{2,3,7,10,37,24,22,38,28} tal como lo muestra nuestro estudio (Tabla N°10) en que los adenomas en un 92.97% presentan algún grado de displasia (los vellosos y tubulo-vellosos en el 100.00%, mientras que los tubulares en 91.23%), y en los pólipos hiperplásicos el 9.10% tienen algún grado de displasia.

Los hallazgos colonoscópicos asociados (Tabla N°11) fueron encontrados en 38.14% de los pacientes correspondiendo (Figura N°1) a divertículos en 35 (13%), hemorroides en 24 (32%) y neoplasia rectosigmoidea en 12 (17%).

Generalmente estos hallazgos, no tienen relación con la patología de fondo (pólipos colónicos), la presencia de divertículos y de hemorroides es explicada por la edad del paciente, a mayor edad mayor frecuencia de estas lesiones. La presencia de neoplasias colónicas si tiene relación directa con la existencia de pólipos en colon.^{2,3,7,31}

La técnica de polipectomía endoscópica (Tabla N°12) empleada fue con pinza fría en un 63.40% y con asa en 36.6% de los pacientes. No se usó pinza caliente por no contar el Servicio de Gastroenterología con dicho instrumento, asimismo respecto al uso de la técnica asistida a pesar de su uso no existe la descripción de la misma en los informes respectivos, por lo que no se consideraron dentro de los resultados de este estudio.

Las complicaciones (Tabla N°13) en los pacientes a quienes se le realizó Polipectomía Colónica Endoscópica se presentó sólo en un 2.06%, que correspondieron en su totalidad a hemorragia, diversos autores señalan resultados similares.^{4,9,15,19}

Las complicaciones son poco frecuentes, la hemorragia se presenta en la mayoría de casos por inexperiencia del endoscopista, pólipos de tamaño mayor de 2cm, edad avanzada del paciente o coagulopatía.^{2,4,7,40} en nuestro estudio se presentó dicha complicación en forma inmediata, correspondiendo a 3 casos por pólipos de gran tamaño y un paciente con coagulopatía, a quienes se les realizó inyectoterapia con adrenalina.

Tratamiento complementario postpolipectomía recibieron el 8.5% de nuestros pacientes, (75% cirugía y 25% inyectoterapia). El tratamiento quirúrgico se realizó en aquellos pacientes que tenían fundamentalmente pólipos sésiles con base de implantación amplia y con componente vellosos o displasia de alto grado o neoplasia, y la inyectoterapia se usó en el tratamiento de la hemorragia postpolipectomía en forma inmediata, lo que cohibió el sangrado.^{2,3,4,7,15,39,40}

CONCLUSIONES

- La (PEC) en el Hospital Carlos Alberto Seguí Escobedo EsSalud-Arequipa entre Enero de 1999 a Diciembre del 2004, se realizó en 14.05% del total de colonoscopías efectuadas en pacientes del Servicio de Gastroenterología.
- Los pacientes a los que se les realizó la (PEC), tienen generalmente una edad mayor de 50 años (64.98%), siendo el sexo masculino el mayoritario (53.61%).
- El cuadro clínico se caracterizó en el 67.53% por ser asintomático, sólo el 32.47% de los pacientes tuvieron alguna manifestación clínica siendo las más frecuentes las pérdidas hemáticas y los cambios en el ritmo defecatorio.
- Los pólipos colónicos extirpados fueron en su mayoría de tipo sésil, de localización rectosigmoidea, entre 5-10mm de tamaño y únicos.
- El tipo histológico de los pólipos predominante son los adenomas (65.98%), se encontró algún grado de displasia en el 70.62% del total de pólipos.
- Los hallazgos colonoscópicos asociados encontrados con mayor frecuencia son divertículos, hemorroides, y neoplasia rectosigmoidea.
- Las técnicas de polipectomía endoscópica colónica más empleadas fueron la de pinza fría y asa.
- Las complicaciones post-polipectomía, son raras, solo se presentó en el 2.06% de los pacientes.
- El tratamiento complementario post-polipectomía que recibieron los pacientes fueron inyectoterapia y cirugía.

RECOMENDACIONES

- La (PEC), es un procedimiento seguro, rápido y eficaz que nos permite diagnosticar lesiones tempranas o en estadios curativo, por lo que se recomienda su uso en

forma rutinaria para tamizaje en poblaciones de riesgo para cáncer de colon, mejorando el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los pacientes.

- Mejorar la confección de las historias clínicas, así como los informes endoscópicos y de anatomía patológica, tener en cuenta una mejor descripción, del cuadro clínico, procedimientos realizados y hallazgos.
- Realizar trabajos prospectivos, teniendo en cuenta la elaboración de protocolos multidisciplinarios en el manejo de pacientes con pólipos colónicos y polipectomía endoscópica colónica que permita un seguimiento a largo plazo de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

1. SCHOEN RE., GERBER LD., et al: *The Pathologic Measurement of Polyp Size is Preferable to the Endoscopic Estimate*. *Gastrointest Endosc*; 46:492-496, 1997.
2. FELDMAN M., SCHARSCHMIDT B., SLEISEN-GER M., *Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas*. Editorial Médica Panamericana. España, 2000.
3. FRIEDMAN S., MACQUAID K., GRENDALL J., *Current, Diagnosis & Treatment in Gastroenterology*. The McGraw-Hill Companies, Inc. Second edition. USA. 2003.
4. RADDATZ ALEJANDRO, M.D., RHANER ALEJANDRO M.D.: *Cirugía Endoscópica del Tubo Digestivo Bajo*. Boletín Esc. De Medicina P. Universidad Católica de Chile; 93:95-99, 1994.
5. COTTON, PETER B. M.D., WILLIAMS CHRIS-TOPHER B. BM. *Tratado Práctico de Endoscopia Digestiva*. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. España, 2003.
6. HARRISON, *Principios de Medicina Interna*. Editorial McGraw Hill. 14ª. Edición. 1998.
7. YAMADA TADATAKA M.D. et al: *Textbook of Gastroenterology*. Lippincott Williams & Wilkins. Third Edition. USA.
8. MINAYA IVÁN, M.D., HERNÁNDEZ TRACEY M.D., et al: *Prevalencia de Pólipos Colónicos en una Muestra de la Población Dominicana*. *Acta Medica Dominicana*; 20(06): 68-87, 1999.
9. WESTON A.P., CAMPBELL D.R. *Diminute Colonic Polyps: Histopathology, Spatial, Distribution Concomitant Significant Lesions & Treatment Complication*. *Am. J. Gastroenterology*; 90(01): 24-28, 1995.
10. READTHOMAS, M.D., READ JULIE, R.N., BUTTERLY, M.D. *Importance of Adenomas 5mm or less in Diameter that are Detected by Sigmoidoscopy*. *N Engl Med*; 336(01):8-11, 1997.
11. ROCHA RJL., PENA JP., FRANCO GJR., et al: *Adenomas Colónicos. Factores de Riesgo para su Malignización*. *Rev. Gastroenterológica Méx.*; 61(03): 178-183, 1996.
12. VÁSQUEZ P, HWRFRERA A., MOLINA E., et al: *Incidence of Malignancy in Millimetric the Polypus*. *Rev Esp. Enf. Dig*; 87(11): 781 -4, 1995.
13. RANSOHOFF DF., KUO HS. *Colonoscopic Surveillance after Polypectomy: Considerations of cost Effectiveness*. *Ann Intern Med*; 114:177-82, 1991.
14. WINAWER SJ., ZAUBER AG., et al: *Prevention of Colorectal Cancer by Colonoscopic Polypectomy*. *N Engl Med*; 329: 1977-81, 1993.
15. NARANJO RODRÍGUEZ A., LÓPEZ RUBIO F., SÁNCHEZ DEL RÍO A, et al: *Tratamiento mediante Polipectomía Endoscópica para Lesiones Removibles por Endoscopia*. *Gas-troenterology*; 89:328-336, 1985.
16. WEBB W., MAC DANIEL L., JONES L. *Experience with 1000 Colonoscopic Polypectomies*. *Am Surg*; 201:626-630, 1985.
17. MONTES C. HIMMLER, et al: *Metodología de la Investigación Científica*. Facultad de Medicina. Arequipa, Perú, 2002.
18. MORSON BC, SOBIN LH, et al: *Histological Typing of Intestinal Tumours. International Histological Classification of Tumors; No 15*. Ginebra World Health Organization, 1976.
19. CHANG IAN M.D., CUNNINGHAM M.D., et al: *Ciclooxigenasa Inhibition in Cancer a Blind Alleg or a New Therapeutic Reality?* *N Engl Med*; 346(14):1085-1098, 2002.
20. SCHATZKIN, M.D., GANZA, PH.D., CORLE, M.S., et al: *Lack of Effect of a Low-Fat High-Fiber Diet on the Recurrence of Colo-rectal Adenomas*. *N Engl Med*; 342(16): 1119-1127, 2000.
21. JANNE, M.D., MAYER, M.D., et al: *Chemoprevention of Colorectal Cancer*. *N Engl Med*; 342(26):1960-1968, 2000.
22. WINAWER, M.D., ZAUBER, PH.D., GERDER, M.D., et al: *Risk of Colorectal Cancer in the Families of Patients with Adenomatous Polyps*. *N Engl Med*; 334:82-7, 1996.
23. O'BRIEN M.J., WINAWER S.J., ZAUBER A.G., et al: *The National Polyp Study: Patients and Polyps Characteristics Associated with Grade Dysplasia in Colorectal Adenomas*. *Gastroenterology*; 98:371-88, 1990.
24. TSAI CJ., LU DK.: *Small Colorectal Polyps: Histopathology and Clinical Significance*. *Am J Gastroenterology*; 90:988-994, 1995.

25. PINEAU BENOIT, PASKETT ELECTRA, et al: *Virtual Colonoscopy Using Oral Contrast Compared with Colonoscopy for the Detection of Patients with Colorectal Polyps*. Gastroenterology; 125:304-310, 2003.
26. IANNACCONE RICCARDO, LAGHI ANDREA et al: *Computed Tomographic Colonography without Cathartic preparation for the Detection of Colorectal Polyps*. Gastroenterology; 127:1300-1311, 2004.
27. SELBY IV., FRIEDMAN GD., QUESEN-BERRY CP., et al: *A case Control Study of Screening Sigmoidoscopy and Mortality from Colorectal Cancer*. N Engl Med; 326:653-7, 1992.
28. DI SARRO J.A., FOTCH P.G., MAL H.D. et al: *Prevalence and Malignant Potential of Colorectal Polyps in Asymptomatic Average Risk Men*. Am. J. Gastroenterology; 86 (08):941-45, 1991.
29. BARDAN E, BAT L, MELZER E, et al: *Colonoscopic Resection of Large Colonic Polyps a Prospective Study*. Isr. J Med Sci; 33(19):777-781, 1997.
30. AXEL RADA., FLEISCHER D., GELLER A., et al: *High - Resolution Chromoendoscopy for Diagnosis of Diminute Polyps: Implications for Colon Cancer*. Sc. Gastroenterology; 110:1253-8. 1996.
31. TRAVERSO COLINA, IBARROLA CAROLINA, *Protocolo e Información Sistematizada para los Estudios Histopatológicos Relacionados con el Carcinoma Colorectal*. Revista Española de Patología; 37(1):334-362, 2004.
32. FENLON, M. B., NUNEZ, M. B., SCHROY III, M.D., et al: *A Comparison of Virtual and Conventional Colonoscopy for the Detection of Colorectal Polyps*. N Engl Med; 341(20):1496-1503, 1999.
33. WAYE, JD., LEWIS BS., KEL A., et al: *Small Colon Polyps*. Am J Gastroenterology; 28; 1-5, 1982.
34. GIARDIELLO, M.D., YANG, M.D., et al: *Primary Chemoprevention of Familial Adenomatous Polyposis with Sulindac*. N Engl Med; 346(14): 1054-9, 2002.
35. RANSOHOFF DAVID M.D., SANDLERRO-BERT M.D.: *Screening for Colorectal Cancer*. N Engl Med; 346(1):40-44, 2002.
36. MARRA, MD., JIRINCRY PHD., et al: *Multiple Colorectal Adenomas-Is their Number Up?* N Engl Med; 348:842-847, 2003.
37. ZARCHY TM., ERSTOFF, D., et al: *Characteristics of Adenomas on Flexible Sigmoidoscopy Predict Advanced Lesion on Base-line Colonoscopy?* Gastroenterology; 106: 1501-4, 1994.
38. ALBERTS DAVID, M.D., MARTINEZ MARIA ELENA, PH.D. et al: *Lack of Effect of High-Fiber Cereal Supplement on the Recurrence of Colorectal Adenomas*. N Engl Med; 342 (16):1156-2000, 2005.
39. WAYE JD, KHAN O, AUERBACH M.: *Complicaciones de las Colonoscopías y la Sigmoidoscopia Flexible. En Complicaciones en Endoscopia Gastrointestinal*. Clínicas de Endoscopia de Norteamérica; 6(02): 325-355, 1996.
40. VERNAVA AM, LONGO WE: *Complications of Endoscopic Polypectomy*. Surg On-col Clin. N Am; 5(03): 663-673, 1996.