

112382
3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

FRECUENCIA DE POLIPOS COLORECTALES DETECTADOS MEDIANTE
COLONOSCOPIA.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
COLOPROCTOLOGÍA

PRESENTA

DR. ADOLFO FUENTES RIVAS

ASESORES :

DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ.
DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

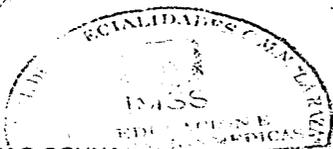
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Agde

[Signature]



DR. JESUS ARENAS OSUNA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA CONTINUA DEL H.E.C.M.N.R.

[Signature]

DR. MARCO ANTONIO PULIDO MUÑOZ

JEFE DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.
ASESOR DE TESIS
TITULAR DEL CURSO.

[Signature]

DR. ADOLFO FUENTES RIVAS

RESIDENTE DE COLOPROCTOLOGIA DEL H.E.C.M.N.R.

2002 690 0089



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
No. DE REGISTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

2

U. S. A. M.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico el
contenido de mi trabajo.

NOMBRE: Rivero Adolfo Fuentes

FECHA: 24 Marzo 03

FIRMA: [Firma manuscrita]

AGRADECIMIENTOS.

A mi madre, por su infinito amor y confianza, por haberme dado el don de la vida, gracias donde quiera que esté.

A mi padre, por el apoyo que siempre me brindó.

A mi esposa y a mis hijos Allen, Harel y Luis Angel, por las horas que les he robado, por su cariño y comprensión.

A los pacientes , por su nobleza.

A mis maestros, por contribuir a mi formación con sus enseñanzas y sus regaños.

RESUMEN

Título: Frecuencia de pólipos colorectales detectados mediante colonoscopia.

Objetivo: Conocer la frecuencia, estirpe histológica y localización de los pólipos detectados por colonoscopia, en el servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo, abierto. Se revisaron los reportes de colonoscopias del servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Se registraron nombre y número de afiliación de los pacientes sometidos a colonoscopia en quienes se detectaron pólipos del 1° de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2001. Se analizaron los reportes de histopatología de 64 pacientes, los cuales se obtuvieron del archivo del servicio de anatomía patológica del mismo hospital. Se registraron los nombres, número de afiliación, edad, sexo, indicación del estudio, presencia de pólipos, tipo de pólipos, realización de polipectomía y/o biopsias, complicaciones y estirpe histológica.

Resultados: Se realizaron 769 colonoscopias, detectándose 94 pacientes con pólipos colorectales (12%). La indicación más frecuente para el estudio fue la hemorragia a través del recto, referida como rectorrágia, hematoquezia o sangrado de tubo digestivo bajo, con 29 pacientes (31%). La localización más frecuente de los pólipos fue el sigmoides con 35 pacientes (37%). Se reportaron pólipos sésiles en 50 pacientes (53%) y pediculados en 44, (47%). Se encontraron lesiones únicas en 76 pacientes (81%) y múltiples en 18, (19%).

Se excluyeron 30 pacientes por no contar con reporte histopatológico. Se analizaron 64 pacientes con reporte histopatológico, de los cuales se encontró una frecuencia del sexo femenino de 58% (37 pacientes), contra 42% del sexo masculino (27 pacientes). El promedio de edad fue de 55 años y el grupo de edad más afectado fue el de 60 a 69 años, con 18 pacientes (28%).

El porcentaje total de pólipos corroborados por histopatología fue de 64% (41 pacientes), de los cuales 31 fueron adenomatosos, que corresponde al 75%, 4 hiperplásicos (10%), 4 pseudoinflamatorios (10%) y 2, pólipos juveniles o de retención (5%). De los pólipos adenomatosos 23 correspondieron al tipo tubular (74%), 5 al tipo tubulovellosos (16%) y 3 al tipo vellosos (10%). El resto de los reportes concluyeron: colitis crónica no específica en 10 casos, adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 4 casos, mucosa con cambios adenomatosos en 4 casos, mucosa normal en 3 casos y otras 2 casos. El 21.8% de los pólipos presentó displasia leve a moderada. No se presentaron complicaciones durante las colonoscopias.

Conclusiones: La frecuencia de pólipos detectados por colonoscopia fue de 12%. La indicación más frecuente para la colonoscopia fue el sangrado transrectal referido como hematoquezia, rectorrágia o simplemente como sangrado de tubo digestivo bajo, 29 pacientes (31%). El porcentaje de pólipos corroborados por histopatología fue de 5,3% tomando en cuenta el total de colonoscopias. Los pólipos adenomatosos son los más frecuentes, similar a lo reportado en la literatura.

Palabras Clave: Colonoscopia, Pólipo, Polipectomía colonoscópica.

ABSTRACT

Title: Frequency of colorectal polyps detected by means of colonoscopy

Objective: To know the frequency, stock histological and localization of the polyps detected by colonoscopy, in the service of coloproctology of the Specialties Hospital of the National Medical Center "The Race."

Material and methods: Study retrospective, traverse, observational, descriptive, open. The reports of colonoscopy of the service of coloproctology of the Hospital of Specialties of the Medical Center The Race were revised. They registered name and affiliation number from the patients underwent to colonoscopy in those who polyps were detected from the January 1° 2000 to December 31 the 2001

The reports of 64 patients' histopatología were analyzed, which were obtained of the file of the service of pathological anatomy of the same hospital. They registered the names, affiliation number, age, sex, indication of the study, presence of polyps, type of polyps, realization of polipectomy and/or biopsies, complications and stock histological.

Results: They were carried out 769 colonoscopies, being detected 94 patients with colorectal polyps (12%). The most frequent indication for the study was the hemorrhage through the rectum, referred as rectorragie, hematoquezia and bled of bowel large, with 29 patients (31%). The most frequent localization in the polyps was the sigmoides with 35 patients (37%). polyps sésile was reported in 50 patients (53%) and pediculated in 44, (47%). they were unique lesions in 76 patients (81%) and multiple in 18, (19%).

30 patients were excluded by not having report histopatoly. 64 patients were analyzed with report histopatológico, of which he/she was a frequency of the feminine sex of 58% (37 patients), against 42% of the masculine sex (27 patients). The age average was of 55 years and the affected age group went the one from 60 to 69 years, with 18 patients (28%).

The total percentage of polyps corroborated by histopatología was of 64% (41 patients), of which 31 were adenomatous that corresponds to 75%, 4 hiperplásic (10%), 4 pseudoinflamatorios (10%) and 2. juvenile polyps or of retention (5%). De the polyps adenomatosos 23 corresponded to the tubular type (74%), 5 to the type tubulovellous (16%) and 3 to the vellous type (10%). The rest of the reports concluded: chronic colitis not specific in 10 cases, adenocarcinoma moderately differed in 4 cases, mucous with changes adenomatous in 4 cases, mucous normal in 3 cases and other 2 cases. 21.8% of the polyps presented light displasia to moderate. Complications were not presented during the colonoscopy.

Conclusions: The frequency of polyps detected by colonoscopy was of 12%. La more frequent indication for the colonoscopy it was the bled transectal referred as hematoquezia, rectorragie or simply as bled of low alimentary canal, 29 patients (31%). El percentage of polyps corroborated by histopatología was of 5,3% taking into account the colonoscopy total. The polyps adenomatous is the most frequent, similar to that reported in the literature.

Words Key: Colonoscopy, Polyp, Colonoscopic polypectomy .

INTRODUCCIÓN.

ANTECEDENTES

Los tumores colorectales benignos más comunes son los pólipos. Se estima que la prevalencia de pólipos asintomáticos en la población general varía de 1.6 a 12% y que en la población mayor de 70 años la prevalencia es de 40%. (1) Neugut y colaboradores encontraron una prevalencia de 15 a 30% en la población asintomática. (2)

Definición:

Un pólipo es una proyección bien circunscrita sobre la superficie epitelial. Este puede ser pediculado o sésil y su tamaño varía de 1 o 2 mm hasta más de 10 mm (3)

Clasificación: Existen 3 tipos principales de pólipos.

- 1) **Hiperplásicos (metaplásicos).** Se encuentra usualmente en el recto y el sigmoides, con frecuencia en lo alto de los pliegues de mucosa y en la cima de las valvas de Houston. Casi siempre son múltiples(3).
Histológicamente consisten en dismaduración e hiperplasia epiteliales. (4)
- 2) **Hamartomatosos (no neoplásicos).** Son crecimientos no neoplásicos compuestos de una mezcla anormal de tejidos normales. Son lesiones ovales o redondas con superficie lisa continua. Incluye los pólipos juveniles de retención y los pólipos del síndrome de Peutz-Jegers.(3)
Están compuestos de epitelio y elementos de tejido conectivo. Frecuentemente se observan células inflamatorias agudas y crónicas.(3)
- 3) **Adenomas (pólipos adenomatosos).** Consideradas como neoplasias verdaderas, se clasifican a su vez en 3 grupos:
 - a) **Adenomas tubulares:** Aproximadamente 75% de los adenomas son clasificados como adenomas tubulares. Consisten de paquetes firmes de epitelio tubular(glandular) separados por lámina propia normal, los cuales crecen y se ramifican horizontalmente en la muscular de la mucosa. Se observan mitosis frecuentes pero no hay invasión de la muscular de la mucosa.(3)
 - b) **Adenomas tubulovelloso:** Son una combinación de elementos tubulares y vellosos. Corresponden al 10 o 15% de total de los adenomas. (3)
 - c) **Adenomas vellosos:** Corresponden al 5 a 10% de los adenomas. Son más grandes que los tubulares y con mayor frecuencia son sésiles, sus bordes son usualmente menos bien definidos que los tubulares. A pesar de su tamaño, su textura aterciopelada y suave puede hacer que pasen desapercibidos durante el tacto rectal (3)

Microscópicamente están constituidos por procesos digitiformes formados por un núcleo de lámina propia cubierta por epitelio que crece verticalmente hacia el lumen intestinal. Es común observar atipia o displasia. (3) El 60% de los adenomas mayores de 2 cm son vellosos.(4)

Diagnóstico y tratamiento.

La rectosigmoidoscopia y la colonoscopia son las modalidades diagnósticas y terapéuticas que más han aportado al conocimiento de la enfermedad polipoidea en los últimos 25 años.(3)

La probabilidad de detectar pólipos durante la colonoscopia es generalmente independiente de la indicación del procedimiento.(5)

La indicación más frecuente en los casos de hallazgos incidentales de pólipos durante una colonoscopia fue el sangrado rectal oculto (5)

El porcentaje de pólipos reportados por algunos autores durante las colonoscopias es de hasta un 54%. Charles Whitout realizó 8,685 polipectomías de un total de 15,975 colonoscopias en un periodo de 18 años.(6)

El mejor tratamiento para la mayor parte de los pólipos pediculados es la polipectomía colonoscópica. El asa de cauterio se coloca en un punto del tallo para extirpar adecuadamente el pólipo con un borde libre desde la cabeza, pero a una distancia suficiente para evitar una lesión térmica de la pared del colon en la base del tallo.(7)

Los pólipos sésiles grandes también pueden extirparse en trozos, se toman porciones pequeñas de 0.5 a 1.5 cm para evitar quemar el grosor total de la pared intestinal, una corriente baja ayuda a evitarlo.(7)

La polipectomía colonoscópica es la técnica preferida para remover la mayoría de los pólipos. Paolo Dell' Abate reportó 72% de pólipos adenomatosos, 2% de pólipos hiperplásicos y 26% de pólipos malignos en una serie de 104 pólipos gigantes extirpados por polipectomía colonoscópica. El, reporta un 3.8% de complicaciones y considera que la vigilancia postpolipectomía es necesaria para todos los pacientes que fueron sometidos a resección colonoscópica de pólipos adenomatosos gigantes malignos.(8)

La introducción de la colonoscopia a principios de los años 70'S, seguida de la demostración de que la polipectomía colonoscópica era factible, proporcionaron la tecnología y la aplicación del siguiente concepto: "El colon entero debe examinarse, identificar los pólipos y researlos; esto previene el cáncer colorectal.(9)

Los pólipos adenomatosos colorectales son generalmente considerados como lesiones precursoras en la mayoría de los casos de carcinoma colorectal (10). La polipectomía colonoscópica reduce sustancialmente la incidencia de cáncer colorectal comparado con lo esperado para la población general, con un efecto protector para el desarrollo de cáncer en promedio de 5.9 años. (11)

La polipectomía colonoscópica resulta en una incidencia de cáncer colorectal de 76 a 90% menor a lo esperado cuando se compara con grupos control.(4) Hofstad efectuó 494 polipectomías colonoscópicas en un periodo de 3 años y reportó un 60% de adenomas y 30% de pólipos hiperplásicos.(12)

Cuando se vigilan mediante colonoscopia por un periodo de 3 años los pacientes con pólipos en el colon izquierdo sin ser extirpados, se observó que desarrollan pólipos nuevos preferentemente en el colon derecho, además se observó que los pólipos menores de 5mm tienden a crecer y los de 5 a 9 mm tienden a la regresión.(12)

El seguimiento con colonoscopia es útil en pacientes con pólipos mayores de 5mm. Los pacientes con displasia severa y aquellos con pólipos malignos deben vigilarse cuidadosamente. Es importante el examen de la totalidad del colon después de polipectomía ya que se ha encontrado cáncer submucoso y superficial en el colon proximal originado en un pólipo (13)

La importancia de la polipectomía colonoscópica radica en que se ha visto una sobrevida a 5 años del 95% en pacientes con pólipos malignos resecaados por este método.(6)

Pólipo colorectal maligno : Se define como un pólipo adenomatoso que contiene cáncer en sus tejidos, el cual invade la submucosa.(14)

CLASIFICACION DE HAGGITT PARA POLIPOS MALIGNOS.

Nivel 1: Carcinoma que invade a través de la muscular de la mucosa por encima de la submucosa.

Nivel 2: Carcinoma que invade a nivel de la unión entre el adenoma y el tallo.

Nivel 3: Carcinoma que invade cualquier parte del tallo.

Nivel 4: Carcinoma que invade la submucosa de la pared intestinal pero por encima de la muscular propia. (3)

Se han encontrado pólipos malignos en el 0.2 a 9% de los pólipos adenomatosos removidos por colonoscopia.

Las complicaciones de la polipectomía colonoscópica incluyen perforación inmediata o tardía por quemadura con el cauterio o el asa, de la totalidad de la pared del intestino al extirpar un pólipo sésil. Es posible que haya una hemorragia inmediata después de la polipectomía si no se cauteriza de manera adecuada un vaso.(4)

MATERIAL Y METODOS

Del 1° de enero del año 2000 al 31 de diciembre del 2001, en el servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, se analizaron los reportes de colonoscopia y de histopatología de 64 pacientes en quienes se detectaron pólipos durante los estudios de colonoscopia, con el objeto de conocer la frecuencia de pólipos detectados, así como el tipo histológico de los mismos y su localización más frecuente.

No se consideraron en este estudio a pacientes menores de 17 años, a pacientes con diagnóstico previo de cuci, enfermedad de Crohn y poliposis adenomatosa familiar, así como a pacientes sin reporte histopatológico.

Se registraron los datos de nombre, número de afiliación, edad, sexo, indicación del estudio, presencia de pólipos, tipo de pólipos (sésil, pediculado, único, múltiple), biopsia, biopsia excisional y/o polipectomía, complicaciones y reporte histopatológico, los que se concentraron en una hoja diseñada para este método.

Los datos obtenidos se agruparon en tablas y se presentan en gráficas correspondientes.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS 10.0

Finalmente los resultados se compararon con la literatura.

RESULTADOS.

Se realizaron 769 colonoscopias en un periodo de 2 años, detectándose la presencia de pólipos en 94 pacientes (12%)

La indicación más frecuente para el estudio fue el sangrado transrectal referido como rectorragia, hematoquezia o sangrado de tubo digestivo bajo, con un total de 29 pacientes (31%).

La localización más frecuente de los pólipos fue el sigmoides con 35 pacientes (37%), seguido del recto superior con 24 pacientes (25%).

Se reportaron pólipos sésiles en 50 pacientes (53%) y pediculados en 44 pacientes (47%). De acuerdo a su número se reportaron pólipos múltiples en 18 casos (19%) y único en 76 casos (81%).

Se efectuaron 53 polipectomías, 36 con asa de polipectomía y 17 con pinza de biopsia, además de 28 biopsias de pólipos y 8 biopsias excisionales. No se reportaron complicaciones durante estos procedimientos.

Se excluyeron a 30 pacientes por no contar con reporte de histopatología.

Se analizaron 64 pacientes, se encontró una frecuencia del sexo femenino de 37 pacientes (58%) mayor que el sexo masculino, 27 pacientes (42%). El rango de edad fue de 19 a 84 años con una media de 51 años y un promedio de 55 años. El grupo de edad más afectado fue el de 60 a 69 años con 18 pacientes (28%), seguido del grupo de 50 a 59 años con 15 pacientes (23%).

Se encontraron por histopatología 31 reportes de pólipos adenomatosos, de los cuales 23 correspondieron al tipo tubular, 5 al tipo tubulovelloso y 3 al tipo vellosos. Se encontraron 4 pólipos hiperplásicos, 4 pseudopólipos inflamatorios y 2 juveniles o de retención para un total de 41 pólipos corroborados por histopatología (64%).

El porcentaje global de pólipos con displasia fue de 21,8%.

El porcentaje de pólipos adenomatosos fue de 75%.

El resto de los reportes concluyeron colitis crónica no específica en 10 casos (15.6%), adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 4 casos (6.2%), mucosa con cambios adenomatosos en 4 casos (6.2%), mucosa de colon normal en 3 casos (4.6%) y otras en 2 casos (3.1%).

DISCUSIÓN

Los pólipos son las neoplasias colorectales más comunes. Se estima que su prevalencia va de un 1.6 a 12% hasta un 15 a 30%. En México se ha encontrado una incidencia de 14%.

En este estudio se encontró una frecuencia de 12% de pólipos detectados mediante colonoscopia, sin embargo, únicamente en el 68% de estos casos fue posible realizar estudio histopatológico, que permitiera determinar adecuadamente sus características.

Debe tomarse en cuenta que solo se analizaron 64 pacientes de los 94 en que se detectaron pólipos, ya que sólo éstos contaban con reporte histopatológico.

En nuestro estudio la presencia de pólipos fue mayor en el sexo femenino (57%) que en el masculino (43%). Esta diferencia no puede explicarse ya que no existen reportes en la literatura que justifiquen un mayor predominio en alguno de los géneros. En el caso específico del cáncer colorectal se acepta que existe un ligero predominio en el sexo masculino.

El porcentaje de pólipos corroborados por histopatología fue de 64%, que corresponde a 41 de los reportes analizados, de estos, 75% fueron adenomatosos, 10% hiperplásicos, 10% pseudopólipos inflamatorios y 5% juveniles o de retención, que coincide con lo reportado en la literatura.

De los pólipos adenomatosos, los adenomas tubulares ocuparon el 74%, que nuevamente coincide con lo reportado por Lippincot Williams y Wilkins, quienes encontraron una frecuencia de 75% de adenomas tubulares, así mismo, se encontró que los adenomas tubulovillosos y los adenomas vellosos representan el 16 y 9% respectivamente del total de pólipos adenomatosos, que igualmente coincide con la literatura.

Los pólipos hiperplásicos son menos frecuentes, en este estudio se detectaron en 10% del total de pólipos, que contrasta con lo reportado por Paolo Dell' Abate quien reporta sólo 2% en una serie de 104 pólipos extirpados.

La localización de los pólipos es similar a la reportada en la literatura, sobresaliendo el sigmoides y recto superior con 37.5 y 25.5% respectivamente, lo cual demuestra que el diagnóstico de estas lesiones sigue estando al alcance de un rectosigmoidoscópio rígido o flexible.

Respecto al diagnóstico, la indicación más frecuente para el estudio fue el sangrado a través del recto; referido en los reportes de colonoscopia como rectorragia, hematoquezia o sangrado de tubo digestivo bajo con un total de 29 pacientes (31%)

El porcentaje de pólipos con displasia fue de 21.8%, se sabe que la incidencia de carcinoma invasor en adenomas tubulares, tubulovillosos y villosos con displasia moderada es de 2,13 y 36% respectivamente. En este estudio no se reportaron adenocarcinomas insitu o invasor en ninguno de los pólipos adenomatosos, por el contrario, se detectaron 4 casos de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (6.2%), en muestras que previamente fueron catalogadas como pólipos mediante colonoscopia.

Concluyendo, la frecuencia de pólipos detectados mediante colonoscopia es similar a la reportada en la literatura, aunque por histopatología únicamente en 5.3% se pudo corroborar su estirpe y en el resto no se encontró el reporte histopatológico.

Por el contrario los tipos histológicos de pólipos adenomatosos que se detectaron corresponden a los mismos porcentajes que se reportan en la mayoría de las series.

No se presentaron complicaciones durante los procedimientos de polipectomias, biopsias, etc., a diferencia de lo reportado por Paolo Dell' Abate que encontró 3.8% de complicaciones en una serie de 104 pólipos gigantes extirpados por polipectomía colonoscópica.

CONCLUSIONES

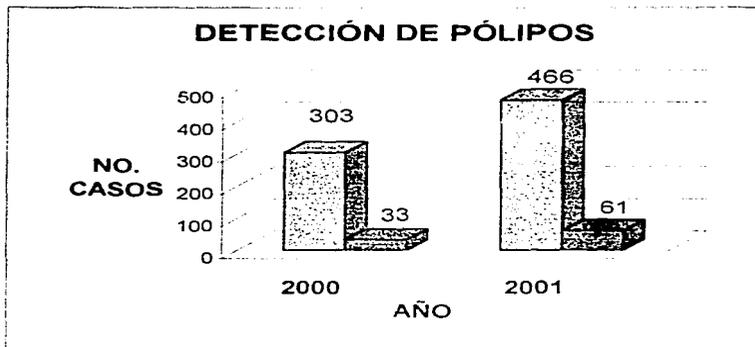
1. La frecuencia de pólipos colorectales detectados mediante colonoscopia fue de 12%.
2. El total de pacientes con reporte de histopatología fue de 64 (68%) y sin reporte fue de 30 (42%).
3. La frecuencia de pólipos fue mayor en el sexo femenino con 37 pacientes (57%), mientras que en el masculino fue de 27 pacientes (43%).
4. El porcentaje de pólipos corroborados por patología fue de 64% (41 casos).
5. El porcentaje de pólipos adenomatosos fue de 75%
6. Los adenomas tubulares ocuparon el 56% de los pólipos, seguidos de los tubulovelloso (12%) y de los hiperplásicos (10%). Los adenomas vellosos se corroboraron en 7%.
7. El porcentaje de pólipos con displasia fue de 21.8%.
8. Se detectó adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 6,2% de los reportes de histopatología. Previamente referidos como pólipos.
9. El grupo de edad más afectado fue el de 60 a 69 años (28%)
10. La localización más común de los pólipos fue el sigmoideas, 35 pacientes (37.5%) y en general en el colon izquierdo (78%).
11. La indicación más frecuente para la colonoscopia fue el sangrado a través del recto referido como rectorragia, hematoquezia o sangrado de tubo digestivo bajo (29 pacientes , 31%)
12. Se realizaron 53 polipectomías, 28 biopsias y 8 biopsias excisionales.
13. No se presentaron complicaciones durante los procedimientos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Jerome J. De Cosse, Judith S.Jacobson; Pólipos, poliposis y tumores benignos., Cirugía del aparato digestivo. Shackelford.,Panamericana, 1983, 135.
- 2.- Neugut,Alfred I.; Carbowski, Gail C.; Lee,Won Chul.; Murray, Todd.; Nieves, Jeriw.; Forde, Kenneth A.;Treat, Michael R.; et al., Dietary Risk Factors for the Incidence and Recurrence of colorectal adenomatous polyps: A case- Control study. AnnInternMed, 1993; 118(2): 91-95.
- 3.- Marvin L. Corman, MD. Polypoid Diseases., Handbook of Colon and Rectal Suegery., Lippincot Williams and Wilkins, 2002, 381-94.
- 4.-Ira J.Kodner, Robert D. Fry, James W. Fleshman, Elisa H. Birnbaum., Colon, Recto y Ano. Principios de Cirugía, Schwartz Shires Spencer, Mc Graw-Hill, 1997, 1305-06.
- 5.- Van Dam, Jaques MD,PhD;Prevention of Colorectal Cancer by Endoscopic Polypectomy.. Ann Intern Med, 1995., 123(12): 949-50.
- 6.- Charles Whitlow, M.D., J. Byron Gathright, Jr.,M.D., Steven J. Herbert, M.D., David E.Beck, M.D., Frank G. Opelka, M.D. Alan E. Timmcke, M.D. Terry C. Hicks, M.D. Long-Term Survival After Treatment of Malignant Colonic Polyyps., Dis Colon Rectum, 1997, 40(8):110-18.
- 7.- Paolo Dell'Abate,M.D., Alessio Josca, M.D., Alessandra Galimberti, M.D., Pierluigi Piccolo, M:D., Paolo Soliani,M:D., Enrico Foggi, M:D. Endoscopic Treatment of Colorectal Benign- Appearing Lesions 3cm or Larger., Dis Colon Rectum, 2001,44(1): 112-18.
- 8.- Winawer, S.J., Zauber, AG. Colonoscopic Polypectomy and the incidence of colorectal cancer., Gut, 2001, 48(6) :753-54.
- 9.- Citarda, F., Tomaselli,G.,Capucaccia, R2, Barcherini,Crispi,M., Efficacy in Standard Clinical Practice of colonoscopic polypectomy in Reducing colorectal cancer incidence., Gut, 2001,48(6):812-15.
- 10.- Hofstard, B., Vatn,M.H., Andersen, S.N., Huitfeldt, H.S., Rognum, T., Larsen, S., Osnes, M. Growth of Colorectal Polyyps: Redetection and Evaluation of unresected polyyps for a period of three years., Gut, 1996, 39(3): 449-56
- 11.- Ryoichi Nozaki, M:D., Koichi Takagi, M.D, Masahiro Takano, M.D., Michio Miyyata, M.D. Clinical Investigation of Colorectal Cancer Detected by Follow Up Colonoscopy After Endoscopic Polypectomy.Dis Colon Rectum,1997,40(10): 163-66.
- 12.- Netzer,P., Forster,C., Biral, R. et al., Risk Factor Assessments of Endoscopically Removed Malignant Colorectal Polyyps., Gut, 1998, 43(5) : 669-74.

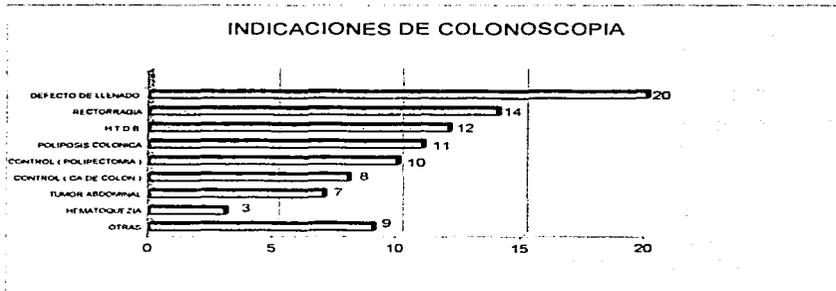
ANEXOS

AÑO	2000	2001	TOTAL
COLONOSCOPIA	303	466	769
DETECCION	33	61	94

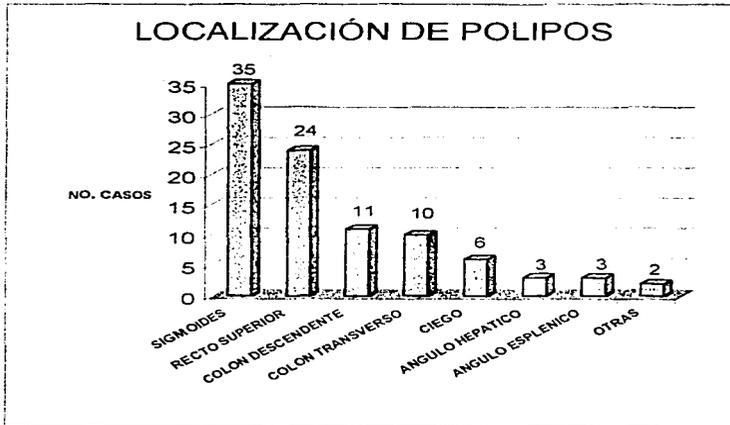


INDICACIONES DE COLONOSCOPIA

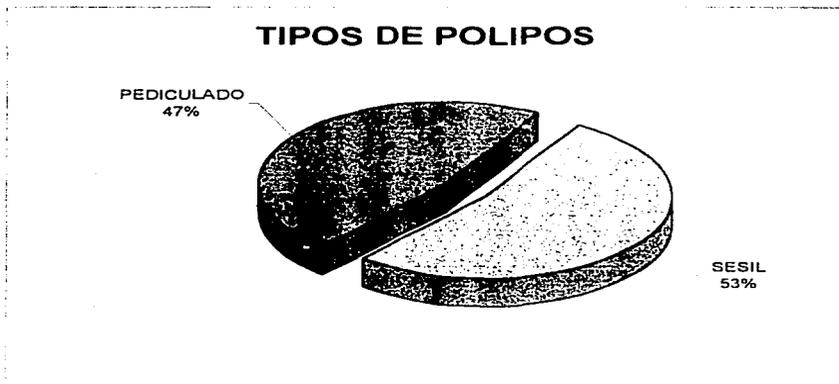
INDICACIÓN	NO. CASOS	%
DEFECTO DE LLENADO	20	21
RECTORRAGIA	14	15
H.T.D.B.	12	13
POLIPOSIS COLONICA	11	12
CONTROL (POLIPECTOMIA)	10	10.5
CONTROL (CA DE COLON)	8	8.5
TUMOR ABDOMINAL	7	7.5
HEMATOQUEZIA	3	3
OTRAS	9	9.5
TOTAL	94	100



LOCALIZACION DE POLIPOS		
SITIO	NO. CASOS	%
SIGMOIDES	35	37.5
RECTO SUPERIOR	24	25.5
COLON DESCENDENTE	11	12
COLON TRANSVERSO	10	10.5
CIEGO	6	6.5
ANGULO HEPATICO	3	3
ANGULO ESPLENICO	3	3
OTRAS	2	2
TOTAL	94	100

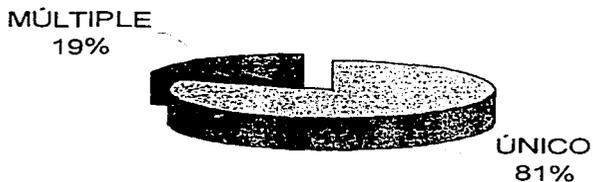


TIPO DE POLIPO	NO. CASOS	%
SESIL PEDICULADO	50 44	53 47
TOTAL	94	100

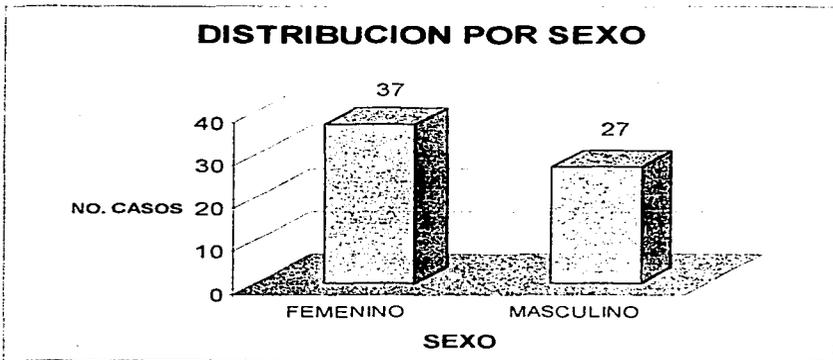


NUMERO DE LESIONES	NO. CASOS	%
UNICO	76	81
MULTIPLE	18	19
TOTAL	94	100

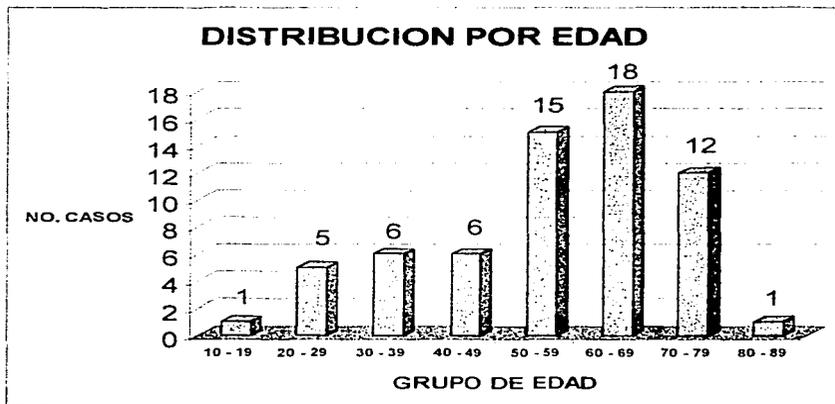
NUMERO DE LESIONES



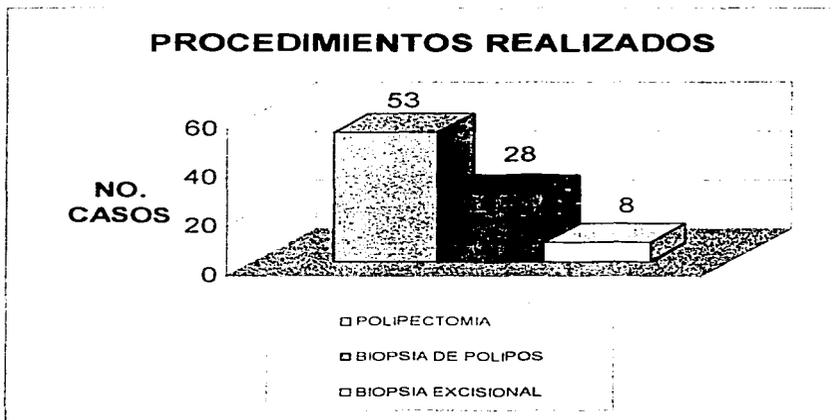
DISTRIBUCION POR SEXO		
	NO.	%
FEMENINO	37	58
MASCULINO	27	42
TOTAL	64	100



DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD		
	NO.	%
10 - 19	1	1.5
20 - 29	5	8
30 - 39	6	9.5
40 - 49	6	9.5
50 - 59	15	23
60 - 69	18	28
70 - 79	12	19
80 - 89	1	1.5
TOTAL	64	100

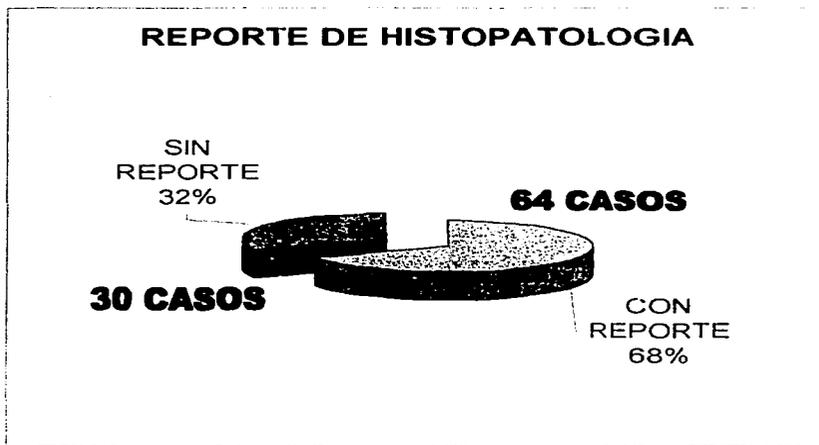


PROCEDIMIENTOS REALIZADOS		
	NO.	%
POLIPECTOMIA	53	60
BIOPSIA DE POLIPOS	28	31
BIOPSIA EXCISIONAL	8	9



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

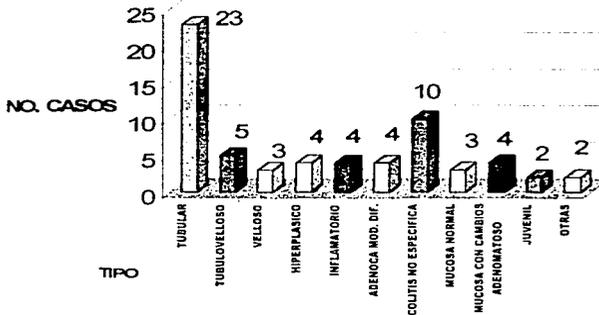
REPORTE DE HISTOPATOLOGIA		
	NO.	%
CON REPORTE	64	68
SIN REPORTE	30	32



ESTIRPE HISTOLOGICA

	NO.	%
TUBULAR	23	36
TUBULOVELLOSO	5	7.8
VELLOSO	3	4.6
HIPERPLASICO	4	6.2
INFLAMATORIO	4	6.2
ADENOC. MOD. DIF.	4	6.2
COLITIS NO ESPECIFICA	10	15.6
MUCOSA NORMAL	3	4.6
MUCOSA CON CAMBIOS	4	6.2
ADENOMATOSO		
JUVENIL	2	3.1
OTRAS	2	3.1
TOTAL	64	100

ESTIRPE HISTOLOGICA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN