



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO:

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE PÓLIPOS
COLORRECTALES EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
SIGLO XXI”**

TESISTA:

DR. FERNANDO MIRELES ORDAZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD
EN COLOPROCTOLOGÍA

ASESOR: DR. MOISES FREDDY ROJAS ILLANES

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2018



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.

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE PÓLIPOS
COLORRECTALES EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
SIGLO XXI”
HOJA RECOLECTORA DE FIRMAS**

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

DOCTOR

MOISES FREDDY ROJAS ILLANES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI.

DOCTOR

MOISES FREDDY ROJAS ILLANES

ESPECIALIDAD: COLON Y RECTO

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **17 CI 09 015 034** ante
COFEPRIS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI, D.F. SUR

FECHA 14/06/2017

DR. MOISES FREDDY ROJAS ILLANES

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE PÓLIPOS COLORRECTALES
EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI**

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2017-3601-124

ATENTAMENTE

DR. (A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DEDICATORIA

A mi Familia;

Su apoyo incondicional y ejemplo.

A mis Maestros;

Por su tiempo, confianza y enseñanza.

A mis compañeros Residentes;

Su Amistad.

ÍNDICE

Resumen.....	6
Datos del alumno, asesor y tesis.....	7
Marco Teorico.....	8
Justificación.....	13
Planteamiento del problema.....	14
Hipótesis.....	14
Objetivos.....	14
Material y método.....	15
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	15
Tamaño de muestra.....	16
Variables del estudio.....	16
Factibilidad y aspectos éticos.....	19
Recursos humanos y financieros.....	19
Resultados.....	20
Análisis y discusión.....	26
Conclusiones.....	27
Bibliografía.....	28
Anexos.....	29

RESUMEN

“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS COLORRECTALES OBTENIDOS POR COLONOSCOPIA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”

2017 Rojas M., Mireles F.

INTRODUCCIÓN:

Los pólipos adenomatosos son tumores benignos epiteliales que se consideran lesiones precancerosas. Estos se clasifican según sus características histológicas en: tubular, tubulovelloso y velloso con diferentes grados de displasia. A nivel global el cáncer colorrectal ocupa la segunda y tercera causa más común de cáncer en hombres y mujeres respectivamente. El 95% del cáncer colorrectal se origina de pólipos adenomatosos previos.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de pólipos adenomatosos, su variante histológica y grado de displasia en pacientes sometidos a colonoscopias por el servicio de colon y recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio de retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal en el cual se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a colonoscopia del 1º de Enero de 2016 al 1º de Enero de 2017.

ANÁLISIS: El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva y valores nominales: T student, U Mann Whitney, media, porcentaje, frecuencia.

RESULTADOS: Se revisaron 589 colonoscopias hechas en nuestro servicio de donde se obtuvo una muestra de 54 pacientes con diagnóstico de pólipo adenomatoso. La histología tubular, tubulovelloso y velloso se obtuvo en un 72%, 24.1% y 3.7 % respectivamente. Dichos subtipos histológicos presentaron displasia en un 46.2%, 23.1 % y 100 %. Los pólipos mayores a 1 cm tienen un riesgo relativo 2.89 mayor para presentar displasia.

CONCLUSIONES: No encontramos relación entre edad, sexo y número de pólipos para presencia de displasia. Hay una relación directa entre el tamaño de pólipo mayor a un cm y la histología velloso para la presencia de displasia.

1.- Datos del Alumno	1.-Datos del Alumno
<p>Apellido paterno: Nombre materno: Nombre : Telefono : Universidad : Facultad o escuela : Carrera : No. Cuenta :</p>	<p>Mireles Ordaz Fernando 871 128 4643 Universidad Nacional Autonoma de Mexico Facultad de Medicina Coloproctologia 516221289</p>
2.- Datos del asesor	2.- Datos del asesor
<p>Apellido paterno: Nombre materno: Nombre :</p>	<p>Rojas Illanes Moises Freddy</p>
3.- Datos de la tesis	3.- Datos de la tesis
<p>Titulo : Subtitulo : No. de paginas : Año : No. de registro :</p>	<p>“Análisis descriptivo de hallazgos endoscópicos de pólipos colorrectales en Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI”. Estudio descriptivo retrospectivo. 31 2018 R-2017-3601-124</p>

MARCO TEÓRICO

Introducción.

El cáncer colorrectal ocupa el 3er lugar en incidencia y 4to lugar en mortalidad a nivel mundial ¹. La Sociedad Americana de Cáncer estima que en Estados Unidos habrá 95,520 nuevos casos de cáncer de colon con una mortalidad de 50,260 pacientes para el año 2017².

En México el GLOBOCAN 2012 reportó una incidencia de 6,437 casos y una mortalidad de 4,009 pacientes por cáncer colorrectal. El INEGI reportó 74,685 muertes por cáncer en el 2010, de las cuales el 5.4% fue por cáncer de colon y recto¹.

Los pólipos colorrectales se clasifican en no neoplásicos (hiperplásicos, mucosos, inflamatorios, submucosos, hamartomatosos) y neoplásicos (serrados y adenomatosos). Los pólipos adenomatosos representan aproximadamente dos terceras partes de todos los pólipos colónicos. La mayoría de los casos de cáncer colorrectal va precedido por adenomas, sin embargo solo un 5% de los adenomas progresa a cáncer³. El tiempo que tarda un pólipo adenomatoso en convertirse en cáncer se estima que es de 7 a 10 años.

Un adenoma avanzado es cualquier adenoma con displasia de alto grado, un tamaño mayor a 10 mm, o una histología vellosa. Un adenoma sincrónico es aquel que se diagnostica al mismo tiempo que un tumor colorrectal, mientras un adenoma metacrónico es aquel cuyo diagnóstico se realiza al menos 6 meses posterior al diagnóstico de un tumor colorrectal previo³.

Epidemiología.

El hallazgo de pólipos adenomatosos durante la colonoscopia depende de varios factores de riesgo, siendo la edad avanzada un factor de riesgo mayor. Se estima que se encuentra la presencia

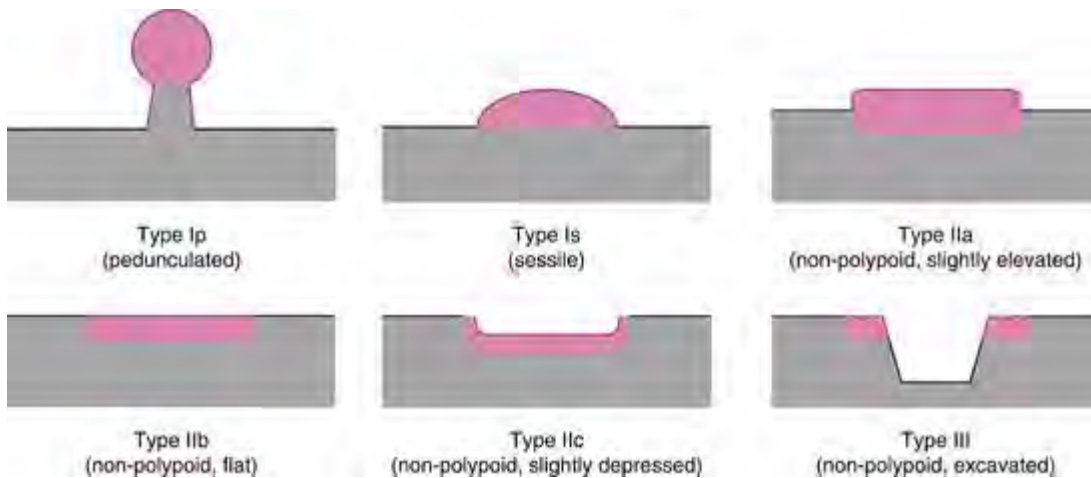
de pólipos en un 25 a 30% de las colonoscopias realizadas a la edad de 50 años⁴. Existe un parámetro denominado índice de detección de adenomas el cual se define como la cantidad de colonoscopias en las cuales se detecta un pólipo de 100 colonoscopias realizadas. El índice de detección de colonoscopias se considera un parámetro de calidad en la endoscopia y el esperado es mayor a 20% (9). El aumento de 5 unidades de índice de masa corporal (IMC) se asocia a un aumento del 19% de encontrar pólipos adenomatosos durante una colonoscopia. Otros factores de riesgo son el sexo masculino y no realizar ejercicio físico.

La prevalencia de adenomas colónicos avanzados es de 3.8% en pacientes menores a 65 años y 8.2% en pacientes mayores a esa edad. La prevalencia de adenomas no avanzados es similar en ambos grupos de edad (17.1% y 17.3 % respectivamente)⁴.

Clasificación morfológica.

Se clasifican en pólipos sesil, pediculado, plano y excavado.

Los pólipos sesiles son aquellos cuya base está adherida a la pared colónica. Los pólipos pediculados son los que cuentan con puente de unión de mucosa entre el pólipo y la pared colónica. Los pólipos planos se definen como aquellos cuya altura es menos de la mitad de su diámetro. Los pólipos excavados se definen como una depresión en la mucosa colónica con respecto al tejido circundante⁵. Esta es conocida como la clasificación de París. Cuadro 1⁵.



Cuadro 1. Clasificación de Paris.

Clasificación Histopatológica.

La clasificación histopatológica se basa en la arquitectura glandular de los adenomas y se divide en tubular, veloso y tubuloveloso³.

Los adenomas tubulares componen más del 80% de todos los adenomas. Se caracterizan por epitelio ramificado adenomatoso y deben de tener un 75% de componente tubular. Los adenomas velosos conforman de un 5 a 15% de los adenomas, se caracterizan por epitelio glandular alargado que se extiende en forma recta desde la superficie del epitelio hacia el centro del pólipo. Un pólipo debe contener por lo menos 75% de histología velosa para ser denominado de esta forma. El pólipo tubuloveloso es intermedio entre ambos tipos de pólipos y es aquel que cuenta con un 26 a 75% de componente veloso y conforman del 5 a 15% de los adenomas⁵.

Todos los adenomas son displásicos, dependiendo del grado de displasia se clasifican en bajo y alto grado. Los pólipos con displasia de alto grado representan un paso en la evolución de pólipos con displasia de bajo grado a cáncer. Los términos carcinoma *in situ* y adenocarcinoma intramucoso deben de ser considerados sinónimos de displasia de alto grado.

Factores de riesgo para malignidad.

Los factores de riesgo para malignidad en pólipos adenomatosos son: un tamaño mayor a 1 cm, histología vellosa y displasia de alto grado.

Un pólipo adenomatoso mayor a 1 cm es un factor de riesgo para histología maligna y cáncer metacrónico. La mayoría de los adenomas (60 a 75%) son de menos de 1 cm al momento de la colonoscopia.

Los pólipos adenomatosos vellosos también son un factor de riesgo para desarrollo de cáncer metacrónico, al igual que la displasia de alto grado y la edad avanzada.

Detección.

La colonoscopia es considerada el estudio ideal para la detección de pólipos adenomatosos, particularmente porque se puede realizar la detección y resección de los mismos durante el mismo estudio. La colonoscopia además cuenta con sensibilidad superior a la tomografía o colon por enema para la detección de pólipos pequeños o planos⁶.

Existen múltiples factores que dificultan la detección de pólipos durante colonoscopia, incluyendo una mala preparación intestinal, falta de entrenamiento y experiencia del endoscopista y el tiempo de retiro del colonoscopio³.

La polipectomía se puede realizar con diferentes técnicas, incluyendo pinzas de biopsia, pinzas con cauterio, asa fría, asa con cauterio monopolar, electrofulguración, resección por piezas y resección submucosa endoscópica.

La resección con asa fría es utilizada para pólipos de 5 a 10 mm y ofrece la resección más completa. Las lesiones menores de 5 mm pueden ser retiradas con pinza de biopsia. La resección completa de lesiones mayores de 1 cm puede ser realizado mediante la disección submucosa con solución salina.

Todas las lesiones mayores a 1 cm ameritan seguimiento con colonoscopia a los 6 meses debido a que el 28% de las lesiones persisten posterior a su resección y el 17% se convierten en carcinoma⁷.

Las lesiones con displasia de alto grado se consideran no invasivas si se encuentran dentro del pólipo resecado y no ameritan manejo posterior si los márgenes son libres de tejido neoplásico. Para considerarse una resección completa es necesario que cumpla los siguientes criterios: ⁸

- El pólipo se considera completamente resecado durante la colonoscopia y es enviado en su totalidad a patología.
- El pólipo es resecado de una forma en la cual es posible valorar la profundidad de la invasión, su grado de diferenciación y si la resección fue completa.
- El cáncer es bien diferenciado.
- No hay afección vascular o linfática en la pieza de histopatología.

Vigilancia.

Se estima que el riesgo de una neoplasia colorrectal posterior a resección de un pólipo adenomatoso es de 12% con seguimiento a cuatro años, encontrando conversión a cáncer invasivo en un 6%. Por lo anterior se han establecido las siguientes recomendaciones clínicas para el seguimiento de pacientes posterior a polipectomía⁹.

- La presencia de uno o dos adenomas tubulares menores a 10 mm amerita una nueva colonoscopia en 5 a 10 años. Si no se encuentran pólipos durante la primera colonoscopia, se puede realizar la siguiente en 10 años.
- Pacientes con uno adenoma avanzado durante la primera colonoscopia deben de realizarse la siguiente dentro de los próximos 3 años.
- Pacientes con adenomas múltiples (3 a 10 adenomas) deben de realizarse la segunda colonoscopia de seguimiento en los próximos 3 años. Pacientes con más de 10 adenomas durante la colonoscopia inicial deben ser evaluados para descartar algún síndrome de cáncer colorrectal hereditario y realizarse la siguiente colonoscopia en un año.

JUSTIFICACIÓN

El 95% de los cánceres colorrectales se originan de un pólipo adenomatoso que evoluciona de forma posterior a un cáncer invasor. Dichos pólipos adenomatosos se encuentran en un 30% de los pacientes arriba de 50 años, y amerita una clasificación histológica que determinará el tratamiento adecuado posterior.

El Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI es un hospital de referencia de tercer nivel de patología benigna y maligna colorrectal, donde se realizan alrededor de 600 colonoscopias al año de las cuales aún no existe nada publicado hasta el momento. El adenocarcinoma colorrectal es una de las principales causas de cáncer en nuestro país el cual es prevenible con la detección oportuna y manejo adecuado de los pólipos adenomatoso colorrectales. Por eso es el motivo que se ha planeado este estudio, para conocer la incidencia de adenomas y realizar una comparación con otros centros hospitalarios de referencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia, clasificación histológica y porcentaje de displasia de pólipos adenomatosos en pacientes que se les realizó una colonoscopia del 1º de Enero de 2016 al 1º de Enero de 2017 en el servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI?

HIPÓTESIS

La incidencia de pólipos adenomatosos es mayor al 30 % de las colonoscopia realizadas en HE CMNS XXI Servicio de Colon y Recto, lo cual es mayor a lo reportado en otros hospitales por ser nuestro hospital un centro de referencia de tercer nivel.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar la incidencia de pólipos adenomatosos, su variante histológica y grado de displasia en pacientes sometidos a colonoscopias por el Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Objetivos Específicos.

1. Determinar la incidencia de pólipos adenomatosos en colonoscopia realizadas.
2. Describir la clasificación histológica de los pólipos adenomatosos encontrados.
3. Conocer el porcentaje de pólipos con algún grado de malignidad clasificado como displasia de alto o bajo grado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal.

Universo de trabajo.

Se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a colonoscopia del 1º de Enero del 2016 al primero de Enero 2017 en el servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del CMN SXXI.

Metodología.

1.- Se analizó la base de datos existente en el Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del CMN SXXI en donde se tiene registradas todas las colonoscopias realizadas durante los últimos años para realizar una lista de pacientes a estudiar.

2.- Se realizó la revisión de expedientes de pacientes que cumplan con el punto anterior en búsqueda del reporte de colonoscopia y resultado histopatológico definitivo.

3.- Dichos datos se captaron en una hoja de recolección de datos vaciándose a el programa Excel y posterior al programa estadístico SPSS-22 para su análisis mediante estadística descriptiva, T Student, U Mann Whitney, media, porcentaje, frecuencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes sometidos a colonoscopia.
- Presencia de pólipos durante la colonoscopia a las cuales se les realiza resección de las mismas.
- Contar con reporte histopatológico definitivo de pólipo adenomatoso.
- Edad mayor a 18 años y menor a 99 años.
- Género masculino/femenino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Paciente con reporte histopatológico alterno a pólipo adenomatoso.
- Pacientes menores de 18 años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Paciente sin reporte histopatológico en expediente clínico.
- Paciente sin reporte de colonoscopia en expediente clínico.
- No contar con expediente clínico completo.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se incluyó a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión sometidos a colonoscopia del 1º de Enero del 2016 a 1º de Enero del 2017 en el Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del CMN SXXI. Suman en un total aproximado de 600 colonoscopias.

VARIABLES DEL ESTUDIO

A. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- ***Variables independientes***

- Colonoscopia completa con reporte escrito*

Definición conceptual: Colonoscopia que se realiza revisando la totalidad de los segmentos colónicos previa preparación intestinal adecuada.

Definición operacional: Colonoscopia realizada de forma completa la cual cuenta con reporte escrito presente en el expediente.

Tipo de variable: Cualitativa nominal (dicotómica)

Análisis estadístico: Incidencia, media, mediana, moda.

- ***Variables Universales***

- Edad:*

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona.

Definición operacional: Años transcurridos desde el nacimiento del paciente a la fecha de realización de la colonoscopia.

Tipo de variable: Cuantitativa discreta

Indicador: Números consecutivos

Análisis estadístico: Porcentaje, media, Desviación estándar, Intervalo de confianza, rango.

- Sexo*

Definición conceptual: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer en los seres humanos.

Definición operacional: Características fenotípicas de masculino y femenino.

Tipo de variable: Cualitativa

Indicador: Masculino o Femenino.

Análisis estadístico: Porcentaje, desviación estándar e intervalo de confianza.

- ***Variable Dependiente***

- Pólipo Colónico Adenomatoso Tubular*

Definición conceptual: Tumor o protuberancia visible macroscópicamente que se proyecta en la

superficie de la mucosa de colon con diagnóstico histológico de adenoma tubular

Definición operacional: La resección de un tumor por colonoscopia que cuenta con reporte histopatológico de pólipo adenomatoso tubular

Tipo de variable: Cualitativa

Indicador: Presencia o ausencia de pólipo.

Análisis estadístico: Porcentaje, desviación estándar, e intervalo de confianza.

-Pólipo Colónico Adenomatoso Tubulovelloso

Definición conceptual: Tumor o protuberancia visible macroscópicamente que se proyecta en la superficie de la mucosa de colon con diagnóstico histológico de adenoma tubulovelloso

Definición operacional: La resección de un tumor por colonoscopia que cuenta con reporte histopatológico de pólipo adenomatoso tubulovelloso

Tipo de variable: Cualitativa

Indicador: Presencia o ausencia de pólipo.

Análisis estadístico: Porcentaje, desviación estándar, e intervalo de confianza.

-Pólipo Colónico Adenomatoso Velloso

Definición conceptual: Tumor o protuberancia visible macroscópicamente que se proyecta en la superficie de la mucosa de colon con diagnóstico histológico de adenoma velloso.

Definición operacional: La resección de un tumor por colonoscopia que cuenta con reporte histopatológico de pólipo adenomatoso velloso.

Tipo de variable: Cualitativa

Indicador: Presencia o ausencia de pólipo.

Análisis estadístico: Porcentaje, desviación estándar, e intervalo de confianza.

-Presencia de Displasia

Definición conceptual: Proliferación celular inequívocamente neoplásica, no invasiva. Definición

operacional: Reporte histopatológico escrito en el expediente que especifica presencia células neoplásicas en un pólipo adenomatoso.

Tipo de variable: Cualitativa

Indicador: Presencia o ausencia de displasia.

Análisis estadístico: Porcentaje, desviación estándar e intervalo de confianza

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio es factible debido a que se cuenta con el material necesario para realizarlo en nuestro hospital HE CMN SXXI.

Los aspectos éticos están de acuerdo con el código de Helsinki, la OMS y la NOM para estudios en humanos, debido a que este estudio es solamente observacional, no se requiere de carta de consentimiento informado para la realización de este estudio. No se expone la identidad de los pacientes.

RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.

Durante el estudio se conto con la participación de cirujanos, personal administrativo, técnicos en equipo de colonoscopia y médicos residentes.

Los recursos físicos incluyen material de oficina, computadora con programa SPSS-22 y Excel, calculadora, reportes de colonoscopia y expedientes clínicos para el desarrollo de la investigación.

Los recursos financieros se obtuvieron de manera particular.

ANALISIS ESTADISTICO

Recolección de Datos

Los datos se registraron en la hoja de recolección de datos que anexa al final de esta tesis.

Organización de datos

Se vaciaron los datos recolectados en una hoja Excel para la organización y rápida identificación de los casos especiales.

Análisis de la información.

Para el análisis descriptivo de la información se utilizó la obtención de porcentajes, promedios, medias y medianas. Los datos se almacenaron de forma física, electrónica y se procesaron por medio del programa estadístico SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences).

RESULTADOS.

Se realizaron 589 colonoscopias por el servicio de colon y recto en el transcurso del 1ero de enero del año 2016 al 1ero de enero del año 2017; de estas se obtuvieron 141 colonoscopias con diagnóstico de pólipo de colon. Se excluyen las siguientes 87:

55 por no contar con reporte de patología

32 por contar con resultado de histopatología diferente a pólipo adenomatoso,

Incluyendo: 13 pólipos inflamatorios,

10 pólipos hiperplasicos,

7 pólipos serrados,

1 con tumor del estroma gastrointestinal

1 con melanosis colónica.

En total se conto con una muestra de 54 pacientes con diagnóstico de pólipo adenomatoso y expediente completo. El 50 % de los pacientes fueron del género femenino y 50% fueron pacientes masculinos (Tabla 1).

Tabla 1: Género de Pacientes

	No.	Porcentaje
Válido Femenino	27	50%
Masculino	27	50%
Total	54	100%

El promedio de edad fue 59 años. El promedio de cantidad de pólipos encontrados por colonoscopia fue de 1.93.

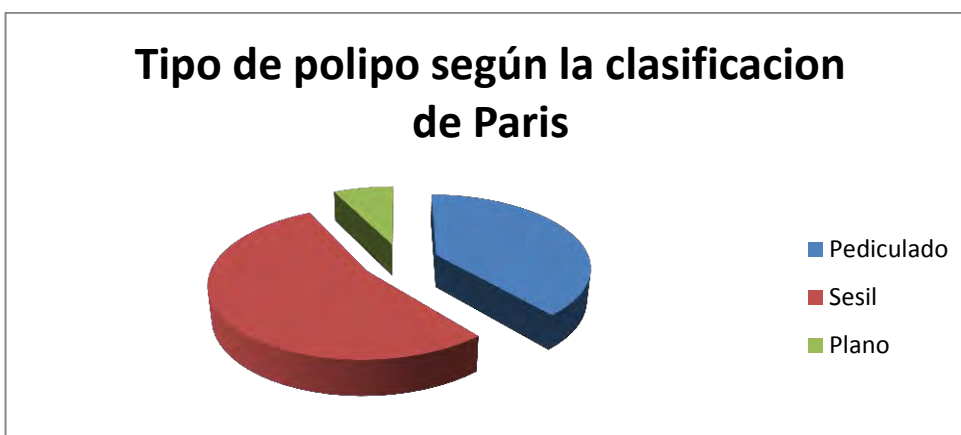
El pólipo tubular fue la histología más frecuente en un 72%; El polipo tubulovelloso se presentó en 13 pacientes con un 24.1 % y finalmente el pólipo vellosa se encontró en 2 pacientes representando un 3.7 % del total. (Grafica 1)

Grafica 1. Tipo histológico de Pólipos Adenomatosos.



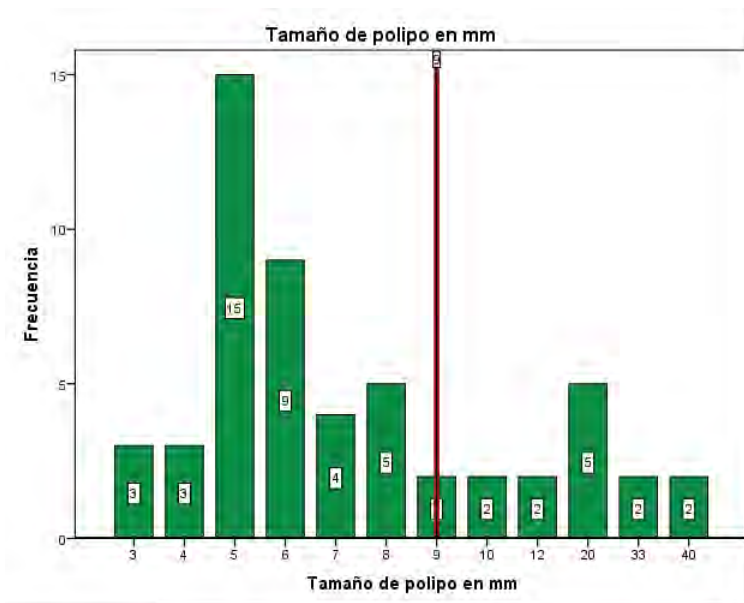
El tipo de pólipo más frecuente por su clasificación morfológica fue el pólipo sésil en un 53 % (29 pacientes). El pólipo pediculado se presentó en un 38.9% (21 pacientes) y el pólipo plano en un 7.4 % (4 pacientes). (Grafica 2)

Grafica 2:



Dividimos la muestra en 2 grupos de acuerdo a tamaño en menores y mayores de 10 mm, debido a que los mayores a esta medida se asocian a riesgo de displasia. Encontramos 41 pólipos menores a 10 mm (75% del total de pólipos); 13 pólipos mayores a 10 mm, (25% del total de pólipos); La gráfica 3 representa el tamaño de todos todos los pólipos encontrados.

Grafica 3.



Se observó que de los 54 pacientes en nuestra población el 42.6% presento algún tipo de displasia (23 pacientes); No hubo presencia de displasia en 31 pacientes (57.4%).

La presencia de displasia por subtipo histológico de pólipo se encuentra descrita a continuación (tabla 2), donde se encuentra que el porcentaje de displasia para pólipos tubular, tubulovelloso y veloso es de 46.2 %, 23.1 y 100 % respectivamente.

Porcentaje de displasia por subtipo histológico de pólipos Tabla 2.

		Presencia de displasia		Total
		Si	no	
Histología	Tubular Recuento	18 (46.2%)	21 (53.8%)	39 (100%)
	% dentro de todos los Pólipos.	78.3%	67.7%	72.2%
o	Tubulovellos Recuento	3 (23.1%)	10 (76.9%)	13 (100%)
	% dentro de todos los Pólipos.	13.0%	32.3%	24.1%
o	Velloso Recuento	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
	% dentro de todos los Pólipos.	8.7%	0.0%	3.7%
Total		23 (42.6)	31 (57.4%)	54 (100%)

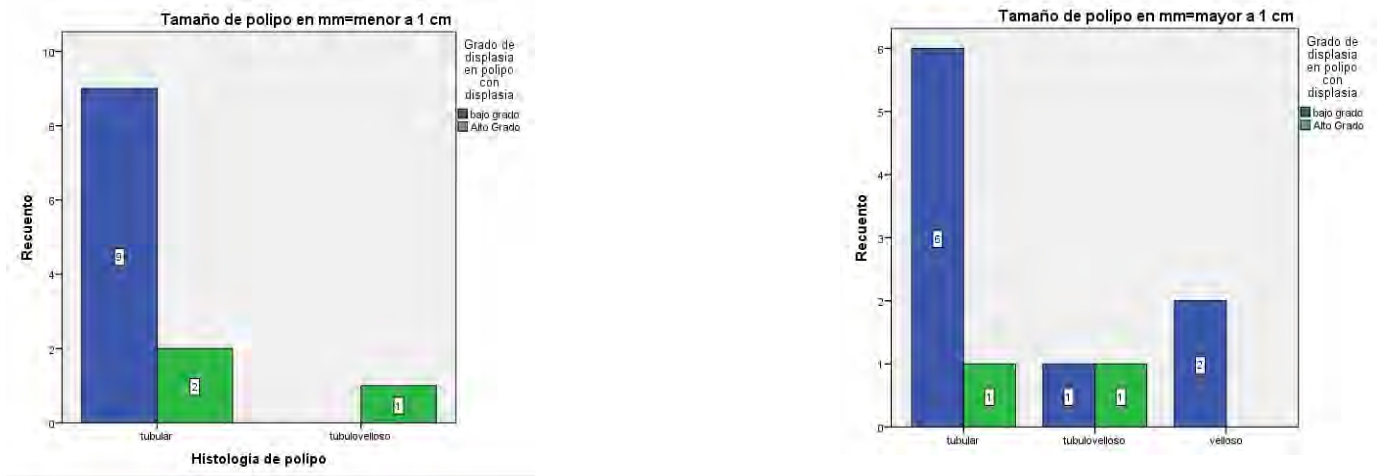
Se dividió la displasia en bajo y alto grado por subtipo histológico. Los pólipos tubulares presentaron en su mayoría displasia de bajo grado en un 83.3% y de alto grado en un 16.7%, los pólipos tubulovellosos se encontraron con displasia de bajo grado en un 33% y alto grado en un 67 % y los pólipos vellosos solo con displasia de alto grado en un 100% (Tabla 3)

Tabla 3.- Subtipo histológico en pacientes con displasia de bajo y alto grado.

Histología de Pólipo		Grado de displasia en pólipo con displasia		Total
		Bajo grado	Alto Grado	
Tubular	Recuento	15 (83.3%)	3 (16.7%)	18 (100%)
Tubulovelloso	Recuento	1 (33.3%)	2 (66.7%)	3 (100%)
Velloso	Recuento	2 (100%)	0 (0%)	2 (100%)
Total	Recuento	18 (78.3%)	5 (21.7%)	23 (100%)

Los pólipos divididos por tamaño los correlacionamos con la presencia de displasia y el grado de la misma. De los 23 pólipos con de displasia 12 (54%) correspondían a pólipos menores a 1 cm y 11 (48%) a pólipos mayores de 1 cm. En la siguiente grafica se demuestra la cantidad de pólipos encontrados por tamaño, subtipo histológico y grado de displasia. (Grafica 4.

Grafica 4. Tamaño de pólipo, subtipo histológico y grado de displasia.



ANALISIS Y DISCUSION

Obtuvimos una población inicial de colonoscopias adecuada con un total de 589 colonoscopia; de estas, se obtiene el diagnóstico de pólipo en 141 pacientes, lo cual corresponde a un 23.93 % del total. Según Lieberman DA (9) existe un parámetro de calidad en endoscopia llamado índice de detección de adenoma, donde una cifra menor 20% se relaciona con aumento significativo de cáncer de colon en los próximos 5 años posterior al estudio. Nuestro índice es de 23.93 %, el cual se encuentra por arriba de esta cifra.

Heitman refiere como factor de riesgo para la detección de adenomas el sexo masculino y edad avanzada(4), en nuestro estudio no encontramos diferencia significativa entre edad, sexo, y número de pólipos observados, lo anterior se relaciona a que casi toda nuestra población fue de 50 a 70 años, con un número igual de sexo femenino y masculino.

El adenoma tubular fue el subtipo histológico más observado en un 72 %; el túbulo vellosa en un 24% y el vellosa en 3.7 %, lo cual corresponde a lo descrito por Rembacken BJ como un 80% para

adenomas tubulares, 15 % para adenomas tubulovelloso y 5 % para adenomas vellosos (5).

Las cifras encontradas para displasia por subtipo histológico fue de 46.2% para pólipos tubulares, 23.1 % para pólipos tubulovelloso y 100% para pólipos vellosos. Esto mayor a lo descrito por Bonde JH con un porcentaje de displasia de 5% para pólipos tubulares, 20 % para pólipos tubulovelloso y 45 % para pólipos vellosos (8);

Encontramos que un 29 % de los pólipos menores a 1 cm presentaron displasia (12 de 41) y un 84% de los pólipos mayores a 1 cm con displasia (11 de 13 pólipos), con lo cual se corrobora lo descrito por Liberman et col que un pólipo mayor a un cm es un factor de riesgo para displasia. Obtuvimos con riesgo relativo para displasia de 2.89 para los pólipos mayores a 1 cm.

CONCLUSIONES

Encontramos una detección adecuada de pólipos en las colonoscopias realizadas en nuestro servicio de Colon y Recto mediante el de índice de detección de adenomas. No encontramos relación entre la edad, sexo y número de pólipos para la presencia de displasia. Se encontró que los pólipos mayores de 1 cm y la histología velloso como factores de riesgo para la presencia de displasia.

La relevancia de este estudio es conocer que se realizan nuestras colonoscopias de acuerdo a estándares de calidad internacional como es el índice de detección de pólipos y identificar los factores de riesgo para presencia de displasia. Hace falta un estudio prospectivo para incluir otros factores como obesidad, presencia o ausencia de ejercicio y ampliar lo descrito en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Acuña Tovar M. Roman Bassaure E. Guías diagnósticas en Oncología 2013 Cáncer de Colon, Hospital General de México, 2013
- 2.- Dragovich T. Espat J. Colon Cáncer. Emedicine Medscape. May 2017
- 3.- Macrae F. Rutgeerts P. Approach to the patient with colonic polyps. Wolters Kluwer Health (UpToDate), April 2017
- 4.- Heitman SJ, Ronksley PE, Prevalence of adenomas and colorectal cancer in average risk individuals: a systematic review and meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2009 Pub Med.
- 5.- Rembacken BJ, Fuji T. Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies. Lancet 2000. Pub Med
- 6.- Winawer SJ, Stewart ET, A comparison of colonoscopy and double contrast barium enema for surveillance after polypectomy. N Eng J Med 2000
- 7.- Walsh RM, Ackroyd FW, Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps. Gastrointest endosc 1992
- 8.- Bond JH. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. Practice parameters committee of the American college of gastroenterology. Am J Gastroenterol 2000.
- 9.- Lieberman DA, Rex DK. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2012.

ANEXO

“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE PÓLIPOS COLORRECTALES EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Nombre del paciente:

Número de afiliación:

Edad:

Sexo:

Colonoscopia

Completa:

Incompleta:

Con reporte:

Sin Reporte:

Hallazgos de

Tipo de pólipo:

Sésil:

Pediculado:

Plano:

Excavado:

Tamaño del pólipo:

Menor a 1 cm

Mayor de 1 cm

Resección:

Completa

Incompleta

Número de pólipos encontrados:

Reporte de patología

Histología del pólipo adenomatoso:

Tubular

Túbulo Velloso

Velloso

Presencia de displasia:

Sí

No

Grado de displasia:

Alto Grado

Bajo Grado

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del estudio:

**“ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE PÓLIPOS
COLORRECTALES EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL
SIGLO XXI”**

Lugar:

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepulveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
México, Distrito Federal

Fecha:

Número de registro: __Pendiente._____

Objetivo:

Determinar la incidencia de pólipos adenomatosos, su variante histológica y grado de displasia en pacientes sometidos a colonoscopias por el servicio de colon y recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Justificación:

El 95% de los cánceres colorrectales se originan de un pólipo adenomatoso que evoluciona de forma posterior a un cáncer invasor. Dichos pólipos adenomatosos se encuentran en un 30% de los pacientes arriba de 50 años, y amerita una clasificación histológica que determinará el tratamiento adecuado posterior.

El Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI es un hospital de referencia de tercer nivel de patología benigna y maligna colorrectal, donde se realizan alrededor de 600 colonoscopias al año de las cuales aún no existe nada publicado hasta el momento. El adenocarcinoma colorrectal es una de las principales causas de cáncer en nuestro país el cual es prevenible con la detección oportuna y manejo adecuado de los pólipos adenomatoso colorrectales. Por eso es el motivo que se ha planeado este estudio, para conocer la incidencia de adenomas realizar una comparación con otros centros hospitalarios de referencia.

Procedimiento:

Se analizará la base de datos existente en el Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del CMN SXXI en donde se tiene registradas todas las colonoscopias realizadas durante los últimos años para realizar una lista de pacientes a estudiar.

Se hará la revisión de expedientes de pacientes que cumplan con el punto anterior en búsqueda del reporte de colonoscopia y resultado histopatológico definitivo para su posterior análisis estadístico.

Posibles riesgos y molestias:

No existe riesgo alguno para el bienestar físico o psicológico de los pacientes debido a que se trata de un estudio retrospectivo observacional.

Posibles beneficios que reciba al participar en el estudio:

Detección y optimización de los pacientes con pólipos adenomatosos para disminución de morbimortalidad en su manejo.

Participación o retiro:

El consentimiento al firmarse autoriza la utilización de la información del expediente clínico del paciente, No habrá participación posterior a la firma del consentimiento o forma de retiro del paciente.

Privacidad y confidencialidad:

No se expondrá en ningún momento la información recabada del expediente clínico, esto acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico y Ley General de Acceso a la Información.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable:

Dr Fernando Mireles Ordaz
Residente de 6to años de Cirugia de Colon y Recto.
Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Colaboradores:

Dr. Moisés Freddy Rojas Illanes
Jefe de Servicio de Cirugía de Colon y Recto
Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional Siglo XXI

En caso de duda o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse

a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4º piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México D.F. C.P. 06720, teléfono (55) 5627 69 00, extensión: 21230, correo electrónico:

comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto: _____

Nombre y firma testigo 1: _____

Nombre y firma de testigo 2: _____

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento _____