

11238



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."

CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

3
2ej

REPORTE DE 1200 COLONOSCOPIAS

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGIA

P R E S E N T A :

DANIEL PATRICIO MOLINA GARZA



MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TITULO

REPORTE DE 1200 COLONOSCOPIAS

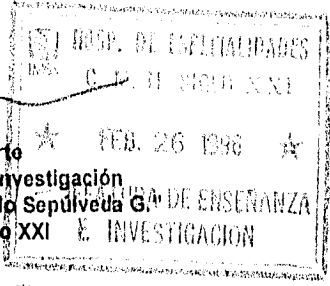
**SERVICIO DE COLOPROCTOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

MEXICO, D.F.

1996

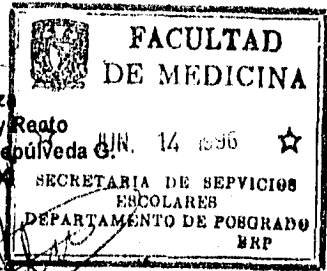
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Wacher



Dr. Niels H. Wacher Rodarte
Jefe de la División de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Peña



Dr. Juan Pablo Peña Ruiz-Esparza
Jefe de Servicio de Cirugía de Colon y Recto
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Rocha

Dr. José Luis Rocha Ramírez
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Colon y Recto
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Cordova

Dr. José Alfredo Córdova Chárraga
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía de Colon y Recto
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

Talavera

Dr. Juan Talavera Piña
Médico Adscrito al Departamento de Epidemiología Clínica
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G."
Centro Médico Nacional Siglo XXI

CON DEDICACION A

A mis Padres
por su paciencia y apoyo en mi formación profesional

A mi Esposa
por estar acompañándome en todo momento

A mis Maestros y Compañeros
por compartir desinteresadamente sus conocimientos

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	3
RESULTADOS	4
DISCUSION	9
CONCLUSIONES	10
GRAFICAS	11
BIBLIOGRAFIA	17

RESUMEN

El objetivo del estudio es reportar las indicaciones, manifestaciones clínicas y diagnósticos endoscópicos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se revisaron retrospectivamente 1200 reportes de colonoscopias realizadas en el período de Enero de 1990 a Diciembre de 1995. El grupo de estudio incluyó a 623 pacientes del sexo femenino (52%) y 577 del sexo masculino (48%), siendo la edad promedio de 55 años de edad, con una edad mínima de 10 años y máxima de 92 años. Se utilizó análisis estadístico descriptivo en base a tablas de frecuencia y porcentaje. Las primeras cinco causas más frecuentes de indicación de colonoscopia son : HTDB 20.8%; Sospecha de malignidad 16.7%; Pólipos colónicos 11%; CUCI 8.7% y descartar patología colónica 7.8%. Las manifestaciones clínicas más importantes fueron : Hematoquezia 28.4%; Dolor abdominal 16.6%; Alteración en hábitos de defecación 9.9%; Pérdida de peso 8.1% y Síndrome diarreico crónico 7.4%. La distancia promedio alcanzada en el procedimiento fué de 105 cms. y en un tiempo promedio de 20 min. Los diagnósticos endoscópicos que se presentaron son : Pólipos colónicos 26.74%; Enfermedad diverticular 25.58%; CUCI 9.53%; Enfermedad inflamatoria sin diagnóstico 6.16% y Cáncer 6.05%. Los motivos de suspensión lo constituyó el Dolor con 28%; Infranqueable endoscópicamente 24%; Estenosis colónica 16%; Mala preparación intestinal 10% y Falla mecánica del endoscopio 8%.

INTRODUCCION :

La historia de la endoscopia del tubo digestivo tiene su origen en 1806 con Bozzini, quien es considerado como el primero en realizar endoscopias en humanos. En 1868 se inventó el primer gastroscoPIO y el crédito fué para Kussmaul. En 1961 fué Overholt quien dió aplicaciones clínicas al sigmoidoscopio flexible de fibra óptica. En 1965 se reportaron éxitos con el colonoscopio en Japón con Oshiba, Niwa y Kanazawa (1). CorresponDió a Nagasaki en 1970 lograr por primera vez la observación directa de la válvula ileocecal en tres casos y en 1973 a Wolff y Shinya efectuar polipectomias transendoscópicas, siendo así que el colonoscopio además de su modalidad diagnóstica, sea también terapéutica (2,3). Actualmente con el videocolonoscopio, los aparatos de fibra óptica han sido desplazados, ya que los videoendoscopios tienen su principio básico en la microelectrónica funcionando con un sistema computarizado, que han hecho la técnica más cómoda y fácil de realizar (3,1).

Este procedimiento nos permite detectar enfermedades colónicas debido a su capacidad de observar el interior del colon y la posibilidad de confirmarlas histológicamente mediante la toma de biopsia, siendo el método de elección para el manejo en patologías del intestino grueso (4). La colonoscopia en pacientes con hemorragia del tubo digestivo bajo revela una lesión en 30 a 40% y cerca del 25% tienen una neoplasia colorrectal como causa de hemorragia; se utiliza en pacientes sintomáticos, especialmente en aquellos que son mayores de 50 años de edad y presentan hemorragia a través del recto (1).

La colonoscopia tiene el potencial para inspección directa de la mucosa, desde la válvula ileocecal (y en ocasiones el ileon terminal) hasta el ano, para obtener biopsias y para excisión de lesiones polipoides que se encuentren. Tiene una sensibilidad mayor de 95% para lesiones que midan más de 1 cm, de aproximadamente 80 a 90% para lesiones de 0.5 a 1 cm de diámetro y de 70 a 80% para pólipos menores de 0.5 cms. El valor predictivo negativo de la colonoscopia para diagnóstico de cáncer es del 97%. La especificidad y los valores predictivos positivos son casi del 100%. Los cánceres primarios sincrónicos de colon suceden en cerca del 3 a 4% de los pacientes con carcinoma colorrectal y de 25 a 40% del grupo que tiene adenomas sincrónicos (5).

Las indicaciones que generalmente se reportan para colonoscopia son : cuando se presentan anomalías radiológicas a investigar, como masa, estrechez y defecto de llenado (6).

Otra indicación es cuando el diagnóstico no se realiza por sigmoidoscopia flexible; cuando se detecta un pólipo en colon o recto; en la vigilancia de colitis ulcerativa crónica, en pacientes con carcinoma del intestino grueso con exámen prooperatorio y postoperatorio, en los casos en que se presenta hematoquecia aguda o crónica y diarreas inexplicables (4-6)

Las principales aplicaciones terapéuticas que se reportan son : Polipectomía, control de hemorragia, descompresión de obstrucciones, remoción de cuerpos extraños y dilatación de estrecheces. Las contraindicaciones del procedimiento son muy pocas, por ejemplo una mala preparación intestinal, dolor al paso del endoscopio, un ángulo fijo que durante el procedimiento no pueda ser enderezado. No deberá realizarse en enfermedad inflamatoria intestinal aguda, en una diverticulitis aguda, problemas cardiovasculares agudos y en el abdomen agudo (4).

Existen limitaciones en la colonoscopia y pueden depender del médico y/o el paciente, esto dependerá de la habilidad del endoscopista y de la tolerancia del paciente, su cooperación, la preparación intestinal, las áreas difíciles de observar en el colon (los ángulos y la válvula ileocecal), antecedentes terapéuticos (radioterapia y/o cirugías abdominales) (2,7). A pesar del avance en las modernas técnicas endoscópicas, la ansiedad y el miedo siguen siendo sentimientos predominantes en muchos de los pacientes que se van a someter a una endoscopia. Aunque existen pacientes que puedan tolerarlas sin recibir ningún tipo de medicación, la mayoría prefiere recibir sedación antes de la misma. La sedación durante la endoscopia mejora las condiciones y aceptabilidad por parte del paciente realizándola hasta en el 90% de los estudios (8-11).

Está reportado que un colonoscopista es capaz de estudiar un colon completo en un tiempo de 10 a 30 min. y en más del 95% de los casos llega a ciego (12,13). Las complicaciones que puedan presentarse son : La perforación intestinal con una incidencia del 0.2 a 0.4% después de un procedimiento diagnóstico y con polipectomía 0.3 al 1%; el riesgo de perforación en las dilataciones con balón hidrostático en estenosis anastomóticas colónicas es del 4.6%; hemorragia en el sitio de biopsia o por desgarro de la mucosa durante el estudio diagnóstico, pero esto es muy raro y se ha reportado una incidencia del 0.7 al 2.5 % de hemorragia posterior a polipectomía; bacteremia en colonoscopia con una incidencia media del 3% y un rango del 0 al 27% (14,15).

Existen numerosos reportes sobre la importancia de la colonoscopia en el estudio y evaluación de enfermedades del colon, ya que es el más sensible y específico, por ejemplo en la vigilancia y extirpación de adenomas, se ha podido con esto prevenir el cáncer y reducir la mortalidad por neoplasia maligna del colon (16-19).

MATERIAL Y METODO

Se realizó un análisis retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo de los reportes de las colonoscopias realizadas en nuestra institución en un período de 5 años de Enero de 1990 a Diciembre de 1995, nuestro universo de estudio lo constituyeron 1200 pacientes enviados de los diferentes servicios de este Hospital, Hospitales Generales de Zona y de algunos estados de este país. Se utilizó un videocolonoscopio Pentax EC 3800 L.

A todos los pacientes se les realizó preparación colónica con dieta líquida sin residuo, aceite de ricino 70 ml. por vía oral y enemas evacuantes 1500 ml. de agua tibia simple, dos enemas el día anterior y dos el día del estudio; se canalizaron los pacientes con 250 ml. de solución glucosada y se aplicó una ampula de butilhoscina y de 2 a 5mg de midazolam intravenosa.

Se registró el sexo y edad del paciente, cuadro clínico, colon por enema, Indicación endoscópica, hallazgos, la distancia y tiempo transcurrido.

Se utilizó un análisis estadístico descriptivo en base a tablas de frecuencia y porcentajes.

RESULTADOS :

GENERALIDADES

Se realizó una revisión retrospectiva de 1200 colonoscopias en un período de tiempo comprendido de Enero de 1990 a Diciembre de 1995 y se obtuvieron los siguientes resultados : Del sexo femenino fueron 623 (52%) y del sexo masculino 577 (48%); la edad promedio fué de 55 años, con una edad máxima de 92 y una edad mínima de 10 años. Se realizaron 999 estudios endoscópicos completos (83.25%) e Incompletos 201 (16.75%). Se administró ansiolítico y butilioscina en 1134 pacientes (94.50%). Se tomaron 245 biopsias (20.41%) y en 86 procedimientos se efectuó polipectomía (7.16%). La distancia promedio para llegar a ciego fué de 105 cms. y en un tiempo promedio de 20 minutos.

Respecto a la edad de los pacientes estudiados endoscópicamente tuvieron un promedio de edad de 55 años. Entre los rangos de 40 a 70 años está representado el 57.5% del total.

Rango de Edad	No. de Ocurrencias	Porcentaje %
10 - 20	25	2%
21 - 30	87	7%
31 - 40	142	12%
41 - 50	201	17%
51 - 60	246	21%
61 - 70	243	20%
71 - 80	191	16%
81 - 92	65	5%
TOTAL	1200	100%

TABLA DE EDADES

De 1200 estudios colonoscópicos se presentaron 1269 indicaciones, de las cuales 913 (71.94%) corresponden a las primeras seis que se muestran en la tabla.

INDICACION	%	TOTAL
HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO BAJO	20,80	264
SOSPECHA DE MALIGNIDAD	16,78	213
POLIPOS COLONICOS	11,03	140
CUCI	8,75	111
DESCARTAR PATOLOGIA COLONICA	7,88	100
VALORACION PREOPERATORIA	6,70	85
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	5,44	69
CONTROL POSTQUIRURGICO DE CANCER	4,41	56
CONTROL POSTOPERATORIO*/POSTPOLIPECTOMIA	4,02	51
TRANSTORNOS DE LA MOTILIDAD INTESTINAL	3,86	49
ALTERACIONES DEL COLON POR ENEMA	2,60	33
DOLOR ABDOMINAL	1,89	24
SINDROME ANEMICO	1,34	17
CROHN	0,87	11
MISCELANEAS	0,79	10
COLITIS ISQUEMICA	0,79	10
MASA ABDOMINAL EN ESTUDIO	0,71	9
COLITIS PARASITARIA	0,63	8
OCLUSION INTESTINAL	0,39	5
ECTASIA VASCULAR	0,32	4
TOTAL	100,00	1269

* PATOLOGIA BENIGNA

INDICACIONES EN 1200 ESTUDIOS COLONOSCOPICOS

Las manifestaciones clínicas de los pacientes estudiados en 1200 colonoscopias fueron en total 1163 entre signos y síntomas, reportándose asintomáticos 431 (35.91%).

SIGNOS Y SINTOMAS	%	TOTAL
HEMATOQUEZIA	28,46	331
DOLOR ABDOMINAL	16,60	193
ALT. EN HABITOS DE DEFECACION	9,89	115
PERDIDA DE PESO	8,17	95
SINDROME DIARREICO CRONICO	7,39	86
ESTREÑIMIENTO	6,53	76
SINDROME DISENTERIFORME	6,28	73
SINDROME ANEMICO	4,30	50
DISTENSION ABDOMINAL	3,53	41
MELENA	3,10	36
MASA ABDOMINAL	2,06	24
OCLUSION INTESTINAL	1,38	16
SINDROME FEBRIL	1,20	14
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	1,12	13
TOTAL	100,00	1163

TABLA DE MANIFESTACIONES CLINICAS EN 769 COLONOSCOPIAS

De 1200 colonoscopias 740 (61.66%) pacientes no se presentaron con colon por enema previo al examen endoscópico. De los estudios radiológicos (460) se reportaron como normales 127 (27.6%). En 333 (72.4%) colon por enema se encontraron 378 hallazgos radiológicos.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS	%	TOTAL
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	26,98	102
ESPASTICIDAD	17,72	67
DEFECTO DE LLENADO	15,34	58
ESTENOSIS	12,70	48
POLIPOS	6,35	24
DOLICO SIGMOIDES	5,29	20
IMAGEN EN EMPEDRADO DE LA MUCOSA	2,91	11
AUMENTO DEL DIAMETRO DEL COLON	2,65	10
IMAGEN DE MANZANA MORDIDA	2,12	8
DISMINUCION DEL CALIBRE DEL COLON	1,85	7
FALTA DE DISTENSIBILIDAD	1,85	7
SIGMOIDES REDUNDANTE	1,85	7
FISTULA COLONICA	1,32	5
PANCOLITIS	1,06	4
TOTAL	100	378

**TABLA DE HALLAZGOS RADIOLOGICOS
EN 333 ESTUDIOS PRESENTADOS**

De 1200 estudios colonoscópicos fueron completos 999 (83.25%) e incompletos 201 (16.75%). Los principales motivos de suspensión fueron dolor, ángulo infranqueable endoscópicamente y la estenosis colónica, representaron el 75.37%.

MOTIVOS DE SUSPENSION	%	TOTAL
DOLOR	31	62
INFRANQUEABLE ENDOSCOPICAMENTE	26	53
ESTENOSIS COLONICA	17	35
MALA PREPARACION INTESTINAL	11	23
FALLA MECANICA DEL ENDOSCOPIO	8	17
PROCESO INFLAMATORIO AGUDO	4	8
ESTRECHEZ COLONICA EXTRINSECA	1	3
TOTAL	100	201

TABLA DE 201 MOTIVOS DE SUSPENSION ENDOSCOPICA

De 1200 colonoscopias se reportaron endoscópicamente normales 506 (42.16%). Los diagnósticos más frecuentes encontrados (61.86%) fueron pólipos colónicos, enfermedad diverticular y CUCI.

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO	%	TOTAL
POLIPOS COLONICOS	26,74	230
ENFERMEDAD DIVERTICULAR	25,58	220
CUCI	9,53	82
ENFERMEDAD INFLAMATORIA SIN DX.	6,16	53
CANCER	6,05	52
COLITIS INFECCIOSA	5,00	43
ECTASIA VASCULAR	5,00	43
TRASTORNO FUNCIONAL DE MOTILIDAD	4,77	41
MISCELANEA	4,30	37
ENFERMEDAD HEMORROIDAL	3,95	34
COLITIS ISQUEMICA	1,63	14
ENFERMEDAD DE CROHN	1,28	11
TOTAL	100,00	860

**TABLA DE RESULTADOS
DE 860 DIAGNOSTICOS ENDOSCOPICOS**

DISCUSION :

Los resultados muestran que aproximadamente el 66% de las indicaciones para colonoscopia en el servicio de nuestro hospital, que es considerado de concentración y de tercer nivel, fueron HTDB, sospecha de malignidad, pólipos colónicos, CUCI y pacientes referidos con manifestaciones clínicas en los que había que descartar patología colónica. Con lo que puede demostrarse que este estudio endoscópico es el ideal para diagnóstico y tratamiento, control y vigilancia en enfermedades del colon y recto. Esto se confirma con lo reportado en la literatura (14,20-22).

Referente a las manifestaciones clínicas de los pacientes estudiados el 70.5% presentó uno o más de los siguientes signos y síntomas : hematoquezia, dolor abdominal, alteración en hábitos de defecación, pérdida de peso y síndrome diarreico crónico. Los cuales tienen relación con cuatro de las principales patologías descritas en los diagnósticos endoscópicos que son : pólipos colónicos, enfermedad diverticular, CUCI y cáncer (14,23-26).

Los pólipos colónicos representaron las anomalías colonoscópicas más frecuentes (26.74%), Blackstone reportó una incidencia en su unidad del 20 al 30% y Fruhmorgen hasta el 50% (27,28).

La enfermedad diverticular representó el segundo diagnóstico endoscópico más frecuente (25.58%) y Blackstone lo reportó en el 20% de sus pacientes sometidos a colonoscopia (27).

La colitis ulcerativa crónica inespecífica ocupó el tercer lugar en frecuencia como diagnóstico endoscópico con 82 (9.53%) colonoscopias para vigilancia y control de pacientes con esta patología (29-32).

La hemorragia de tubo digestivo bajo representó la primer indicación endoscópica (21%) y la hematoquezia (29%) la manifestación clínica más frecuente; el hallazgo radiológico que ocupó el primer lugar fue la enfermedad diverticular (27%) y en los diagnósticos endoscópicos, los pólipos colónicos y la enfermedad diverticular (51%) representaron las dos patologías más frecuentes diagnosticadas.

Podemos concluir con estos resultados que la colonoscopia es el estudio endoscópico más sensible y específico para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades anteriormente citadas, ya que existen numerosos reportes en la literatura de su importancia y su valor (29-32).

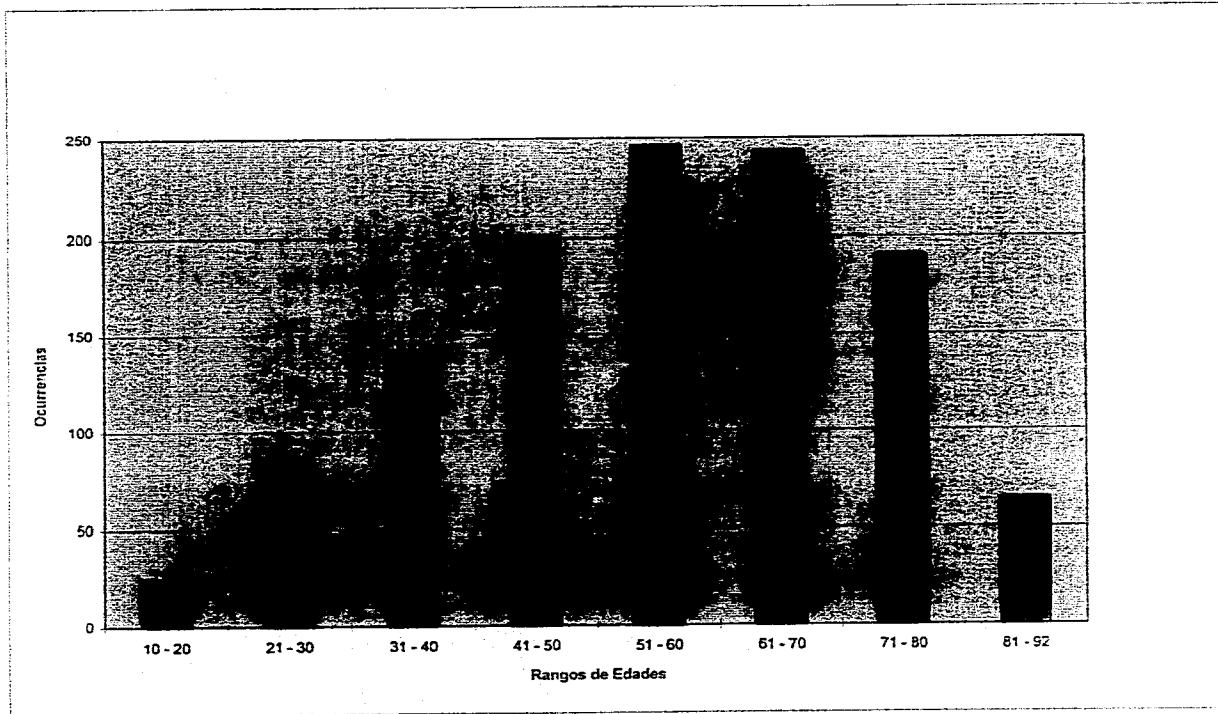
CONCLUSIONES :

En 1200 colonoscopias el sexo femenino predominó sobre el masculino y la edad promedio de estudio fué de 55 años.

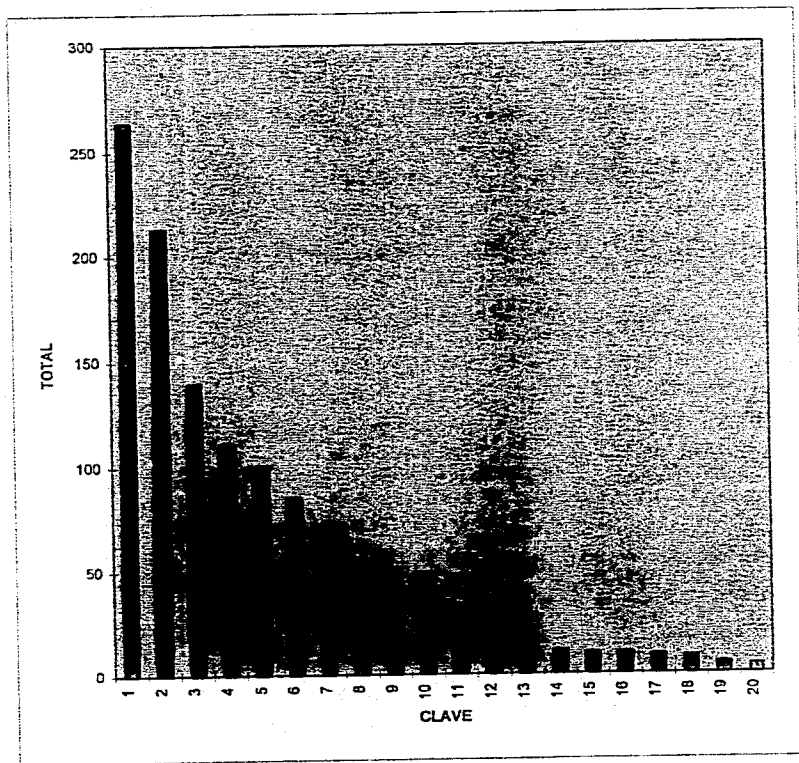
Las indicaciones para colonoscopia más comunes fueron hemorragia de tubo digestivo bajo, sospecha de malignidad, pólipos colónicos y CUCI.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes en los pacientes estudiados son hematoquezia, dolor abdominal, alteración en los hábitos de defecación y pérdida de peso.

Los diagnósticos endoscópicos que presentaron mayor incidencia fueron pólipos colónicos, enfermedad diverticular y CUCI.

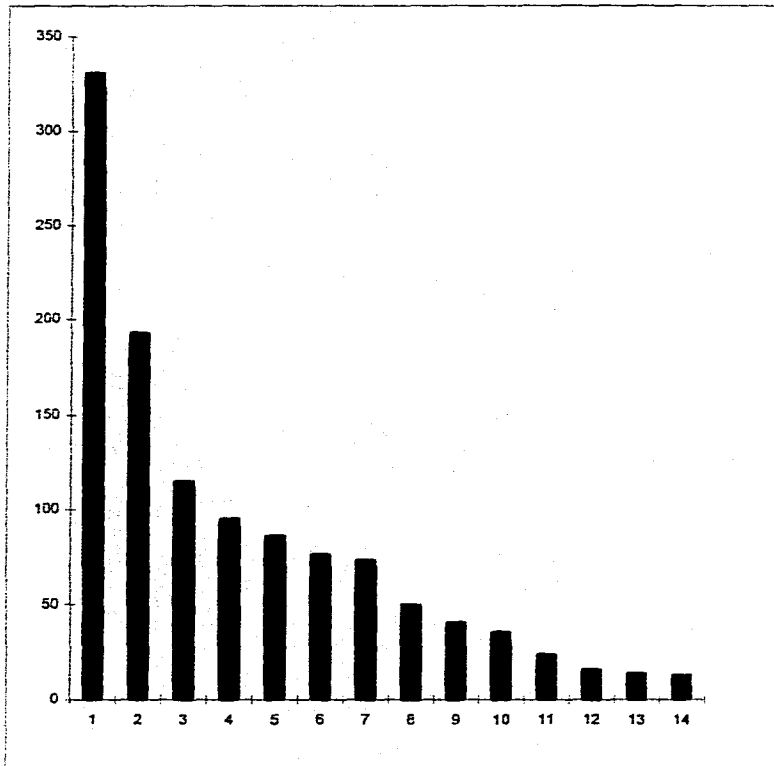


GRAFICA NO. 1
DISTRIBUCION DE EDADES



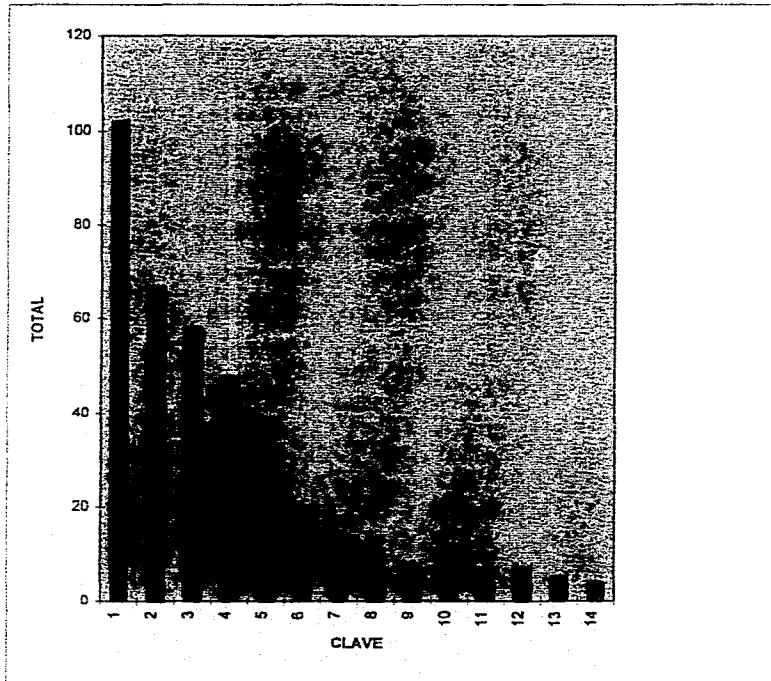
CLAVE	INDICACION
1	HTDB
2	SOSPECHA DE NEOPLASIA
3	POLIPOS COLONICOS
4	CUCI
5	DESCARTAR PATOLOGIA COLONICA
6	VALORACION PREOPERATORIA
7	ENFERMEDAD DIVERTICULAR
8	CONTROL POSTQUIRURGICO DE CANCER
9	CONTROL POSTOPERATORIO/ POSTPOLIPECTOMIA
10	TRANSTORNOS DE MOTILIDAD INTESTINAL
11	ALTERACIONES DEL COLON POR ENEMA
12	DOLOR ABDOMINAL
13	SINDROME ANEMICO
14	CROHN
15	MISCELANEAS
16	COLITIS ISQUEMICA
17	MASA ABDOMINAL EN ESTUDIO
18	COLITIS PARASITARIA
19	OCLUSION INTESTINAL
20	ECTASIA VASCULAR

GRAFICA No. 2
DISTRIBUCION DE INDICACIONES



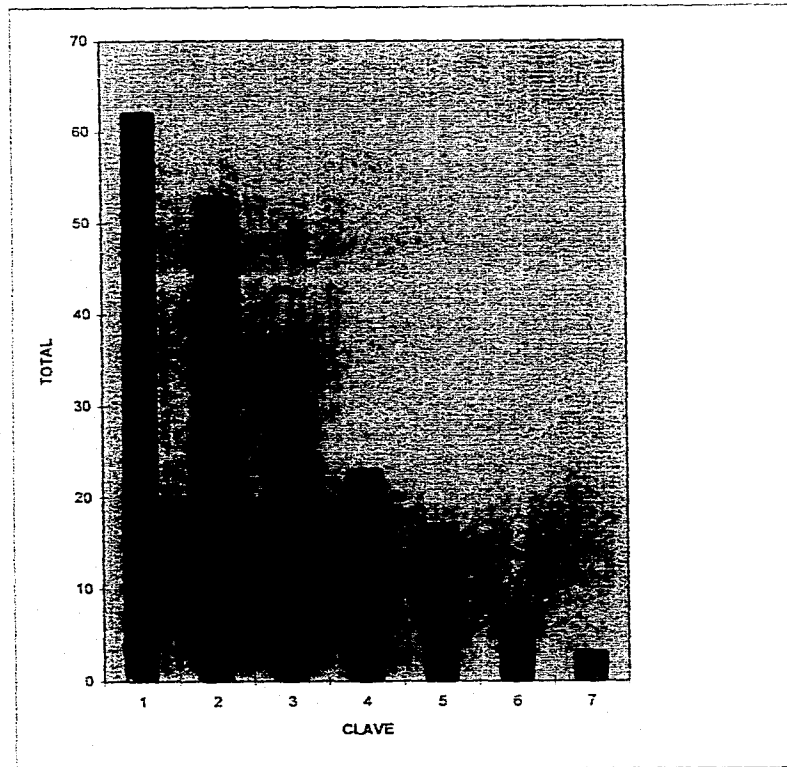
CLAVE	SIGNOS Y SINTOMAS
1	HEMATOQUEZIA
2	DOLOR ABDOMINAL
3	ALT. EN HABITOS DE DEFECACION
4	PERDIDA DE PESO
5	SINDROME DIARREICO CRONICO
6	ESTREÑIMIENTO
7	SINDROME DISENTERIFORME
8	SINDROME ANEMICO
9	DISTENSION ABDOMINAL
10	MELENA
11	MASA ABDOMINAL
12	OCLUSION INTESTINAL
13	SINDROME FEBRIL
14	ATAQUE AL ESTADO GENERAL

**GRAFICA No. 3
DISTRIBUCION DE
MANIFESTACIONES CLINICAS**



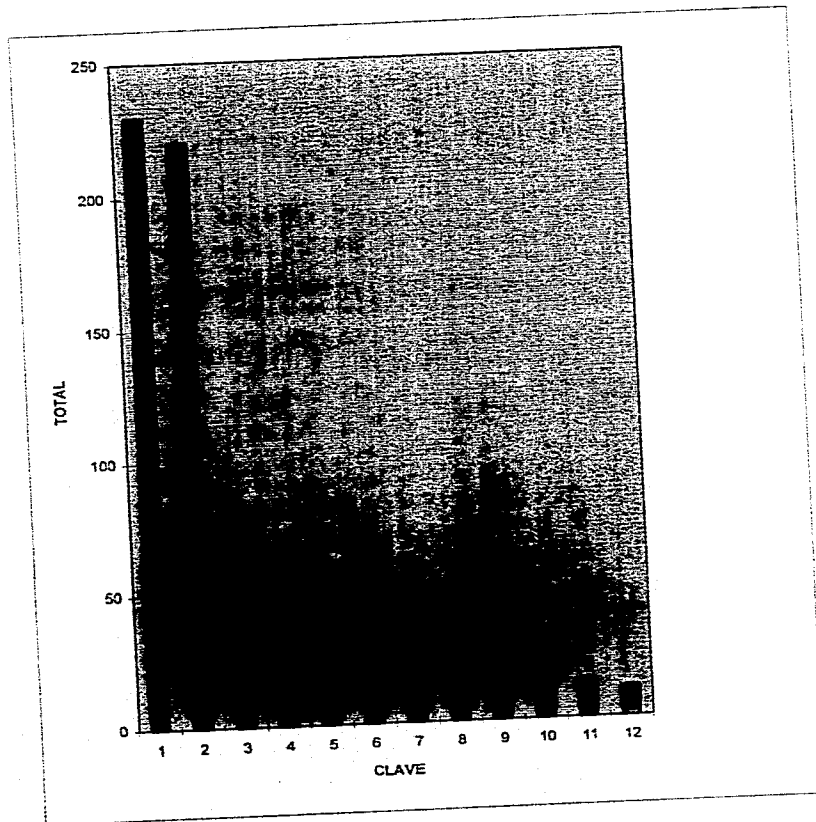
CLAVE	HALLAZGOS RADIOLOGICOS
1	ENFERMEDAD DIVERTICULAR
2	ESPASTICIDAD
3	DEFECTO DE LLENADO
4	ESTENOSIS
5	POLIPOS
6	DOLICO SIGMOIDES
7	IMAGEN EN EMPEDRADO DE LA MUCCOSA
8	AUMENTO DEL DIAMETRO DEL COLON
9	IMAGEN DE MANZANA MORDIDA
10	DISMINUCION DEL CALIBRE DEL COLON
11	FALTA DE DISTENSIBILIDAD
12	SIGMOIDES REDUNDANTE
13	FISTULA COLONICA
14	PANCOLITIS

**GRAFICA No. 4
DISTRIBUCION DE
HALLAZGOS RADIOLOGICOS**



CLAVE	MOTIVOS DE SUSPENSION
1	DOLOR
2	INFRANQUEABLE ENDOSCOPICAMENTE
3	ESTENOSIS COLONICA
4	MALA PREPARACION INTESTINAL
5	FALLA MECANICA DEL ENDOSCOPIO
6	PROCESO INFLAMATORIO AGUDO
7	ESTRECHEZ COLONICA EXTRINSECA

**GRAFICA No. 5
DISTRIBUCION DE
MOTIVOS DE SUSPENSION**



CLAVE	DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO
1	POLIPOS COLONICOS
2	ENFERMEDAD DIVERTICULAR
3	CUCI
4	ENFERMEDAD INFLAMATORIA SIN DX.
5	CANCER
6	COLITIS INFECCIOSA
7	ECTASIA VASCULAR
8	TRASTORNO FUNCIONAL DE MOTILIDAD
9	MISCELANEA
10	ENFERMEDAD HEMORROIDAL
11	COLITIS ISQUEMICA
12	ENFERMEDAD DE CROHN

GRAFICA No. 6
DISTRIBUCION DE
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Mazier, WP. Surgery of the Colon, Rectum, and Anus. Saunders Company. 1995, 73-97.
- 2.-Barrientos Castro, FJ. Colonoscopia y Polipectomía, Rev. Gastroenterol. México, 1990; 55,3:181-184.
- 3.-Corman, ML. Colon and Rectal Surgery, 3a. Edición, J.B. Lippincott Company. 1992, 31-44.
- 4.-Gordon, PH. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. Edition Quality Medical Publishing, Inc. 1992
- 5.-Schrock, TR. Colonoscopia en comparación con enema de bario en el diagnóstico de cánceres y pólipos colorrectales. Clínicas Endoscópicas de Norteamérica. 1993, Vol. 4.
- 6.-Cohen, AM. Cancer of the Colon, Rectum and Anus. Mc Graw-Hill, 1995.
- 7.-Sakai Y. The tecnic of colonfiberscopy. Dis Colon Rectum 1972; 15:403-12
- 8.-Pérez Piqueras, J.; Silva González, C. Sedación en Endoscopia. Rev. Esp. Enf. Digest., 1995, 87,10:725-730.
- 9.-Thompson DG, Lennard-Jones JE. Patients appreciate pre-medication for endoscopy. Lancet 1980; 2:469-470.
- 10.-Keefe EB y O'Connor KW. ASGE survey of endoscopic sedation and monitoring practices. Gastrointest Endosc 1990; 36:13-18.
- 11.- Arrowsmith JB, Gerstman BB. Results from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy/US Food and Drug Administration collaborative study on complication rates and drugs use during gastrointestinal endoscopy. Gastrointest Endosc 1991;37:421-427.
- 12.-Waye, JD. Colonoscopy without fluoroscopy. Gastrointest. Endosc. 1990;36:72-76.
- 13.- Ahlgren, J. Gastrointestinal Oncology. Lippincott Company. 1992.
- 14.-Sleisenger, MH. Gastrointestinal Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management; Ed. Saunders Company. 1993.
- 15.-Neu, HC and Fleischer D. Controversias, Dilemas and Dialogues. Recomendations for antibiotic prophylaxis before endoscopy. Am. J. Gastroenterol. 1989, 84:1488-1492.
- 16.-Lieberman, D. Colonoscopia para detección primaria: ¿Puede usarse para esa finalidad?. Clínicas de Endoscopia de Norteamérica. 1993, Vol 4
- 17.-Kazuo Hase, Clayton, HS. Long-Term Results of Curative Resection of "Minimally Invasive" Colorectal Cancer. Dis Colon Rectum 1995;38:19-26.
- 18.-Jorgensen OD, Kronborg O., Fenger C. The Funen Adenoma Follow Up Study. Incidence and death from colorectal carcinoma in an adenoma surveillance program. Scand. J. Gastroenterol 1993; 28:869-874.
- 19.-Teague, RH., Thornton, JR. Colonoscopy for investigation of unexplained rectal bleeding. Lancet. 1978; 1:1350-51.
- 20.-Zuldema, GD. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. T. IV. Colon 3a. Ed. Saunders Company. Philadelphia, 1991.

- 21.-Gabrielsson, N., Granqvist, S., Sondelin, D. Extent of inflammatory lesions in ulcerative colitis, assessed by radiology, colonoscopy, and biopsies. *Gastrointest. Radiol.* 4:395-400.
- 22.-Eckardt VF, Stamm H. Improved Survival after Colorectal Cancer in Patients Complying with a Postoperative Endoscopic Surveillance Program. *Endoscopy.* 1994; 26: 253-257.
- 23.-Browder, W. Cerise, EJ. Impact of emergency aglography in massive lower gastrointestinal bleeding. *Ann. Surg.* 1986; 204:530.
24. Nath, RL, Sequeira JC. Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am. J. Surg.* 1981; 141:478-481.
- 25.-Jensen, DM and Machicado GA. Emergent colonoscopy in patients with severe lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology.* 1981; 80:1184.
- 26.-Lewis, B., and Waye JD. Chronic gastrointestinal bleeding of obscure origin: Role of small bowel enteroscopy. *Gastroenterology.* 1988; 94:1117-1121.
- 27.-Blackstone, MO. Endoscopic Interpretation. Normal and Pathologic appearances of the Gastrointestinal Tract. Rave Press. 1984.
- 28.-Fruhmorgen, P., Laudage, G. and Matek, W. (1981). The years of colonoscopy. *Endoscopy,* 13;162-168.
- 29.-Brand, EJ, Sullivan, BH, Sivak, MV. Colonoscopy in the diagnosis of unexplained rectal bleeding. *Ann Surg.* 1980. 192:111-113.
- 30.-Knutson, CO, and Max, MH. Value of colonoscopy in patients with rectal blood loss unexplained by rigid proctosigmoidoscopy and barium contrast examinations. *Am. J. Surg.* 1980. 139:84-87.
- 31.-Mc Guire, HH, and Haynes BW. Massive hemorrhage from diverticulosis of the colon : guidelines for therapy based on bleeding patterns observed on fifty cases. *Ann. Surg.* 1972; 175:847-855.
- 32.-Boley, SJ, Di Blase A. Lower intestinal bleeding in the elderly. *Am. J. Surg.* 1979; 137:57-64.