



UNAM



112382

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO

RESECCIÓN TRANSANAL DE POLIPOS, REPORTE DE
CASOS 6 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA DE COLON Y RECTO DEL HE CMN SXXI.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGÍA

PRESENTA:

DR. JOSE MANUEL FERNÁNDEZ RIVERO

ASESORES :

DR. JOSE LUIS ROCHA RAMÍREZ
DR. WALTER PARRADO MONTAÑO



IMSS

MEXICO, D.F.

2005

m347909

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Falta página

N° 2

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3 suroeste Unidad de adscripción HE CMN SIGLO XXI

Autor:

Apellido

Apellido: FERNÁNDEZ Materno: RIVERO Nombre: JOSÉ MANUEL

Matricula: 99380440 Especialidad: COLOPROCTOLOGIA Fecha Grad.:
28/02/2006

Asesor:

Apellido

Apellido: ROCHA Materno: RAMIREZ Nombre: JOSE LUIS

Matricula: 1677527 Especialidad: COLOPROCTOLOGIA Registro: 006-2005

Título de la tesis:

RESECCIÓN TRANSANAL DE POLIPOS, REPORTE DE CASOS 6 AÑOS DE
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO DEL HE CMN
SXXI.

Resumen:

La palabra polipo es un término clínico inespecífico que se aplica a cualquier proyección de la mucosa hacia la luz intestinal, sin distinción de su naturaleza histológica u otras características, los cuales requieren un estudio microscópico para su diagnóstico histológico y clasificación.

Pueden ser epiteliales y no epiteliales, siendo los primeros hiperplásicos, inflamatorios, hamartomatosos y neoplásicos, en este último pertenecen los adenomas. Los no epiteliales incluyen a los lipomas, leiomiomas, hemangiomas y neurofibromas.

Planteamiento del problema.

Se desea redactar la experiencia como reporte de casos en 6 años de experiencia en el servicio de colon y recto sobre la resección transanal de polipos. El estudio es retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron los expedientes de todos los pacientes operados de Enero de 1999 a Diciembre del 2004 en el servicio de CCYR del HE CMN S XXI.

16 pacientes, 11 mujeres y 5 hombres. Media de edad de 60 años, con desviación estándar de 16.665, moda de 42 años, el paciente de menor edad de 21 años y el de mayor edad 83 años. La distancia promedio desde el margen del ano al polipo es de 5 cm, se observaron 4 polipos pediculados y 12 sesiles. El diámetro promedio de los polipos fue de 4 cm. El reporte histopatológico fue de: 2 Carcinoma in situ, 1 polipo juvenil, 1 carcinoma rectal, 4 adenomas tubulovelloso, 2 adenocarcinomas infiltrantes, 3 adenomas vellosos, 1 adenoma tubular y 2 polipos hamartomatosos. Se realizó colonoscopia completa en todos los pacientes con presencia de polipos sincrónicos en dos pacientes, 13 resto del colon normal y un paciente con enfermedad diverticular no complicada.

Todos los polipos se resecaron vía transanal, ningún paciente falleció.

Conclusiones.

La resección transanal se considera un procedimiento seguro para lesiones del tercio medio e inferior del recto, evitando morbi-mortalidad a comparación de la resección vía abdominal. Si la resección del polipo es completa la recurrencia es de 0%.

Palabras Clave:

1) POLIPOS 2) RESECCION TRANSANAL

Págs. 19 Ilus. 6

(Anotar el número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portadas)

(Para ser llenado por el Jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de investigación: CL

Tipo de diseño: CL2

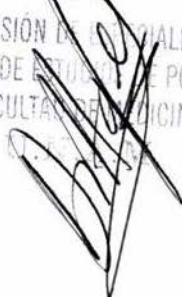
Tipo de estudio: TE3c



DRA. NORMA JUAREZ DIAZ GONZALEZ
DIRECTORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA



DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ
JEFE DEL POSTGRADO DEL CURSO DE CIRUGIA DE COLON Y
RECTO
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. JAVIER PARRADO MONTAÑO
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO
ASESOR
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



UMAE
HOSPITAL ESPECIALIDADES
C.M.N. SIGLO XXI

RECIBIDO
03 AGO 2005
DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por la vida y por darme la oportunidad de realizarme como medico.

A mis padres por su amor y apoyo incondicional sin el cual esta travesía habría sido muy difícil.

A mis maestros el Dr. Rocha, el Dr. Parrado y el Dr. Rojas por formarme como Cirujano Coló proctólogo.

Al Dr. Eduardo Villanueva por su apoyo para ingresar en la subespecialidad de Coló proctología cuando sentía que no había oportunidad de lograrlo.

Al Dr. Ernesto Sierra Montenegro por sus enseñanzas que fueron muy importantes en mi formación y por su amistad desinteresada.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposa Gissel por su amor, cariño y aliento en cada momento difícil, por anteponer esta empresa que decidí realizar a su propia felicidad, por cada noche de desvelo, soledad, tristeza y preocupación.

A ti que lograste animarme en cada instante que me sentí solo y preocupado, que sobrellevaste cada día la carga completa de nuestro matrimonio estando lejos el uno del otro, que siempre tuviste una sonrisa y una palabra de aliento cada vez que llegaba a casa, por esto y muchas otras cosas que no cabrían en este pequeño espacio.

Gracias, te amo.

INDICE

I.	Introducción.....	8
II.	Planteamiento del problema.....	9
III.	Hipótesis.....	9
IV.	Objetivos.....	9
V.	Material y Métodos.....	9-10
VI.	Recursos para el estudio.....	11
VII.	Resultados.....	12
VIII.	Discusión.....	13
IX.	Conclusiones.....	15
X.	Referencias Bibliográficas.....	16

I. INTRODUCCION.-

La palabra pólipo ("pulpo" del latín *polypus*) es un termino clínico inespecífico que se aplica a cualquier proyección de la mucosa hacia la luz intestinal, sin distinción de su naturaleza histológica u otras características, los cuales requieren un estudio microscópico para su diagnóstico histológico y clasificación. (1)

POLIPOS: CLASIFICACION.

Los pólipos pueden ser epiteliales o no epiteliales; siendo los primeros hiperplásicos, inflamatorios, hamartomatoso y neoplásicos grupo al cual pertenecen los adenomas. Los adenomas son las neoplasias benignas más comunes del tracto gastrointestinal (2) y representan el 8% de todos los adenomas colo-rectales localizados en el recto. (3)

Los no epiteliales incluyen a los lipomas, leiomiomas, hemangiomas y neurofibromas, de los cuales no se hablara en este estudio por ser una entidad muy rara. (4).

HISTOLOGIA.

Las características principales de cada tipo de pólipo epitelial son importantes y por lo cual se describe a continuación:

- ✓ Hiperplásico: Proliferación del epitelio columnar confinado solo a la zona basal de las criptas.
- ✓ Inflamatorio: Islotes de mucosa sana o con inflamación leve presente en zonas ulcerativas del colon y recto.
- ✓ Hamartomatoso: Mezcla anormal de tejido endógeno de la estructura anatómica de la pared intestinal, con exceso de uno o mas de estos tejidos.
- ✓ Adenomas: Pólipos epiteliales neoplásicos. De los cuales existen tres tipos: Tubular, veloso y tubuloveloso.
 - Tubular: Tienen criptas elongadas con epitelio adenomatoso con ramificación glandular pronunciada, con tubulos epiteliales separados por lamina propia, con crecimiento y ramificación horizontal de la muscular de la mucosa y con epitelio atípico. Es el más común (75%).
 - Veloso: tienen proyecciones digitiformes de lámina propia normal cubiertos con epitelio adenomatoso con núcleos estratificados y producción de moco. Es el adenoma menos frecuente (10%).
 - Tubuloveloso: Constituidos de epitelio tubular y veloso. (2, 5, 6)

-Carcinoide.- Tumor pequeño de color amarillo derivado de las células argentafines de la mucosa gastrointestinal que secreta serotonina.

La frecuencia de malignidad en los pólipos reportada en la literatura depende de varias características como son: la invasión linfocelular (7-9), pobre diferenciación (8, 9), extensión, estructura microacinar (10), lesión plana o deprimida (9) y en pólipos sesiles el grado de invasión submucosa (Sm). (11, 12).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por lo mencionado anteriormente se desea saber ¿Cuál es la experiencia y el manejo del Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del IMSS, en resecciones transanales de pólipos rectales?

III. HIPÓTESIS

No es necesario por ser un trabajo descriptivo

IV. OBJETIVO.

General:

- Cuantificar la experiencia de la resección de pólipos en recto por vía transanal en 6 años en el Servicio Cirugía Colon y Recto del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.

Específicos:

1.- Identificar los tipos de pólipos más comúnmente encontrados en el recto.

2.- Comparar si las estadísticas hospitalarias del IMSS son equivalentes a los estudios reportados en la literatura mundial.

V. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, observacional

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

2. UNIVERSO DE TRABAJO

Se proceden a revisar todos los expedientes de los pacientes sometidos a resección transanal en un período de Enero de 1999 a Diciembre del 2004 en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

3. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

a) TAMAÑO DE LA MUESTRA

Todas las resecciones transanales de pólipos en recto en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el periodo comprendido de Enero de 1999 a Diciembre del 2004.

b) CRITERIOS DE SELECCIÓN

I) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con presencia de pólipos a nivel rectal a los cuales se realizo reseccion transanal. Mayores de 18 años referidos al Servicio de Cirugía de Colon y Recto del HE CMN Siglo XXI.

II) CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

Pacientes con pólipos por arriba de la unión recto-sigmoidea.(15 cm. por arriba del margen anal)

III) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Información incompleta (Expedientes)

4. PROCEDIMIENTOS

Se procederá a revisar todos los expedientes de los pacientes sometidos a resección transanal en un período de Enero de 1999 a Noviembre del 2004 en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

- La revisión será efectuada por el residente a cargo de la tesis.
- Los expedientes serán buscados en el archivo del hospital mediante la lista de pacientes operados de escisión transanal en el servicio de Cirugía de Colon y recto.
- Los datos se obtendrán de la hoja Quirúrgica y del reporte histopatológico.
- En las notas de evolución se identificara si requirieron de tratamiento complementario y las complicaciones del mismo.
- Los datos serán vertidos en una hoja de recolección hecha ex profeso.

5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se presentarán medidas de tendencia central (media, mediana, y moda) y de dispersión (derivación estándar, rangos, percentiles), según la distribución de las variables.

Diferencia de proporciones (Ji cuadrada) será utilizada para cotejar los resultados con los de la literatura.

Se utilizara el paquete estadístico SPSS Versión 12.

VI. RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Médico Residente del 2do año del Postgrado de Coloproctología Servicio de Cirugía de Colon y Recto del HE CMN Siglo XXI.

Recursos materiales:

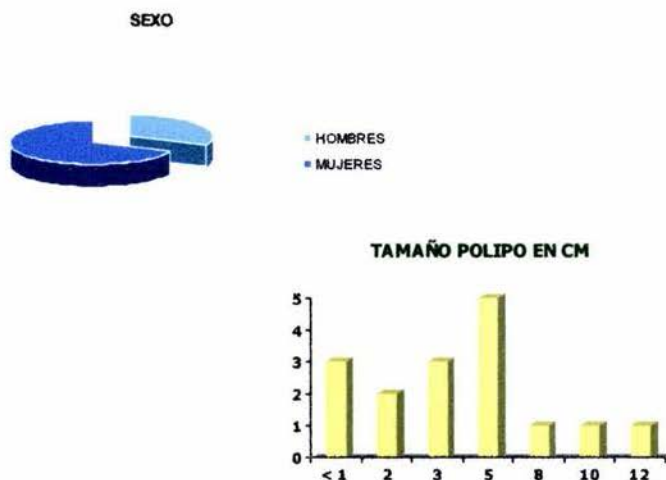
- Material de Oficina y Computación.

Recursos Financieros:

- Ninguno.

VII. RESULTADOS.-

Fueron 16 pacientes a quienes se les realizó resección transanal en el período mencionado. 11 mujeres (68.75%) y 5 hombres (31.25%). Con respecto a la edad la media fue de 60 años, con una desviación estándar de 16,665, la moda fue de 42 años, el paciente de menor edad de 21 años y el de mayor de 83 años. La distancia promedio del margen anal fue de 5 cm.; observándose 4 pólipos pediculados y 12 sésiles. El promedio del diámetro de los pólipos fue de 4 cm. En 4 casos se utilizó el ultrasonido endorectal reportando: 1 caso (UT1N0), 1 caso (UT2N0) (Fig. 3) y 2 casos (UT3N0).



La histopatología reportó: 2 casos carcinoma in situ, 1 pólipo juvenil, 1 carcinoide rectal, 4 adenomas tubulovelloso, 2 adenocarcinoma infiltrante, 3 adenomas vellosos, 1 adenoma tubular y 2 pólipos hamartomatoso. Se realizó colonoscopia completa en todos los pacientes encontrando: pólipos sincrónicos dos pacientes, normal 13 pacientes y enfermedad diverticular 1 paciente.

De los 5 casos que presentaron cáncer, se los clasificó: 1 caso Haggit 4, 3 casos Sm1 y a 1 caso Sm3. Posterior a la resección transanal, 3 casos se controlaron con vigilancia periódica endoscópica (RSC), 1 se le dio quimioterapia y radioterapia y 1 resección abdominoperineal. Las complicaciones que presentaron de los tratamientos complementarios fueron: dermatitis perianal en 1 caso y adherencias que ameritó reoperación en otro caso. Las complicaciones fueron del 12.5% y la recurrencia del 6.25% (1 caso).

VIII. DISCUSION.-

Los síntomas comunes de los pólipos son: rectorragia, diarrea mucosa, aumento del número de evacuaciones y prolapso de masa rectal, Opelka et al sugirió que la presencia de pólipos en el recto es una indicación de colonoscopia porque el riesgo de neoplasia es del 38% (12). Los tumores de la porción inferior y media del recto pueden ser resecados por técnicas perianales evitando la morbilidad y mortalidad de la cirugía abierta. (13)

Haggit en 1985 propuso una clasificación morfológica de acuerdo al grado de invasión de los pólipos: Nivel 0: Carcinoma in situ o carcinoma intramucoso, no invasivo; Nivel 1: Carcinoma que invade la musculares mucosa dentro de la submucosa pero limitado a la cabeza del pólipo; Nivel 2: Carcinoma que invade a nivel del cuello del pólipo; Nivel 3: Carcinoma que invade cualquier parte del pedículo; Nivel 4: Carcinoma que invade la submucosa de la pared colónica por debajo del pedículo del pólipo pero por encima de la musculares propia. (Fig.1) (14)

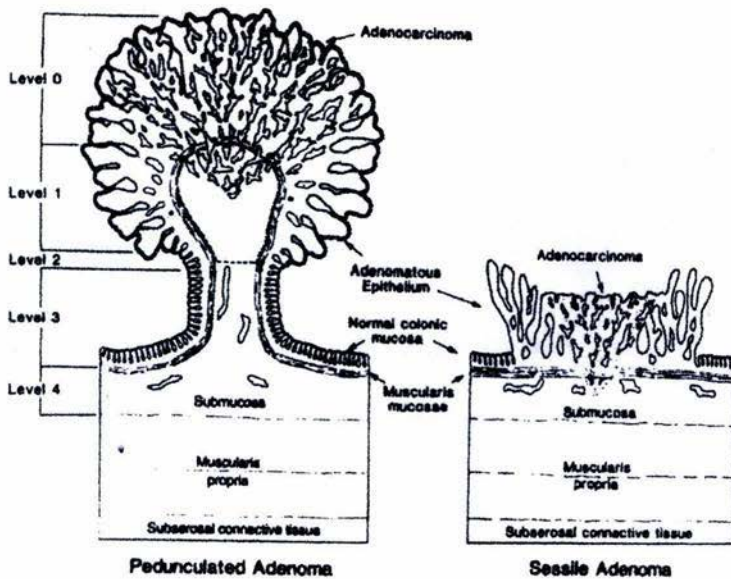


Fig. 1 Clasificación de Haggit

En 1993 Kudo clasificó la invasión submucosa de las lesiones sésiles en tres grados: Sm1: Invasión del tercio superior de la submucosa; Sm2: invasión del tercio medio de la submucosa; Sm3: Invasión del tercio inferior de la submucosa. (Fig.2) (15)

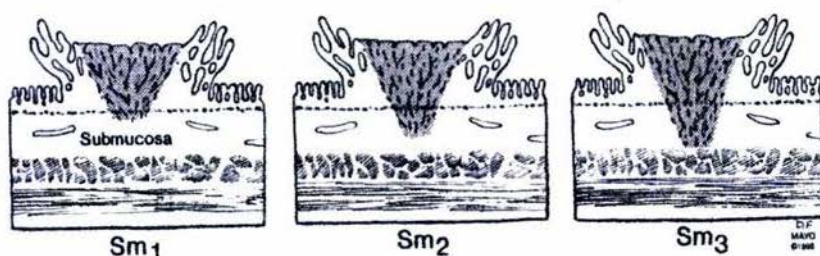


Fig.2 Clasificación de Kudo

En las lesiones Haggitt niveles 1, 2, 3, el riesgo de metástasis en los nódulos linfáticos es del 1% (14, 16, 17) y en el nivel 4 es el mismo riesgo que las lesiones sésiles. Para las lesiones sésiles el rango de invasión metastásica en los nódulos linfáticos es del 12 al 25%. (17)

En 1977, Morson y colegas (17) avocaron el uso de escisión transanal como tratamiento definitivo para el cáncer rectal. La técnica ha sido descrita e ilustrada por Bailey y colegas (19), Mann (20), y Nivatvongs y Wolf (21). La resección submucosa es aceptable para lesiones vellosas, pero en cáncer rectal se requiere resección completa de la pared rectal con 1-2 cm. de margen de tejido normal (19, 20, 21, 22). Es indispensable el cierre en forma transversal para evitar la estenosis. Las lesiones localizadas a 6-8 cm. del margen anal pueden usualmente ser tratadas con esta técnica.

Las lesiones Haggitt 1, 2, 3, pueden ser resecaos por vía transanal y con la clasificación de Kudo se los puede considerar Sm1; las lesiones Haggitt 4 pueden ser tratadas como lesiones sésiles, es decir, pueden ser Sm1, Sm2, Sm3, aunque algunas lesiones menores de 2 cm. pueden ser resecaos por vía colonoscópica dejando al menos márgenes libres de 2mm en forma microscópica. (23)

En nuestra serie de los 16 casos sólo se presentaron cáncer en 5 casos (31.25%), tratados con vigilancia endoscópica 3 casos, un caso se le dio quimio y radioterapia y un caso se le realizó resección abdominoperineal.

El procedimiento para el manejo de los pólipos rectales requiere que el tumor sea resecao intacto, con una baja recurrencia. El lavado con soluciones yodadas (isodine) se utiliza para prevenir el implante de células tumorales y favorecer el cierre del defecto de la mucosa. (13)

TECNICA QUIRURGICA.-

Los pacientes con pólipos localizados en la pared anterior del recto se los colocaba en posición de navaja Sevillana con utilización del espejo de Pratt y

el separador de Lone Star; en los casos de pólipos localizados en la pared posterior del recto, se colocaban en posición de litotomía, previo a la disección aplicamos a nivel submucoso adrenalina en una dilución de 1:200.000 (Fig. 1); en los pólipos grandes se colocaban puntos de tracción por encima del pólipo con material de sutura absorbible, se procede a realizar la resección separando de la muscular (Fig. 2), se procedió a suturar la mucosa con material absorbible de polietinglicol en lo posible en forma transversal para evitar la estenosis del recto(Fig. 3), se termina con la resección total del pólipo (Fig. 4).



Figura. 1



Figura. 2



Figura. 3



Figura. 4

IX. CONCLUSIONES.-

1. La resección transanal se considera un procedimiento seguro para lesiones del tercio medio e inferior del recto, con lo que se evita la morbimortalidad de procedimientos mayores.
2. Si se realiza una resección completa del pólipo la recurrencia es 0%.
3. Es importante el apoyo de un patólogo en los casos de cáncer en un espécimen enviado, con reporte claro y preciso para poder clasificarlos según Haggit o Kudo y definir un tratamiento complementario adecuado.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. Takahashi MT. Colon, Recto y Ano. Enfermedades medico-quirúrgicas. Editores de textos mexicanos. 2002. México, DF.
2. Graeme-Cook F. Pathology neoplastic and non neoplastic. Surg Oncol Clin North Am 1996; 5: 487-512.
3. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG et al. The National Polyp Study. Patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. Gastroenterology 1990; 98: 371-9.
4. Morson BC, Duason IM. Gastrointestinal Pathology, 1st ed. Londres: Blorackwell Scientific Publications, 1972: 517-528.
5. Fenoglio-Prieser CM, Pascal RR, Perzin KH. Adenomas In: Hartamn WH (ed) Tumors of the intestines. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology 1990; 69 – 150.
6. Fenoglio-Prieser CM. Colonic polyp histology. Semin Colon Rectal Surg 1990; 2: 234-45.
7. Cooper HS, Depict LM, Gurley WK, et al. Endosmotically removed malignant colorectal polyps: Clinic pathologic correlations. Gastroenterology 1995; 108: 1657-65.
8. Blumberg D, Paty PB, Picon AI, et al. Stage I rectal cancer: identification of high-risk patients. J AM Coll Surg 1998; 186: 574-80.
9. Tanaka S, Haruma K, Teixeira CR, et al. Endoscopic treatment of submucosal invasive colorectal carcinoma with special reference to risk factors for lymph node metastasis. J Gastroenterol 1995; 30: 710-7.
10. Goldstein NS, Hart J. Histologic features associated with lymph node metastasis in stage T1 and superficial T2 rectal adenocarcinomas in abdominoperineal resection specimens. Am J Clin Pathol 1999; 111: 51-8.
11. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, et al. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum 1998; 108: 14-21.
12. Opelka FG, Timmcke AE, Gathright JB et al. Diminutive colonic polyps: an indication for colonoscopy. Dis Colon Rectum 1992; 35: 178-81.
13. Featherstone JM, Grabham JA, Fozard JB. Per-anal excision of large, rectal, villous adenoma. Dis Colon Rectum 2004; 47: 86-89.
14. Haggit R, Glotzbach RE, Soffer EE, et al. Prognostic factors in colorectal carcinoma arising in adenoma: implications for lesions removed by endoscópica polypectomy. Gastroenterology 1985; 89: 328-36.
15. Kudo S. Endoscopic mucosal resection of flat anal depressed types of early colorectal cancer. Endoscopy 1993; 25: 455-61.
16. Kyzer S, Begin LR, Gordon PH, et al. The care of patients with colorectal polyps that contain invasive adenocarcinoma. Endoscopic polypectomy or colectomy? Cancer 1992; 70: 2044-50.
17. Nivatvongs S, ROjanasakul A, Reiman HM, et al. The risk of lymph node metastasis in colorectal polyps with invasive adenocarcinoma. Dis Colon Rectum 1991; 34: 323-8.
18. Morson BC, Bussey HJ, Samoorian S. Policy of local excision for early cancer of the colorectum. Gut 1977; 18: 1045-50.

19. Bailey HR, Huval WV, Max E et al. Local excision of the carcinoma of the rectum for cure. *Surgery* 1992; 111: 555-61
20. Mann CV. Techniques of local surgical excision for rectal carcinoma. *Br J Surg* 72: S57-S58.
21. Nivatvongs S, Wolff BG. Technique of per anal excision for carcinoma of the low rectum. *World J Surg* 1992; 16: 447-50.
22. Shafik A. Local excision of rectal cancer: report of a technique and results. *Eur J Surg Oncol* 1992; 18: 362-7.
23. Muto T, Sawada T, Sugihara K. Treatment of carcinoma in adenomas. *World J Surg* 1991; 15: 35-40.