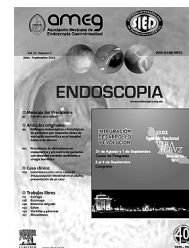




ENDOSCOPIA

www.elsevier.es



XXXIX REUNIÓN NACIONAL 2011

Colon

Prevalencia del pólipo adenomatoso colónico

Brandi SHE, Bermúdez RH, Alfaro FLG, Domínguez PAE, Gutiérrez RA

Departamento de Endoscopia, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Introducción: El cáncer colorrectal constituye la tercera neoplasia más común en los países desarrollados. En México, representa la sexta causa de muerte sin distinción de sexo. En la población con alto riesgo de cáncer colorrectal, tienen prevalencia de pólipos colónicos; un tercio de los pacientes con cáncer de colon, tienen pólipos con riesgo 2.3 veces más al researlos que aquellos que los tienen sin extirparse (ocho veces más de riesgo). De los pólipos intestinales, 95% son neoplásicos o hiperplásicos. Los pólipos por su arquitectura histológica se clasifican en no adenomatosos (PNA): hiperplásicos, inflamatorios y hamartomas y adenomatosos (PA). a). Convencionales: Tubulares, Túbulo Velloso y Velloso, b). Serrados, c). Planos. Su prevalencia es hacia la sexta década de la vida. Los PA son crecimientos epiteliales compuestos por glándulas anormales de la mucosa del colon. Dependiendo de su componente adenomatoso-velloso, se clasifican en: a). Convencionales: Adenoma tubular, Adenoma túbulo velloso, Adenoma velloso. b). Serrados, c). Planos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de pólipos adenomatosos del colon detectados por colonoscopia.

Métodos: Estudio transversal, observacional, analítico y prospectivo. Se llevó a cabo en el servicio de Endoscopia del Hospital de Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, en el periodo comprendido del primero de marzo de 2010, al 31 de marzo de 2011. Se incluyeron pacientes adultos, de ambos sexos, referidos a la unidad por antecedentes familiares de cáncer colorrectal o de poliposis, sangrado de tubo digestivo bajo, cambios en los hábitos de la defecación, dolor abdominal en estudio, pérdida de peso mayor a 5% sin justificación, mayores de 50 años o los ya manejados fuera de la unidad y derivados al Servicio de

Endoscopia para corroborar diagnóstico y probable polipectomía o toma de biopsias, así como a todo paciente que se le realizó colonoscopia por algún otro motivo y el hallazgo endoscópico es de pólipo o pólipos. Se usó colonoscopio marca Olympus Exera 160, pinza biopsia, asa de polipectomía exagonal de 5 cm y con electrocoagulador marca ERBE. Se practicó polipectomía con la pinza de biopsias en pólipos de 5 mm o menos y en pólipos de mayor tamaño, polipectomía con asa previa revisión de exámenes preoperatorios. Los pólipos extirpados se fijan dentro de un frasco de vidrio con formol al 70%, se marcaron con la fecha y los datos del paciente, se registraron en libreta foliada de biopsias de control interno y se enviaron al servicio de Patología. **Criterios de exclusión:** Casos en donde histológicamente no se corroboró el diagnóstico de adenoma. Variables independientes: Edad y sexo; variables dependientes: Pólipo y carcinoma colorrectal.

Resultados: Se practicaron 1701 colonoscopias en un año. En este periodo se diagnosticaron 173 pólipos; de éstos, 153 (88%) fueron PA y 20 PNA (12%). De la totalidad de los casos, 77 pólipos (50.3%) fueron adenomas tubulares (62 no tenían displasia, nueve con displasia leve, cinco con displasia moderada y uno con displasia severa). Fueron túbulo-vellosos 55 pólipos (35%: 44 sin displasia, cinco con displasia leve, cinco con displasia moderada y uno con displasia severa). Fueron vellosos ocho (5.2) pólipos (cinco sin displasia, dos con displasia leve, cero displasia moderada, uno con displasia severa). Con adenocarcinoma resultaron 13 pacientes (7.50%), en diferente grado de diferenciación se asociaron a PA: cinco (38%) a adenoma tubulovelloso, ocho (62%) a adenoma velloso. Se incluyeron 20 pacientes (11.50%) con pólipos no adenomatosos: 19 con pólipos hiperplásicos y un hamartomatoso no asociados a displasia para significar globalmente el número de pólipos detectados en el periodo de estudio señalado.

Análisis estadístico: Se realizó un total de 1701 colonoscopias, detectándose 153 nuevos pacientes con pólipos adenomatosos (8.49%), 57.5% en hombres y 42.5% en mujeres, siendo los mayores de 50 años los de mayor incidencia en un 73.8%. Sin displasia 17% y 83% con displasia, de los que 8.49% correspondieron a adenocarcinomas relacionados a pólipos adenomatosos (0.76% de todos los

estudios). Al tipo de pólipos con mayor presencia en el adenocarcinoma, fue el vellosos (ocho casos, 61.5%), seguido del túbulo-vellosos (cinco casos, 38.5%).

Conclusiones: En este trabajo, el carcinoma colónico, con grado de diferenciación variable, se asoció a pólipos adenomatosos en 8.49% de los 153 casos diagnosticados, cifras que coinciden con lo señalado en la bibliografía.

Frecuencia de neoplasia colónica en pacientes con tumores esporádicos de la ampolla de Vater

Chávez-Ayala A, García-Juárez I, Grajales-Figueroa G, Barreto-Zúñiga R, Elizondo-Rivera J, Valdovino-Andraca F
Departamento de Endoscopia. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: Las neoplasias epiteliales de la ampolla de Vater son una patología gastrointestinal rara, con una incidencia de carcinoma de la ampolla menor a 1/100 000 por año. La carcinogénesis de estos tumores se ha vinculado con la misma vía que siguen las neoplasias malignas colorrectales. Aunque en la poliposis adenomatosa familiar existe un mayor riesgo de presentar tumores periampulares; existe escasa evidencia en cuanto a una prevalencia mayor de neoplasias colónicas en pacientes con neoplasias periampulares esporádicas. Existen informes en los que se han evidenciado mayor prevalencia de neoplasias colónicas en pacientes con adenomas duodenales esporádicos en comparación con controles (56% vs. 33%), sin llegar a tener una diferencia estadística significativa. Asimismo se ha señalado una mayor incidencia de neoplasias malignas colónicas en pacientes con adenomas duodenales esporádicos en comparación con la población general. Por otro lado, se han encontrado prevalencias similares de neoplasias colónicas en general en pacientes con tumores de la ampolla de Vater en comparación con un grupo control (23% vs. 26%) aunque con una prevalencia mayor de neoplasia maligna colónica en el primer grupo (8%). La prevalencia de neoplasias colónicas (pólipos) en la población general es de 22.5% a 33%. Debido a lo anterior, se ha sugerido realizar colonoscopia de tamizaje ante la presencia de tumores ampulares o duodenales. (Grado de recomendación 2C). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de neoplasia colónica en pacientes con tumores de la ampolla de Vater.

Métodos: Se evaluaron de manera retrospectiva todos los casos con diagnóstico de tumores de la ampolla de Vater en el INCMNSZ en el periodo comprendido de 1993 a 2010 y se seleccionaron a todos los casos que presentaron un estirpe histológico de adenoma o adenocarcinoma, se excluyeron aquellos que presentaron el diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar (PAF) posteriormente solo se eligieron los pacientes que contaran con colonoscopia de tamizaje. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos, a través del programa SPSS versión 15.

Resultados: Se evaluaron 138 pacientes con diagnóstico de tumor de la ampolla de Vater en el periodo comprendido de 1993 a 2010. Se realizó colonoscopia en 14 pacientes (10.14%). La edad promedio de estos pacientes (10 mujeres y cuatro hombres) fue de 65 años (intervalo 40 a 80 años). La histopatología del tumor de la ampolla fue de adenocarcinoma en 12 pacientes (85.7%), un adenoma

(7.1%) y un tumor no clasificable (7.1%). Dentro de la población estudiada, el factor herencia se evidenció en un solo paciente, por lo tanto no fue significativo. Sólo en un paciente se encontró un pólipo duodenal. El estadio al momento del diagnóstico fue IA en seis casos (43%); IB en dos pacientes (14%); IIA en cuatro (29%); III y IV en un paciente por grupo (7.1%). El tratamiento que se les dio fue resección endoscópica en seis (43%), tratamiento curativo (cirugía de Whipple) en cuatro (29%), cirugía y quimioterapia paliativa en cuatro pacientes (29%). Los hallazgos de la colonoscopia fueron: normal en 11 pacientes (78.5%) y con presencia de pólipos en tres (21.4%), dos pólipos hiperplásicos y un pólipo vellosos. Dichos pólipos se localizaron dos en colon ascendente y uno en ciego. Fueron retirados con asa de polipectomía. Ninguno de los pacientes se les realizó un seguimiento endoscópico.

Tratamiento de la proctitis posradiación con argón plasma; experiencia inicial en el Hospital General de México

Garza SV, García GV, Valdés LR, Corral MA, De Giau TL, Zarate GM, Espino CH

Unidad de endoscopia, Hospital General de México, SSA.
México, D. F.

Introducción: La proctitis por radiación (PR) se presenta hasta en 20% de los casos en los pacientes sometidos a radiación pélvica; para su manejo se han utilizado diferentes alternativas con respuestas poco eficaces. Con el tratamiento de coagulación con argón plasma (CAP) se ha informado éxito en 80 a 100%, con frecuencia de complicaciones 0 a 18%.

Objetivo: Informar la experiencia inicial del manejo endoscópico con CAP de la PR.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, descriptivo y no experimental en una serie de casos consecutivos con diagnóstico de PR referidos a la Unidad de Endoscopia de nuestro hospital, para tratamiento con CAP. Previo consentimiento informado, a todas las pacientes se les preparó el colon en forma habitual con solución de polietilenglicol; bajo sedación administrada por anestesiólogo se realizó colonoscopia diagnóstica y se clasificó cada caso de acuerdo con la escala de Saunders. Se utilizó equipo para CAP marca ARCO Söring, con sonda flexible con vía para gas argón y un generador de energía eléctrica con fuente de argón tipo ARCO 1000, Voltaje 100/150/230 V (50 a 60Hz). Después de la sesión inicial las pacientes fueron citadas cada mes, con misma preparación. Para evaluar la mejoría clínica se empleó una escala de evaluación sintomática. **Análisis estadístico:** se informan frecuencias para variables nominales y promedios con desviación estándar para cuantitativas; se analizó la diferencia de medias con *t* de Student para variables relacionadas para *scores* de la escala de Saunders y escala clínica considerando IC del 95% y *p* < 0.05 como significativa.

Resultados: Se trataron 10 mujeres, con promedio de edad de 63.8 ± 12.36 años, manejadas con radioterapia por cáncer ginecológico; en todas el síntoma cardinal fue la rectorragia persistente y anemia ferropénica, con un promedio de días con hemorragia de 403 ± 287. Ocho pacientes (80%), fueron internadas previamente por lo menos en una ocasión por anemia secundaria a la rectorragia con un promedio de eventos por internamiento de 1.7, con

necesidad de transfusión de paquetes globulares en promedio de 3.9. La hemoglobina sérica promedio inicial fue de $10.17 \pm 1.8\text{mg/dL}$. La rectorragia tuvo duración de 403 días promedio aún a pesar del tratamiento médico (mesalazina, vitaminas, betametasona). El seguimiento durante el tratamiento con CAP promedio fue de 147 ± 47.85 días.

La rectorragia se evaluó mediante una escala clínica modificada de rectorragia, donde observamos la remisión de la hemorragia en tres pacientes, hemorragia mínima intermitente en tres, hemorragia mínima diario en dos y hemorragia moderada diario en dos casos, siendo la media inicial de 3.4 y la posterior a la CAP de 1.2, obteniendo t de 5.547 (IC 95% 1.24, 2.95), significativa estadísticamente ($p < 0.000$). De acuerdo con la clasificación endoscópica de Saunders: el 10% de las pacientes cursaban con proctitis leve; 40% moderada y 50% severa. El promedio de sesiones de tratamiento con CAP fue de 1.5. Los promedios de la escala endoscópica inicial y final fueron 3.4 y 2.6 respectivamente, se determinó que la diferencia presentó t de 2.753 (IC 95% 0.142, 1.457) que fue significativa ($p < 0.022$), se evidenció la disminución de las telangiectasias con mejoría evidente en comparación a la primera revisión; en cuatro pacientes se presentaron úlceras superficiales posterior a CAP. Una de las pacientes fue sometida a resección abdominoperineal con colostomía definitiva por hemorragia aguda masiva.

Conclusiones. En esta pequeña serie los resultados demuestran que el CAP es una buena alternativa de tratamiento inicial en pacientes con proctitis por radiación, ya que constituye una terapéutica segura y eficaz.

Imagen de banda estrecha en la detección de pólipos colorrectales; experiencia en el HGZ N°32 Villa Coapa IMSS

Ramírez-Ramos CF, Hernández-Cendejas A, Sosa-Méndez Z, Franco-Santoyo JJ, García-Arrona LR, Muñiz-Coronado FJ, Ondarza-Aguilera MC, Ordoñez-Pantoja K
Servicios de Endoscopia y Patología, HGZ N°32 Villa Coapa IMSS.

Introducción: Aunque la colonoscopia con luz blanca es el estándar de oro en la detección de pólipos colorrectales, una cantidad sustancial no es detectada. La imagen de banda estrecha o *Narrow band imaging* (NBI) se diseñó para su utilización en endoscopia gastrointestinal con el objetivo de mejorar el contraste de lesiones endoluminales y así incrementar la detección de adenomas en colon. Estudios previos de centros de referencia han mostrado resultados variables y controversiales en considerar una mejoría en las tasas de detección de adenoma utilizando NBI. Se ha señalado no detección de adenomas hasta en 20%, sobre todo los pequeños y los planos.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, aleatorio en una serie de 184 pacientes del HGZ N°32 IMSS, a quienes se les realizó en el servicio de Endoscopia, colonoscopia diagnóstica en el periodo comprendido de enero a mayo de 2011. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, con síntomas (sangre oculta en heces positiva, dolor, diarrea) o que acudieron para escrutinio con adecuada preparación de colon. Los criterios de exclusión

fueron pacientes con cáncer conocido, coagulopatía, inestables y con mala preparación de colon. Se realizó colonoscopia de manera habitual pero durante la salida del colonoscopia se realizó doble exploración del colon por segmentos (ciego, colon ascendente, transversal, colon descendente, sigmoides, recto). Cada segmento se exploró primero con luz blanca, se introdujo nuevamente videocolonoscopia y se exploró nuevamente dicho segmento con función NBI activada. Posteriormente se repitió la misma secuencia con el siguiente segmento. Al hacer la detección morfológica de pólipos, se tomaron biopsias con pinza de biopsia estándar para su confirmación en el Servicio de Patología. *Análisis estadístico:* Los datos se presentan como promedio y como el número de pólipos detectados por segmento de colon explorado. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de t de Student y de Ji cuadrada y se empleó el valor de $p < 0.05$ para determinar diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: Se realizó colonoscopia a 184 pacientes, con edad promedio de 63 años (rango de 39 a 88), 115 mujeres y 69 hombres, de los cuales 48 (32 mujeres y 16 hombres), presentaron pólipos. El segmento con mayor frecuencia de pólipos es el sigmoides (18 de 70, 25.7%). Se tomaron 89 biopsias dirigidas a lesiones superficiales menores de 5 mm, de cinco a 10 mm y mayores de 10 mm. La confirmación histológica fue en 78% de los casos (70 de 89); entre los cuales había 10 adenomas (ocho tubulares, un túbulo-velloso, un velloso) y 60 hiperplásicos. Diecinueve casos fueron descartados con el diagnóstico de colitis inespecífica. El sistema NBI permitió detectar 35.2% más pólipos planos que la luz blanca (LB) ($p < 0.05$); y 28.5% y 38.4% más pólipos en el colon ascendente y en el sigmoides, respectivamente, cuando fue comparado con LB ($p < 0.05$). Los pólipos de tamaño menor a 5 mm se detectaron en mayor número (35.2%, $p < 0.05$), con NBI cuando comparado con LB. No hubo diferencia significativa cuando se comparó el número de pólipos neoplásicos detectados con LB, NBI y tampoco hubo diferencia significativa cuando se comparó la detección de pólipos no neoplásicos con luz blanca vs. NBI.

Conclusión: Los datos presentados sugieren que el sistema NBI puede ser de utilidad para detectar pólipos cuyo tamaño sea menor a 5 mm y mejorar la detección en algunos segmentos del colon, no siendo superior que la luz blanca para la detección de adenoma.

Importancia del hallazgo de pólipos colónicos en pacientes asintomáticos con antecedentes hereditarios positivos a cáncer de colon durante la realización de rectosigmoidoscopia de *check up*

Freyre-Solórzano MJ

Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento (CIDyT),
Médica Sur. México, D. F.

Introducción: El pólipo rectal se define como una protrusión o excrecencia sobre la superficie de la mucosa del intestino grueso. Aunque la mayoría son asintomáticos y se descubren al realizar

pruebas de detección precoz del cáncer rectal o constituyen hallazgos casuales en estudios diagnósticos recto-colónicos practicados por otros motivos, su verdadero interés radica en su importante prevalencia y su estrecha relación con el cáncer rectal. En la actualidad, disponemos de suficientes evidencias para establecer que el pólipo neoplásico adenomatoso es la lesión precursora de la mayoría de los carcinomas rectales, al progresar hacia la displasia grave y el carcinoma invasivo tras un tiempo de evolución variable, entre cinco y 15 años, con una serie de factores pronósticos fácilmente identificables.

Objetivo: Concientizar a la población en general, de las ventajas de la realización del estudio de rectosigmoidoscopia como parte del *check up* habitual, mediante la información de los hallazgos probables, con especial atención a pacientes con antecedentes hereditarios positivos a cáncer de colon.

Material: Se estudiaron 623 pacientes en la unidad de Check up del CIDyT, en el periodo comprendido de noviembre de 2010 a mayo de 2011, quienes aceptaron la realización de rectosigmoidoscopia como parte de éste y a quienes mediante anamnesis de inicio se les encontró antecedentes hereditarios positivos a presencia de cáncer de colon en familiares directos, como abuelos, padres o hermanos.

Métodos: La realización del procedimiento se hizo con preparación convencional con aplicación rectal de enema, posterior a lo cual se efectúa revisión externa de área anal, posteriormente tacto rectal con revisión de ambos esfínteres, estado de ampulla rectal, en el caso del sexo masculino revisión local de las características de la próstata, para posteriormente introducir el rectosigmoidoscopia flexible de visión frontal, para revisar como mínimo 35 cm. Desde margen anal, de acuerdo a tolerancia del paciente, recabando imágenes de las áreas más demostrativas. Una vez terminado procedimiento se inicia revisión retrógrada de confirmación y aspiración.

Resultados: Se realizaron 623 rectosigmoidoscopias con técnica convencional sin sedación, de las cuales se incluyeron en el estudio 75 pacientes, 50 hombres y 25 mujeres, con edad promedio de 54.5 años, (rango 29 a 80), con antecedentes positivos a cáncer de colon en algún familiar directo, siendo el más frecuente en padres, segundo en abuelos y por último en hermanos. Se observaron pólipos sétiles con mayor frecuencia en recto y sigmoides, y en segundo lugar en descendente. Todos tuvieron características endoscópicas benignas como son, superficie lisa, coloración rosada similar a la zona circundante, diámetro promedio menor a 5 mm, ausencia de aumento en vascularidad, bordes regulares.

Conclusiones: La presentación de alteraciones en colon puede ser silenciosa y tiene factores predisponentes muy importantes en pacientes con historia familiar de cáncer a éste nivel y poliposis familiar, entre otras. Dado que el diagnóstico se realiza en 70% de los casos cuando la enfermedad ya está avanzada, con una sobrevida a cinco años del 50% a 60%, la cual se elevaría a entre 90% y 95% si el diagnóstico se hiciera en forma temprana, se considera una acción profiláctica primordial, la realización de procedimientos habituales como la rectosigmoidoscopia anual dentro de los *check up*, puesto que el mayor porcentaje de sitios de presentación es el rectosigmoides, posteriormente colon izquierdo y por último colon derecho y toda vez que durante el estudio se observan lesiones locales (pólipos), mediante con su resección y estudio histopatológico, se realiza una profilaxis relativa en el momento a éste

grupo de pacientes, sin obviar sus revisiones anuales. Se piensa que muchos de los casos de cáncer colorrectal nacen de un pólipo adenomatoso en el colon. Estos crecimientos celulares en forma de hongo son usualmente benignos, pero de vez en cuando se vuelven cancerosos con el tiempo. En la mayoría de los casos, el diagnóstico del cáncer localizado es por endoscopia, lo cual reduce notablemente la probabilidad de una malignización a largo plazo.

Prueba de guayaco, como escrutinio para descartar patologías de colon en pacientes de la consulta de Gastroenterología

Hinojosa Ruiz A, García Ramírez V, Pérez Pérez A
Hospital General Regional 220, IMSS. Toluca, Edo Mex.

Introducción: La prueba de detección de sangre oculta en heces (Guayaco) fue propuesta para la detección temprana de cáncer colorrectal (CCR) y adenomas de colon, en la década de 1970. Es un procedimiento no invasivo, de bajo costo, que requiere poca especialización. Existen dos tipos de prueba, la estándar de Guayaco, que detecta la actividad de la peroxidasa del hem, pero no es específica para sangre humana, tiene una sensibilidad para detección de cáncer de colon de 33% a 50% y el Hemoccult (SENSA, Beckman Coulter), que tiene una sensibilidad de detección de cáncer de colon de 50% a 70%. Existen también, las pruebas de inmuno-química fecal, lográndose con una sola muestra, una sensibilidad de 60% a 85% para detección de CCR. Los estudios clínicos han demostrado que los pacientes que presentan una prueba positiva para sangre oculta en heces, tienen un riesgo de cáncer de colon de tres a cuatro veces superior al de los pacientes con una prueba negativa, por tanto, la colonoscopia debe ser realizada en pacientes con pruebas positivas. Un meta-análisis encontró una reducción de 16% en la mortalidad por CCR en pacientes sometidos a programas de seguimiento, con éstas pruebas de detección. Estudios recientes avalan el uso de la prueba de guayaco, en pacientes con adenomas iniciales y avanzados, estableciendo una sensibilidad del 23% para el guayaco estándar y un 40.5% para inmunoquímica fecal.

Objetivo: Analizar la sensibilidad y especificidad de la prueba de guayaco como prueba de escrutinio para diagnóstico de patología de colon.

Método: Estudio prospectivo, observacional. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS V.16.0. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de la prueba.

Estudio realizado en la consulta de gastroenterología del Hospital General Regional N°220, del IMSS, Toluca, Estado de México y que abarcó un periodo de seguimiento de ocho meses. Se incluyeron 55 pacientes a quienes se les realizó, biometría hemática y prueba de escrutinio (prueba de Guayaco) para descartar patologías de colon, incluyendo: pólipos, angiodisplasias, diverticulitis, colitis, adenomas, neoplasias. Todos los pacientes incluidos presentaban datos clínicos de síndrome de intestino irritable y datos de alarma como, pérdida peso, dolor abdominal de predominio nocturno, alteración en el hábito intestinal de inicio reciente, heces acintadas, hematoquecia.

Resultados: De los 55 pacientes, 30 (55%) son mujeres y 25 (45%) hombres, con una edad promedio de 57 ± 13 años. La prueba estándar de guayaco resultó positiva en 9/55 (16%). La prueba tuvo una sensibilidad de 32% (pacientes con patología de colon que presentaron prueba de guayaco positiva). Especificidad de 96% (pacientes sin patología de colon que tenían prueba de guayaco negativa). Valor predictivo positivo de 88% (pacientes que tuvieron prueba positiva, que presentaron alguna patología de colon). Valor predictivo negativo de 63% (pacientes con prueba negativa que no presentaron patología de colon). Este estudio incluyó pacientes quienes presentaron indicación para protocolo de estudio de patología de colon, incluyendo estudio de Guayaco, con posterior realización de colonoscopia, para poder evaluar la sensibilidad y especificidad de la prueba.

Conclusión: Las pruebas de detección de sangre oculta en heces son útiles para detectar hemorragia ocasionada por patologías gastrointestinales como neoplasias, pólipos, diverticulitis, colitis y pueden ser realizados con las indicaciones que establece el fabricante como exámenes de prevención de rutina en hospitales o como prueba de seguimiento.

Vigilancia endoscópica transoperatoria de anastomosis mecánica colorrectal; informe de caso

León-Takahashi AM, Braulio C, Valenzuela C, Morales M, Tapia A

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: Por décadas se ha utilizado la endoscopia como un complemento en las resecciones colorrectales. En un inicio, la proctoscopia rígida lograba visualizar el recto y el segmento distal del sigmoides; posteriormente, la endoscopia flexible logró visualizar el colon en su totalidad. Este tipo de endoscopia flexible toma relevancia al realizar una anastomosis ya que permite evaluar durante el transoperatorio la integridad y ausencia de fuga, sangrado o incluso obstrucción de ésta.

Objetivo: Informar un caso clínico con el que se demostró la utilidad transoperatoria del endoscopio flexible, para evaluar una anastomosis mecánica colorrectal.

Presentación del caso: Hombre de 70 años. DM de 20 años con control médico. Dos meses previos a su ingreso, pérdida ponderal de 8 kg, fatiga. Desarrolló cuadro de obstrucción intestinal motivado por el que fue ingresado. Se realizó tomografía abdominal con presencia de divertículos en sigmoides y disminución de la luz por compresión extrínseca. Colonoscopia con estenosis de 40% a 25 cm de margen anal y biopsia con proceso inflamatorio crónico inespecífico. Se realizó laparoscopia diagnóstica con presencia de enfermedad diverticular en sigmoides con asas de delgado adheridas firmemente a este y que condicionaban la estenosis extrínseca. Se realizó adherenciólisis, sigmoidectomía y colorrecto anastomosis termino-terminal mecánica a través del ano. Se realizó prueba hidroneumática asistida vía laparoscópica y colonoscópica, sin evidenciarse fuga, estenosis ni sangrado en sitio de anastomosis. El paciente presentó buena evolución transoperatoria.

Discusión: Las diferentes series de casos reportadas en la literatura sobre este tema mencionan que la principal indicación para utilizar la colonoscopia transoperatoria es para lograr visualizar y

verificar la integridad de la anastomosis realizada entre el colon y el recto con una buena calidad de imagen y ante la evidencia de fuga, se pueda realizar el tratamiento apropiado y oportuno. La segunda indicación es localizar las neoplasias y verificar los márgenes de resección, otra indicación es la identificación de hemorragia de tubo digestivo bajo no localizada con procedimientos habituales durante el preoperatorio. Varios estudios han concluido que entre más equipados estén los quirófanos con equipo endoscópico y exista más personal entrenado para su utilización, mayor será el uso rutinario de este tipo de procedimientos transoperatorios incrementando sus beneficios, sin embargo, si no hay experiencia en el uso de un endoscopio, las complicaciones pueden ser mayores para el paciente y se incrementan los costos por daño al equipo endoscópico. Recientemente se ha utilizado el CO₂ para insuflar durante la colonoscopia y se ha logrado tener éxito para disminuir la distensión abdominal por su rápida absorción y de esta forma, mejorar el campo operatorio laparoscópico.

Conclusión: El uso transoperatorio del endoscopio flexible para evaluar una anastomosis es una técnica segura que permite reconocer y corregir alguna fuga u obstrucción inadvertida que se presente y así evita el desarrollo de complicaciones en el postoperatorio temprano.

CUCI y estenosis de colon

Romero-Loera S, del Río-Suárez I, Morales-Vargas JM
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) podemos definirla como un proceso inflamatorio ulcerativo inespecífico, de carácter crónico y de etiología desconocida. Las personas que padecen esta afección suelen cursar con problemas inmunológicos. Puede afectar a cualquier grupo de edad, aunque hay picos en edades comprendidas entre los 15 a 30 años y entre los 50 a 70 años. La enfermedad comienza, por lo general, en el área del recto y puede extenderse y comprometer todo el colon. Los síntomas varían en gravedad y pueden comenzar gradual o repentinamente. Aproximadamente la mitad presentan síntomas leves. Los síntomas incluyen dolor abdominal, borborignos, sangre en evacuaciones, diarrea, fiebre, tenesmo, pérdida de peso, entre otros. *Complicaciones:* la inflamación conduce al engrosamiento de la pared intestinal y el recto con tejido cicatricial, así como necrosis del tejido del colon, algunas otras complicaciones son espondilitis anquilosante, sangrado, neoplasias, estenosis, enfermedades hepáticas, perforaciones, entre otras.

Objetivo: Realizar la presentación del caso y revisión de la bibliografía sobre el paciente al que se le diagnostica CUCI, por complicación del mismo.

Presentación del caso: Hombre de 31 años de edad. Refiere un primo fallecido por cáncer de colon. Dieta hielcalórica e hiperprotéica. Tabaquismo y alcoholismo positivo. Inició su padecimiento hace siete meses, con dolor tipo cólico, en fosa ilíaca izquierda, con intensidad de seis a 10, sin irradiaciones, asociado con cambios en hábitos intestinales, con disminución de evacuaciones, hasta el estreñimiento en la última semana, con moco sin sangre, además de aumento de intensidad de dolor; negó náusea o vómito. Se agregó pérdida de peso de 12 kilos en seis meses. Acudió con médico particular, quien indicó trimebutina, sin mejoría, razón por la cual acude a esta institución. A la exploración mostró abdomen

blando, depresible, plano, doloroso a la palpación en hipogastrio, no visceromegalias, sin evidencia de tumor palpable o irritación peritoneal, peristalsis presente. Leucocitos de 12.2, albúmina 2; resto sin alteraciones. El colon por enema evidenció rectosigmoides con haustras aplanadas y aumento de su calibre; el colon descendente con disminución del calibre aproximadamente en 90% hacia su tercio distal, con paso filiforme del medio de contraste, pérdida de su morfología observando bordes especulados, mal definidos en aproximadamente 5 cm; el resto de colon descendente mostró aplanamiento de la morfología haustral, con dilatación de ángulo esplénico, resto sin defectos de llenado, con adecuada opacificación. La impresión diagnóstica fue la de probable proceso infiltrativo en el tercio distal de colon descendente. Se ingresó por para descartar proceso maligno en colon. Se interconsultó a Cirugía Endoscópica. TC mostró engrosamiento de la mucosa a nivel de sigmoides con la presencia de tumoración exofítica y abscedada en su interior, sin aparente invasión a otros órganos. Adenopatías en retroperitoneo a nivel para-aórtico e intercavo-aórtico, mayor de 11 mm, adenopatías en cadena obturatriz del lado izquierdo así como cadena iliaca ipsilateral. Marcadores tumorales: ACE: 1.01, Ca15-3: 11.30, Ca 19.9: 5.2, AFP: 2.54. Colonoscopia:

Sigmoides con forma, trayecto, volumen y distensibilidad normales con patrón mucoso, haustral y vascular conservado hasta tumor a 25 cm del margen anal, el cual presenta mucosa eritematosa, que provoca estenosis de la luz del colon sigmoides, no pudiendo franquearla con el endoscopio. Del cual se toman múltiples biopsias. Patología: Colitis aguda ulcerada y crónica inespecífica.

Paciente con datos de actividad severa de CUCI, elevación de VSG (mayor de 30), más de seis evacuaciones con sangre durante internamiento, picos febriles, hipoalbuminemia, pérdida de peso y taquicardia; por todo ello, se inició tratamiento médico con prednisona 50 mg IV cada 24 horas, mesalazina 4 g VO cada 24 horas y enemas de mesalazina, con lo que refirió mejoría al cuarto día, con dos evacuaciones al día, sin dolor o fiebre, toleró la vía oral y recibió apoyo nutricional con Inmunex, no presentó sangrado. Se decidió su alta y control por consulta externa para seguimiento y mantenimiento, en base a características clínicas de paciente se decide diferir tratamiento quirúrgico. Conclusión: Se realizó la presentación del caso de paciente, quien cuenta con antecedentes, factores de riesgo y datos clínicos de probable neoplasia de colon, estableciéndose el diagnóstico definitivo de CUCI con actividad severa y presencia de complicaciones.