

ARTÍCULO ORIGINAL

Importancia de la polipectomía videoendoscópica en el tratamiento de los pólipos de la región rectosigmoidea**Videoendoscopic Polypectomy Importance in the Treatment of Polyps of Rectosigmoid Region****Yoandra Benítez González**

Especialista de Segundo Grado en Coloproctología. Asistente. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la polipectomía endoscópica rectocólica provoca una revolución en el tratamiento del tumor cólico benigno, es el procedimiento más frecuentemente utilizado en el manejo de los pólipos, su propósito es la exéresis de toda lesión y dejar la cirugía convencional para los pólipos que con una simple polipectomía no es suficiente, constituye un procedimiento de rutina seguro, rápido y eficaz.

Objetivos: evaluar los resultados de la polipectomía endoscópica realizado en el hospital Vladimir Ilich Lenin. Valorar la importancia de la rectosigmoidoscopia en la detección y tratamiento oportuno de lesiones premalignas.

Método: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos a 51 pacientes que fueron sometidos a polipectomía videoendoscópica rectosigmoidea, en el período comprendido entre septiembre de 2008 a diciembre de 2009, en el Servicio de Coloproctología el Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin de Holguín.

Resultados: los pólipos fueron más frecuentes en la mujer (60,8 %) y mayor de 60 años (35,3 %). Las pérdidas hemáticas (37,3 %) fue la forma de presentación más frecuente. De las características morfológicas de los pólipos la forma sésil (52,9 %) y de pequeño tamaño (54,9

%), localización en el recto (60,8 %) fue la más recuente y los solitarios (86,3 %) tuvieron mayor predominio. Los adenomas simples (64,7 %) fueron los más comunes y en un porcentaje de estos se encontró cierto grado de displasia (31,4 %).

Conclusiones: los pólipos son bastante frecuentes, se dispone de un método fácil de extirpación mediante polipectomía por técnica con asa de diatermia y no se reportaron complicaciones, ni recidivas.

Palabras clave: endoscopia, endoscopios, pólipos del colon, polipectomía videoendoscópica, región rectosigmoidea

ABSTRACT

Introduction: endoscopic rectocolic polypectomy causes a revolution in the treatment of benign colic tumor and is the most frequently used procedure in the management of polyps. The purpose of the polypectomy is the removal of any injury and leave conventional surgery for polyps with a simple polypectomy which is not enough; it is a safe, fast and efficient routine procedure.

Objectives: to evaluate the results of endoscopic polypectomy performed at Vladimir Ilich Lenin hospital. Assess the importance of rectosigmoidoscopy for detection and treatment of premalignant lesions.

Method: a retrospective study of cases series was performed in 51 patients who underwent video-endoscopic rectosigmoid polypectomy, in the period from September 2008 to December 2009, at Coloproctology Department of Vladimir Ilich Lenin Provincial Teaching Hospital of Holguin.

Results: polyps were more common in women (60.8 %) and those older than 60 years (35.3 %). Blood loss (37.3 %) was the most common presentation. Considering morphological features the sessile polyps form (52.9 %) and small (54.9 %) location in the rectum (60.8 %) was the most common and the solitary ones (86.3 %) predominated. Simple adenomas (64.7 %) were the most common ones and in a percentage of these a degree of dysplasia was found (31.4 %).

Conclusions: polypectomy technique was employed by loop diathermy technique; neither complications nor recurrences were reported.

Keywords: endoscopy, endoscopes, colon polyps, videoendoscopic polypectomy, rectosigmoid region

INTRODUCCIÓN

Actualmente la mayoría de las afecciones de colon y recto requiere intervención quirúrgica, por estar dentro de las enfermedades gastrointestinales más comunes ¹ y con bastante frecuencia a los Servicios de Urgencia acuden pacientes de más de 50 años que refieren hemorragias intestinales cuya causa se desconoce.

En años recientes existe gran entusiasmo por los progresos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon y el recto, que depende de la creación y refinamiento de los instrumentos fibrópticos para usar en dichos órganos y hay que tener en cuenta que las enfermedades premalignas ocasionan síntomas que requieren técnicas especializadas para llegar a su diagnóstico².

La primera mención del proctoscopio que registra la historia aparece en el libro de Hipócrates "De las fístulas". En el siglo XVIII, Razzini inventa el primer endoscopio iluminado, que utiliza como fuente de luz una vela. Desde este remoto origen, este equipo, y con él la técnica, se ha perfeccionado cada vez más, hasta llegar a la endoscopia rectocólica.

Con los adelantos propios del área de Coloproctología, en el tratamiento se agregan los de Cirugía Endoscópica, que permiten variados procedimientos terapéuticos en afecciones que en épocas pasadas eran de tratamiento quirúrgico convencional, entre ellos, la polipectomía endoscópica, manejo de ectasias vasculares y de hemorroides complicadas³.

La endoscopia digestiva permite explorar los diferentes segmentos del aparato digestivo. Gracias al continuo perfeccionamiento tecnológico, se cuenta con equipos rígidos y flexibles de imagen nítida, livianos y fácilmente maniobrables.

La polipectomía endoscópica colónica (PEC) provoca una revolución en el tratamiento del tumor cólico benigno y es, sin duda, el procedimiento más frecuentemente utilizado en el manejo de los pólipos de colon y recto. El propósito de la polipectomía es la exéresis de toda lesión o lesiones, y así, dejar la cirugía convencional sólo para los pólipos que con una simple polipectomía no es suficiente o impracticable, y constituye la polipectomía un procedimiento de rutina seguro, rápido y eficaz⁵.

Los pólipos intestinales son pequeñas masas de tejido que se desarrollan hacia la luz del colon o recto en una membrana o la mucosa. Se deben a diversas causas y también varían en cuanto a

su potencial de malignización, asociación con trastornos en otras partes del cuerpo y relación con síntomas y disfunciones⁶.

Los pólipos intestinales se localizan con mayor frecuencia en el intestino grueso, y rara vez en el intestino delgado y los más comunes son los adenomas; sin embargo, debido a su pequeño tamaño, con frecuencia son muchas veces inadvertidos durante las colonoscopías⁷.

Los pólipos colorrectales se presentan en pacientes del mundo entero, sobre todo en países desarrollados, los cuales presentan niveles elevados de morbilidad por cáncer colorrectal, ya que estos constituyen lesiones preneoplásicas que se asocian a factores genéticos y ambientales⁸.

El creciente interés en el tratamiento a tiempo de los pólipos es consecuencia del avance en la capacidad de detectarlos con alto grado de sensibilidad y extirparlos por vía endoscópica, pues está demostrado que la mayor parte de las neoplasias malignas de colon, hasta en el 97 %, se originan de un pólipo de tipo adenomatoso previamente benigno⁸⁻⁹.

Actualmente existe suficiente evidencia para afirmar que la PEC disminuye la incidencia de cáncer colorrectal del 70 al 90 %¹⁰. Conocedores de las tendencias enunciadas anteriormente en el uso de la PEC y ante la ausencia de un estudio sobre este tema en el centro, se mostraron los resultados de la polipectomía endoscópica realizado a pacientes en esta institución. Valorar, a través de un grupo de variables, la importancia de la colonoscopia en la detección y tratamiento oportuno de lesiones premalignas.

MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva de serie de casos. El universo de estudio estuvo constituido por los 3 221 pacientes que se les realizó la colonoscopia y la muestra fue de 51 casos con diagnóstico de pólipos colorrectales con criterio de exéresis por vía endoscópica (pólipos pequeños, o pediculados, que en la muestra no contenga cáncer poco diferenciado, que no haya invasión linfática, ni venosa, que haya un margen de seguridad) a los cuales se les realizó la polipectomía endoscópica, y se enviaron los pólipos extirpados a su análisis anatomopatológico. Se estableció un modelo de encuesta a cada paciente para su correlación clínico-anatomohistológica en cuanto a edad, motivo del estudio, formas de presentación de los pólipos, enfermedades colorrectales asociadas y el estudio histológico.

Se utilizó un colonoscopio flexible, de fibra óptica, marca Karl Storz, de 70 cm de longitud, con el paciente en decúbito lateral izquierdo se realiza inspección y tacto rectal previo, anoscopia, se pasa el equipo suavemente por el ano, introducción suave buscando la luz, enteramente bajo visión e insuflando aire, se realiza la inspección cuidadosa de todas las paredes. Una vez ubicado el pólipo, este debe ofrecer su cabeza y despliegue del pedículo para ser enlazado con facilidad. Introducido el asa en el canal de biopsia, se abre ampliamente, se enlaza la cabeza del pólipo, alternativamente se puede franquear el pólipo y abrir el asa distalmente para intentar enlazarlo mientras se retira el asa, hemostasia y se retira el equipo.

RESULTADOS

Se realizó una distribución de pacientes en cuatro grupos de edades, en cuanto a su comportamiento, hubo un predominio del grupo de mayor de 60 años, fundamentalmente del sexo femenino ([tabla I](#)).

Tabla I. Distribución de pacientes según sexo y edad

Grupo de edades	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20	2	3,9	0	0	2	3,9
21-39	5	9,8	7	13,7	12	23,5
40-59	12	23,6	7	13,7	19	37,3
60 y más	12	23,6	6	11,8	18	35,3
Total	31	60,8*	20	39,2	51	100,0

* Porcentaje más alto en relación con el sexo masculino ($Z = 1,98$; $p = 0,04$).

Fuente: encuesta y hoja de cargo

La forma de presentación de los pólipos ([tabla II](#)) que inciden con más frecuencia en esta enfermedad (observados en el orden de frecuencia de mayor a menor), fueron las pérdidas hemáticas con el 37,3 %, pujos y tenesmo en el 17,6 % y 13,7 %, respectivamente.

Tabla II. Forma de presentación de los pólipos

Forma de presentación	No. pacientes	Porcentaje
Sangramiento bajo	19	37,3
Pujos y tenesmo	9	17,6
Hallazgo endoscópico	7	13,7
Mucorrea	5	9,8
Constipación	5	9,8
Protrucción	4	7,8
Pesquisa familiar	2	3,9

Fuente: encuesta

N=51

La localización más frecuente fue en el recto (60,8 %), el 21,6% en la región rectosigmoidea y en el 54,9 % de los casos el tamaño de los pólipos osciló entre 0 y 5 cm. Se constató que los pólipos extirpados fueron en su mayoría de forma sésil (52,9 %), con respecto al número de pólipos existentes prevaleció el tipo solitario con el 86,3 % (tabla III).

Tabla III. Características macroscópicas endoscópicas

Localización	No. de pacientes	%
Recto	31	60,8
Unión rectosigmoidea	11	21,6
Sigmoides	9	17,6
Tamaño de pólipos (cm)		
Menor o igual a 0,5	28	54,9
De 0,6 - 1	14	27,5
Más de 1	9	17,6
Tipos de pólipos		
Sésil	27	52,9
Pediculado	24	47,1
Número de pólipos		
Único/solitario	44	86,3
Múltiples	7	13,7

Fuente: informe endoscópico

Los más frecuentes son los adenomas simples con una incidencia de 64,7 % (tabla IV) y se encontró algún grado de displasia en el 31,4 % de los adenomas (16 pacientes del total de 51).

Tabla IV. Diagnóstico anatomopatológico

Histología	No. pólipos	Porcentaje
Adenoma simple	33	64,7
Adenoma vellosos	8	15,7
Hiperplásico	5	9,8
Adenoma tubular	3	5,9
Angiomatoso	1	1,9
Adenocarcinoma	1	1,9
Total	51	100

Fuente: informe anatomopatológico

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación son similares a los descritos por la literatura actual existente⁹, donde la población con pólipos tiene generalmente una edad mayor de 50 años. El comportamiento en la distribución del sexo no coincide con la literatura revisada, cuya mayor frecuencia es en el sexo masculino.

En este análisis de la variable la forma de presentación coincide con la literatura revisada donde las formas de presentación más frecuentes son el sangramiento y los pujos, aunque muchos autores plantean que los pólipos pequeños son asintomáticos y solos son detectados en estudios endoscópicos de rutina como un hallazgo encontrado al realizar el estudio.

En el contexto del análisis de la temática abordada cobran gran importancia las características macroscópicas endoscópicas encontradas al realizar las rectosigmoidoscopia, los resultados no están ajenos a los reportados por la literatura revisada¹⁰, existió coincidencia en los mismos aunque la literatura actual plantea que los dos tercios del total se encuentran en el rectosigmoide y otros que en pacientes sintomáticos de edad avanzada predominan en el lado izquierdo⁹. Con respecto al número de pólipos de tipo solitario es el tipo más común descrito por la literatura⁹.

Con respecto al tipo histológico de los pólipos en la literatura actual se plantea que los adenomas simples son los más frecuentes y se encuentra algún grado de displasia en el 70 % del total de pólipos¹¹. Resulta relevante señalar el resultado histológico de uno de los pólipos extirpados, cuyas características macroscópicas endoscópicamente eran benignas y microscópicamente resultó un adenocarcinoma bien diferenciado. Este paciente recibió tratamiento médico-quirúrgico, según lo normado para el cáncer.

No se reportaron complicaciones postoperatorias en ninguno de los pacientes operados, ni se han detectado recidivas en los pacientes a quienes se les ha dado seguimiento, según lo normado para este tipo de lesiones. La literatura vista reporta como principal complicación el sangramiento en el 2 % de los pacientes.

CONCLUSIONES

Los pólipos son bastantes frecuentes, se dispone de un método fácil de extirpación mediante polipectomía por técnica con asa de diatermia y no se reportaron complicaciones, ni recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkow R. Chronic Inflammatory diseases of the bowel. En: The Manual Merck of Diagnosis and Therapy. 14 ed. Philadelphia: Merck; 1984.p.780-783.
2. Grez IM, Prado AR, Lahsen HJ, Hernández MJ. Síndrome de Peutz-Jeghers complicado: Reporte de un caso. Rev Chilena Cir. 2008[citado 14 oct 2014]; 60 (3): 249-254. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000300015&lng=es
3. Radaddtz A. Polipectomía Endoscópica. Bol Escuela Med.1994 [citado 2 oct 2010]; 23(2) Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/cirugia/CxEndoscopicaTuboBajo.html>
4. Robledo H. Utilización Segura de los Láseres en Cirugía. Clasificación de los Láseres. En: Guía de Estudio Básica de la Ciencia del Láser & Anestesia Local. España: Editorial Académica Española; 2012 [citado 20 ago 2013]. Disponible en: <http://www.centrolaservigo.com/pdf/LibroLaserCapitulo5.pdf>
5. Álvarez Lobos M. Enfermedad inflamatoria intestinal en Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas. Chile: Editorial Sociedad Chilena de Gastroenterología; 2000.
6. González Rodiles Heredia RE, Rodríguez Fernández S, Casaus Prieto A. Cáncer de colon recurrente: diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir. 2009 [citado 17 nov 2014]; 48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100006&lng=es
7. Obregón López NR. Importancia de la Polipectomía Endoscópica en el manejo de los Pólipos Colo – Rectales en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren Año 2001 – 2003. (Tesis) Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2004 [citado 2 oct 2010]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1999/1/obregon_In.pdf
8. Méndez Leiva FH, Almuiña Güemes M, Villegas Valverde C. Tratamiento endoscópico de los pólipos de colon y de recto. Rev Cubana Cirug. 2001[citado 2 oct 2012]; 40(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932001000200014&script=sci_arttext
9. Suárez Cueva Y, Campos Nizama J. Evaluación de la Polipectomía Endoscópica Colónica en pacientes del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo Essalud de Arequipa 1999-2004.

Rev Gastroenterol Perú. 2006[citado 2 oct 2010]; 26 (1): 34-43. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292006000100005&script=sci_arttext

10. Ozen P, Baratz M. Familial juvenile colonic polyposis with associated on cancer. Cancer. 2003[citado 2 oct 2010]; 49: 1500-1503. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142%2819820401%2949:7%3C1500::AID-CNCR2820490732%3E3.0.CO;2-O/pdf>

11. Noe M, Ziegler G, Herrera S, Del Rio J, Neira M. Pólipos solitarios altos del intestino. Rev Chil Pediatr. 1956 [citado 19 oct 2010]; 27(5): 202-205. Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v27n5/art03.pdf>

Recibido: 24 de julio de 2013

Aprobado: 14 de octubre de 2014

Dra. *Yoandra Benítez González*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: ybenitez@hvil.hlg.sld.cu