

Detección de pólipos adenomatosos en colonoscopia con técnica de doble revisión en colon derecho

Detection of adenomatous polyps in colonoscopy with second forward view in right colon

Manuel A. Hay-Victoria^{1*}, Estefanía E. de la Cruz-Castillo², Hugo López-Acevedo¹,
Carlos J. Mata-Quintero¹

¹Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Ciudad de México; ²Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac México Norte, Huixquilucan, Estado de México. México

Resumen

Introducción: La técnica convencional de colonoscopia ha demostrado alta eficacia en la detección de lesiones, pero tiene una visión limitada de tumores en el colon derecho; esta diferencia se atribuye a la histología de los tumores y morfología de los pólipos en los diferentes segmentos del colon. En el colon proximal, los pólipos se encuentran aplanados y se encuentran localizados en la parte posterior del pliegue haustral, lo que dificulta su visión. **Objetivo:** Determinar si el índice de detección de pólipos adenomatosos en colon derecho en la colonoscopia con técnica de doble revisión es mayor que en la técnica convencional. **Material y métodos:** Estudio transversal y analítico; en pacientes que sometidos a colonoscopia durante el periodo del 01 de marzo de 2018 al 31 de octubre de 2019. **Resultados:** Se incluyeron 112 pacientes, 59.8% del sexo femenino y edad promedio de 63.7 años. Se detectaron pólipos en 33% de los pacientes, con un total de 55 pólipos, de los cuales 12 estaban en el colon proximal con diagnóstico histopatológico en el 83.3% adenomatosos. El tiempo de inspección en la doble revisión fue 2.86 minutos mayor que en la técnica convencional; no hubo diferencia significativa en el número de pacientes detectados con pólipos en cualquier segmento del colon, en la tasa de detección de pólipos por paciente o en la tasa de detección de adenomas. **Conclusiones:** Realizar la doble revisión de colon derecho es una práctica que lejos de ocasionar daño, confirma de manera factible la presencia de cambios morfológicos.

Palabras clave: Pólipo. Colonoscopia. Colon derecho.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más común a nivel mundial. Se observa que tres de cada 10 muertes por cáncer en la población de 30 a 59 años se deben a cáncer en órganos digestivos. En 2016, los tumores digestivos representaron el 39% de muertes por cáncer en hombres siendo la primera causa y el 23.3% en mujeres obteniendo el segundo lugar; más

del 80% de los pacientes con CCR son detectados y tratados en estadios avanzados¹.

Esta premisa resulta de varios factores, uno de ellos, es el origen anatómico; que divide al CCR en derecho e izquierdo. El cáncer de colon derecho (CCD) es más frecuente en mujeres que en hombres y se presenta a mayor edad que el cáncer de colon izquierdo (CCI); clínicamente, los pacientes cursan con anemia microcítica,

Correspondencia:

Manuel A. Hay-Victoria
E-mail: alejandrohaymd@gmail.com

Fecha de recepción: 31-07-2020
Fecha de aceptación: 14-08-2020
DOI: 10.24875/END.M20000206

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):51-52
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

pérdida de peso súbito, mayor infiltración linfocitaria e invasión vascular y ganglionar y patrón mucinoso en el CCD lo que lo hace más agresivo²⁻⁴.

El tamizaje para CCR es el proceso de detección de estadios tempranos y lesiones precancerosas en pacientes asintomáticos. La sociedad americana de endoscopia gastrointestinal (ASGE) recomienda el uso de colonoscopia como método de tamizaje por su alta sensibilidad para la detección de toda clase de lesiones precancerosas, además ofrece diagnóstico y tratamiento en una sola sesión. En varios estudios, se ha observado una reducción en la incidencia y mortalidad de hasta el 80% en cáncer de colon distal y del 60% en colon proximal⁵.

La técnica convencional de colonoscopia ha demostrado alta eficacia en la detección de lesiones, pero tiene una visión limitada de tumores en el colon derecho; esta diferencia se atribuye a la histología de los tumores y la morfología de los pólipos en los diferentes segmentos del colon. En el colon proximal, los pólipos se encuentran aplanados lo que dificulta su visión y se encuentran localizados en la parte posterior del pliegue haustral, lo que representa otra causa para una colonoscopia negativa⁶.

La tasa de pérdidas de pólipos y adenomas en la colonoscopia se estima que va entre el 20 y el 25%. Desai y cols. refieren una tasa de pérdida de pólipos y adenomas en el colon derecho con la técnica convencional de colonoscopia del 13.3% en comparación con la técnica de doble revisión. Además, en la técnica convencional, en contraste con la técnica de retroflexión la tasa de pérdida es del 8.3%; es evidente que la técnica de doble revisión está por encima de otras técnicas frecuentemente utilizadas en el 5%. Además, se sabe que al conjuntar la técnica de retroflexión y la doble revisión no se obtiene mayor beneficio⁷.

Objetivo

Determinar si el índice de detección de pólipos adenomatosos en colon derecho en la colonoscopia con técnica de doble revisión es mayor que en la técnica convencional.

Material y métodos

El presente estudio es de tipo transversal analítico. En pacientes que hubiesen sido sometidos a colonoscopia en los hospitales centrales de Petróleos Mexicanos durante el periodo del 01 de marzo de 2018 al 31 de octubre de 2019.

Criterios de inclusión

- a) Edad: Mayores de 18 años
- b) Limpieza intestinal evaluada como buena determinada por un puntaje total en la escala de Boston (ELCB) ≥ 5
- c) Colonoscopia de primera vez

Criterios de exclusión

- a) Tiempo de retirada de la colonoscopia menor a 6 minutos
- b) Colonoscopia incompleta, con observación parcial de los segmentos de colon (ciego, válvula ileocecal y agujero apendicular)
- c) Reporte endoscópico incompleto o faltante
- d) Pacientes que cuenten con diagnóstico de cáncer de colon al momento de la colonoscopia
- e) Antecedente de resección de pólipos colónicos
- f) Antecedente de resección de colon derecho
- g) Diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal
- h) Antecedente de poliposis adenomatosa familiar

Análisis estadístico

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó el software OpenEpi v.3 donde se consideró la fórmula de Kelsey para estudios de tipo transversal (Tabla 1) (24); considerando un nivel de significancia bilateral ($1-\alpha$) del 95%; potencia ($1-\beta$) del 80%, razón Expuesto/No expuesto de 1, porcentaje de No expuestos positivos del 5%, razón de momios de 6.3, estos últimos se consideraron con base a la literatura internacional y porcentaje de expuestos positivos de 25. El muestreo fue aleatorio simple para la asignación de los pacientes uno de los dos grupos. En el grupo control la colonoscopia se realizó con la técnica convencional y en el grupo experimental se empleó la técnica de doble revisión del colon derecho.

Todas las colonoscopias fueron realizadas por médicos residentes del departamento de endoscopia del hospital central de PEMEX con ayuda del colonoscopio Olympus CV-160.

La inserción del colonoscopio se realizó de forma convencional; una vez en la base del ciego, se retiró en el endoscopio a la altura del ángulo hepático mientras se inspeccionaba cuidadosamente la mucosa. En el grupo de doble revisión, se volvió a examinar la porción proximal del colon (colon derecho). Los pólipos encontrados fueron removidos para su diagnóstico histológico.

Para el análisis de los resultados se utilizó el paquete de análisis estadístico IBM SPSS v.25 y el OpenEpi v.3.

Resultados

La muestra se integró de 112 pacientes, predominantemente del sexo femenino (59.8%), con pacientes de edades comprendidas entre los 21 y los 93 años de edad, con un promedio de 63.27 años \pm DE 14.49 y puntuación ELCB en promedio de 7.18 puntos \pm DE 1.149. El 49.1% de los pacientes padece enfermedad diverticular.

En la Tabla 2, se contrastan estas características de acuerdo con la técnica endoscópica utilizada y se obtiene que la muestra presenta homogeneidad en la demarcación pronóstica con ayuda de la prueba T de Student para edad y ELCB.

Del total de las endoscopias, se detectaron pólipos en 37 de los pacientes (33%), con un total de 55 pólipos, de los cuales, 12 (32.43%) se encontraban en el colon proximal y de acuerdo a su diagnóstico histopatológico, 10 (83.3%) de ellos eran adenomatosos (9 tubulares y 1 tubulovelloso); además de un pólipo hiperplásico.

Se determinó la tasa de detección de adenomas (ADR) calculada como la proporción de pacientes con al menos un adenoma en cada grupo, la tasa de detección de pólipos por paciente, la duración de la colonoscopia y el diagnóstico histopatológico, expuestos en la tabla 3.

El tiempo de inspección en la doble revisión es 2.86 minutos mayor que en la técnica convencional; sin embargo el tiempo que se le dedicó a la preparación para entrar en la técnica convencional fue de 4.66 minutos más; el número de pacientes detectados con pólipos en cualquier segmento del colon no fue significativamente diferente entre los grupos; ni su revisión en el colon derecho; a pesar de ello, debemos enfatizar que no hubo inferioridad entre los grupos, ni en la tasa de detección de pólipos por paciente, ni en el hallazgo de pólipos en el colon derecho, ni en el ADR.

Cabe resaltar que, de acuerdo al diagnóstico histopatológico de los pólipos encontrados, es muy semejante, con el valor agregado de haberse detectado el pólipo hiperplásico.

Discusión

El cáncer afecta a la población mundial disminuyendo la calidad de vida con alto porcentaje de mortalidad. Las estrategias de cribado han centrado sus esfuerzos en la colonoscopia para la detección temprana de lesiones precancerosas.

En México, no existen suficientes programas encaminados a prevenir y detectar a tiempo pacientes con riesgo de desarrollar cáncer. A pesar de que el acceso a las colonoscopias es limitado, se espera que sean identificados la mayoría de los casos.

La colonoscopia es el método de tamizaje por excelencia, ya que tiene una buena eficacia, que se ha convertido en un factor protector para el cáncer de colon derecho en el 40 al 60% de los casos, mientras que para el cáncer de colon izquierdo lo es hasta en el 80% y de bajo costo; sin embargo, los falsos negativos que puede llegar a arrojar son dependientes sobre todo del operador (endoscopista)⁸⁻¹⁰.

De acuerdo con las recomendaciones sobre el tiempo de inspección, el cual debe ser de por lo menos 6 minutos ya que se asocia con mayor detección de ADR y también se ha visto que más de 10 minutos no mejora detección; siempre y cuando no se lleven a cabo las técnicas de revisión de manera adecuada los resultados del trabajo indican que en la práctica del departamento de endoscopia se respetan esos tiempos y la técnica de doble revisión no es mucho más tardada en comparación con la convencional⁸⁻¹⁰.

A pesar de que en la literatura reportada existen técnicas como la retroflexión y doble revisión para aumentar la tasa de detección de adenomas, en este estudio no muestra una diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas; debemos enfatizar que los tamaños de muestra de la literatura son más grandes por lo que podrían incurrir en el sobrediagnóstico al usar esta técnica^{8,9}.

Una de las principales fortalezas es que todos los procedimientos fueron realizados por el mismo equipo utilizando el mismo endoscopio.

Los hallazgos no nos indican cesar el uso de la doble revisión ya que no repercute de manera negativa en el diagnóstico del paciente ni en el costo del procedimiento, además no representa mayor riesgo de complicación y nos invita a hacer de él una práctica rutinaria ya que la habilidad en la detección de lesiones de difícil acceso requiere tiempo de aprendizaje.