

Detección de cáncer colorrectal por colonoscopia: Resultados de 1 año de reportes histopatológicos

Detection of colorectal cancer by colonoscopy: Results of 1 year of histopathological reports

Miguel Camacho-Nájera¹, Rolando Armienta-Sarabia¹, Ma. Elena Hernández-Gómez¹,
Manuel Medel-Infante¹, Carlos Beltrán-Ortega¹ y Edgar A. Tapia-Morales^{2*}

¹Departamento de Endoscopia y Fisiología Digestiva/Departamento de Patología Clínica, Hospital Regional "Ignacio Zaragoza"; ²Residencia en Endoscopia Gastrointestinal, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: El cáncer Colorrectal (CCR) es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, siendo el tercero más frecuente en hombres y el segundo en mujeres. La colonoscopia con toma de biopsia constituye el estándar de oro para la detección de cáncer colorrectal a nivel mundial. Es el método preferido para evaluar el colon en la mayoría de los pacientes adultos. **Objetivo:** Conocer el porcentaje de cáncer de colorrectal, adenomas colorrectales y orden de frecuencia de aparición así como los porcentajes de diagnósticos histopatológicos de un año obtenidos por colonoscopia en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de colonoscopias con toma de biopsia realizadas en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza entre junio de 2018 a Junio 2019. Se consideró como variable dependiente el diagnóstico endoscópico y como variables independientes el resultado histopatológico. **Resultados:** Se analizaron 333 reportes de colonoscopia y reportes histopatológicos electrónicos, se excluyeron 46 muestras por no cumplir los criterios. Con un total de 287 pacientes, 15.3% del total resultaron positivos a malignidad, con un predominio del sexo femenino (64%) y en sexo masculino (36%); mayor frecuencia a partir de 60 años; localizadas en su mayoría en el recto (68%). Se reportó 59 pacientes con adenomas que corresponden al 20.55% del total de la población estudiada, el resto de la población estudiada 184 pacientes fueron diagnósticos histopatológicos inflamatorios y benignos. **Conclusiones:** El adenocarcinoma moderadamente diferenciado es la lesión con el mayor porcentaje de diagnóstico y el sitio anatómico más frecuente el recto seguido por adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor y el sitio anatómico más frecuente reportado en recto. La lesión precursora de malignidad diagnosticada en mayor porcentaje fue el adenoma tubular con displasia de bajo grado seguido por el adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado con mayor frecuencia de localización en recto y sigmoides.

Palabras clave: Cáncer colorrectal. Colonoscopia. Adenomas colorrectales. Reporte histopatológico.

Correspondencia:

Edgar A. Tapia-Morales
E-mail: etedar@hotmail.com

Fecha de recepción: 31-07-2020
Fecha de aceptación: 14-08-2020
DOI: 10.24875/END.M20000214

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):110-115
www.endoscopia-ameg.com

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

Introducción

El cáncer Colorrectal (CCR) es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial, siendo el tercer cáncer más frecuente diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres. Solo después del cáncer de próstata y cáncer de mama. Con una incidencia mundial de 11.2 por cada 100,000 habitantes y una mortalidad de 5.2 por cada 100,000 habitantes¹⁻³. En cuanto a la distribución por edad, se observa que es un padecimiento propio de la edad adulta con un incremento muy acentuado en la tasa de incidencia a partir de los 45 años².

En México en el 2018, se registraron un total de 190,667 casos nuevos con diagnóstico histopatológico de cáncer en general; del total de casos nuevos, 10,457 (5.5%) correspondieron a cáncer de colon, mientras que para cáncer de recto 4,132 (2.2 %), situación que motivó que esta neoplasia se ubique dentro de las 3 primeras causas de mortalidad en México^{2,3}.

La colonoscopia con toma de biopsia constituye el estándar de oro para la detección de cáncer colorrectal a nivel mundial⁴. Es el método preferido para evaluar el colon en la mayoría de los pacientes adultos ya sea con anemia por deficiencia de hierro, resultados anormales en estudios de imagen, vigilancia pospolipectomía, vigilancia en resección poscáncer y vigilancia en enfermedad inflamatoria intestinal⁵, todo esto aunado al ascenso en la incidencia de cáncer colorrectal resulta atractivo conocer el porcentaje de diagnóstico histopatológico de cáncer colorrectal obtenido por este método de estudio en nuestra unidad hospitalaria.

Objetivo

Conocer el porcentaje de cáncer de colorrectal, adenomas colorrectales, incidencia y orden de frecuencia de aparición así como los diagnósticos histopatológicos de un año obtenidos por colonoscopia en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de los reportes histopatológicos obtenidos con biopsia por colonoscopia en el Hospital Regional Ignacio Zaragoza entre junio de 2018 a junio de 2019. Se consideró como variable dependiente el diagnóstico endoscópico y como variables independientes el resultado histopatológico.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron todas las colonoscopias realizadas en pacientes mayores de 18 años sometidos a colonoscopia con toma de biopsia, además se incluyeron a pacientes de ambos sexos y aquellos que contaban con el expediente completo y reporte de patología correspondiente.

Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años, pacientes con revisión de laminillas con reporte histopatológico pero sin colonoscopia institucional y a los pacientes con reporte histopatológico previo de cáncer colorrectal.

Análisis estadístico

Se obtuvo media, desviación estándar, porcentaje de la frecuencia en los diagnósticos histopatológicos así como los sitios anatómicos más frecuentes según el sitio de toma de biopsia.

Resultados

Del total de las muestras de colonoscopia recolectadas (333), se excluyeron 46 muestras porque no cumplían con los criterios establecidos. Con un total de 287 pacientes seleccionados 169 mujeres y 118 hombres, con una media de edad de 58.304 años \pm 17.408 para hombres y 53.622 \pm 17.64 para mujeres.

De los 287 reportes histopatológicos obtenidos por colonoscopia se encontraron como resultados 44 pacientes positivos a malignidad que corresponden al 15.33 % del total de la población estudiada, 28 mujeres correspondientes al 64% y 16 hombres correspondientes al 36%, de acuerdo a su localización el 68% en recto, el 20% en ascendente y el 12% en sigmoides. Figura (1A) Figura (2B)

De los 287 reportes histopatológicos obtenidos por colonoscopia se encontraron como resultados 59 pacientes con adenomas que corresponden al 20.55% del total de la población estudiada. 32 de ellas mujeres correspondientes al 54% y 27 hombres correspondientes al 46%, de acuerdo a su localización 46% en recto, 20% en ascendente, 12% en transversal, 12% en sigmoides, 7% en ciego y 3% en descendente., Tabla (3C) Figura (4D) Figura (5E)

Del resto de la población estudiada 184 pacientes fueron diagnósticos histopatológicos inflamatorios y benignos correspondientes al 64.11% de la población de los cuales en orden de frecuencia se reportaron:

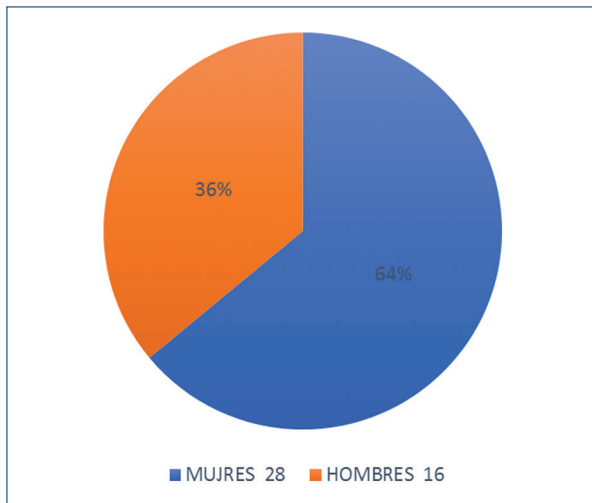


Figura 1 A. Positivo a malignidad por sexo.

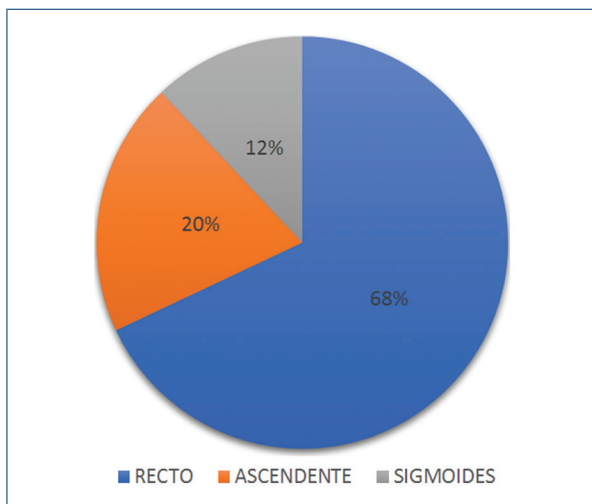


Figura 2 B. Malignidad por localización anatómica.

Diagnóstico histopatológico de tejido inflamatorio en 75 pacientes correspondientes a un 26.13% de la población, 38 reportes sin alteraciones correspondientes a 13.24% de la población, 27 reportes de CUCI 9.40%, 15 reportes de pólipo hiperplásico correspondientes a 5.22% de la población, 12 reportes de hiperplasia linfóide correspondiente a 4.18% de la población, 7 reportes de colitis pseudomembranosa correspondiente al 2.43% de la población, 4 reportes de enfermedad de Crohn correspondiente al 1.39% de la población, 4 reportes de pólipo juvenil correspondiente al 1.39% de la población, 1 reporte de pseudopólipo correspondiente al 0.34% de la población y 1 reporte de linfagioma

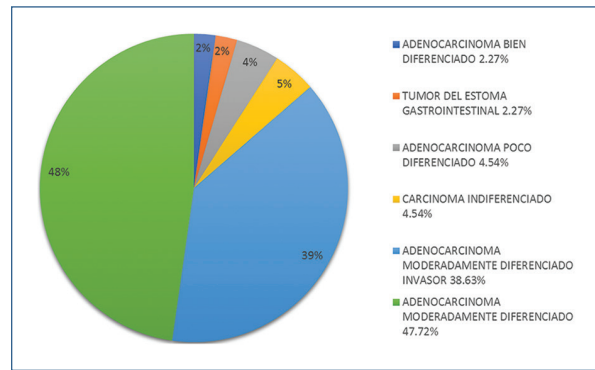


Figura 3 C. Estirpe histológica/malignidad.

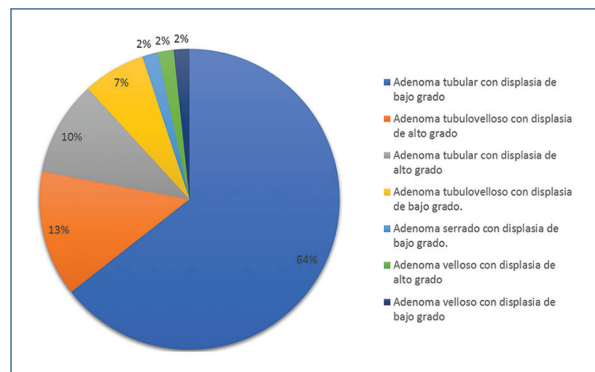


Figura 4 D. Estirpe histopatológica por localización anatómica.

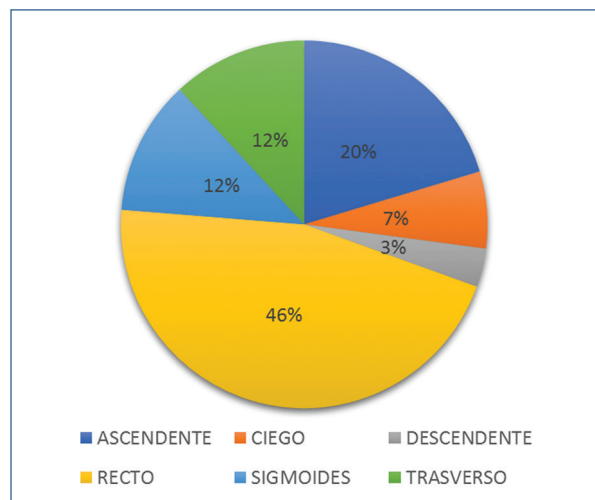


Figura 5 E. Localización de adenomas.

correspondiente al 0.34% de la población total estudiada. Tabla (1A)

Tabla 1 A. Diagnósticos histopatológicos

Dignósticos histopatológicos	# Pacientes	%
Colitis pseudomembranosa	7	2.43
Crohn	4	1.39
CUCI	27	9.4
Hiperplasia linfoide	12	4.18
Tejido inflamatorio	75	26.13
Linfangioma	1	0.34
Polipo hieperplasico	15	5.22
Polipo juvenil	4	1.39
Pseudopólipo	1	0.34
Sin alteraciones	38	13.24

Reportes malignidad: Total 44 pacientes.

Adenocarcinoma bien diferenciado total de 1 paciente: localizado en recto.

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado total de 21 pacientes: 17 de ellos localizados en recto, 2 en sigmoides y 2 en ascendente.

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor total 17 pacientes: 9 de ellos localizados en recto, 5 en ascendente y 3 en sigmoides.

Adenocarcinoma poco diferenciado total 2 pacientes: 1 de ellos en recto, 1 en ascendente.

Carcinoma indiferenciado total 2 pacientes: 1 de ellos de recto y 1 de ascendente.

Figura (3C), (Tabla 2B)

Reportes de adenomas, total 59 pacientes:

Adenoma tubular con displasia de bajo grado total de 38 pacientes correspondientes al 64.40% del total de los adenomas: 16 de ellos localizados en recto, 9 en ascendente, 5 en transversal, 3 en sigmoides y 3 en ciego.

Adenoma tubular con displasia de alto grado total 6 pacientes correspondientes al 10.16% del total de los adenomas: 3 de ellos localizados en recto, 2 en sigmoides y 1 en transversal.

Adenoma serrado con displasia de bajo grado total 1 paciente correspondiente al 1.69% del total de los adenomas: localizado en sigmoides.

Adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado total 8 pacientes correspondientes al 13.55% del total de los adenomas: 6 de ellos localizados en el recto, 1 transversal y 1 en ciego.

Adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado total 4 pacientes correspondientes al 6.77% del total

Tabla 2 B. Estirpe histológica por localización anatómica/malignidad

Estirpe histopatológica	Localización	Pacientes
Adenocarcinoma bien diferenciado Total: 1/2.27%	Recto	1
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Total: 21/47,72%	Recto Ascendente Sigmoides	17 2 2
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor. Total: 17/38.63%	Recto Ascendente Sigmoides	9 5 3
Adenocarcinoma poco diferenciado. Total: 2/4.54%	Recto Ascendente	1 1
Carcinoma indiferenciado Total: 2/4.54%	Recto Ascendente	1 1
Tumor del estroma gastrointestinal. Total: 1/2.27%	Recto	1

de los adenomas: 2 de ellos de recto, 1 de sigmoides y 1 de ascendente.

Adenoma vellosos con displasia de alto grado total 1 paciente correspondiente al 1.69% del total de los adenomas: localizado en ascendente.

Adenoma vellosos con displasia de bajo grado total 1 paciente correspondiente al 1.69% del total de los adenomas: localizado en ascendente.

Tabla (3C)

Discusión

El cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte en el mundo, afectando a población independientemente del sexo a partir de los 45 años de edad. Tiene una alta incidencia, prevalencia y mortalidad, por lo que le ha llevado situarse dentro de los primeros lugares en México así como lo reportado en la literatura internacional.

El adenoma es el tipo histológico de pólipo colónico más frecuentemente hallado durante las colonoscopias. Su reconocimiento y diagnóstico son de especial importancia debido al riesgo de displasia de alto grado y patología maligna. ⁽⁶⁾ Son la forma más común de pólipo y presentan gran potencial maligno, representando el 50 a 67% de los mismos, se los considera lesiones displasias de bajo grado ⁷.

En nuestro estudio el tipo histológico más frecuente fue el adenoma tubular (82%) ya sea con displasia de bajo grado (64.40%) y con displasia de alto grado (10.16%), además con la diferenciación tubulovelloso

Tabla 3 C. Estirpe histopatológica por localización anatómica

Estirpe histopatológica	Localización	Pacientes	Porcentaje
Adenoma tubular con displasia de bajo grado. Total: 38/64.40%	Recto	16	42.10
	Ascendente	9	23.68
	Transverso	5	13.15
	Ciego	3	7.89
	Sigmoides	3	7.89
	Descendente	2	2.26
Adenoma tubular con displasia de alto grado. Total: 6/10.16%	Recto	3	50
	Sigmoides	2	33.33
	Transverso	1	16.66
Adenoma serrado con displasia de bajo grado. Total: 1/1.69%	Sigmoides	1	100
Adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. Total: 8/13.55%	Recto	6	75
	Transverso	1	16.66
	Ciego	1	16.66
Adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado. Total: 4/6.77%	Recto	2	50
	Sigmoides	1	25
	Ascendente	1	25
Adenoma velloso con displasia de alto grado. Total: 1 / 1.69%	Ascendente	1	100
Adenoma velloso con displasia de bajo grado. Total: 1 / 1.69%	Ascendente	1	100

con displasia de alto grado (13.55%) y bajo grado (6.77%)

La Organización Mundial de la Salud, contempla desde el punto de vista histológico las siguientes variantes histológicas para carcinomas de colon y recto: adenocarcinoma, adenocarcinoma mucinoso, carcinoma de células en anillo de sello, carcinoma de células pequeñas, carcinoma medular, carcinoma indiferenciado y carcinoma neuroendocrino; siendo el adenocarcinoma y clasificándose estos a su vez de acuerdo al grado de diferenciación en tumores bien, moderado o poco diferenciados⁸.

En la población estudiada, la distribución de los CCR en el intestino grueso el más frecuente fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado coincidiendo con lo reportado hasta ahora.

Los adenocarcinomas representan del 96 al 98% de los tumores malignos colorrectales, y es un hecho conocido que los pólipos neoplásicos (adenomas) son precursores de este tipo de cáncer⁹. Aproximadamente 2/3 a 3/4 de los pólipos de colon son adenomatosos, con potencial para convertirse en CCR - secuencia de adenoma-carcinoma⁹.

Respecto al estirpe y su relación de acuerdo a la localización en nuestro estudio se encontró se encontraron con más frecuencia el adenocarcinoma moderadamente diferenciado (47.72%) y este localizado con

mayor frecuencia en recto, seguido de la localización en colon ascendente y sigmoides y el adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor (38.63%) con una localización más frecuente en recto y colon ascendente.

En las últimas décadas la colonoscopia ha evolucionado favorablemente en todos sus aspectos, es una herramienta fundamental para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de muchas enfermedades intestinales. Su correcta indicación técnica y aceptación por parte del paciente son de vital importancia¹⁰. La sensibilidad de la colonoscopia para el cáncer colorrectal y los pólipos puede haberse sobreestimado, en estudios retrospectivos y ensayos prospectivos, se menciona que la sensibilidad de la colonoscopia para el cáncer colorrectal es superior al 95%¹¹.

Conclusión

La colonoscopia continuará siendo la mejor herramienta para la inspección de las lesiones en la mucosa colónica y el mejor método para la obtención de biopsias dirigidas, en este estudio se determinaron las características epidemiológicas e histopatológicas de 287 estudios de colonoscopias con toma de biopsia, el porcentaje de diagnóstico de cáncer de colon del total de la población fue mayor en mujeres que en hombres siendo el

adenocarcinoma moderadamente diferenciado con el mayor porcentaje de diagnóstico y el sitio anatómico más frecuente el recto seguido por adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor y el sitio anatómico más frecuente reportado en recto. La lesión precursora de malignidad diagnosticada en mayor porcentaje fue el adenoma tubular con displasia de bajo grado seguido por el adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado con mayor frecuencia de localización en recto y sigmoides.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Bibliografía

1. Centro Nacional para Estadísticas de Salud. Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES), 2015-2016. Archivo de datos y documentación de uso público. 2017.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2018. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.
3. Tirado-Gómez LL, Mohar Betancourt A. Epidemiología del cáncer de colon y recto. Sociedad Mexicana de Oncología. 2008; 7, (4), 3-11.
4. RAMÍREZ-QUESADA, Wagner et al. Indicadores de calidad para la realización de colonoscopia. Acta méd. costarric, San José, 2019; 61(1): 37-42.
5. Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, Pike IM, Adler DG, Fennerty MB, et al. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endosc 2015; 81(1): 31-53.
6. Arévalo C, Chunga N, Alarcón S, et al. Localización y tamaño de los adenomas del colon como factores asociados a displasia de alto grado. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2017; 37(4): 301-304.
7. Calderon r. Cáncer de colon, secuencia adenoma carcinoma y pólipo aserrado. Rev conrado Ecuador [Internet] 2018; 62(14), pp.52-55
8. Tapia E, Oscar, Roa S, Juan Carlos, Manterola D, Carlos, & Bellolio J, Enrique. Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. International Journal of Morphology, 2010. 28(2), 393-398
9. Valarini Sandra BM, Bortoli Vinicius T, Wassano Noelle S. et al. Correlación entre ubicación, tamaño y tipo histológico de pólipos colorrectales en presencia de displasia y adenocarcinoma. J. Coloproctol. Rio J.2011; 31 (3): 241-247.
10. Gómez-Urrutia JM y cols. Calidad y grado de satisfacción de la colonoscopia en el Hospital Juárez de México. Rev Hosp Jua Mex 2017; 84(2): 63-69.
11. Ramona M McLoughlin, Colm A O'Morain. Colorectal cancer screening. World J Gastroenterol 2006 November 14; 12(42): 6747-6750