

## Trabajo Original

### Valor diagnóstico de la colonoscopia.

### Diagnostic value of colonoscopy.

**Dr. Francisco Lorenzo Castillo<sup>1</sup>, Dr. Oscar D. Pérez Rodríguez<sup>2</sup>, Dr. Fernando Valdivia Rodríguez<sup>3</sup>**

1. Especialista de 1er grado de Gastroenterología. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Camilo Cienfuegos de Sancti-Spíritus. Cuba.
2. Especialista de 1er grado de Gastroenterología. Hospital Pediátrico Provincial. Sancti Spíritus. Cuba.
3. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Camilo Cienfuegos de Sancti-Spíritus. Cuba.

## RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo prospectivo que abarca el período comprendido desde el mes de septiembre de 1998 a febrero de 1999, en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Camilo Cienfuegos de Sancti-Spíritus, de los 176 pacientes que acudieron por haberseles indicado colonoscopia, de los cuales se les realizaron a 132. Dichos pacientes provienen de los servicios de consulta externa y hospitalizados, además de los casos indicados en la periferia (hospitales municipales) y otros acudieron al departamento habiéndoseles indicado el examen en las provincias vecinas de Villa Clara y Ciego de Ávila. Se demostró que los síntomas más frecuentes que llevaron a indicar este proceder fue el sangramiento digestivo bajo, así como el síndrome general en el 20,08 % y el 14,64 % respectivamente. Las principales causas que hicieron que se suspendiera el examen fue la mala preparación (67,30 %), las bridas posquirúrgicas (11 %), estenosis y pacientes que no cooperaron. Los principales diagnósticos de patologías colorrectales fueron: colitis rectosigmoidea (11,36 %) neoplasia de colon primitiva 8,33 % y recidivas de estas 1,51 %. En cuanto a la correlación endoscópica histológica de la neoplasia de colon en el 53,84 % hubo correlación y en este mismo porcentaje las muestras no estudiadas por haber sido pacientes de otras provincias y muestras no útiles para diagnóstico.

**DeCS:** COLONOSCOPIA.

**Palabras clave:** colonoscopia.

## ABSTRACT

This is a work about a descriptive-retrospective study which comprises from September 1998 to February 1999, in the Gastroenterology Department of Camilo Cienfuegos Provincial Clinical Surgical Teaching Hospital of Sancti Spíritus, from 176 patients who came to hospital with colonoscopy indication, of which 132 were performed. Such patients come from the external consultation and hospitalized services, in addition to the indicated cases in the periphery (municipal hospitals) and others came to the department with a previous indication of the examination in the neighboring provinces of Villa Clara and Ciego de Ávila. It was demonstrated that the most common symptoms that led to indicate this procedure was lower gastrointestinal bleeding, as well as the general syndrome in 20, 08 % and 14, 64 % respectively. The main causes that led to the suspension of the test was poor preparation (67.30%), postoperative flanges (11%), stenosis and

patients who did not cooperate. The main diagnoses of colorectal pathologies were: rectosigmoid colitis (11.36%) early colorectal neoplasm 8.33% and 1.51% of these recurrences. According to the endoscopic histologic correlation of colon neoplasm there was correlation in 53, 84 % and in this same percent the non-studied samples due to the presence of patients from other provinces and not useful samples for diagnosis.

**MeSH:** COLONOSCOPY.

**Keywords:** colonoscopy.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades del colon están difundidas con gran frecuencia en todo el mundo, ocupando más de la tercera parte de las patologías del tubo digestivo<sup>1</sup>. Las cifras anuales de invalidez y muerte debido a ellas, con la consiguiente repercusión de carácter social y económico, constituyen un problema y uno de los mayores retos de la medicina, haciéndose necesario que los médicos cultiven y mantengan una actitud de cautelosa sospecha referente a los síntomas más benévolos relacionados al intestino grueso, invitándose al empleo sin obviar sus contraindicaciones pero aprovechando la utilidad que estos procedimientos diagnósticos ofertan<sup>2,3</sup>. Hasta hace pocos años se hacía algo difícil hacer su diagnóstico, debida a la compleja anatomía y disposición de los distintos segmentos del colon. Con el advenimiento de los equipos de fibra óptica, se desarrolló en Japón en la década de los 60, la colonoscopia<sup>4,5</sup>, examen que ha facilitado el diagnóstico con mayor certeza de las enfermedades colorrectales convirtiéndose a esta porción del intestino en un segmento fácilmente accesible para la observación detallada<sup>6,7</sup>.

El examen endoscópico del tracto digestivo inferior tiene especial interés en los pacientes con síntomas fundamentales de hemorragia rectal, anemias, diarreas, dolor abdominal, pérdida de peso, cambios de hábitos intestinales, masas palpables y sin tomas dispépticos; en pacientes con exámenes radiográficos dudosos<sup>4</sup>. En las enfermedades inflamatorias intestinales contribuye al diagnóstico inicial, específicamente diferenciando la colitis ulcerática y la enfermedad de Crohn. Pero quizás una de las utilidades más importantes de la endoscopia fiberoptica sea como método preventivo al cáncer de colon, al brindar el diagnóstico y permitir la extracción de las neoplasias en estadios potencialmente curables, que de otro modo resultarían inadvertidos. Como método terapéutico son múltiples los procesos que resuelve a diario<sup>8-10</sup>. En las últimas décadas existe una tendencia al incremento tanto de la mortalidad como de la morbilidad, triplicando sus cifras en los últimos años<sup>12</sup>, haciéndose necesario la exéresis de toda lesión polipoidea diagnosticada<sup>13</sup>. Este examen muestra gran importancia para el seguimiento de pacientes polipectomizados<sup>14,15</sup>. A pesar de todos los beneficios que se han señalado, no es menos cierto que es un proceder invasivo, molesto, que en manos inexpertas se hace prácticamente insostenible por parte de los enfermos. No obstante motiva a realizar el presente trabajo en el servicio para apreciar el aprovechamiento de las bondades que permite este valioso examen endoscópico; trazándonos los siguientes objetivos: Identificar los principales síntomas que motivaron la indicación de este examen y las causas que hicieron que se suspendiera el examen endoscópico, determinar los principales diagnósticos colorrectales en los pacientes examinados, caracterizar a la neoplasia colorrectal en cuanto a: localización, síntomas de sospecha y correlación histológica-endoscópica.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trató de un trabajo prospectivo descriptivo, realizado en el departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Camilo Cienfuegos de Sancti-Spíritus, que abarcó el período comprendido entre el 25 de septiembre de 1998 al 28 de febrero de 1999. La muestra la conforman todos los pacientes que acudieron al departamento a realizarse examen de colonoscopia procedentes de las áreas de hospitalizados del centro, de las consultas externas, de los hospitales periféricos de la provincia, así como de las vecinas provincias de Villa Clara y Ciego de Ávila, al carecer de este medio diagnóstico. Asistieron un total de 176 pacientes realizándose 124 exámenes, pues en 52 casos el mismo fue suspendido por diferentes motivos como mala

preparación, patologías agudas en región perianal entre otras. A los enfermos se les tomó una serie de datos de la indicación médica, así como de las historias clínicas, el interrogatorio y el examen físico que respondieron a los objetivos trazados. Los datos fueron computados y expresados en tablas que sustentan las conclusiones a que arribaron.

## **DISCUSIÓN**

### **ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

En la tabla 1 se muestra el comportamiento de la variable sexo, el 51,74 % pertenecen al sexo masculino y el 48,29 % al femenino, comportándose de manera similar ambos grupos, no existiendo diferencias al respecto con la bibliografía consultada.

Tabla 1. Distribución del grupo estudio según el sexo.

<b>Sexo</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Masculinos</b>	91	51,70
<b>Femeninos</b>	85	48,29
<b>Total</b>	176	100,0

Fuente: estadísticas del Dpto. de Gastroenterología.

Los principales síntomas y signos que motivaron la indicación de este examen se observa en la tabla 2, que el 20,08 % de la serie estudiada presentaba diarreas bajas, seguida por el síndrome general que se presentó en el 14,64 % los cambios del hábito intestinal en el 12,13 %; además se apreciaron otros síntomas como lo fueron el dolor abdominal, diarreas con flemas, tumoración palpable, entre otras, todos los cuales se encuentran en estrecha relación con el cuadro clínico de las principales afecciones de esta porción del tubo digestivo.

Tabla 2: Distribución del grupo de estudio según los síntomas que motivaron el examen de endoscopia digestiva del Tractus Inferior.

<b>Manifestaciones clínicas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Diarreas bajas</b>	48	20,08
<b>Dolor abdominal</b>	22	9,20
<b>Diarreas + flemas</b>	20	8,36
<b>Diarreas + sangre</b>	13	5,43
<b>Enterorragia</b>	11	4,60
<b>Síndrome anémico</b>	17	7,11
<b>Eritrosedimentación acelerada</b>	11	4,60
<b>T palpable</b>	19	7,94
<b>Cambios del hábito intestinal</b>	29	12,13
<b>Síndrome general</b>	35	14,64
<b>Seguimiento de enfermedad</b>	14	5,85
<b>Total</b>	239	100,0

Fuente: estadísticas del Dpto. de Gastroenterología.

En la tabla 3 se muestran las principales afecciones diagnosticadas en los pacientes estudiados, observando que el 32,57 % de los exámenes fueron normales, entre las principales afecciones se observó la colitis rectosigmoidea en el 11,36 % sin precisar etiología de la misma desde el punto de vista microscópico. La colitis ulcerativa inmunológica y la neoplasia maligna se presentaron en el 8,33 % entre los principales. Estos resultados se comportaron similares en estudios realizados por otros autores<sup>15</sup>.

Tabla 3. Distribución del grupo estudio de acuerdo al diagnóstico endoscópico.

<b>Diagnóstico endoscópico</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Colitis recto sigmoidea</b>	15	11,36
<b>Proctitis</b>	3	2,27
<b>Colitis izquierda</b>	7	5,30
<b>Pancolitis</b>	2	1,51
<b>Colitis granulomatosa</b>	2	1,51
<b>Diverticulosis</b>	10	7,57
<b>Estenosis</b>	5	3,78
<b>Colitis ulcerativa idiopática</b>	11	8,33
<b>Neoplasias</b>	11	8,33
<b>Pólipos</b>	7	5,30
<b>Hemorroides</b>	10	7,57
<b>Fístulas</b>	1	0,75
<b>Fisuras</b>	2	1,51
<b>Adenoma vellosos</b>	1	0,75
<b>Hemangioma</b>	1	0,75
<b>Recidiva de T.M</b>	2	1,51
<b>Normal</b>	44	32,57
<b>Total</b>	133	100,0

Fuente: estadísticas del Dpto. de Gastroenterología.

Por constituir la neoplasia del colon la principal patología a diagnosticar en esta región anatómica, por su elevada morbilidad y mortalidad, además de constituir la clínica de la misma muy disímil, se muestra en la tabla 4 los principales síntomas con los que se presentaron los casos, en primer lugar el 27,71 % de los enfermos se les presentó pérdida de peso, en el 22,85 % presentaron un síndrome diarreico bajo asociado a un síndrome general, otros aspectos clínicos fueron pujos, tenesmo, parámetros de laboratorio alterado como eritrosedimentación acelerada, cifras bajas de hemoglobina, entre otras.

Tabla 4. Neoplasias de colon. Síntomas que hicieron indicar el proceder.

Motivos del examen	No	%
S.d.b. + sind general	8	22,85
Cambios de habito intestinal	2	5,71
Diarreas + flemas + sangre	3	8,57
Eritrosedimentación acelerada	4	11,42
Tumoración palpable	1	2,85
Síndrome anémico	3	8,57
Pujos y tenesmo	4	11,42
Perdida de peso	9	27,71
Cuadro suboclusivo	1	2,85
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Fuente: estadísticas del Dpto. de Gastroenterología.

La localización de la neoplasia de colon aparece en la tabla 5, donde se aprecia que del total (12), en 11 se localizaron a nivel del colon izquierdo y específicamente 7 en el sigmoides y 2 en el recto, solo presentándose un caso en el colon derecho, en este caso en el ciego. Estos resultados son similares a otros consultados al respecto<sup>15</sup>.

Tabla 5. Localización anatómica de las neoplasias de colon diagnosticadas.

Localización	No	%
Recto	2	16,6
Sigmoides	7	58,3
Ciego	1	8,33
Ascendente	2	16,6
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,0</b>

Fuente: estadísticas del Dpto. de Gastroenterología.

En la tabla 6 se ofrece la correlación endoscópica-histológica de los pacientes diagnosticados con neoplasia de colon, lo cual fueron comprobados en la pieza quirúrgica, observándose que en el 53,84 % hubo correlación entre el diagnóstico endoscópico y la histológica, en 3 casos no hubo correlación y en otros 3 casos las muestras no fueron estudiadas por ser dos muestras no útiles y uno fue procesado en otra provincia (Villa Clara).

Tabla 6. Correlación endoscópica-histológica en los casos diagnosticados como neoplasias de colon.

<b>Diagnostico endoscópico-histológico</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<b>Total de neoplasias diagnosticadas</b>	13	100,0
<b>Diagnostico positivo histológico del proceso neofornativo</b>	7	53,84
<b>No correlación endoscópica-histológica</b>	3	23,07
<b>Muestras no estudiados</b>	3	23,07

Fuente: estadísticas del Dpto. de Gastroenterología.

## **CONCLUSIONES**

Los principales síntomas que motivaron el estudio colonoscópico fueron: diarreas bajas, (20,08) cambios del hábito intestinal, (12,13 %) síndrome general, (14,64 %) dolor abdominal, (9,20 %). Las principales patologías colorrectales que se diagnosticaron en los pacientes fueron colitis rectosigmoidea, (11,36 %) colitis ulcerativa idiopática,(8,33 %) y neoplasia de colon (8,33 %). El mayor número de neoplasias, (11) se localizaron en colon izquierdo, seguido del sigmoides (7) y del recto y descendente con 2 respectivamente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Celestino A, Castillo R, Contardo C. Colonoscopy diagnosis. Rev Gastroenterol Perú. 1994; 14(2): 125-132.
2. Vega SH, Jiménez G, González M. Pesquizaje de lesiones premalignas y malignas del colon mediante sangre oculta en heces fecales. Rev Cubana Cirugía. 1993; 32(2): 131-137.
3. Galvan GE. Comentarios. Rev Cubana Med Gen Int. 1994;10(1): 86-88.
4. Kimmey MB, Silvertein FE. Endoscopia Gastrointestinal. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 13 ed. México: Interamericana; 1994.p. 1551-1557.
5. Jiménez Paniagua M, Hano O, González González-Carbajal M, García E. Resultados de 8000 colonoscopias realizadas en el Instituto de Gastroenterología. 1976-1991. Rev Abril Cirugía. 1995 Abr-Jun; 134(2): 85 -89.
6. Vennes JA. Endoscopia gastrointestinal. En: Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. Méjico: Interamericana; 1994. p.730-736.
7. Llanio NR. Rectosigmoidoscopias y colonoscopias. Gastroenterología.La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1991.p.730-736.
8. Tagliolatto JL, Muraro CA, Cirilo PL, Lima JR, Silva EM. Falso positivo bacterium with double contraste; tto malignate of cecum report of two cases. Rev Bras colo-Proctol. 1987 Jul-sep; 7(3):111-113.
9. Tacla M. Colonoscopy in Crohn disease of de Colon. Arq Gastroenterol 1990 Jul-sep;27(3):132-136.
10. Celestino FA; Castillo T; Frisancho O. Polip[ctomia endoscopica del colon. Rev Gastroenterol Perú. 1981 Ago; 1(1):15-20.
11. Marshal JR, Fay D, Lance P. Potential costo of flexible sigmoidoscopy base colorectal. cáncer screening. Gast. 1996;3(6):1411-1417.
12. Cordon EJ, Balsa T, Diez M, Martines M, Torres Melero J. Cáncer colorectal. Ha mejorado su diagnóstico en las últimas décadas? Rev Española de Enf Digest 1996; 88(1); 26-28.
13. Matos Villalobos M. Etiología del cáncer Colo-Rectal. Gen Rev Soc Venezol Gast. 1998 Oct-dic;48(4): 268-272.
14. Morgante P. Importancia preventiva de la extirpación del pólipo del colon. Act Gast LA.1997 Mar;27(1): 43-44.
15. Valdivia Rodríguez F, López Rocha R. Valor de la colonoscopia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del colon y recto. Nuestra experiencia. [Trabajo Terminación de residencia Especialista Primer Grado de Gastroenterología]. Sancti-Spíritus: Hospital Provincial Clínico Quirúrgico; 1998.