

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

AFECCIONES COLORRECTALES MÁS FRECUENTES EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS CON PRUEBA DE SANGRE OCULTA POSITIVA

Cap. Corb. Silvia Franco Estrada,¹ Dr. Omar Angulo Pérez,² Tte. Cor. Raúl Brizuela Quintanilla³ y My. Rebeca Winograd Lay²

RESUMEN

Se realizó un pesquizado masivo mediante la detección de sangre oculta en heces fecales por técnica inmunoenzimática (ELISA) a personal mayor de 35 años que asistió al Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto" para realizarse examen médico de control de salud. De un total de 408 individuos, 39 fueron positivos, de los que se estudiaron 21 con un examen que incluyó el estudio endoscópico del colon. Los hallazgos más importantes fueron los pólipos de sigmoides y recto (33,3%), diverticulosis del colon (33,3 %) y angiodisplasia (13,3 %). Seis sujetos resultaron ser falsos positivos. A los pacientes portadores de pólipos del colon se les realizó polipectomía endoscópica y en su totalidad resultaron ser adenomas de tipo tubular. Se demostró la utilidad del método empleado para la detección de lesiones premalignas del colon en personas asintomáticas.

Descriptor DeCS: SANGRE OCULTA; ENFERMEDADES DEL COLON/prevención & control; ENFERMEDADES DEL RECTO/prevención & control; EXAMENES MEDICOS; PERSONAL MILITAR.

El diagnóstico precoz del cáncer colorrectal permite una acción terapéutica eficaz que lleva aparejado una mejor solución para el enfermo a corto y a largo plazo. Por ello se han desarrollado técnicas basadas en la determinación de la presencia de sangre oculta en heces fecales que, junto a la colonoscopia, han permitido diseñar una estrategia al respecto con un

impacto notable en la calidad de vida de estas personas.¹

Los sistemas más conocidos son los que detectan la actividad de la pseudoperoxidasa del hem y los métodos inmunohistoquímicos para la hemoglobina humana.²

Estas variantes de determinación de sangre oculta en heces fecales no sólo

¹Especialista de I Grado en Gastroenterología. Aspirante a Investigadora.

²Especialista de I Grado en Gastroenterología.

³Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado.

incluye al cáncer colorrectal como tal sino que abarca también a lesiones consideradas premalignas (pólipos), lo que permite en estos momentos su tratamiento oportuno y precoz.³

El presente trabajo se desarrolla con el objetivo de conocer las afecciones colorrectales más frecuentes en un grupo poblacional determinado aparentemente sanos, que acuden al examen médico de control de salud, utilizando la combinación de radiología-colonoscopia con la detección de sangre oculta en heces fecales.

MÉTODOS

Se estudiaron 408 individuos aparentemente sanos durante un examen médico de control de salud. Los datos demográficos, clínicos y epidemiológicos se obtuvieron a partir de la anamnesis mediante el interrogatorio y examen físico. Antes de la recolección de la muestra se proscribió la ingestión de carnes rojas, rábanos, tomates, zanahorias, medicamentos que contenían vitamina C, aspirina y otros antiinflamatorios no esteroideos.

Se procedió a recolectar una muestra de heces fecales la que fue sometida a la detección de la presencia de sangre oculta mediante el método inmunoenzimático (Vega Sánchez. Enzimoimmunoensayo para la determinación de sangre oculta en heces fecales. Tesis de Especialista. 1984). (Samantha M. Sangre oculta en probable patología de colon. Tesis de Especialista. 1988). Para ello se depositó una pequeña fracción de heces fecales en un frasco plástico el cual contiene una solución tampón con un agente humectante (PBS Tween 20). Esta suspensión se homogeniza y centrifuga, se desecha el precipitado y se recoge el sobrenadante, el que se deposita en una tapa plástica que está recubierta con

anticuerpos antihemoglobina humana, purificado por cromatografía de afinidad. La presencia de hemoglobina humana se detecta al agregar un conjugado anticuerpo-enzima (beta-galactosidasa) al cual se le añade un sustrato y aparece una reacción de color amarillo-verdoso que se puede leer por espectrofotómetro o lectura visual.

A los casos positivos se le realizó estudio baritado del colon y colonoscopia. Cuando fue correspondiente se efectuó polipectomía endoscópica. Los pólipos extraídos fueron examinados por el mismo patólogo y la clasificación de ellos se realizó teniendo en cuenta el número, tamaño, localización y tipo histológico.

Los datos obtenidos se procesaron de forma automatizada en una microcomputadora personal. Los análisis estadísticos se realizaron mediante los métodos de chi cuadrado, prueba de Mantel y Haenzel, razón de probabilidad estadística y prueba de Fisher.

RESULTADOS

De los 408 individuos estudiados, 39 fueron positivos para la presencia de sangre oculta en las heces fecales por el método de ELISA. Abandonaron de manera voluntaria la investigación 18, por lo que la muestra estudiada quedó reducida a 21 personas.

Las variables demográficas, clínicas y epidemiológicas más importantes se muestran en la tabla 1.

La mayor parte de nuestros casos se encontraban asintomáticos (71,4 %), sin embargo, 5 presentaron en alguna ocasión sangramiento rectal en forma de rectorragia o acompañando a deposiciones con flemas. En un enfermo que refirió melena se diagnosticó una úlcera duodenal activa con estenosis posbulbar. Las manifestaciones clínicas más frecuentes aparecen en la figura.

TABLA 1. Características clínicas, demográficas y epidemiológicas de la muestra estudiada

Variables	n	%
Total de pacientes	21	100
Masculinos	18	85,7
Femeninos	3	14,2
35-44 años	14	66,6
45-54 años	7	33,3
Consintomas clínicos	6	28,5
Antecedentes personales de enfermedad colorrectal	0	0
Antecedentes familiares de enfermedad colorrectal	2	9,5
Asintomáticos	6	28,5

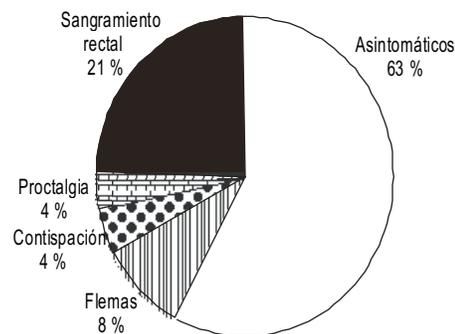


Fig. Manifestaciones clínicas.

En nuestra serie todos los diagnósticos se hicieron por la colonoscopia ya que el estudio radiográfico del colon mediante enema de bario fue informado como normal en todos los casos. Esta ausencia de correlación endoscópico-radiológica resultó ser significativa desde el punto de vista estadístico ($p < 0,0001$).

Un total de 15 pacientes (71,4 %) tenían enfermedades colónicas y 6 resultaron ser falsos positivos. La colonoscopia exploró la totalidad del colon en todos los casos. Las afecciones diagnosticadas fueron más frecuentes entre los individuos de 35-44 años (tabla 2).

TABLA 2. Afecciones colorrectales diagnosticadas

Diagnóstico	35-44 años		45-54 años		Total	
	n	%	n	%	n	%
Pólipos	3	20	2	13,3	5	33,3
Divertículos	2	13,3	1	6,6	3	20
Angiodisplasia	1	6,6	1	6,6	2	13,3
Proctosigmoiditis	1	6,6	0	0	1	6,6
Hemorroides internas	3	20	1	6,6	4	26,6
Total	10	66,6	5	33,3	15	100

El diagnóstico endoscópico más importante fue el de pólipos del colon. En 2 casos con pólipos había historia familiar de enfermedad polipoidea. En ningún caso se encontró más de un pólipo y todos fueron clasificados como adenomas tubulares desde el punto de vista histológico (tabla 3).

TABLA 3. Características de los pólipos

Características	n	%
-Localización		
Sigmoides	3	60
Recto	2	40
-Tamaño		
0,5-1cm	5	100
-Forma		
Sésiles	5	100
-Apariencia endoscópica		
Benigna	5	100
-Histología		
Adenomatubular	5	100

DISCUSIÓN

La detección precoz del cáncer de colon es una condicionante importante para lograr su curación y/o mejorar los índices de supervivencia. Por otro lado, la secuencia *pólipo-cáncer* o *adenoma-carcinoma* ha quedado bien establecida y reconocida en la literatura médica.⁴⁻⁶ De esta forma, haber

diagnosticado y extirpado pólipos adenomatosos de tipo tubular, el 33,3 % de los casos estudiados por nosotros, individuos en su mayoría asintomáticos es sin dudas el resultado más relevante de este estudio. *Vega y otros*⁷ en el Instituto de Gastroenterología emplearon el método inmunoenzimático para la detección de sangre oculta y demostraron la presencia de pólipos en el 12 % de individuos pesquisados.

El estudio radiográfico del colon con la utilización del bario como contraste constituye una técnica aceptada para el diagnóstico de afecciones colorrectales como el cáncer y los pólipos. En nuestra serie no demostró ser útil ya que no se realizó con la técnica de doble contraste, por lo que lesiones pequeñas como las existentes pasaron inadvertidas. *Mahajan y Ransohoff*⁸

consideraron que el enema de bario es a menudo menos efectivo que la colonoscopia cuando influyen dificultades en su preparación. De acuerdo con criterios actuales, la radiología se utiliza como primera opción sólo en pacientes que se presentan con una obstrucción colónica.⁹

Tanto la OMS como la *American Cancer Society* recomiendan realizar el pesquizado del cáncer colorrectal a partir de los 50 años de edad;^{10,11} sin embargo, se encontraron pólipos en personas a partir de los 35 años de edad. Aunque nuestro estudio es limitado para hacer conclusiones al respecto, sí se considera que esta estrategia de prevención del cáncer de colon es factible de ser aplicada en el examen médico periódico de todo el personal de estudio a partir de esa edad.

SUMMARY

A mass screening was conducted among the military personnel over 35 that attended the "Dr. Luis Diaz Soto" Higher Institute of Military Medicine to have a checkup. Fecal occult blood was detected by the immunoenzymatic technique (ELISA). Of a total of 408 individuals, 39 were positive of whom 21 were examined, including the endoscopic study of the colon. The most important findings were: polyps in the sigmoid colon and rectum (33.3 %), diverticulosis (33.3 %) and angiodysplasia (13.3 %). 6 subjects were false positive. Those patients carrying colon polyps underwent endoscopic polypectomy and all of them proved to be tubular adenomas. It was shown the usefulness of this method to detect colon premalignant lesions in asymptomatic persons.

Subject headings: OCCULT BLOOD; COLONIC DISEASES/prevention & control; RECTAL

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steele G. Logros y promesas en el conocimiento y la terapéutica del cáncer colorrectal. *Lancet* 1994;24(3):156-60.
2. Ransohoff DF, Lang CA. Improving the fecal occult-blood test [editorial]. *N Engl J Med* 1996;334(3):189-90.
3. Lieberman D. Impact of combined flexible sigmoidoscopy and fecal occult blood test in colon cancer screening: a cost-effective model [abstract]. *Gastroenterology* 1995;180:A498.
4. Lieberman D. Screening/early detection model for colorectal cancer: why screen? *Cancer* 1994;74:2023-7.
5. Chu DZ, Giacco G, Martín RG. The significance of synchronous carcinoma and polyps in the colon and rectum. *Cancer* 1986;51:445-50.
6. Villalba Ferrer F, Bernal Sprekelsen JC, Fuster Diana CA, Asensi Pérez J, Vázquez Prado A, García Coret MJ, et al. Tumores múltiples de colon. Estudio protocolizado de 450 carcinomas colo-rectales. *Rev Esp Enf Digest* 1997;89(10):759-63.
7. Vega Sánchez H, Jiménez Mesa G, González Carvajal M, Gra Oramas B. Pesquizado de lesiones premalignas y malignas del colon mediante sangre oculta en heces fecales. *Rev Cubana Cir* 1993;32(2):131-7.

8. Mahajan SK, Ransohoff DF. Completeness of colonoscopy vs barium enema in examination of the colon [abstract]. *Gastroenterology* 1994;106:A16.
9. Gilinsky NII, Ulrich CD. Colonic tumors. *Endoscopy* 1996;28:83-106.
10. Winawer SJ, StJohn DJ, Bond JH. Prevention of colorectal cancer: guidelines based on new data. *Bull World Health Organ* 1995;73:7-10.
11. Bond JH. Screening for colorectal cancer. *Gastrointest Dis Today* 1995;4:1-6.

Recibido: 6 de abril de 1998. Aprobado: 1 de octubre de 1998.

Cap. Corb. Silvia Franco Estrada. ISMM "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.