



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Sangrado digestivo bajo en pacientes menores de 50 años
y la necesidad de colonoscopia completa**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gastroenterología

AUTOR

Carlos Martin Hidalgo Tunque

LIMA – PERÚ
2014



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO



INDICE

RESUMEN.....3

ABSTRACT.....4

1. INTRODUCCION.....5

2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO.....5

3. MATERIAL Y METODOS.....7

4. RESULTADOS.....9

5. DISCUSION DE RESULTADOS HALLADOS..... 11

6. CONCLUSIONES..... 13

7. RECOMENDACIONES..... 13

8. BIBLIOGRAFIA.....14

9. GLOSARIO.....16

SANGRADO DIGESTIVO BAJO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS Y LA NECESIDAD DE COLONOSCOPIA COMPLETA

RESUMEN

Objetivos: evaluar la proporción de lesiones que estuvieron al alcance del proctosigmoidoscopio flexible (60 cm) en pacientes sometidos a colonoscopia completa por sangrado digestivo bajo

Métodos: Se realizó una búsqueda de todos los pacientes menores de 50 años sometidos a colonoscopia completa por sangrado digestivo bajo sin signos de alarma, información recogida de los informes colonoscópicos del servicio de Gastroenterología de un Hospital Peruano desde enero 2009 a Diciembre 2011. Criterios Inclusión: hombres y mujeres menores de 50 años Indicación: Hemorragia digestiva baja, sangrado digestivo bajo, rectorragia, Sangre visible o hematoquezia, Colonoscopia que alcance ciego. Criterios Exclusión: Colonoscopia incompleta, otra indicación que no sea rectorragia, hematoquezia, sangre visible, sangrado digestivo bajo, Hemorragia digestiva baja; Antecedente de Neoplasia, antecedente familiar, anemia, baja de peso

Resultados 98% de las lesiones estuvieron al alcance del proctosigmoidoscopio flexible, 2% estuvo distal al alcance del mismo y fueron úlceras en ciego, 100% de lesiones malignas estuvieron en recto que representa 3% de lesiones en este estudio

Conclusiones la gran mayoría de lesiones causantes de sangrado digestivo bajo en menores de 50 años se encuentran al alcance del proctosigmoidoscopio, también el 100% de lesiones malignas

Palabras clave: hemorragia digestiva baja, rectorragia, hematoquezia, proctosigmoidoscopia, colonoscopia completa

“LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS YOUNGER THAN 50 YEARS AND THE NEED OF A TOTAL COLONOSCOPY”

ABSTRACT

Aims: to evaluate the proportion of lesions beyond the reach of the flexible sigmoidoscope in patients younger than 50 years and without alarm features with lower gastrointestinal bleeding and a full colonoscopy.

Methods: A search of all total colonoscopies performed in a Peruvian Hospital between January 2009 and December 2011, in patients younger than 50 years, with a history of LGIB and no alarm features was done.

Inclusion Criteria : patients younger than 50 years , Indication LGIB , rectal bleeding , hematochezia , Colonoscopies must reach cecum

Exclusion Criteria : incomplete colonoscopies , another indications than LGIB , rectal bleeding , hematochezia . Anemia , Antecedente de Neoplasia, antecedente familiar, anemia, baja de peso

Results 98% of all the endoscopic findings was within the reach of sigmoidoscope, 2% was distal of reach and was cecum ulcers, 100% of malignant neoplastic was in the rectum and was 3% of all endoscopic findings

Conclusiones most of the endoscopic findings in patients younger than 50 years with lower gastrointestinal was within the reach of sigmoidoscope ,100 % of malignant neoplastic was too within the reach of sigmoidoscope

Key words : Lower digestive hemorrhage, rectal bleeding, hematochezia, proctosigmoidoscopy , complete colonoscopy

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

El sangrado digestivo bajo es una de las maneras de presentación de cáncer colorrectal. Actualmente no hay guía que señale con nivel de evidencia que en caso de sangrado digestivo bajo sin otros síntomas y signos de alarma en menores de 50 que tipo de estudio debería realizarse

La realización de colonoscopia completa para pacientes con sangrado digestivo bajo en mayores de 50 años tiene un fuerte nivel de evidencia sin embargo no hay consenso para la realización de Colonoscopia completa en sangrado digestivo bajo en menores de 50 años

El problema es sopesar el costo beneficio de realizar una colonoscopia completa en jóvenes cuando hay mínima prevalencia de lesiones en colon derecho y cuando no hay signos de alarma (baja de peso, antecedente familiar de cáncer, anemia, masa palpable entre otros.).

2. PLANEAMIENTO DE ESTUDIO

2.1 Planteamiento del problema: Formulación

El sangrado digestivo bajo es una de las maneras de presentación de cáncer colorrectal. Actualmente no hay guía que señale con nivel de evidencia que en caso de sangrado digestivo bajo sin otros síntomas y signos de alarma en menores de 50 que tipo de estudio debería realizarse

La realización de colonoscopia completa para pacientes con sangrado digestivo bajo en mayores de 50 años tiene un fuerte nivel de evidencia sin embargo no hay consenso para la realización de Colonoscopia completa en sangrado digestivo bajo en menores de 50 años como lo sugieren los distintos estudios realizados hasta el momento: la mayoría señalan que no serian necesaria (4, 5, 6) sin embargo hay otros que indican que se debería realizar incluso en menores de 40 (7)

El problema es sopesar el costo beneficio de realizar una colonoscopia completa en jóvenes cuando hay mínima prevalencia de lesiones en colon derecho y cuando no hay signos de alarma (baja de peso, antecedente familiar de cáncer, anemia, masa palpable entre otros.).

2.2 Antecedentes del problema

La Mayoría de estudios que evalúan sangrado rectal en pacientes jóvenes han sido hechos en países occidentales donde la prevalencia de cáncer colorrectal es muy baja en menores de 50 años [9]. La situación en países del Asia es más compleja, allí se diagnostica Cáncer colorrectal a edades mucho más tempranas [10].

2.3 Marco teórico

Para investigar sangrado digestivo bajo contamos con proctoscopia (ingresa el endoscopio 25 cm aproximadamente y evalúa canal anal y recto), proctosigmoidoscopia flexible (aproximadamente 60cm evalúa hasta ángulo esplénico) y colonoscopia completa o derecha (aproximadamente 120 cm evalúa al colon en su totalidad)

En una mano tenemos la colonoscopia completa que permite una visión completa del colon pero causa mayor incomodidad y dolor, es más costosa ,muchas veces requiere sedación y analgesia con opiáceos, la preparación demora varios días e incluye dieta y tiene mayor riesgo de complicaciones. De otro lado tenemos la proctoscopia y la proctosigmoidoscopia flexible que como preparación requieren solo uno o dos enemas, menor incomodidad, requiere menor o ninguna sedación y analgesia y por lo tanto menor riesgo de complicaciones, pero a su vez no permite evaluar todo el colon con todo lo que esto implica [8]

El problema es sopesar el costo beneficio de realizar una colonoscopia completa en jóvenes cuando hay mínima prevalencia de lesiones en colon derecho y cuando no hay signos de alarma (baja de peso, antecedente familiar de cáncer, anemia, masa palpable entre otros.).

2.4 Hipótesis

No sería necesaria la realización de Colonoscopia Completa en pacientes menores de 50 años que presenten rectorragia

2.5 Objetivos

2.5.1 General

-Determinar si es necesaria o no la realización de Colonoscopia Completa en pacientes menores de 50 años que acuden por rectorragia

2.5.2 Específicos

-Determinar la frecuencia y localización de lesiones endoscópicas colónicas en pacientes que acuden por sangrado digestivo a un hospital de Callao en Perú
-Determinar cuantas de ellas están al alcance del proctosigmoidoscopio flexible

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Tipo de estudio

Es un estudio retrospectivo , descriptivo , transversal .

3.2 Diseño de investigación

Se realizo una búsqueda de todos los pacientes sometidos a colonoscopia completa(ambulatorios , hospitalizados y emergencias) por sangrado digestivo bajo definido el mismo como sangre visible , rectorragia , hematoquezia o hemorragia digestiva baja que no tengan otros signos de alarma y que sean menores de 50 años en el periodo 2009-2011 , información recogida de los informes colonoscópicos que se encuentran en el archivo del servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión desde enero de 2009 a diciembre de 2011

3.3 Universo y población a estudiar

Universo : Poblacion del Callao

Poblacion a Estudiar pacientes que acudan al HNDAC con diagnostico de rectorragia

3.4 Muestra de estudio ó tamaño muestral

Pacientes sometidos a Colonoscopia Completa en el periodo de enero 2009 a diciembre de 2011 menores de 50 años . En total 93 pacientes es un muestreo por conveniencia. Según formula para tener una potencia de 80 % y un error alfa menor de 5 % se necesita un aprox de 74 pacientes

3.5 Criterio de inclusión

- Pacientes menores de 50 años;
- Indicación: Hemorragia igestiva baja, rectorragia, Sangre visible o hematoquezia;
- Colonoscopia que alcance hasta ciego.

3.6 Criterios de exclusión

- Colonoscopia incompleta por cualquier causa ;
- Otra indicación que no sean las mencionadas o que no se consigne en el informe la indicacion
- Antecedente de Neoplasia maligna gastrointestinal , antecedente familiar de neoplasia maligna , enfermedad inflamatoria intestinal , anemia , baja de peso.

3.7 Descripción de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	UNIDAD	ESCALA
EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS	ORDINAL
SEXO	CARACTERES SEXUALES	MASCULINO/FEMENINO	NOMINAL
VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	UNIDAD	ESCALA
DIAGNOSTICO	CARACTERES COLONOSCOPICOS	DIAGNOSTICO COLONOSCOPICO	NOMINAL

3.8 Tareas específicas para el logro de resultados, recolección de datos u otros

Se realizo una búsqueda de los datos mencionados en los informe colonoscópicos del servicio de gastroenterología del HNDAC . Se tabulo los datos en programa Excel

3.9 Procesamiento de datos

Se tabulo los datos en Excel , se proceso en SPSS

4. RESULTADOS:

Se reviso 1646 estudios endoscópicos bajos de los cuales 1237 correspondían a colonoscopias completas y a su vez 95 cumplieron criterios de inclusión

Del total de pacientes 42 (44%) sujetos fueron mujeres ,53 (46%) fueron varones.
Haciendo estratificación por edad : 20 sujetos fueron menores de 20 años, 38 sujetos de 21 a 40 años y 37 sujetos de 41 a 49 años

En cuanto a malignidad : 3 lesiones neoplásicas (3.1 % del total) fueron encontradas, todas ellas en mujeres (100%) de 39, 42 y 43 años respectivamente y todas ellas (100%) al alcance del proctosigmoidoscopio flexible

De las lesiones encontradas 93(97.9%) correspondieron a lesiones ubicadas dentro de los primeros 50 cm por lo tanto al alcance del proctosigmoidoscopio flexible.

En cuanto a lesiones que no hubieran sido detectadas sino se hubiera realizado colonoscopia completa: 2 lesiones (2.1%) no estuvieron al alcance proctosigmoidoscopio flexible y todas ellas fueron benignas: ambos varones con ulceras en ciego, 1 tenia concomitantemente hemorroides internas y externas

La indicación más frecuentemente encontrada es rectorragia 54(57%) seguida de sangre visible 33(35%) , hematoquezia 6 (7%) hemorragia digestiva baja en 2 (1%)

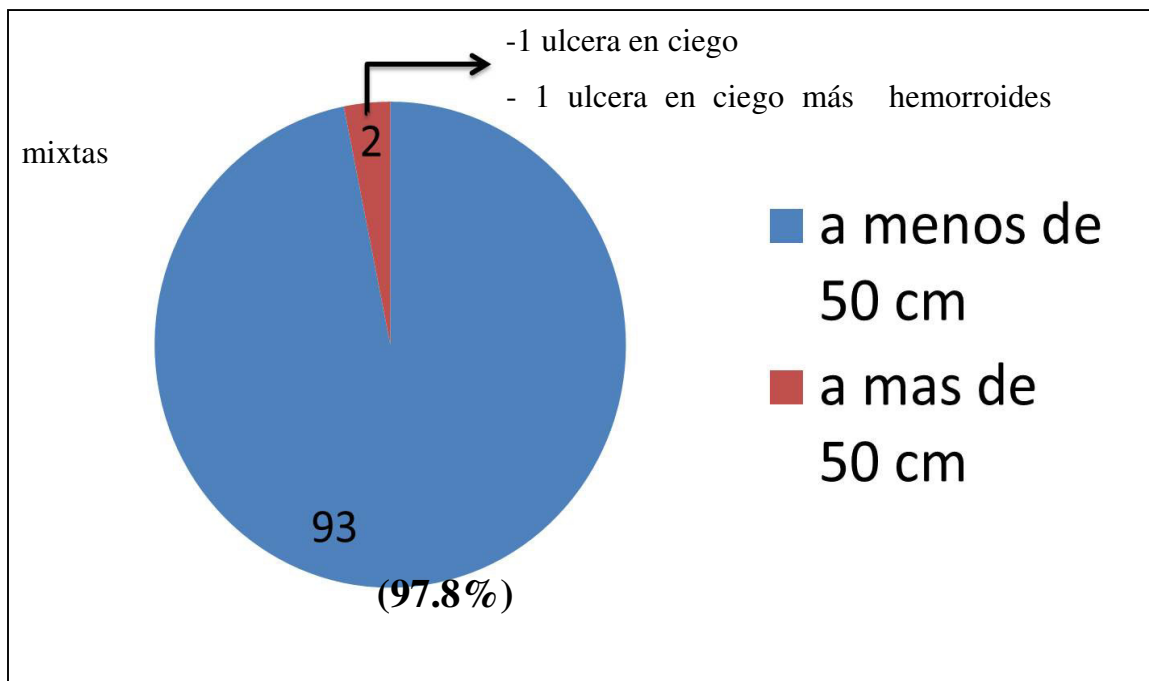
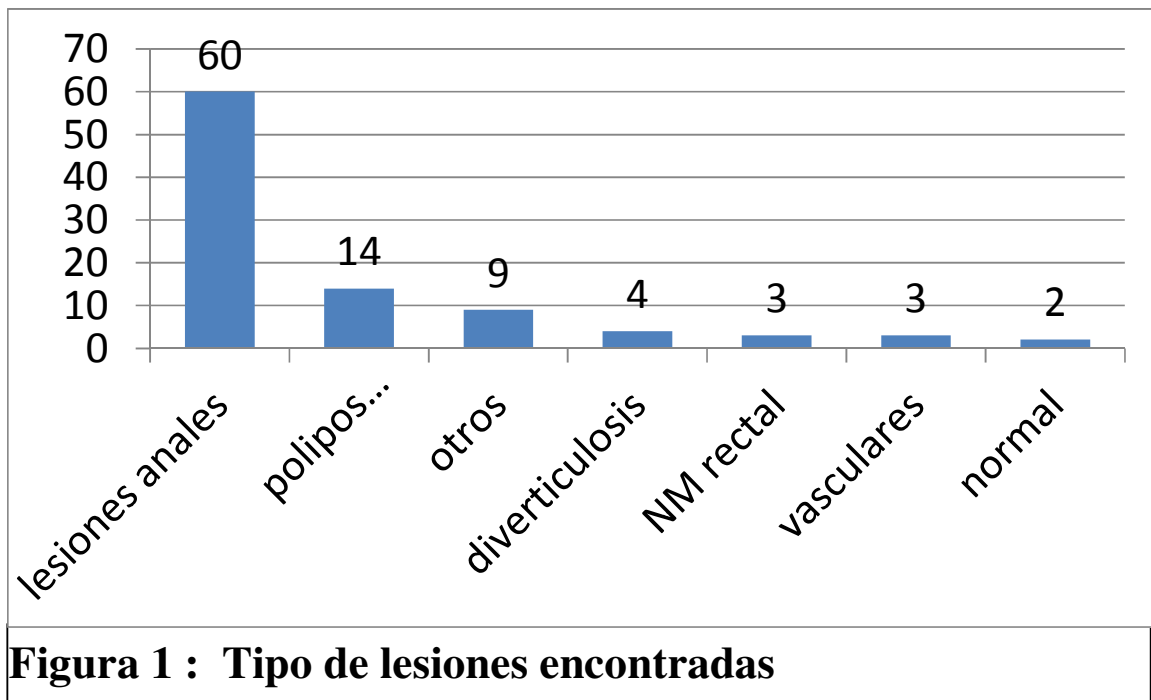


Figura 2: nivel de las lesiones encontradas en relación al margen anal

5. DISCUSION DE RESULTADOS HALLADOS

Distintas guías recomiendan la realización de colonoscopia completa en mayores de 50 años que presenten sangrado digestivo bajo definido como hematoquezia o rectorragia ya que esta puede ser la manifestación inicial de neoplasias colónicas. No hay acuerdo entre la realización de colonoscopia completa o simplemente proctosigmoidoscopia flexible entre pacientes menores de 50 años con hemorragia digestiva baja sin otros síntomas de alarma

La mayoría de estudios realizados señala que sería suficiente con la realización de una proctosigmoidoscopia flexible, ya que el 100% de lesiones malignas (0.6%- 3 % de prevalencia) en menores de 40 años con hematoquezia (uno de los tipos de hemorragia digestiva baja) esta al alcance del proctosigmoidoscopio.

En menores de 50 años solo el 0.3% de lesiones malignas se encuentran proximales al alcance del colonoscopio, resultado que es bastante similar 0% al encontrado en nuestro estudio.

No se logran encontrar diferencias significativas por el tamaño muestral reducido cuando se divide las distintas indicaciones del estudio (rectorragia , hematoquezia , hemorragia digestiva baja o sangre visible) y se hace un estudio en distintos estratos , esto también estaría vinculado a que la clasificación del sangrado rectal , la cual depende en gran medida de la observación del paciente , que parece no adicionar valor diagnostico como lo expresan estudios previos , en los cuales se verifica que el color de la sangre fecal o si esta mezclada o no , no es un predictor de localización o severidad (11,12,17).

Nuestros resultados también son consistentes con los estudios de Mulcahy *et al.* (16), que evaluó retrospectivamente 1766 pacientes menores de 40 años y no encontró canceres proximales (no alcanzables con el proctosigmoidoscopio) y solo halló 3 % de pólipos benignos en 3% .Wong *et al.* (7), en su estudio retrospectivo en un centro terciario también encontró 1.8% de cáncer en pacientes debajo de 50 todos distales. Lewis *et al.* (14), en su estudio también retrospectivo, examinó 570 pacientes todos menores de 50 años con sangrado rectal y encontró un solo cáncer, es importante mencionar que todos los estudios fueron hechos en centros terciarios de referencia

con el sesgo de selección que esto acarrea (selección de mayor número de patológicos)

Otro estudio amplio retrospectivo evaluó sangrado rectal en menores de 40 (13) que incluyó casi 5000 pacientes. Ellos concluyeron que una colonoscopia completa debería ser seriamente considerada en esta población pero no mencionan la localización y tipo de las lesiones en el colon, así que la evidencia para la recomendación de colonoscopia completa no es clara, además indican que el cáncer encontrado es 0.03%.

Un estudio de autopsia encontró una prevalencia de 0.03% de cáncer de colon y adenomas en pacientes entre 30-39 años (27). Jemal *et al.* (28) reportó que en menores de 40 el riesgo de cáncer colorrectal es 0.06% (1/1,630). Muchos de estos pacientes con historia de síndrome de cáncer familiar

Por otra parte el riesgo de complicaciones serias en una colonoscopia es de 0.3% (29).

En su análisis de costo efectividad, Lewis *et al.* (30) encontraron que colonoscopia completa en pacientes de 25 años con sangrado rectal cuesta más de 270000 dólares por Año de Vida Ganado comparado con proctosigmoidoscopia y concluye que debido a las limitaciones de los sistemas de salud es justificable realizar colonoscopia completa solamente en pacientes mayores de 40 años

La tasa de Neoplasias Malignas encontradas en nuestro estudio es de 3(3%) todas ellas en mujeres dato que no coincide con la epidemiología previa, posiblemente relacionado al tamaño muestral bajo, con el sesgo de selección por ser un hospital terciario y por ser un país con altas tasas de cáncer colorrectal (prevalencia en estudios previos menor de 1%)

Una limitación de nuestro estudio es que es un estudio retrospectivo en el cual en los datos de indicación de colonoscopia solo se consigna el signo o síntoma principal en este caso sangrado digestivo bajo, no se consigna valor de hemoglobina, y que los datos fueron llenados por distintos operadores a lo largo de los años.

El estudio también presenta el inconveniente que somos un hospital terciario en los cuales se presenta un sesgo de selección por ser pacientes que acuden a un centro de referencia

6. CONCLUSIONES:

En conclusión, nuestro estudio sugiere que en menores de 50 años con sangrado digestivo bajo, lesiones neoplásicas son raras (3%) y usualmente en recto (100% de neoplasias) al alcance del proctosigmoidoscopia flexible coincidiendo con los resultados de estudios previos.

La Proctosigmoidoscopia flexible parece ser suficiente en la evaluación de estos pacientes teniendo en cuenta el costo y beneficio de su realización

7. RECOMENDACIONES

Estudios prospectivos deberían realizarse para tener un mayor nivel y grado de recomendación

Cada caso debería evaluarse y tener indicación de Proctosigmoidoscopia o Colonoscopia a discreción del medico tratante

8. BIBLIOGRAFIA

1. Talley NJ, Jones M. Self-reported rectal bleeding in a United States community: Prevalence, risk factors and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2179–83.
2. Dent OF, Goulston KJ , Zubrzycki J , Chapuis PH . Bowel Symptoms in an apparently well population . *Dis Colon Rectum* 1986 ; 29 : 243-247
3. Spinzi, et al Lack of Colonic Neoplastic Lesions in Patients Under 50 Yr of Age With Hematochezia: A Multicenter Prospective Study. *Am J Gastroenterol* 2007;102:2011–2015
4. Lewis JD, Shih CE, Blecker D. Endoscopy for hematochezia in patients under 50 years of age. *Dig Dis Sci* 2001;46:2660–5
5. Nikpour S, Ali Asgari A.Colonoscopic evaluation of minimal rectal bleeding in average-risk patients for colorectal cancer. *World J Gastroenterol* 2008 November;14(42):6536-6540.
6. Helfand M, Marton KI, Zimmer-Gembeck MJ, et al. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10-year follow-up. *JAMA* 1997;277:44–8
7. The Role of Endoscopy in the Patient with Lower Gastrointestinal Bleeding-ASGE guideline *Gastrointest Endosc* 2005;62:656-660
8. Wong RF, Khosia R, Moore JH, et al. Consider colonoscopy for young patients with hematochezia. *J Fam Pract* 2004;53:879–84.
9. Deo SVS, Shukla NK, Srinivas G. Colorectal cancers--experience at a regional cancer centre in India. *Trop Gastroenterol.* 2001;22 (2):83-6.
10. Shaikh AJ, Raza S , Demographics, pathologic patterns and long-term survival in operable colon cancers: local experience in Pakistan . *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009 Jul-Sep;10(3):361-4.
11. Croslan A , Jones R. Rectal Bleeding : Prevalence and consultation behavior .*BMJ* 1995 ;311 : 486-488
12. Shinya H , Cooperman A, Wolff WI . A rationale for the endoscopic management of colonic polyps. *Sourg Clin North Am* 1982;62:861-867
13. Acosta JA, Fournier TK, Knutson TO, et al. Colonoscopic evaluation of rectal bleeding in young adults. *Am Surg* 1994;60:903–6.
14. Lewis JD, Shih CE, Blecker D. Endoscopy for hematochezia in patients under 50 years of age. *Dig Dis Sci* 2001;46:2660–5.
15. Mathew J, Shankar P, Aldean IM. Audit on flexible sigmoidoscopy for rectal bleeding in a district general hospital:Are we over-loading the resources? *Post Med J* 2004;80:38–40.

16. Mulcahy HE, Patel RS, Postic G, et al. Yield of colonoscopy in patients with non-acute rectal bleeding: A multicenter database study of 1766 patients. *Am J Gastroenterol* 2002;97:328–33.
17. Fine KD, Nelson AC, Ellington TR, et al. Comparison of the color of fecal occult blood with the anatomical location of gastrointestinal bleeding lesions: Potential misdiagnosis using only flexible sigmoidoscopy for bright red blood per rectum. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3202–10.
18. Fuchs CS, Giovannucci EL, Colditz GA, et al. A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. *N Engl J Med* 1994;331:1669–74.
19. Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H, et al. Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. National Polyp Study Work-group. *N Engl J Med* 1996;334:82–7.
20. Winawer SJ, Zauber AG. The advanced adenoma as the primary target of screening. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2002;12:1–9.
21. Gonvers JJ, De Bosset V, Froelich F et al. Appropriateness of colonoscopy: Hematochezia. *Endoscopy* 1999;31:531–6.
22. Department of Health. Referral guidelines for suspected cancer. London:DoH, 2000. Available at: <http://www.dh.gov.uk>. Accessed April 14, 2000.
23. Lieberman D. Rectal bleeding and diminutive colon polyps. *Gastroenterology* 2004;126:1167–74.
24. Segal WN, Greenberg PD, Rockey DC, et al. The outpatient evaluation of hematochezia. *Am J Gastroenterol* 1998;93:179–82.
25. Guillem JG, Forde KA, Treat MR, et al. The impact of colonoscopy on the early detection of colonic neoplasms in patients with rectal bleeding. *Ann Surg* 1987;206:606–11.
26. Zuckerman GR, Trellis DR, Sherman TM, et al. An objective measure of stool color for differentiating upper from lower gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1995;40:1614–21.
27. Koretz RL. Malignant polyps: Are they sheep in wolves' clothing? *Ann Intern Med* 1993;118:63–8.
28. Jemal A, Murray T, Samuels A, et al. Cancer statistics 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53:5–26.
29. Nelson DB, McQuaid KR, Bond H, et al. Procedural success and complications of large-scale screening colonoscopy. *Gastrointest Endosc* 2002;55:307–14.
30. Lewis JD, Brown A, Localio AR, et al. Initial evaluation of rectal bleeding in young persons: A cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med* 2002;136:99–110.

9. GLOSARIO

Colonoscopia completa: Estudio endoscópico que visualiza la mucosa del colon desde el recto al ciego

Proctosigmoidoscopia flexible :Estudio endoscópico que visualiza la mucosa de recto y sigmoides

Rectorragia: Salida de sangre roja rutilante por el recto

Hematoquezia: Salida de sangre rojo oscura o a manera de coagulos mezclada con las deposiciones