

Detección Temprana de Adenomas en Sujetos Asintomáticos: ¿Sigmoidoscopia Flexible o Colonoscopia?

Dr. Alberto Farca Belsaguy *§, Dr. Felipe Presenda Miller †§, Dr. Guillermo de la Mora Levy ‡

* Jefe de Servicio, Servicio de Gastroenterología y Unidad de Endoscopia Terapéutica, Hospital Gral. "Dr. Manuel Gea González", SS. † Médico Consultante, Servicio de Gastroenterología y Unidad de Endoscopia Terapéutica, Hospital Gral. "Dr. Manuel Gea González", SS. ‡ Médico Adscrito, Servicio de Gastroenterología y Unidad de Endoscopia Terapéutica, Hospital Gral. "Dr. Manuel Gea González", SS. § Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital ABC, México, D.F. Calzada de Tlalpan 4800, México D.F. CP14000.

Correspondencia: Dr. Alberto Farca. Calzada de Tlalpan 4800, México 14000, D.F.

Recibido para publicación: 30-IV-95. Aceptado para publicación: 04-IX-95.

RESUMEN Objetivo: Determinar la frecuencia de adenomas, así como la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la SF en la detección temprana de pólipos, en dos grupos de pacientes asintomáticos, tomando como estándar de oro a la colonoscopia (CP). **Antecedentes:** La sigmoidoscopia flexible (SF) es el procedimiento recomendado para la detección temprana de pólipos y cáncer colo-rectal (CCR). Sin embargo, su utilidad ha sido cuestionada, especialmente en pacientes con historia familiar de CCR. **Métodos:** El estudio incluyó a 92 individuos asintomáticos de ambos sexos en dos grupos: grupo A: cincuenta y ocho con historia de pólipos o cáncer de colon en familiares de 1er o 2do grado⁵⁸, y grupo B: treinta y cuatro individuos sin historia familiar y mayores de 50 años³⁴. Se simuló una SF con el videocolonoscopia hasta 60 cm y se concluyó el estudio hasta ciego. Se anotaron el número, tipo y localización de los pólipos detectados por SF y CP. Los valores antes mencionados se calcularon de acuerdo a fórmulas establecidas. Para comparaciones se utilizó la prueba de Chi cuadrada. **Resultados:** Se detectaron adenomas en veinte individuos del grupo A (34.4%) y 7 en el B (20.5%), p=NS. La sensibilidad de la SF fue de 42% en el grupo A vs 71% en el B, con un valor predictivo negativo de 44.3 y 93%, respectivamente. **Conclusión:** De acuerdo a nuestros resultados, se sugiere la realización de una colonoscopia total en aquellos pacientes con historia familiar. La utilidad de la SF en los individuos asintomáticos sin historia familiar parece adecuada.

Palabras clave: Adenomas, cáncer colo-rectal, colonoscopia, pólipos, sigmoidoscopia flexible.

SUMMARY Objective: The aim of this study was to determine the frequency of adenomas as well as sensitivity, specificity, positive and negative predictive values of FS for polyp screening in two groups of asymptomatic individuals using colonoscopy (CP) as the gold standard. **Background:** Flexible sigmoidoscopy (FS) is the screening procedure of choice for polyps and colorectal carcinoma (CRC) in asymptomatic individuals. However, the validity of this approach has been questioned, specially in subjects with a family history of CRC. **Methods:** A total of 92 asymptomatic individuals were included in two groups: group A: with a family history (1st or 2nd degree relatives) of polyps or CRC (fifty-eight), and group B: without a family history and > 50 years (thirty-four). FS was simulated with the videocolonoscopy until 60 cm, and was continued into the cecum. The number, type and localization of polyps were noted for each, FS and CP. The values mentioned previously were calculated according to established formulas. Comparisons were performed using Chi square test. **Results:** Adenomas were found in twenty individuals in group A (34.4%) and 7 in group B (20.5%), p=NS. Sensitivity for FS in group A was 42% vs 71% in group B, with a negative predictive value of 44.5 and 93%, respectively. **Conclusion:** Colonoscopy is probably the screening procedure of choice in individuals with a family history of polyps or CRC. The utility of FS for screening purposes in asymptomatic individuals without a family history seems adequate, although more studies are required in different populations in our country.

Key words: Adenoma, colonoscopy, colo-rectal carcinoma, flexible sigmoidoscopy, polyps.

INTRODUCCION

Los adenomas detectados durante una endoscopia constituyen un hallazgo de interés, ya que se consi-

deran lesiones precursoras del cáncer colo-rectal (CCR)¹⁻³. En sujetos asintomáticos y en edad de riesgo, la sigmoidoscopia flexible (SF) es el procedimiento más utilizado en los programas de detección

Adenomas en sujetos asintomáticos: ¿sigmoidoscopia flexible o colonoscopia?

temprana de CCR; si el estudio demuestra algún pólipo, la colonoscopia es el estudio a seguir, ya que su presencia se asocia con una frecuencia elevada de lesiones similares en las porciones proximales^{4,5}, incluso si se trata de pólipos hiperplásicos^{4,6,9}. En nuestro medio hospitalario (Hospital ABC), hemos detectado como hallazgo incidental un porcentaje importante de adenomas en pacientes que fueron sometidos a colonoscopia por síntomas sugestivos de trastornos funcionales colónicos¹⁰, por lo que decidimos realizar un estudio prospectivo, teniendo como objetivo determinar la frecuencia de adenomas, y valorar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de la SF en sujetos asintomáticos de nuestra población hospitalaria, no existiendo informes en nuestro país de algún estudio similar.

PACIENTES Y METODOS

De abril de 1992 a mayo de 1994, se estudió prospectivamente a 92 sujetos asintomáticos de ambos sexos, en su mayoría de estrato socioeconómico alto y descendientes de europeos, divididos en dos grupos: grupo A: cincuenta y ocho asintomáticos (31 hombres y 27 mujeres con una edad promedio de 54.2 y 41.3 años, respectivamente) con historia de pólipos o cáncer de colon en familiares de primer o segundo grado y grupo B: treinta y cuatro sujetos (29 hombres y 5 mujeres con edades promedio de 58.7 y 54.8 años) sin historia familiar y en edad de riesgo (mayores de 50 años).

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes con historia personal de pólipos o cáncer de colon, síndromes de poliposis familiar o sospecha clínica de alguna patología colónica.

La preparación para el estudio incluyó una dieta líquida 24 horas antes y un lavado anterógrado con dos litros (8 vasos) de una solución electrolítica elaborada por nosotros (Laranglycol), con las mismas características fisiológicas que las comerciales.

Previa canalización de una vena periférica, todos los pacientes fueron premedicados con meperidina y midazolam en dosis de acuerdo a la edad y el peso, administrándose dosis adicionales si había inconfor-

midad con el estudio; al finalizar el estudio se aplicó naloxona (0.2 mg IV y 0.2 mg IM). Durante el procedimiento endoscópico, se tomó un registro continuo de la saturación arterial de oxígeno y la frecuencia cardíaca mediante un oxímetro digital Simed S-50.

Para simular una SF, se utilizó un videocolonoscopia Pentax, realizándose una cuidadosa revisión de los primeros 60 cm del colon (simulando la longitud máxima de un rectosigmoidoscopia flexible) y se continuó con el estudio hasta el ciego, utilizando el resto de la longitud del videocolonoscopia. Ante la existencia de pólipos, éstos se extirparon, determinándose su localización, tamaño, número y estirpe histológica. El tiempo empleado en todo el procedimiento endoscópico se cronometró y se expresó como promedio y desviación estándar (DE).

Con los resultados se construyeron tablas de dos por dos y se calcularon la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo de la SF, tomando a la colonoscopia como estándar de oro. La comparación entre los grupos estudiados se realizó mediante la prueba de chi cuadrada.

RESULTADOS

Se logró alcanzar el ciego en el 100% de los casos. Todos los pacientes toleraron adecuadamente el estudio con una dosis promedio meperidina/midazolam de 75/3 mg y un 42% requirió una dosis adicional de 25/1 mg, respectivamente. El tiempo promedio del estudio fue de 13:30 minutos, con una DE de 5:40, incluyendo la extracción de los pólipos. No tuvimos complicaciones atribuibles al procedimiento.

Se detectaron un total de 42 adenomas, con un tamaño promedio de 6.4 mm en 27 pacientes (29.3%), veinte (34.4%) en el grupo A (16 hombres y 4 mujeres) y 7 (20.5%) en el grupo B (6 hombres y una mujer), $p = NS$ (Cuadro 1).

En el grupo A, la revisión de los primeros 60 cm (SF) demostró adenomas en 14 (70% del total de 20), y en 6 en los que la SF había sido normal, la colonoscopia detectó adenomas en las porciones proximales, dando una sensibilidad para la SF de

CUADRO 1
CARACTERISTICAS DE LOS GRUPOS

Grupo A	Hombres	Mujeres	Total	Grupo B	Hombres	Mujeres	Total
Pólipos	16	4	20		6	1	7
Normal	15	23	38		23	4	27
Total	31	27	58		29	5	34

42%, especificidad de 100% y valor predictivo positivo de 100%, con negativo de 44.3%. En los restantes 38 individuos de este grupo, ambos estudios fueron negativos. En el grupo B se detectaron 7 sujetos con adenomas, de los cuales 5 (71% del total de 7) fueron detectados en la SF; en 2 en los que la SF resultó negativa, la colonoscopia demostró adenomas en las porciones proximales, dando una sensibilidad para la SF en este grupo de 71%, especificidad de 100% y valor predictivo positivo y negativo de 100 y 93%, respectivamente (Cuadros 2 y 3).

En tres sujetos se encontraron pólipos hiperplásicos en la porción distal (durante la SF), 1 en el grupo A y 2 en el B y en ningún caso se encontraron adenomas proximales en la colonoscopia.

CUADRO 2

COMPARACION DE LA SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE (SF)
Y LA COLONOSCOPIA EN EL GRUPO A

	Grupo A		Sensibilidad = 42 Especificidad = 100% Valor predictivo + = 100% Valor predictivo - = 44.3%
	SF	Colonoscopia	
Positiva	14	6	
Negativa	0	38	

SF = sigmoidoscopia flexible.

CUADRO 3

COMPARACION DE LA SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE (SF)
Y LA COLONOSCOPIA EN EL GRUPO B

	Grupo B		Sensibilidad = 71% Especificidad = 100% Valor predictivo + = 100% Valor predictivo - = 93%
	SF	Colonoscopia	
Positiva	5	2	
Negativa	0	34	

SF = sigmoidoscopia flexible.

DISCUSION

Considerando que más del 95% de los cánceres colo-rectales se originan a partir de adenomas^{1,11}, la identificación de estas lesiones tiene importancia práctica, ya que su detección oportuna puede reducir la frecuencia del cáncer colo-rectal^{5,12,13}. Desafortunadamente, sólo un 40% de todos los cánceres colo-rectales son detectados en estadios localizados y asintomáticos¹⁴.

En vista de que los adenomas se consideran lesiones que potencialmente pueden presentar hemorragia, el uso de una prueba para sangre oculta, se

antoja como una medida inicial en la búsqueda de estas lesiones; sin embargo, se ha demostrado que esta prueba tiene sensibilidades muy bajas, ya que el 30-50% de los cánceres asintomáticos, y el 70-80% de los adenomas dan la prueba negativa¹⁵⁻¹⁷. Por este motivo, se ha sugerido la realización de una sigmoidoscopia flexible a partir de los 50 años y después cada 3 a 5 años en sujetos asintomáticos como una prueba de detección temprana más confiable¹⁸.

En nuestro estudio, la sensibilidad y el valor predictivo negativo de la SF en el grupo A, resultaron menores al 50%, confirmando, al igual que otros autores^{19,22}, la poca utilidad de la SF en sujetos asintomáticos con historia familiar de pólipos o cáncer colo-rectal. Este valor predictivo negativo resulta relevante, ya que más de la mitad de los sujetos en quienes la SF resulta negativa pueden tener adenomas en las porciones proximales. En individuos asintomáticos sin historia familiar y en edad de riesgo (> 50 años), la sensibilidad de la SF alcanzó el 71%. En este punto, otros autores^{14,17,23,24} han reportado una sensibilidad para la SF que ha descendido hasta un 44%.

No obstante, en base a los resultados de nuestro estudio, no podemos concluir que la utilidad de la SF en asintomáticos sin historia familiar y en edad de riesgo sea aplicable a la población general de nuestro país tomando en cuenta que:

- Desconocemos la frecuencia de adenomas en pacientes asintomáticos sin historia familiar y en edad de riesgo en otros sectores de nuestra población.
- Nuestro grupo estudiado, quizá represente a una población donde sus hábitos higiénico-dietéticos se asemejan a los de los países desarrollados y donde la frecuencia del cáncer colo-rectal es mayor^{25,26}.

En cuanto a los pólipos hiperplásicos, aunque sólo se encontraron en tres de nuestros pacientes, su presencia no se relacionó con adenomas en la porción proximal del colon, como se ha descrito por otros autores^{23,27,28}.

En conclusión, nuestros resultados sugieren que en pacientes con alto riesgo (historia familiar) debe realizarse desde el inicio una colonoscopia. En el grupo de pacientes asintomáticos sin historia familiar y en edad de riesgo, al parecer la realización de una SF es suficiente, sin embargo, debe considerarse el costo-beneficio de una colonoscopia como estudio inicial.

Por último, considerando que en nuestro país el cáncer colo-rectal es la segunda neoplasia más frecuente del tubo digestivo, después del cáncer gástrico²⁹, con una sobrevivida global de 32% a 5 años,

Adenomas en sujetos asintomáticos: ¿sigmoidoscopia flexible o colonoscopia?

resulta de suma importancia establecer programas de detección oportuna y valorar la prevalencia de adenomas y la sensibilidad de la SF en los asintomáticos de otros sectores de nuestra población.

REFERENCIAS

- Hill MJ, Morrison BC, Bussey HJR. An etiology of adenoma-carcinoma sequence in the large bowel. *Lancet* 1978; 1:245-247.
- Stryker S, Wolff B, Culp C, et al. Natural history of untreated colonic polyps. *Gastroenterology* 1987; 93:1009-1014.
- O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG. The national polyp study: patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. *Gastroenterology* 1990; 98: 371-379.
- Ryan ME, Northfleet RG, Kirchner JP, et al. The significance of diminutive colonic polyps found at flexible sigmoidoscopy. *Gastrointest Endosc* 1989; 35:85-89.
- Lieberman D. Colon cancer screening: beyond efficacy. *Gastroenterology* 1994; 106:803-812.
- Ansher AF, Lewis JH, Fleisher DE et al. Hyperplastic polyps as a marker for adenomatous colonic polyps. *Am J Gastroenterol* 1989; 84:113-117.
- Provenzale D, Martin ZZ, Sandler RS, Holland KL. Colon adenomas in patients with hyperplastic polyps. *J Clin Gastroenterol* 1988; 10:46-49.
- Opelker FG, Timmcke AE, Byron GJ, et al. Diminutive colonic polyps: an indication for colonoscopy. *Dis Colon Rectum* 1992; 2:178-181.
- Postelnik A, Woodger A, Kapparis D, Frommer D. Hyperplastic polyps of the colon indicate increased liability for colon neoplasms. *Gastroenterology* 1988; 94:A357.
- Farca A, Presenda F, Rodríguez G. Frecuencia de pólipos en pacientes con síntomas sugestivos de trastornos funcionales colónicos estudiados por endoscopia. *An Asoc Med Hosp ABC* 1994; 39:146-148.
- Waye JD. Colon polyps: problems, promises, prospects. *Am J Gastroenterol* 1986; 81:101-103.
- Gilbert VA. Proctosigmoidoscopy and polypectomy in reducing the incidence of rectal cancer. *Cancer* 1974; 34:936-939.
- Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP, Weiss NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colo-rectal cancer. *N Engl J Med* 1992; 326:653-657.
- Johnson DA, Gurney MS, Volpe RJ, et al. A prospective study of the prevalence of colonic neoplasms in asymptomatic patients and age-related risk. *Am J Gastroenterol* 1990; 85:969-974.
- Kromborg O, Feuer C, Saudegard O, et al. Initial mass screening for colo-rectal cancer with fecal occult blood test. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22:677-686.
- Rozen P, Ron E, Fireman Z, et al. The relative value of fecal occult blood tests and flexible sigmoidoscopy in screening for large bowel neoplasia. *Cancer* 1987; 60:2353-2357.
- Rex DK, Lehman G, Hawes RH, Ulbright TM, Smith JJ. Screening colonoscopy in asymptomatic average-risk persons with negative occult blood tests. *Gastroenterology* 1991; 100:64-67.
- American Cancer Society: *Guidelines for the cancer-related checkup: Recommendations and rationale*. CA 1980; 30:194-240.
- Meagher AP, Stuart M. Colonoscopy in patients with a family history of colo-rectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:315-319.
- Guillem JG, Forde KA, Treat MR, et al. Colonoscopic screening for neoplasms in asymptomatic first-degree relatives of colon cancer patients. *Dis Colon Rectum* 1992; 35:523-529.
- Fouch PG, Mai H, Pardy K, et al. Flexible sigmoidoscopy may be ineffective for secondary prevention of colo-rectal cancer in asymptomatic average-risk men. *Dig Dis* 1991; 36:924-928.
- Burt RW. Colonoscopic surveillance for the patient with a family history of colo-rectal cancer. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1993; 3:715-724.
- Lieberman DA y Smith FW. Screening for colon malignancy with colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1991; 86:946-951.
- Koretz R. Malignant polyps: Are they sheep in wolves' clothing? *Ann Intern Med* 1993; 118:63-68.
- Burkitt DP. Epidemiology of cancer of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:1071-1082.
- Lieberman D. Screening colonoscopy. Has the time come?. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1993; 3:673-82.
- Rex DK y Cummings OW. The controversy regarding distal hyperplastic polyps. *Gastrointest Endosc Clin North Am* 1993; 3:639-48.
- Rex D, Lehman G, Ulbright T, et al. Distal colonic hyperplastic polyps do not predict proximal colonic adenomas in asymptomatic average-risk subject. *Gastrointest Endosc* 1991; 264:317-319.
- Villalobos JJ. Carcinoma colo-rectal. Prevalencia y etiopatogenia, en: Villalobos JJ (ed): *Gastroenterología*, editorial Méndez Oteo, 3a edición, México 1981, 76.