

Resúmenes Congreso Colombiano de Enfermedades Digestivas

GASTROENTEROLOGÍA

Página

- **RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DEL HELI-COBACTER PYLORI EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO DE BOGOTÁ.** *A. Rodríguez, C. Yepes, A. Ruiz Morales, B. Ariza.* 53
- **CORIOCARCINOMA PRIMARIO DE YEYUNO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA** *P. Martín, S. Peraza, V. Sánchez, M. Calderón, O. Silva, J. Vivas, D. Castro.* 53
- **LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE ESÓFAGO: REPORTE DE UN CASO** *P. Martín, A. Chiquillo, S. Peraza, M. Calderón, J. Vivas, D. Castro.* 53
- **ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO DE P53, CEBB-B2, EGFR Y PCNA EN CÁNCER GÁSTRICO** *Y. Gutiérrez, R. Márquez, S. Peraza, J.C. Becker, S. Romero, P. Martín, M. Calderón, J. Vivas, D. Castro.* 53
- **PREVALENCIA DE CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN OCAÑA DURANTE EL PERÍODO DE ENERO DE 2001 A AGOSTO DE 2005.** *H. Royero, K. Dueñas.* 54

ENDOSCOPIA

- **ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO EN PAÍSES CON ALTA PREVALENCIA DE HP, ENDOSCOPIA O PRUEBA CON INHIBIDORES DE BOMBA (IBP)** *H. Cardona, E. Forero, H. Abello, M. Rosas, G. Reyes, R. Olivares.* 54
- **HERNIA HIATAL, FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE).** *E. Forero, H. Cardona, G. Reyes, M. Rosas, R. Olivares, B. Abello.* 54

COLOPROCTOLOGÍA

- **CARACTERIZACIÓN DE LAS POLIPECTOMÍAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL 2000 AL 2004.** *J. Carrera,* C. Martínez, J. Escobar, L. Mateus, H. Ibáñez, E. Báez.* 54
- **PROLAPSO INTERNO DE MUCOSA RECTAL, TRATAMIENTO.** *M.J. Charfuelán, MD, MACC; O. Insuasty, MD; M. Unigarro, Es UCC; M. Reina, Es UCC; Y. Lagos, Es UCC, N. Salas, Es UCC; F. Benavides, Es UCC.* 55
- **POLIMORFISMO 399C>T EN EL EXON 3 DEL GEN MSH2 EN INDIVIDUOS CON CÁNCER COLORRECTAL.** *Y. Montenegro, L.F. Isaza, G. Bedoya, J.L. Ramírez, J.R. Márquez, C.M. Muñetón.* 55
- **CIERRE DE ESTOMAS INTESTINALES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS** *E. Báez, J. Escobar, C. Martínez, L. Mateus, H. Ibáñez, J. Carrera.* 55
- **RESECCIÓN RECTAL TRANSANAL CON GRAPADORA – EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL** *E. Báez, J. Escobar, C. Martínez, L. Mateus, H. Ibáñez, J. Carrera.* 55

RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DEL *HELICOBACTER PYLORI* EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO DE BOGOTÁ

A. Rodríguez¹, C. Yepes², A. Ruiz Morales³, B. Ariza⁴
1. Profesor Titular de Medicina Interna. Jefe unidad de Gastroenterología Hospital Universitario San Ignacio.
2. Médico Internista. Pontificia Universidad Javeriana.
3. Profesor Titular de Medicina Interna y Epidemiología Clínica. Pontificia Universidad Javeriana.
4. Microbióloga. Hospital Universitario San Ignacio.

Resumen

OBJETIVO. Determinar la resistencia del *Helicobacter pylori* a la amoxicilina, claritromicina, tetraciclina y metronidazol en el Hospital Universitario San Ignacio.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó una serie de casos con los pacientes mayores de 18 años sometidos a endoscopia de vías digestivas altas. Se aislaron 84 cepas de *H. pylori* y se les realizó medición de susceptibilidad antibiótica por medio de discos de difusión. Se hizo también una exploración buscando asociación entre ciertas características de la población del estudio y la presencia de resistencia por medio de tablas de contingencia y la prueba exacta de Fisher.

RESULTADOS. La resistencia más alta fue al metronidazol (97,6%), seguida por la resistencia a la tetraciclina (85,7%), a la claritromicina (63,1%) y finalmente a la amoxicilina (9,5%). No se encontró relación significativa entre el uso previo de imidazoles y la presencia de resistencia al metronidazol. No hubo relación entre el uso de antibióticos para infecciones respiratorias en el último año y la presencia de resistencia a la amoxicilina y a la claritromicina. Tampoco se encontró asociación con edad, sexo o hallazgos endoscópicos. Se encontró una mayor probabilidad de que la cepa fuera resistente a la claritromicina si era resistente a la tetraciclina. (RR 4,25, IC 1,18-15,19) p: 0,001.

CONCLUSIONES. La resistencia del *H. pylori* al metronidazol, la tetraciclina y la claritromicina es alta en nuestro hospital. Las implicaciones de estos hallazgos en la efectividad del tratamiento in vivo deben ser evaluadas con estudios posteriores.

PALABRAS CLAVE. *Helicobacter pylori*, antibióticos, resistencia.

CORIOCARCINOMA PRIMARIO DE YEYUNO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P. Martín; S. Peraza; V. Sánchez; M. Calderón; O. Silva; J. Vivas; D. Castro.
Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal, Luis E. Anderson, MD
San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela.

El coriocarcinoma extragenital a nivel del tracto gastrointestinal es una neoplasia rara; el estómago ha sido el sitio más frecuentemente comprometido y en menor proporción el intestino delgado, siendo reportados aproximadamente 15 casos hasta la fecha, de los cuales sólo seis corresponden a coriocarcinoma primario. Su patogenia permanece incierta, y el diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos, inmunohistoquímica y la cuantificación en suero de Gonadotropina coriónica humana, la cual disminuye a valores normales después de la resección quirúrgica. El pronóstico, en la mayoría de los casos, ha sido desalentador.

Nosotros reportamos un caso de coriocarcinoma extragenital primario de yeyuno, que se presentó con cuadro de obstrucción intestinal, requirió tratamiento quirúrgico y quimioterapia adyuvante, con buena evolución después de 1 año de seguimiento.

PALABRAS CLAVE. Coriocarcinoma primario, yeyuno.

LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE ESÓFAGO: REPORTE DE UN CASO.

P. Martín; A. Chiquillo; S. Peraza; M. Calderón; J. Vivas; D. Castro.
Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis E. Anderson"
San Cristóbal, Estado Táchira, Venezuela.

El adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas constituyen cerca del 95% de todos los tumores malignos del esófago. El desarrollo de linfoma primario en el esófago es poco frecuente, representando menos del 1% de los linfomas gastrointestinales; sólo se han reportado 17 casos en la literatura mundial, donde el linfoma no Hodgkin es la variedad histológica más común.

Describimos el caso clínico de un paciente con linfoma no Hodgkin primario de esófago, diagnosticado en el Centro de Control en el año 2004, localizado en esófago medio e inferior, que consulta por disfagia, siendo diagnosticado y tratado exitosamente con quimioterapia con sobrevida de 12 meses, en la actualidad asintomático y sin evidencia de tumor.

PALABRAS CLAVE. Linfoma Primario Esófago.

ANÁLISIS INMUNOHISTOQUÍMICO DE P53, CERB-B2, EGFR Y PCNA EN CÁNCER GÁSTRICO

Y. Gutiérrez, R. Márquez, S. Peraza, J. C. Becker, S. Romero, P. Martín, M. Calderón, J. Vivas, D. Castro.
Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal Luis Anderson, MD.
San Cristóbal, Estado Táchira-Venezuela.

RESUMEN. Diversas anomalías genéticas han sido reportadas en el desarrollo del carcinoma gástrico.

OBJETIVO. Determinar la prevalencia de la expresión de marcadores inmunohistoquímicos, específicamente P53, CERB-B2, EGFR, PCNA, en cáncer gástrico; así mismo se planteó correlacionar la expresión de estos marcadores con parámetros clínicos-patológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se incluyeron pacientes con cáncer gástrico, avanzados y precoces diagnosticados en el Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis Anderson" que habían sido sometidos a resección quirúrgica en el Hospital Central de San Cristóbal entre los años 2000 y 2002. Las determinaciones inmunohistoquímicas fueron realizadas empleando el método de Streptavidina-Biotina, basado en la aplicación consecutiva de anticuerpo primario policlonal, purificado por afinidad.

RESULTADOS. Se estudió la inmunoexpresión de marcadores inmunohistoquímicos: P53, Cer-b2, EGFR, PCNA, en 65 pacientes (37 hombres y 28 mujeres) con edad promedio de 54,5 años con cáncer gástrico precoz y avanzado; 89,2% fueron casos avanzados. Se observaron 37 casos positivos para P53, 33 con expresión de Cerb-b2, 24 con expresión de EGFR, y 55 expresaron PCNA. Según la clasificación de Lauren 23 lesiones (35,4%) se reportaron como carcinoma de tipo intestinal, 27(41,5%) como carcinomas difusos, 1 (1,5%) como carcinoma mixto y 14 casos (21,5%), se consideraron como no clasificables.

CONCLUSIÓN. La expresión de genes supresores de factor de crecimiento, así como la expresión de marcadores de proliferación celular en el cáncer gástrico, son frecuentes en tumores gástricos avanzados y precoces. En este estudio no se encontró correlación entre la expresión de los marcadores inmunohistoquímicos y los estadios clínico-patológicos.

PALABRAS CLAVE. Cáncer gástrico, P53, CERB B-2 PCNA, EGFR.

PREVALENCIA DE CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO EN OCAÑA, DURANTE EL PERÍODO ENERO 2001 - AGOSTO 2005

H. Royero¹, K. Dueñas²

¹ Hospital Emiro Quintero C. Unidad de Endoscopia H. A. Royero

² Clínica Nuestra Señora de Torcoroma.

PALABRAS CLAVE. Cáncer, gástrico, Ocaña.

OBJETIVO. Conocer la prevalencia del cáncer gástrico avanzado en Ocaña y sus principales características epidemiológicas durante el período enero 2001 - agosto 2005.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo basado en el análisis total de pacientes que consultaron por diversos síntomas gastroenterológicos, los cuales ameritaron un estudio endoscópico durante el período ya anotado. El universo correspondió a 2.360 pacientes que fueron atendidos en la E.S.E.E. Quintero C. y en una unidad endoscópica propia. Se encontró un total de 68 casos de cáncer gástrico avanzado. Todos los casos se corroboraron con estudios histológicos excluyendo los cánceres tempranos. Las variables analizadas correspondieron a edad, sexo, procedencia, tipo de cáncer, localización y diagnóstico histológico. Su nivel de medición fue nominal. La información fue analizada a través del Programa EPI INFO 6.5.

RESULTADOS. Los casos de cáncer gástrico provenían en un 45,58% del área rural y en un 54,41% del área urbana. La relación mujer hombre fue 1:1,83. El promedio de edad para los hombres fue de $64,7 \pm 13,02$ años y para mujeres fue de $65,5 \pm 10,95$ años. Se determinó una prevalencia de cáncer gástrico avanzado de $2,88 \times 100.000$ habitantes. El cáncer gástrico tipo III según la clasificación japonesa fue el más frecuente en un 30,88%. Se encontró un caso de Linfoma. En cuanto a la localización anatómica, el 46,26% se encontró en el antro y el subcardial sólo en el 14,92% El 98,52% de las neoplasias fueron adenocarcinomas, el tipo intestinal correspondió al 88,05% y el difuso al 11,94%.

CONCLUSIONES. La prevalencia en nuestra población de estudio es considerada alta. Se comprueba que su frecuencia es mayor en hombres que en mujeres. La localización antral (46,26%) es la más frecuente en nuestro medio, contrario a lo descrito por otros estudios. El grupo histológico más frecuente es la variedad intestinal y sus edades de presentación están entre los 50 y 70 años.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PAÍSES CON ALTA PREVALENCIA DE HP, ENDOSCOPIA O PRUEBA CON INHIBIDORES DE BOMBA (IBP)

H. Cardona, E. Forero, H. Abello, M. Rosas, G. Reyes, R. Olivares.

Hospital Central de la Policía, Bogotá.

La terapia empírica con IBP o la endoscopia digestiva son dos alternativas de aproximación a pacientes con manifestaciones típicas de ERGE, la primera es reconocida como una intervención costo-efectiva en países desarrollados, donde la prevalencia de infección por *H. pylori* es baja.

OBJETIVOS. Determinar la prevalencia de infección por *Hp* y las complicaciones asociadas a éste en pacientes con ERGE, comparada con un grupo control.

DISEÑO. Cross-sectional.

MATERIALES Y MÉTODOS. 384 pacientes remitidos al servicio de gastroenterología por síntomas dispepticos o de ERGE para esofagogastroduodenoscopia fueron consecutivamente evaluados.

INTERVENCIONES. Previo a la práctica de EVDA se aplicó un formulario para evaluar síntomas de ERG y/o dispepsia, se tomaron 3 biopsias de cuerpo y antro.

MEDICIONES. Se incluyó a sujetos con pirosis de al menos 1 vez por semana, la clasificación de los Ángeles fue empleada para graduar la esofagitis endoscópica y la presencia de infección por *Hp* fue confirmada por histología.

RESULTADOS. La edad promedio de la población fue de 50,3 (DE = 16,6), 169/384 correspondió al sexo masculino (44%). Presentaban pirosis de al menos 1 vez por semana 144 (37,5%). Se encontró una prevalencia general del 84,6% (325/384) para infección por *Hp*; del 18,8% (72/384) para úlcera péptica; del 0,9% (3/384) para cáncer gástrico; 35,4 % (136/384) para metaplasia intestinal y 19% (73/384) para atrofia gástrica.

La presencia de *Hp* constituyó un factor de riesgo para el desarrollo de úlcera péptica (Chi2 = 4,83, OR = 2,8, IC 95% = 1,1-7,2)

CONCLUSIONES. En países con alta prevalencia de infección por *Hp*, la prevalencia de úlcera péptica, metaplasia intestinal y cáncer gástrico es alta, en consecuencia la práctica de EVDA en estos países es la alternativa de elección al abordar pacientes con manifestaciones típicas de ERGE

PALABRAS CLAVE. Reflujo gastroesofágico, prueba terapéutica, prevalencia helicobacter pylori.

HERNIA HIATAL, FACTOR DE RIESGO ASOCIADO AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ERGE

E. Forero, H. Cardona, G. Reyes, M. Rosas, R. Olivares, H. Abello

Hospital Central de la Policía Bogotá

Aunque se acepta que la hernia hiatal (HH) es un factor de riesgo asociado a ERGE, en nuestro medio se desconoce la magnitud de dicha asociación.

OBJETIVOS. Estimar la asociación entre HH y las complicaciones de la ERGE: esofagitis erosiva, úlcera, estenosis esofágica y esófago de Barreto endoscópico e histológico.

DISEÑO. Cross-sectional.

MATERIALES Y MÉTODOS. Desde octubre de 2004 a julio de 2005 fueron evaluados consecutivamente 2.142 pacientes remitidos al servicio para la práctica de esófago gastroduodenoscopia.

INTERVENCIONES. Video esofagogastroduodenoscopia.

MEDICIONES. Se definió HH como el ascenso de pliegues gástricos 2 cm. Proximal a la unión esofagagástrica, la esofagitis erosiva fue definida de acuerdo a la clasificación de Savary-Miller, esófago de Barret endoscópico como la presencia de mucosa de apariencia gástrica en esófago distal y Barret histológico como la presencia de metaplasia intestinal especializada en biopsias de esófago distal.

RESULTADOS. Hernia hiatal y complicación de ERGE, asociaciones.

Variable	Chi	Valor p	OR	IC 95%
HH - Esofagitis erosiva	59,2	0,000003	24,8	18-34,1
HH - Úlcera	16,3	0,000	27,7	3,2-238
HH - Estenosis	63,4	0,000	42,9	9,7-188
HH - Barreto endoscópico	29,8	0,0005	3,2	2-4,9
HH - Barreto histológico	18,4	0,00017	6,3	2,2-18

CONCLUSIONES. La HH constituye un factor de riesgo fuertemente asociado al desarrollo de complicaciones de la ERGE; su presencia identifica un subgrupo de sujetos que ameritan consideraciones terapéuticas y pronósticas diferente.

PALABRAS CLAVE. Hernia hiatal, factor de riesgo, enfermedad por reflujo gastroesofágico.

CARACTERIZACIÓN DE LAS POLIPECTOMÍAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DE 2000 A 2004

J. Carrera, * C. Martínez, J. Escobar, L. Mateus, H. Ibáñez, E. Báez.

*Unidad de Coloproctología. Hospital Militar Central, Bogotá D.C.

OBJETIVO. Describir las polipectomías realizadas en los últimos cinco años en el Hospital Militar Central identificando sus características demográficas, indicaciones, patologías asociadas, complicaciones, descripción de los hallazgos endoscópicos y su correlación anatomopatológica.

MATERIALES Y MÉTODOS. El presente es un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se revisaron los reportes de los pacientes llevados a colonoscopia en el Servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2004.

RESULTADOS. En total se realizaron 5013 colonoscopias de las cuales a 821 se les realizaron polipectomías (16,3%). En total se realizaron 1225 polipectomías para un promedio de 1,5 por procedimiento. La edad promedio de los pacientes polipectomizados fue de 61,2 años. El 38% de los pacientes fueron de sexo femenino (312 pacientes) y el 62% (509) de sexo masculino. La indicación más frecuente de la colonoscopia fue el seguimiento de polipectomías o resecciones tumorales previas (25%). En el 91% (747) de los procedimientos se llegó hasta el ciego. Se presentaron 3 complicaciones (0,2%), dos de ellas tempranas, dadas por sangrado y una complicación tardía, detectada en una colonoscopia posterior correspondiente a ulceración del sitio de la polipectomía (0,12%). De las 1225 polipectomías realizadas en estos 821 pacientes, los sitios de resección mas comunes fueron: el sigmoides, en un 25,38% (311), el recto en un 20,65% (253) y el transverso en un 16,16% (198). Respecto a la morfología de los pólipos resecados, el 39,67% (486) fueron sesiles, el 17,71% (217) pseudopediculados y en el 24% (294) de los informes de las colonoscopias no se refirió la forma de los pólipos resecados. En cuanto al aspecto macroscópico, el 53,46% (655) no fue referido en el informe de la colonoscopia, el 26,36% (323) fueron adenomatosos y el 18,53% (227) fueron hiperplásicos. La técnica de polipectomía más frecuente fue la resección con pinza caliente en el 39,67% (486) de los casos, seguida por la resección con asa en el 26,93% (330) y con pinza fría en un 17,79% (218). De los 1261 pólipos resecados se recuperaron 1192 equivalentes al 94,52%.

CONCLUSIONES. El porcentaje de estudios realizados hasta el ciego, así como el porcentaje de complicaciones presentado se encuentran dentro de los parámetros descritos en la literatura mundial; y se constituye en una experiencia de referencia a nivel nacional.

PALABRAS CLAVE. Colonoscopia, polipectomía, pólipos.

PROLAPSO INTERNO DE MUCOSA RECTAL, TRATAMIENTO

M. J. Charfuelán, MD, MACC. O. Insuasty MD. M. Unigarro, Es UCC.
M. Reina, Es UCC. Y. Lagos, Es UCC. N. Salas, Es UCC. F. Benavides, Es UCC.
Trabajo realizado en el H. Universitario Departamental de Nariño, Clínica Maridias y
Clínica Los Andes-Saludcoop, Pasto.

OBJETIVO. Describir el prolapso interno de la mucosa rectal como causante de defecación obstruida y la forma de tratarlo.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo correspondiente al período entre 1995 y 2005. La muestra recolectada con diagnóstico de prolapso interno de mucosa rectal fue de 114 pacientes, cuya sintomatología principal está relacionada con dificultad para evacuar; a todos se les realizó rectosigmoidoscopia. Se describen las características epidemiológicas de la muestra obtenida, se trataron 64 pacientes mediante resección segmentaria de la mucosa redundante con bandas elásticas, basados en el estrangulamiento y necrosis de los tejidos se obtuvo buena respuesta en un 92%, medida por la ausencia completa de los síntomas y la regularización del hábito intestinal.

CONCLUSIONES

1. El prolapso interno de mucosa rectal produce dificultad para evacuar (defecación obstruida).
2. El diagnóstico se realiza con rectosigmoidoscopia o defecograma en pacientes que presenten síntomas de dificultad para evacuar.
3. La ligadura segmentaria de la mucosa rectal con bandas elásticas produce isquemia, necrosis y caída de esta especie de válvula de mucosa que se forma al realizar deposición; se elimina el defecto mecánico de obstrucción.
4. Hay una mayor prevalencia de esta patología de pacientes en la ciudad que en el área rural. La prevalencia es mayor entre las edades de 30 y 60 años y similar en hombres y mujeres.

PALABRAS CLAVE. Prolapso interno de mucosa rectal, defecación obstruida, bandas elásticas.

POLIMORFISMO 399C>T EN EL EXÓN 3 DEL GEN MSH2 EN INDIVIDUOS CON CÁNCER COLORRECTAL

Y. Montenegro¹, L.F. Isaza², G. Bedoya³, J.L. Ramírez¹,
J.R. Márquez², C.M. Muñetón¹.

¹ Unidad de Genética Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

² Departamento de Cirugía, Universidad de Antioquia, HUSVP, Medellín.

³ Grupo Genética Molecular, Universidad de Antioquia, Medellín.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El cáncer colorrectal (CCR) es una de las entidades malignas más frecuentes en nuestro medio y ocupa el cuarto lugar después del cáncer de cervix, seno y estómago; esta enfermedad continúa siendo diagnosticada en la mayoría de los casos en estadios avanzados. En Antioquia, la incidencia en menores de 40 años es de 20,9%, siendo esta tasa la más alta y el doble de lo informado a escala mundial para este grupo de edad.

PROPÓSITO. Caracterización molecular del polimorfismo 399 C>T en el exón 3 del gen MSH2 en pacientes con cáncer colorrectal hereditario (HNPCC) y esporádico.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se analizaron 6 pacientes con cáncer colorrectal hereditario no Polipoideo (CCHNP), 6 con cáncer colorrectal esporádico y 6 individuos sanos. La extracción del DNA se realizó a partir de sangre periférica. Las muestras se amplificaron por PCR; el polimorfismo se detectó por secuenciamiento directo.

RESULTADOS. En todos los individuos estudiados con cáncer colorrectal hereditario y esporádico, así como en los individuos sanos se detectó el polimorfismo 399 C>T en el exón 3 del gen MSH2.

CONCLUSIONES. El cambio molecular detectado no varía el aminoácido que se codifica, por lo que se considera como una mutación neutra no identificada previamente en otras poblaciones. Varios polimorfismos se han asociado con la susceptibilidad para desarrollar cáncer colorrectal. Por lo tanto, futuros estudios son necesarios para determinar si este polimorfismo está relacionado con el desarrollo del cáncer colorrectal en la población colombiana.

PALABRAS CLAVE. Cáncer colorrectal; gen MSH2; síndrome de Lynch (HNPCC), polimorfismo, genes de reparación de bases mal apareadas.

CIERRE DE ESTOMAS INTESTINALES EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL – EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

E. Báez, C. Martínez, J. Escobar, L. Mateus, H. Ibáñez, J. Carrera.
Servicio de Coloproctología, Hospital Militar Central.

Tradicionalmente el cierre de los estomas intestinales se ha considerado una cirugía de baja complejidad, a la que no se le ha dado la importancia que debería y a pesar de que cada vez las indicaciones para la realización de una colostomía son menores, este es un procedimiento que se sigue realizando rutinariamente en la mayoría de instituciones.

La morbilidad del cierre de las colostomías varía entre el 10 y el 60%, siendo la infección de la herida quirúrgica, la fuga anastomótica y las fistulas fecales las más comunes.

Con estas consideraciones en mente se quisieron identificar las principales complicaciones de los cierres de estomas intestinales realizados por el servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central durante el período del 2000 al 2004, así como los factores pre y post quirúrgicos que se asociaron a estas complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que fueron llevados a cierre de ileostomía o colostomía por el servicio de Coloproctología del Hospital Militar Central durante el período de tiempo comprendido entre Enero de 2000 y Diciembre de 2004 y se registraron variables relacionadas con la realización del estoma intestinal, procedimiento para el cierre y complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS. Se realizaron 15 cierres de ileostomía y 16 cierres de colostomía durante el período de tiempo evaluado.

El promedio en tiempo para el inicio de la vía oral fue 3 días sin variación en ninguno de los 2 procedimientos. Entre los cierres de ileostomía el promedio de edad fue 59 años y los pacientes estuvieron con ileostomía un promedio de 16 meses. La duración del procedimiento fue de 92 min y se presentaron complicaciones quirúrgicas en 2 pacientes: hipocalcemia y una filtración de la anastomosis intestinal que requirió relaparotomía y nueva ileostomía. Característicamente las 2 complicaciones se presentaron en pacientes con ileostomías tipo Hartmann. Otro paciente presentó sepsis de origen pulmonar.

Entre los cierres de colostomía el promedio de edad fue de 39 años y los pacientes tuvieron la colostomía un promedio de 12 meses. La duración promedio del procedimiento fue de 134 min. Se presentaron 3 complicaciones en dos pacientes de este grupo: extensos de la anastomosis y hernia incisional en un paciente y atelectasia en otro paciente. El primero de ellos fue un cierre de colostomía tipo Hartmann.

Finalmente de los 6 pacientes a quienes se cerraron estomas tipo Hartmann (ileostomías y colostomías), 4 presentaron las complicaciones anteriormente descritas.

Los cierres de ostomías en asa presentaron complicaciones en 3 de 25 pacientes; estas fueron atelectasia, sepsis pulmonar y granuloma de cuerpo extraño.

CONCLUSIÓN. La morbilidad de los cierres de estomas intestinales en el presente estudio es baja de acuerdo con la estadística mundial y nacional. Los cierres de estomas tipo Hartmann fueron más susceptibles de complicación y tuvieron tolerancia más tardía a la vía oral mientras que los cierres de estomas en asa presentaron mínima morbilidad con complicaciones principalmente de tipo médico.

RESECCION RECTAL TRANSANAL CON GRAPADORA – EXPERIENCIA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

E. Báez*, C. Martínez, J. Escobar, L. Mateus, H. Ibáñez, J. Carrera.
Servicio de Coloproctología, Hospital Militar Central.

Desde la introducción en el mercado de la resección rectal transanal con grapadora (RRTAG) por Antonio Longo en 1998, el interés en la realización de este procedimiento ha aumentado con las experiencias de los diferentes grupos a nivel mundial que cada vez demuestran con mayor suficiencia sus ventajas sobre los procedimientos clásicos para el manejo de las hemorroides y del prolapso de la mucosa rectal.

En el transcurso del presente año se inició el uso regular de la sutura mecánica para el procedimiento para prolapso y hemorroides (PPH) en el Hospital Militar Central.

Se desea con el presente estudio hacer una descripción del grupo de pacientes que han sido llevados a RRTAG por el servicio de coloproctología de este Hospital y del resultado en términos de dolor postoperatorio y complicaciones durante el inicio de la implementación de la nueva técnica.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó el procedimiento estándar de hemorroidopexia con grapadora mecánica, alterándolo solo en el momento de la colocación del dilatador anal circular al que se le hicieron las modificaciones sugeridas por Mathur y cols para reducir la superficie del dilatador anal redondo y permitir el paso a través de las espinas isquiáticas para asegurar mejor la jareta a la distancia adecuada del margen anal.

Los procedimientos se realizaron en su gran mayoría con anestesia local en posición de navaja y se realizó seguimiento de todos los pacientes en consultas posteriores al procedimiento registrando dolor postoperatorio, días hasta la primera deposición y complicaciones como variables finales más importantes.

RESULTADOS. Se hicieron durante el período de estudio 11 RRTAG en el Hospital Militar Central la mayoría de las cuales se realizó en pacientes hombres. El promedio de edad de los pacientes fue 63 años y la indicación del procedimiento en 9 pacientes fueron hemorroides internas grado III y en 3 pacientes prolapso mucoso. 5 pacientes referían sangrado y 5 prolapso hemorroidal como síntoma principal de consulta con media de 10 años de evolución.

El tiempo quirúrgico del procedimiento fue en promedio de 22 minutos.

De los 11 pacientes, 4 informaron dolor postoperatorio considerable comparable con el del procedimiento abierto, 1 de ellos por trombosis de hemorroides internas. Los otros pacientes presentaron dolor posquirúrgico muy leve o prácticamente nulo, la mayoría de ellos pacientes ancianos.

La principal complicación de los pacientes fue sangrado en 3 pacientes que requirieron revisión quirúrgica y colocación de puntos hemostáticos en el sitio de la anastomosis. Dos pacientes se presentaron con dolor considerable en el postoperatorio temprano que requirió nueva consulta de urgencia, uno de ellos por trombosis hemorroidal.

CONCLUSIONES. Es factible la realización del procedimiento de RRTAG con anestesia local con una baja frecuencia de complicaciones, el dolor es menor y más tolerado que la cirugía abierta principalmente en pacientes ancianos y el inicio de las deposiciones normales en casi todos los pacientes corresponde al día siguiente a la realización del procedimiento.