

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Hallazgos histológicos en pólipos colónicos en pacientes del servicio de Gastroenterología del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo enero 2019 - enero 2022.

AUTOR:

Triviño Peña, Daniella Alejandra

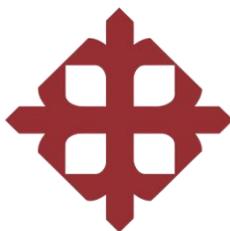
**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Martín Delgado, Jimmy Daniel

Guayaquil - Ecuador

01 de mayo del 2023



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Triviño Peña, Daniella Alejandra**, como requerimiento para la obtención del título de médico.

TUTOR



Firmado electrónicamente por:
**JIMMY DANIEL MARTIN
DELGADO**

f. _____

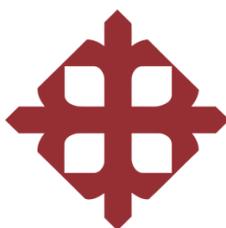
Dr. Martin Delgado, Jimmy Daniel

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis Dr.

Guayaquil, 1 de mayo del 2023



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Triviño Peña, Daniella Alejandra

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Hallazgos histológicos en pólipos colónicos en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo enero 2019 - enero 2022**, previo a la obtención del título de médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría. En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

AUTORA



Firmado electrónicamente por:
**DANIELLA ALEJANDRA
TRIVINO PENA**

f. _____
Triviño Peña, Daniella Alejandra



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Triviño Peña, Daniella Alejandra

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Hallazgos histológicos en pólipos colónicos en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo enero 2019 - enero 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 01 de mayo del 2023

AUTORA



Firmado electrónicamente por:
**DANIELLA ALEJANDRA
TRIVINO PEÑA**

f. _____

Triviño Peña, Daniella Alejandra

REPORTE DE URKUND

Document Information

Analyzed document	Tesis_Triviño Peña_P70.docx (D164126677)
Submitted	2023-04-16 20:33:00
Submitted by	
Submitter email	jimmy.martin@cu.ucsg.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	jimmy.martin.ucsg@analysis.orkund.com



Sources included in the report

W	URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292007000200002 Fetched: 2021-11-01 19:53:24		2
SA	ORTIZ THALIA 9no B.docx Document ORTIZ THALIA 9no B.docx (D63121720)		1
SA	Tesis Validez de la Colonoscopia NBI más MO.pdf Document Tesis Validez de la Colonoscopia NBI más MO.pdf (D41924930)		1
SA	PROYECTO DE INVESTIGACION - DELGADO TAVARA DIANA SUSANA.docx Document PROYECTO DE INVESTIGACION - DELGADO TAVARA DIANA SUSANA.docx (D154000910)		2
SA	PROYECTO DE TESIS 1 (1).docx Document PROYECTO DE TESIS 1 (1).docx (D145284032)		1

Entire Document

INCLUDEPICTURE "https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/99/Logo_UCSG.svg/2560px-Logo_UCSG.svg.png" * MERGEFORMATINET
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA
TEMA: Hallazgos histológicos en pólipos colónicos en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo Enero 2019 - Enero 2022.
AUTOR: Triviño Peña Daniella Alejandra
Trabajo de titulación previo a la obtención del título de MÉDICO
TUTOR: Martin Delgado Jimmy Daniel
Guayaquil, Ecuador 1 de mayo del 2023
INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO:

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, porque me ha bendecido con todas las personas que me rodean y me ha puesto en el camino correcto.

Le agradezco principalmente a mi familia: a mi mamá, Daniella, papá, Jorge, a mis abuelos, Mario, Margarita; y mis tías, Margarita y Francesca, por apoyarme en cada decisión que he tomado, por darme ánimos cuando me he querido rendir, motivarme a superarme día a día y enseñarme el significado de valorar el trabajo y responsabilidad.

Una mención especial a Daniel, mi guía durante toda la carrera, gracias por siempre querer lo mejor para mí y motivarme a cumplir mis objetivos.

A mis amigos, futuros colegas: Wendy, Camilo y Shiomara.

Con ellos viví alegrías y tristezas, la experiencia que la carrera de medicina te da.

A mis amigas del colegio: Maria Gracia, Alejandra y Antonella: por su apoyo incondicional, por darme fuerzas y enseñarme que todo lo que me proponga, lo puedo cumplir.

A mi novio, Guillermo: a pesar de que coincidimos en la recta final, me ha dado soporte para culminar los últimos meses del internado, apoyo en todas mis decisiones y ánimos.

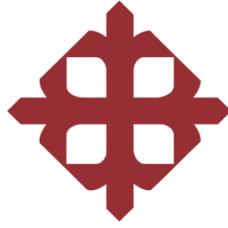
A mi tutor, el Dr. Jimmy, por tenerme paciencia y orientarme durante la elaboración de este trabajo.

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mi mamá.

Mamá: tu apoyo ha sido pilar fundamental durante estos 6 años de carrera, sin ti, no estuviera el día de hoy escribiendo estas palabras, a punto de graduarme como médico.

Este título es por ti y para ti.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

**Aguirre Martínez, Juan Luis Dr.
Director De Carrera**

f. _____

**Ayón Genkuong, Andrés Mauricio Dr.
Coordinador Del Área**

f. _____

Oponente

TABLA DE CONTENIDO

<i>AGRADECIMIENTO:</i>	VI
<i>DEDICATORIA:</i>	VII
<i>RESUMEN:</i>	X
<i>ABSTRACT:</i>	XI
<i>INTRODUCCIÓN:</i>	2
<i>OBJETIVOS:</i>	3
Objetivo General:.....	3
Objetivos específicos:.....	3
<i>HIPÓTESIS:</i>	3
<i>MARCO TEÓRICO:</i>	4
Capítulo 1: Generalidades de los pólipos colónicos.	4
Etiopatogenia:.....	4
Epidemiología:.....	5
<i>Capítulo 2: clínica y complicaciones</i>	7
Clínica	7
Complicaciones.....	9
<i>Capítulo 3: Diagnóstico</i>	11
<i>Capítulo 4: Detección y vigilancia postpolipectomía</i>	13
<i>JUSTIFICACIÓN:</i>	15
<i>METODOLOGÍA:</i>	17
Materiales y métodos:	17
Muestra	17
Criterios de inclusión:.....	17
Criterios de exclusión:.....	17
Procedimiento.....	18
Diseño de herramienta de recolección de datos:.....	18
Procedimiento de aplicación:.....	18
Análisis estadístico.....	19
Consideraciones éticas:.....	19
<i>RESULTADOS:</i>	21
Descriptivos.....	23
<i>Tablas cruzadas</i>	30
<i>DISCUSIÓN:</i>	35
<i>CONCLUSIÓN:</i>	39
<i>Recomendaciones:</i>	40
<i>REFERENCIAS:</i>	41

RESUMEN:

Un porcentaje de pólipos colónicos son precursores de cáncer colorrectal. La prevalencia de pólipos colónicos en Latinoamérica es de 35% y se encuentran pólipos adenomatosos, que son los que tienden a convertirse en neoplásicos en un 18.5%. Los pólipos se clasifican entre su aspecto macroscópico: hiperplásicos, adenomatoso o inflamatorio, morfología: pediculado, séstil y estirpe histológica: hiperplásicos, adenomatoso, túbulo veloso o veloso con bajo, moderado o alto grado de displasia. Por esa razón se recomienda tamizaje, seguimiento endoscópico en intervalos establecidos de manera que el mismo favorezca a poblaciones de riesgo.

Objetivo: Describir los hallazgos histológicos de pólipos colónicos de pacientes atendidos en IESS Los Ceibos periodo enero 2019 – enero 2022

Metodología: Es un estudio de corte transversal, observacional, descriptivo y analítico. Se aplicará la técnica de documentación, por medio de la revisión de historias clínicas y pruebas complementarias registradas en la base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos (HGNG). El estudio fue realizado con pacientes diagnosticados con pólipos colónicos, y se recolectarán los datos del HGNG. IESS Los Ceibos, durante el periodo de tiempo enero 2019- enero 2022

Resultados: La edad promedio de pacientes con diagnóstico de pólipos colónicos en el HGNG es de 68 años. El 1% tienen menos de 40 años, entre 40 y 49 años se evidenciaron en apenas un 2%

El sexo femenino mostró ser predominante en el diagnóstico de pólipos colónicos, con un 54%. El pólipo de aspecto macroscópico tipo Hiperplásico fue el más común, hallándose en un 59%. Dentro de este estudio, predominaron los pólipos no cancerígenos en un 86%

Conclusión: Los pólipos hiperplásicos fueron las lesiones polipoides más comúnmente halladas en los pacientes atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Los Ceibos durante el periodo enero 2019 a enero 2022, presentándose en un 43.7%. Por otro lado, del total de 293 pólipos colónicos, el 86% no fue cancerígeno. De los pólipos que se transformaron a cancerígenos fueron en su mayoría los de aspecto adenomatoso, mostrándose en un 32%.

Palabras clave: *Pólipos Colónicos, Pólipos hiperplásicos, Cáncer Colorrectal.*

ABSTRACT:

Introduction: A percentage of colonic polyps are precursors of colorectal cancer. The prevalence of colonic polyps in Latin America is 35% and adenomatous polyps are found, which are the ones that tend to become neoplastic in 18.5%. Polyps are classified according to their macroscopic appearance: hyperplastic, adenomatous or inflammatory, morphology: pedicled, sessile and histological lineage: hyperplastic, adenomatous, villous or villous tubule with low, moderate or high degree of dysplasia. For this reason, screening and endoscopic follow-up at established intervals are recommended so that it favors populations at risk.

Methodology: It is a cross-sectional study (observational, descriptive and analytical). The documentation technique will be applied, through the review of medical records and complementary tests registered in the database of the General Hospital of the North of Guayaquil IESS Los Ceibos. The study will be carried out with patients diagnosed with colonic polyps, and the HGNG data will be collected. IESS Los Ceibos, during the period of time January 2019- January 2022

Results: The average age of patients diagnosed with colonic polyps at the HGNG is 68 years. 1% are under 40 years old, between 40 and 49 years old they were evident in only 2%. The female sex showed to be predominant in the diagnosis of colonic polyps, with 54%. The macroscopic appearance hyperplastic type polyp was the most common, found in 59%. Within this study, non-cancerous polyps predominated in 86%

Conclusion: Hyperplastic polyps were the most commonly found polypoid lesions in patients treated by the Gastroenterology service at IESS Los Ceibos Hospital during the period January 2019 to January 2022, presenting in 43.7%. On the other hand, of the total of 293 colonic polyps, 86% were not cancerous. Of the polyps that became cancerous, the majority were those with an adenomatous appearance, showing up in 32%.

Keywords: Colonic Polyps, Hyperplastic Polyps, Colorectal Cancer.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer colorrectal es el cuarto cáncer más común en América. Anualmente existen alrededor de

112.000 muertes por esta causa. Una de las formas de prevenirlo es mediante vigilancia endoscópica a partir del descubrimiento de los pólipos colónicos, ya que estos pueden presentar grados de displasia y llevar a neoplasia o cáncer colorrectal. (1)

Son prominencias de tejido que protruyen desde la mucosa hacia la luz del órgano. La importancia de su reconocimiento y análisis mediante biopsias radica en según su clasificación histológica; estos se dividen en neoplásicos y no neoplásicos, en donde existe una predominancia de los no neoplásicos en un 60% y de acuerdo con la confirmación histológica del diagnóstico de los mismos, debe realizarse el seguimiento o tratamiento respectivo.(2)

Por su histología, se clasifican en: adenomatosos (60-70%), serrados (10-30%) e hiperplásicos (10- 20%) Asimismo, se clasifican mediante su morfología: planos, sésiles y pediculados. Los pólipos adenomatosos son comunes en adultos mayores a 50 años, se ha establecido que pocos se van a convertir en adenocarcinomas. Se correlaciona la histología con el tamaño, estas son sus características que establecen la importancia clínica.

Se consideran adenomas de alto riesgo neoplásico aquellos de histología tubular y que midan más de 10 mm, también los de histología vellosa, pero estos, independientemente del tamaño. Así mismo, si coexisten 3 o más pólipos adenomatosos y, también, los que presentan displasia de alto grado. (2) Los que se consideran lesiones no neoplásicas son los pequeños, menores a 5 mm, o los de aspecto hiperplásico e histología hiperplásica; sin embargo, algunos estudios han demostrado que del 30% al 50% llegan a corresponder a adenomas y 4,4% presentan alto riesgo de malignidad.

El resultado de la biopsia de los pólipos colónicos determina la terapéutica a manejar con el paciente, adicional a eso se considera el tamaño y la cantidad de pólipos colónicos para considerar degeneración maligna. Lo ideal, es realizar vigilancia endoscópica, teniendo de base el cribado poblacional que según las guías internacionales es cada 10 años a partir de los 40

años de edad. La actitud que se toma frente a un pólipo con resultado de biopsia hiperplásico es diferente a la que se haga con un adenoma vellosos con displasia de bajo o alto grado, por eso ser certeros en el diagnóstico y realizar una correcta vigilancia endoscópica es clave para evitar aumento en los casos de adenocarcinoma. (3)

OBJETIVOS:

Objetivo General:

1. Describir los hallazgos histológicos de pólipos colónicos de pacientes atendidos en IESS LosCeibos periodo enero 2019 – enero 2022

Objetivos específicos:

1. Establecer la prevalencia de pólipos colónicos neoplásicos y no neoplásicos en IESS LosCeibos periodo enero 2019 – enero 2022
2. Relacionar las características morfológicas y el resultado histopatológico de pólipos colónicos
3. Definir pólipos malignos durante el periodo de estudio

HIPÓTESIS

La predominancia del tipo histológico de pólipos colónicos es de tipo hiperplásico y no neoplásico.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1: Generalidades de los pólipos colónicos.

Etiopatogenia:

Los pólipos colónicos son pequeñas agrupaciones de células en la luz del colon. La mayoría de los pólipos colónicos son inofensivos, sin embargo, algunos sí pueden convertirse en cáncer colorrectal, incluso se hallan en estadios avanzados, por esa razón se resecan al momento de detectarlos en la colonoscopia. Existe un aumento constante del CCR en una tasa del 2.1%, más del 86% de las personas diagnosticadas con CC por debajo de 50 años son sintomáticas presentando alteración en sus hábitos, dolor abdominal y rectorragia. (2,4)

Cualquier persona puede desarrollar pólipos colónicos, pero existen factores de riesgo que aumentan la posibilidad de tenerlos como la edad, los hábitos alimenticios, diagnóstico de constipación, obesidad o tabaquismo. Aumentan los riesgos si tienen antecedentes familiares con pólipos colónicos y cáncer de colon. De manera adicional, sufrir de enfermedades concomitantes como Síndrome Intestino inflamatorio: Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerativa, aumenta aún más la probabilidad de desarrollar dichos pólipos. No se ha especificado alguna causa común para el desarrollo de los mismos.

La mayoría de los pólipos colorrectales se descubren en colonoscopías de rutina o es un hallazgo por alguna otra condición médica, debido a que comúnmente son asintomáticos, no obstante, se reportan pacientes que han tenido cambios en sus hábitos, relacionándose con síntomas de Síndrome Intestino Irritable (SII), cambios en el color de sus heces por la presencia de sangre, podrían presentarse con anemia debido a deficiencia de hierro y dolor abdominal tipo cólico

A simple vista no se puede diferenciar que tipo de pólipo es, pero está descrito que, a mayor tamaño, más riesgo tiene de progresar a cáncer durante los años. En un estudio se evidenció un crecimiento del 37% en los pólipos colónicos mayores a 10 mm de diámetro, y estos resultaron convertirse en carcinomas invasivos.

Por esa razón, se debe reseca cualquier tipo de pólipo y mandarlo a estudio por biopsia, ya que el cáncer de colon tiene origen desde los pólipos, sea cual sea su estirpe histológica. (5,6)

Epidemiología:

En cuanto los factores determinantes y el estudio de eventos de acuerdo a la salud en las población ecuatoriana y Latinoamericana, ha habido un aumento en la tasa de detección de pólipos por colonoscopias. Se presentan entre el 15-20% de la población adulta y al menos 30% de las personas que han tenido pólipos, recidivan.

En cuanto al cáncer colorrectal, mundialmente es el tercer tipo de cáncer más común diagnosticado, se calcula que a 1,880.725 personas se les diagnosticó cáncer colorrectal durante el 2020. Dichos números incluyen más de un millón de casos de cáncer de colon y setecientos mil casos de cáncer de recto. (7)

Durante el año 2021 se diagnosticó cáncer colorrectal a 151.030 adultos en Estados Unidos, a pesar de que esa cifra ha disminuido desde mediados de la década de 1980. Del 2014 al 2018 las tasas de incidencia disminuyeron aproximadamente un 2% cada año, debido al aumento de pruebas de detección. La tasa de muertes de este tipo de cáncer durante el 2019 en Estados Unidos fue un 56% menos que en los años 70. Las tasas de incidencia disminuyeron aproximadamente un 2% cada año, debido al aumento de pruebas de detección. La tasa de muertes de este tipo de cáncer durante el 2019 en Estados Unidos fue un 56% menos que en los años 70, se presentó una incidencia de 30 a 50 pacientes por cada 100.000 habitantes, siendo más común entre la quinta y séptima década de vida. (8)

En los países del occidente es una de las neoplasias más frecuentes y en el sexo masculino ocupa el tercer lugar, siguiéndole a la neoplasia de próstata y cáncer de pulmón. En el sexo femenino se encuentra en segundo lugar, después de Cáncer de mama. Dentro del carácter hereditario se puede presentar incluso antes de los treinta años, pero en mucho menor porcentaje. El CCR aparece de 5 a 10 años antes en hombres que en mujeres y de la misma manera en la raza afroamericana que en raza blanca.

(8)

Las diferencias que se presentan en las tasas de incidencia, desde el punto de vista geográfico, se atribuyen a distintas costumbres alimenticias y ambientales en relación a la susceptibilidad genética. Las tasas de incidencia más altas se presentan en países europeos y en América del Norte.

En nuestro país, Ecuador, el cáncer colorrectal ocupa el 5to lugar en relación a otros tipos de

cáncer. En la ciudad de Quito se realizó un estudio en donde se demostró que hay una tasa estimada de incidencia equivalente a 1.9 casos por 100 habitantes año, con una edad media de 63 años y que la relación de género se mantuvo de manera equitativa para ambos sexos. (9)

Se demuestra según cifras oficiales de SOLCA, (Sociedad de lucha contra el Cáncer) aproximadamente

1.200 casos nuevos de cáncer de colon anual. De estos casos, sobreviven el 52% si es que se tratan adecuadamente.

En términos generales, la prevalencia de pólipos colónicos en Ecuador es de un 43%, con predominio en pacientes masculinos entre 40 a 60 años, padeciendo pólipos con displasia desde los 50 años.

El 21.99% de la población que se realiza un cribado poblacional se le detecta una lesión polipoide que posteriormente requiere un correcto seguimiento endoscópico.

Por otro lado, la tasa de progresión de adenoma con alto grado de displasia a cáncer colorrectal, se estima que es baja y oscila entre el 2.6% en una población entre 50 y 59 años y aumenta a un 5.6 % a una población mayor de 80 años de forma anual.

Capítulo 2: clínica y complicaciones

Clínica

Generalmente, los pólipos colónicos, siendo una de las alteraciones premalignas más comunes en el colon y en el recto, se detectan por presentar síntomas como dolor abdominal, alteraciones en el hábito intestinal, hematoquecia o síntomas no específicos como anemia y disminución de peso. La presencia de estos síntomas a menudo hace que los clínicos busquen más evidencia para encontrar el foco de la enfermedad.

Su detección varía entre el 7.5% al 30.6% a estos síntomas.

Sin embargo, la mayoría de los pacientes no presentan clínica, son asintomáticos. Se ha reportado que el cribado en pacientes asintomáticos es la manera más común de detectar pólipos colónicos en países del occidente. (10)

Un estudio con un total de 1.234 pacientes realizó una comparación entre los pacientes asintomáticos y sintomáticos, en donde los sintomáticos fueron un total de 46% y los asintomáticos 54%.

En el grupo sintomático, el tamaño fue mayor, se hallaron múltiples pólipos y en la histología, fueron más comunes los túbulos vellosos y los vellosos. No hubo diferencia significativa entre los dos grupos con la edad o localización.

Los pacientes que tuvieron síntomas se quejaban de dolor abdominal y alteraciones en la función intestinal en un 37.4% y 62.6% respectivamente. Dentro de la alteración en la función intestinal, se encuentra la diarrea, constipación y hematoquecia, en una proporción de 54.2%, 27.7% y 18.1%. Pacientes femeninas tuvieron tendencia a la constipación mientras que los pacientes masculinos presentaron diarrea o hematoquecia. (10)

Otros estudios han demostrado que el cáncer colorrectal en el lado derecho es usualmente detectado por síntomas generales como anemia, cuando el cáncer colorrectal en el lado izquierdo se detecta por hematoquecia, diarrea o constipación. Sin embargo, al momento que los pacientes presentan estos síntomas, es probable que ya exista una masa tumoral presente, que el tumor está en un estadio superior. En el pasado, se pensaba que eran los adenomatosos que tenían la probabilidad de desarrollar malignidad, en la actualidad se ha aumentado la vigilancia endoscópica a los pólipos hiperplásicos o las lesiones serretas. (11) A menudo los pólipos hiperplásicos crecen sin presentar ningún síntoma durante todo su curso.

Como se demostró en dicho estudio, los pólipos adenomatosos alcanzaron el 51.2% en población asintomática, y no hubo diferencia significativa entre localización del pólipo ni edad de presentación o manifestaciones clínicas. Al menos la mitad de los pacientes no tienen síntomas intestinales, especialmente los pacientes masculinos, y síntomas relacionados a excepción de la hematoquecia tienen poca relación en predecir la patología. Se sugiere colonoscopia de control.

Factores de riesgo:

Los factores de riesgo asociados a pólipos colónicos incluyen:

1. Edad avanzada: son más comunes en individuos mayores de 50 años
2. Antecedentes familiares: si alguien de la familia presenta antecedentes de pólipos colónicos o CCR, es posible que tenga un riesgo aumentado de desarrollar pólipos.
3. Historia personal: La historia personal de haber padecido pólipos colónicos en el pasado se asocia con un mayor riesgo de desarrollar nuevos pólipos en el futuro.
4. Enfermedades inflamatorias intestinales: colitis ulcerativa o Enfermedad de Crohn, tienen mayor riesgo de presentar pólipos colónicos subyacentes.
5. Dieta: la dieta rica en grasas, carnes rojas y baja en fibras puede aumentar el riesgo.
6. Hábitos: tabaco y alcohol en exceso
7. Obesidad: las personas obesas tienen un riesgo incrementado de pólipos colónicos.(12,13)

Es de suma importancia realizar exámenes regulares, específicamente la colonoscopia para detectar pólipos colónicos, researlos en su totalidad, tomarles muestra de biopsia para detectar un probable cáncer colorrectal, en especial si alguno de estos factores de riesgo está presentes.

Algunos estudios sugieren un incremento del riesgo de CCR de inicio joven relacionado con tiempo prolongado de estar sentado.

El problema se dirige entonces a las costumbres del propio país, por ejemplo, en el occidente, la cantidad de calorías consumida por los individuos combinada con la inactividad física, se ha vinculado con mayor prevalencia de obesidad, en estas personas se concentra de mayor

manera el factor de crecimiento tipo insulina I que origina un aumento gradual de la resistencia a la insulina, esto se cree que estimula la proliferación de la mucosa intestinal y por dicha razón se cree que es un riesgo para elCCR. (13,14)

Un metaanálisis reporta que surgió un incremento del riesgo de CCR en el 38% en los pacientes con Diabetes (independientemente si es tipo I o tipo II) además su condición influye también en el pronóstico de la enfermedad, no solo aumenta su riesgo de contraerla, sino que también dificulta su control y manejo.

Factores protectores:

A pesar de que la falta de fibra en la alimentación contribuye a un aumento en el riesgo desarrollo de pólipos colónicos y CCR, numerosos estudios con asignación al azar y estudios comparativos no evidencian el beneficio de aumentar la fibra en la alimentación. Así como alimentación rica en fruta y verduras para evitar las recurrencias de los adenomas de colon. No obstante, la mayor parte de las pruebas epidemiológicas tienen la alimentación como factor causal más importante de cáncer de colon, particularmente las dietas abundantes en calorías y grasa animal.

En otro estudio se compararon individuos activos e inactivos en donde hubo evidencia de una reducción significativa del 27% en el riesgo de presentar CC. También se demostró que la ingesta alta en frutas y verduras daba un efecto protector pero débil versus una ingesta aún más baja de las mismas, esta asociación inversa parece limitarse en cánceres de colon descendente. (14)

Complicaciones

Aunque la mayoría de los pólipos son benignos, algunos se vuelven cancerígenos con el tiempo si no se tratan de manera adecuada. Algunas de las complicaciones de los pólipos colónicos son:

Sangrado: los pólipos grandes o múltiples llegan a sangrar y pueden causar anemia.

El sangrado a menudo es indoloro y puede ser leve o abundante, dependiendo del tamaño y la ubicación del pólipo. El sangrado que se presenta puede ser también intermitente, dando lugar a anemia, a esto se le denomina rectorragia.

Obstrucción intestinal: los pólipos grandes pueden obstruir el paso de las heces y causar dolor abdominal, distensión y constipación.

CCR: si no se tiene una correcta vigilancia pueden convertirse en cáncer
Infección: los pólipos dan lugar al crecimiento de bacterias y virus

Perforación: durante la extracción de los pólipos puede ocurrir perforación en la pared del colon, lo que conlleva a infección y dolor abdominal. Recurrencia: reaparecen después de haber sido resecados, por eso es importante la vigilancia endoscópica regular, según las guías.

El riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR) posterior a una resección de pólipo colónico adenomatoso avanzado es mayor comparado a la población general. Así mismo, los pólipos proximales, histología desconocida y que su tamaño sea mayor a 20 mm, o tengan displasia de alto grado, tienen mayor riesgo de CCR, sin embargo, la histología vellosa no tiene mayor riesgo.

Por esa razón todo depende de la histología, y es de vital importancia recabar los diagnósticos de la biopsia.

Capítulo 3: Diagnóstico

Debido a que la gran mayoría de pacientes con pólipos colónicos son asintomáticos, el diagnóstico en su mayoría es incidental. La prueba de detección más común para los pólipos de colon y el cáncer colorrectal es una colonoscopia. Durante este procedimiento, se inserta un tubo delgado y flexible con una cámara en el recto y se guía a través del colon para buscar pólipos u otras alteraciones. Si se encuentra un pólipo, a menudo se extirpa en el momento del procedimiento. Es necesario que el paciente tenga una correcta preparación colónica para una buena visibilidad durante el examen.

La clasificación de Boston es una clasificación utilizada para evaluar la calidad de la preparación del colon para la colonoscopia. La calidad de la preparación del colon es importante para permitir que el médico endoscopista observe el colon con claridad y detecte pólipos o cualquier otra lesión. Ayuda a determinar si se necesita una colonoscopia de seguimiento o si se debe repetir la preparación antes de programar una nueva colonoscopia.(14)

Divide la preparación de colon en 4 categorías

- Excelente: colon limpio, sin residuos o solo con residuos líquidos que son irrelevantes.
- Bueno: el colon está en su mayoría limpio, pero puede haber áreas con residuos sólidos o líquidos.
- Adecuado: parcialmente limpio, con residuos sólidos y líquidos que obstaculizan la visualización en algunas áreas del colon
- Inadecuado: colon sucio, con gran cantidad de materia fecal sólida y líquida que impide la correcta visualización.

En cuanto a otras alternativas que se pueden usar para diagnosticar pólipos de colon y cáncer colorrectal incluyen la prueba de sangre oculta en heces: una prueba que busca sangre en las heces, lo que puede indicar posible cáncer de colon. Esta prueba detecta la presencia de cantidades muy pequeñas de sangre en las heces, y puede indicar aparte de tumores, úlceras pépticas y enfermedad inflamatoria del intestino.

Prueba de ADN en heces: un tipo de prueba más nuevo que busca cambios específicos en el ADN de las células del colon que pueden indicar cáncer o pólipos precancerosos.

Colonoscopia virtual: una prueba no invasiva que utiliza una tomografía computarizada para crear imágenes detalladas del colon y el recto.

Si se sospecha cáncer colorrectal, es posible que se necesiten pruebas adicionales, como una biopsia para extraer una pequeña muestra de tejido para examinarla con un microscopio.

Es importante destacar que, si experimenta algún síntoma como dolor abdominal, sangrado rectal o cambios en los hábitos intestinales, debe comunicarse con su proveedor de atención médica de inmediato. La detección y el tratamiento tempranos son clave para mejorar los resultados de los pólipos de colon y el cáncer colorrectal.

(10)

Capítulo 4: Detección y vigilancia postpolipectomía.

Luego de la extracción de un adenoma de colon, se recomienda vigilancia periódica, con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal. (10)

Tabla 1. Guías actualizadas de vigilancia postpolipectomía. ESGE, UK y USMSTF

	ESGE	UK	USMSTF
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • 1-4 adenomas o pólipo serrato < a 10mm con DBG. • Independientemente del componente vellosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-4 adenomas o pólipo serrato < a 10mm con DBG. • Independientemente del componente vellosos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 adenomas tubulares o pólipo serrato. • < a 10mm.
	No requieren vigilancia. Retorna a la pesquisa.	No requieren vigilancia. Retorna a la pesquisa.	Vigilancia: 7-10 años.
Riesgo intermedio			<ul style="list-style-type: none"> • 3-4 adenomas tubulares o pólipo serrato, < a. 10mm.
			Vigilancia: 3-5 años.
Riesgo alto	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 adenomas. • 1 adenomas o pólipo serrato ≥ 10mm. • DAG. • Pólipo serrato con displasia. • ≥ 10 adenomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 5 adenomas. • 1 adenomas o pólipo serrato ≥ 10mm. • DAG. • Pólipo serrato con displasia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 5-10 adenomas o pólipo serrato sésil. • 1 adenomas o pólipo serrato ≥ 10mm. • Vellosos o DAG. • Pólipo serrato con displasia. • Adenoma serrato tradicional. • ≥ 10 adenomas.
	Vigilancia: 3 años.	Vigilancia: 3 años.	Vigilancia: 3 años.
	Consejería genética.		Vigilancia: 1 año.

DBG: displasia de bajo grado; **DAG:** Displasia de alto grado.

Cuando se diagnostica el cáncer colorrectal en una etapa temprana, a menudo es posible curarlo. En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer ha disminuido un 56% desde 1970, debido a mejoras en el tratamiento y a una mayor detección que permite detectar cambios colorrectales antes de que se vuelvan cancerosos y se conviertan en un cáncer en etapas iniciales. En general, la tasa de mortalidad ha disminuido alrededor del 2% anualmente desde 2015 hasta 2019. Sin embargo, las muertes en adultos menores de 55 años han aumentado un 1% al año entre 2008 y 2017. Actualmente, hay más de 1.5 millones de sobrevivientes de cáncer colorrectal en los Estados Unidos.

La tasa de supervivencia a 5 años se cuenta con el porcentaje de personas que vive al menos 5 años después de ser diagnosticado con cáncer. En el caso del cáncer colorrectal, la tasa de supervivencia a 5 años es del 65%, lo que significa que, de cada 100 personas diagnosticadas con este cáncer, 65 vivirán al menos 5 años. Sin embargo, esta tasa puede variar según varios factores, especialmente el estadio del cáncer.

La tasa de supervivencia a 5 años para personas con cáncer colorrectal en etapa localizada es del 91%, y aproximadamente el 37% de los pacientes son diagnosticados en esta etapa temprana. Si el cáncer se ha extendido a los tejidos o órganos circundantes o los ganglios

linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 72%, y alrededor del 36% de los pacientes son diagnosticados en esta etapa. Si el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 15%, y alrededor del 22% de los pacientes son diagnosticados en esta etapa avanzada.

Es importante destacar que, en algunos casos, los pacientes con cáncer colorrectal que tienen tumores que se han diseminado a los pulmones o al hígado, pueden ser tratados mediante cirugía para extirpar estos tumores, lo cual puede mejorar significativamente la tasa de supervivencia a 5 años para estos pacientes.(4)

Se pueden encontrar tasas de supervivencia separadas para el cáncer de colon y el cáncer de recto. La tasa de supervivencia general a 5 años para el cáncer de colon es del 64%, mientras que para el cáncer de recto es del 67%. Si el cáncer se diagnostica en un estadio localizado, la tasa de supervivencia es del 91% para el cáncer de colon y del 90% para el cáncer de recto. Si el cáncer se ha diseminado a los tejidos u órganos circundantes o ganglios linfáticos regionales, la tasa de supervivencia a 5 años es del 72% para el cáncer de colon y del 73% para el cáncer de recto. Si el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo, la tasa de supervivencia a 5 años es del 14% para el cáncer de colon y del 17% para el cáncer de recto. Es importante tener en cuenta que las estadísticas de supervivencia son estimaciones basadas en los datos anuales de un gran número de personas con cáncer colorrectal en los Estados Unidos. Los expertos recalculan las estadísticas cada 5 años, y pueden no reflejar los avances recientes en la forma en que se diagnostica o trata el cáncer colorrectal. Por lo tanto, es importante hablar con su médico si tiene alguna pregunta sobre esta información y obtener más información sobre cómo interpretar las estadísticas. (4)

JUSTIFICACIÓN

Los pólipos colónicos son crecimientos que se desarrollan en el revestimiento interno del colon o del recto. Si bien la mayoría de los pólipos son benignos, algunos pueden convertirse en cáncer con el tiempo. Por lo tanto, es importante diagnosticar los pólipos colónicos de manera temprana para prevenir el desarrollo de cáncer colorrectal.

Si los pólipos no se diagnostican ni se tratan, pueden seguir creciendo y eventualmente transformarse en tumores cancerosos. El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común tanto en hombres como en mujeres y es la segunda causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en los Estados Unidos. Sin embargo, cuando los pólipos se detectan a tiempo y se extirpan, el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal se reduce significativamente.

La detección de pólipos se puede realizar a través de una colonoscopia u otras pruebas de imagen. Se recomienda que las personas con un riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal comiencen las pruebas de detección a los 50 años, o antes para aquellas con antecedentes familiares de la enfermedad u otros factores de riesgo. Al diagnosticar los pólipos colónicos temprano, las personas pueden tomar medidas para prevenir el desarrollo de cáncer colorrectal y potencialmente salvar sus vidas.(1,12)

Se ha concluido que en la mayoría de los casos, se puede relacionar el tipo de pólipo según su aspecto macroscópico, tamaño y cantidad a una posible progresión a neoplasia y al identificar las características histológicas de los pólipos colónicos conllevaría a disminuir el riesgo de progresión a adenocarcinoma de colon.

Si se realiza un correcto manejo médico de los pacientes con pólipos colónicos: buena toma de muestras para las biopsias, un patólogo experto en el asunto, que sea certero en sus diagnósticos, correcta toma de decisiones de acuerdo a la vigilancia endoscópica establecida por las guías internacionales de Gastroenterología y Proctología, y tener en cuenta los factores de riesgo de cada individuo, se puede disminuir la incidencia de CCR; mediante el Screening endoscópico regulado y control de los factores de riesgo.

La vigilancia colonoscópica forma parte del 25% de todas las colonoscopias hechas. Desde el 2012 las recomendaciones sobre la vigilancia colonoscópica han fortalecido, actualmente existen pruebas más sólidas para la clasificación del riesgo en función de las distintas características de los pólipos en la colonoscopia inicial. Se recalca que una buena calidad en el examen inicial es un factor clave para determinar el riesgo de cáncer colorrectal, tanto, así como su evolución histopatológica. A medida que los endoscopistas mejoran las técnicas endoscópicas, se espera que la tasa de Cáncer colorrectal posterior a la colonoscopia, disminuya; y así el seguimiento endoscópico funcione, más que nada enfocándose en los individuos de alto riesgo. (11)

METODOLOGÍA:

Materiales y métodos:

Es un estudio de prevalencia de corte transversal (observacional, descriptivo y analítico). Se aplicará la técnica de documentación, por medio de la revisión de historias clínicas y pruebas complementarias registradas en la base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos.

Población de estudio

El estudio fue realizado con pacientes diagnosticados con pólipos colónicos, y se recolectaron los datos de los pacientes que hayan asistido a consulta externa del HGNG. IESS Los Ceibos, durante el periodo de tiempo enero 2019- enero 2022

Muestra

Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico establecido de pólipos colónicos
2. Historia clínica completa del paciente
3. Resultados completos de histopatología
4. Pacientes atendidos por consulta externa
5. Pacientes hospitalizados
6. Pacientes con rectorragia

Criterios de exclusión:

1. Pacientes atendidos por emergencia
2. Diagnóstico de pólipos colónicos asociados a otras patologías
3. Pacientes sometidos a ostomías en colon, razón por la cual no se complete visualización en colonoscopia (hasta el ciego)
4. Ausencia de resultados de biopsia

Procedimiento

Identificación de población y muestra: La población para este trabajo de investigación fueron todos los pacientes atendidos por consulta externa bajo el servicio de Gastroenterología o pacientes hospitalizados con o sin sintomatología en el HGNG durante el periodo enero 2019 a enero 2022.

De 1200 pacientes, se incluyeron los que tienen un diagnóstico de 100 de pólipos colónicos, con una historia clínica completa, es decir antecedentes patológicos personales, familiares, alergias, cirugías previas, motivo de consulta, evolución y prescripciones. Asimismo, que se haya enviado a anatomía patológica la muestra completa y que sea suficiente para reportar los resultados de la biopsia. No se utilizaron las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos por emergencia, que tengan diagnosticado alguna otra patología asociada a pólipos colónicos y que hayan sido sometidos a cirugías de tipo ostomías en colon, razón por la cual no se pueda visualizar completamente hasta el ciego durante la colonoscopia y que no estén reportados los resultados de las biopsias.

Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple, en el cual fueron un total de 170 pacientes. Posteriormente se procedió a recopilar los datos. Entre estos 170 pacientes se hallaron 293 pólipos de diferente tamaño y en distinta ubicación.

Diseño de herramienta de recolección de datos:

Para la recopilación de los datos se utilizó el sistema AS400, en donde se pueden leer las historias clínicas completas y laboratorios de los pacientes. La validez y confiabilidad de las historias clínicas son fundamentales para asegurar la calidad de la atención e investigación médica. La historia clínica es precisa y exacta de acuerdo a la charla que se tiene con el paciente, sin embargo, su validez se puede ver afectada por errores en el registro de datos, puede ser por subjetividad del personal médico o porque el paciente no comenta la información completa. Para mejorar su validez es importante seguir las buenas prácticas de documentación clínica, como registrar la información de una manera objetiva y consistente, siempre verificando los datos con el paciente y actualizar la información de manera regular. Su confiabilidad y validez puede variar según la calidad del proceso de documentación clínica que se utiliza para contemplar la información.

Procedimiento de aplicación:

Se han revisado todas las evoluciones médicas relacionadas con gastroenterología y se han

analizado los resultados de las biopsias correspondientes. Posteriormente, se han registrado dichos resultados en el cuadro que contempla las variables a considerar.

Análisis estadístico

Una vez realizada la recolección de la información de cada una de las variables de interés en un documento de Excel, fue realizado el análisis estadístico mediante el programa SPSS v25.0 (Armonk, NY: IBM Corp). Fueron realizadas tablas simples y de clasificación cruzada o de contingencia para reproducir los resultados obtenidos. Fue utilizada estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión) para el análisis de las variables sociodemográficas de los pacientes incluidos y posteriormente de los pólipos. Fue realizada la prueba de chi cuadrado a un nivel de confianza del 95% y un error estándar del 5% (significancia estadística), considerando un p-valor $< 0,05$ como representativo.

Consideraciones éticas:

Consentimiento informado: Es importante obtener el consentimiento informado de los pacientes para el uso de sus registros clínicos en la investigación. Esto debe incluir información sobre el propósito de la investigación, los procedimientos que se seguirán y cualquier posible riesgo o beneficio asociado con la participación.

Confidencialidad: Es importante mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes para proteger su privacidad. Esto puede incluir la eliminación de información identificable o el uso de códigos para identificar a los pacientes.

Uso ético de los datos: es importante utilizar los datos de manera ética y responsable, evitando cualquier uso que pueda dañar a los pacientes o a la comunidad en general.

Protección del paciente: es importante proteger la seguridad y el bienestar de los pacientes que participan en la investigación. Esto puede incluir la implementación de medidas de seguridad para minimizar el riesgo de pérdida o divulgación de información confidencial.

Divulgación de conflictos de interés: es importante divulgar cualquier conflicto de interés que pueda surgir en la investigación, como relaciones financieras o personales que puedan influir en la toma de decisiones.

Respeto a la Autonomía del Paciente: Es importante respetar la autonomía del paciente y su derecho a tomar decisiones informadas sobre su propia atención médica. Esto puede incluir la consideración de sus preferencias y necesidades individuales en la toma de decisiones clínicas.

Consentimiento para el uso de datos de pacientes fallecidos: En el caso de utilizar datos de pacientes fallecidos, es importante obtener el consentimiento informado previo de los pacientes o de sus familiares, si es posible. Si no se puede obtener el consentimiento, es importante considerar la utilidad y la relevancia ética del uso de datos sin consentimiento.

RESULTADOS

La edad promedio de pacientes con diagnóstico de pólipos colónicos en el Hospital General del Nortede Guayaquil IESS Los Ceibos de enero 2019 a enero 2022 es de 68 años. El 1% tienen menos de 40 años, entre 40 y 49 años se evidenciaron en apenas un 2%. Por otro lado, se presentó un 17% entre los 50 y 59 años. Los pacientes entre 60 y 69 años son parte del 39% de pacientes con pólipos colónicos, a diferencia de los que están en el rango entre 70 y 79 años, que revelan un 26%. Los pacientes mayores a 80 años presentan un 15 %.

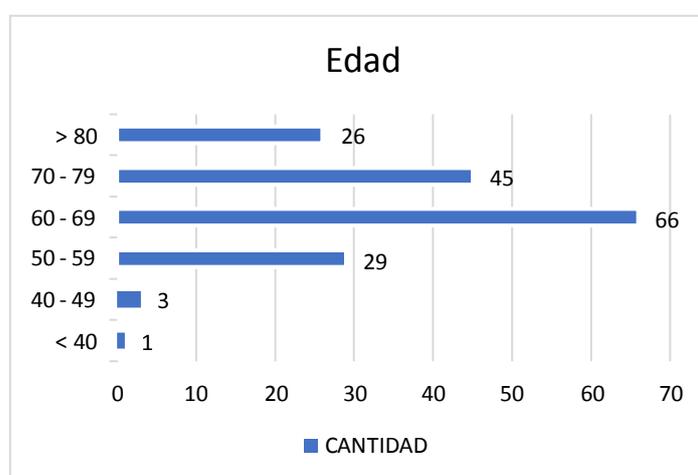


Gráfico 1: Edad de los pacientes con pólipos colónicos

Los resultados muestran que el diagnóstico de pólipos colónicos es más frecuente en mujeres que en hombres, representando un 54% de los casos diagnosticados. Por otro lado, el sexo masculino representa el 46% restante de los casos.

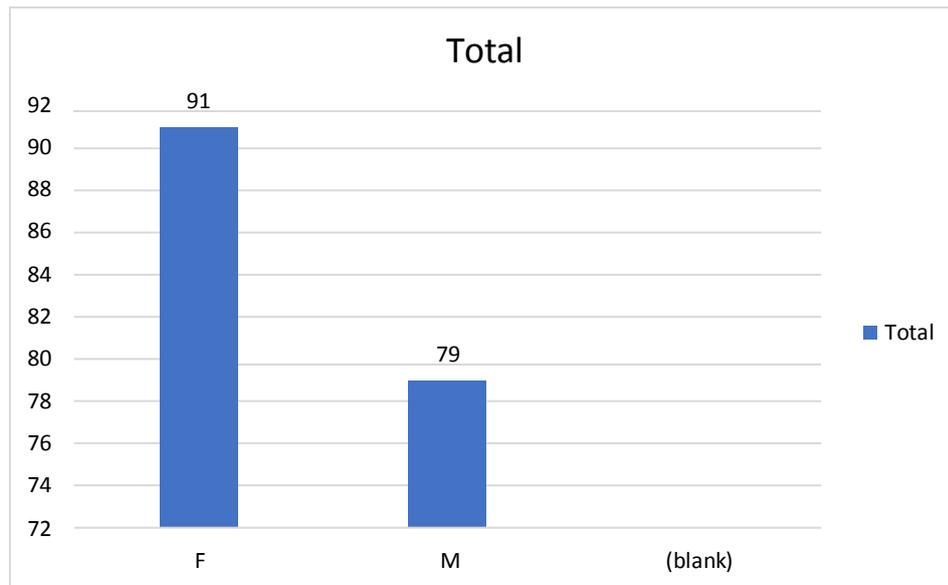


Gráfico 2: Sexo de los pacientes con pólipos colónicos

La provincia de Guayas es la provincia con mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de pólipos colónicos en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos de enero 2019 a enero 2022, con un promedio de 62%. Le sigue la provincia de Los Ríos, con un 7% y las provincias de Manabí y El Oro comparten el mismo porcentaje con 6%.

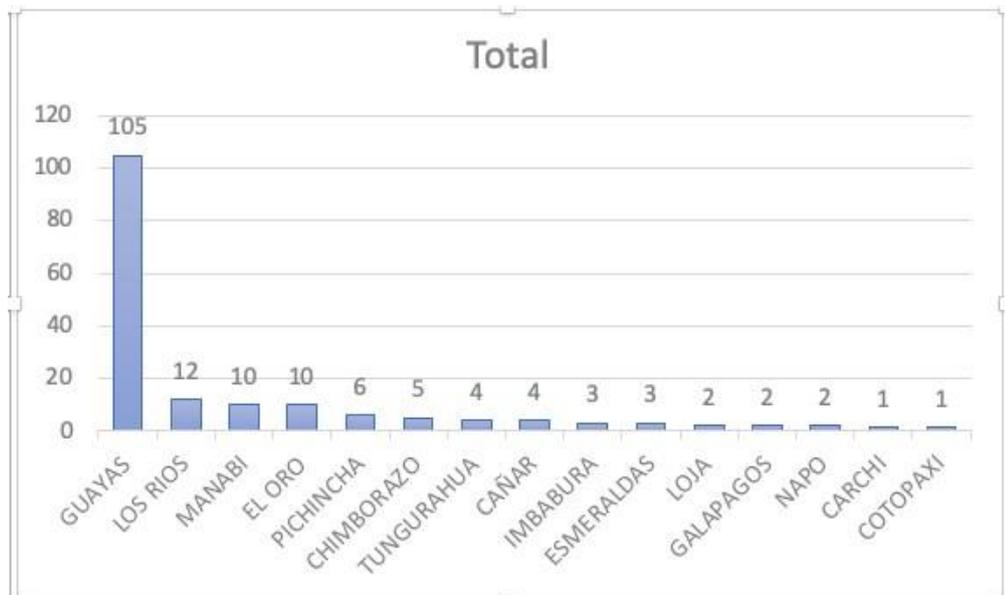


Gráfico 3: Provincias

Con respecto al seguimiento colonoscópico, el 82% de los pacientes no acudió a la consulta para su procedimiento. A diferencia del 18% restante que sí acudió.

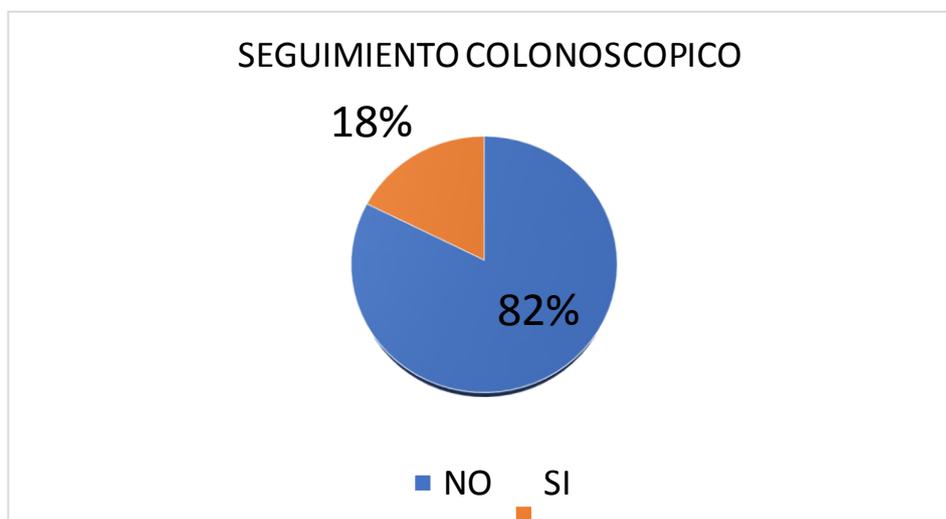


Gráfico 4: Seguimiento endoscópico.

Descriptivos

La población dentro de esta investigación es de 170 individuos en donde se hallaron 293 pólipos colónicos. El tamaño de los pólipos, con un rango de 109, un tamaño mínimo de 2 y un máximo de

111. La media del tamaño de pólipo es de 6.17 y la desviación estándar de 7.048. El párrafo proporciona información sobre la población objeto de estudio, la cual consta de 170 individuos en quienes se detectaron un total de 293 pólipos colónicos. Además, se presenta una tabla de datos que especifica el rango de tamaño de los pólipos, cuyo valor mínimo es 2 y el máximo es 111. La media del tamaño de los pólipos es de 6.17, lo que sugiere que el tamaño promedio de los pólipos es relativamente pequeño. Sin embargo, la desviación estándar de 7.048 indica que hay una gran variabilidad en los tamaños de los pólipos dentro de la muestra, con algunos individuos que presentan pólipos significativamente más grandes que otros. Esta información podría ser importante para el diagnóstico y tratamiento de los pólipos colónicos en esta población en particular.

Se pueden encontrar diferentes tipos de pólipos en el colon y recto, cada uno con sus

características específicas. Los pólipos del colon derecho se ubican cerca del ciego y tienden a ser más grandes y tener una mayor probabilidad de volverse cancerosos. Por otro lado, los pólipos del colon transverso se localizan en la parte media del colon y suelen ser más grandes y planos que los del colon derecho. Los

pólipos del colon izquierdo se sitúan cerca del recto, son generalmente más pequeños y tienen una menor probabilidad de volverse cancerosos. Finalmente, los pólipos del recto se encuentran cerca del ano y son los más pequeños, y se presentan con más frecuencia en pacientes mayores. Es importante detectar y extirpar los pólipos durante una colonoscopia para evitar su posible desarrollo en cáncer.

Ubicación en el colon

	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ascendente	109	37,2	37,2
Ciego	13	4,4	4,4
Descendente	53	18,1	18,1
Recto	19	6,5	6,5
Sigmoides	47	16,0	16,0
Transverso	52	17,7	100,0
Total	293	100,0	100,0

La tabla presentada muestra la distribución de pólipos colónicos en diferentes ubicaciones y sus correspondientes porcentajes. La columna "Porcentaje" indica el porcentaje de pólipos encontrados en cada ubicación, mientras que la columna "Porcentaje acumulado" indica el porcentaje acumulado de pólipos en todas las ubicaciones hasta ese punto.

El total de pólipos encontrados en el colon fue de 293. El porcentaje más alto de pólipos se encontró en el colon ascendente, con un 37,2%, seguido del colon transverso con un 17,7%. El colon descendente y el sigmoides también presentaron una cantidad significativa de pólipos, con 18,1% y 16,0%, respectivamente.

El colon ciego y el recto presentaron el menor número de pólipos, con un 4,4% y un 6,5%, respectivamente. El porcentaje acumulado en cada ubicación indica qué porcentaje de todos los pólipos se encontraron en esa ubicación específica y cuánto del total se ha contabilizado hasta ese punto.

En conclusión, esta tabla puede ser útil para comprender la distribución de los pólipos colónicos en diferentes ubicaciones y puede ser útil en la evaluación del riesgo de cáncer colorrectal en una población específica.

Morfología del pólipo

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sésil	248	84,6	84,9
Pediculado	30	10,2	95,2
Plano	13	4,4	99,7
Polilobulado	1	,3	100,0
Total	292	99,7	100,0
Perdidos	Sistema	1	,3
Total	293	100,0	

La presente tabla exhibe información relevante acerca de la morfología de los pólipos colónicos en una muestra de 293 casos. Se evidencia que la mayoría de los pólipos estudiados correspondieron al tipo sésil, con una frecuencia de 248 (84,6%) y un porcentaje acumulado del 84,9%. En menor medida, se detectaron pólipos pediculados, con una frecuencia de 30 (10,2%) y un porcentaje acumulado del 95,2%. La proporción de pólipos planos fue aún menor, con una frecuencia de 13 (4,4%) y un porcentaje acumulado del 99,7%. Asimismo, se identificó un único pólipo poli lobulado, representando el 0,3% de la muestra y englobado en el porcentaje acumulado del 100%.

Es importante mencionar que se reportó un pólipo perdido (0,3%), indicando que no se pudo determinar su tipo morfológico. En conclusión, la información contenida en la tabla ofrece valiosa información sobre la distribución de los diferentes tipos de pólipos colónicos en la muestra analizada.

Aspecto macroscópico

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adenomatoso	101	34,5	34,5	34,5
Hiperplásicos	173	59,0	59,0	93,5
Inflamatorio	14	4,8	4,8	98,3

Alteración del patrón glandular estrellado	1	,3	,3	98,6
Patrón glandular estrellado	3	1,0	1,0	99,7
Granular	1	,3	,3	100,0
Total	293	100,0	100,0	

La tabla proporciona información detallada sobre la frecuencia y los porcentajes de diferentes aspectos macroscópicos de los pólipos colónicos en una muestra de 293 casos. Los resultados indican que los pólipos hiperplásicos son los más comunes, representando el 59,0% de los casos, seguidos de los pólipos adenomatosos con una frecuencia del 34,5%. Por otro lado, los pólipos inflamatorios, los pólipos con alteración del patrón glandular estrellado y los pólipos con patrón glandular estrellado tuvieron una frecuencia más baja, mientras que los pólipos granulares presentaron un único caso.

En términos de porcentajes acumulados, los pólipos hiperplásicos representaron el 93,5% de la muestra, lo que indica que son la mayoría de los pólipos colónicos presentes en la población de estudio. Los pólipos adenomatosos y aquellos con patrón glandular estrellado contribuyeron con un porcentaje acumulado del 34,5% y 1,0%, respectivamente. Por último, se observó que los pólipos granulares presentaron un porcentaje acumulado del 100,0%, lo que significa que solo se encontró un caso en la muestra.

En conclusión, la tabla brinda información relevante sobre la distribución de diferentes aspectos macroscópicos de los pólipos colónicos en la población de estudio. Los resultados indican que los pólipos hiperplásicos son los más comunes, mientras que los pólipos granulares y aquellos con patrón glandular estrellado son extremadamente raros.

Resultado histológico

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adenomatoso	101	34,5	34,5	34,5
Hiperplásicos	173	59,0	59,0	93,5
Inflamatorio	14	4,8	4,8	98,3
Alteración del patrón glandular estrellado	1	,3	,3	98,6
Patrón glandular estrellado	3	1,0	1,0	99,7
Granular	1	,3	,3	100,0
Total	293	100,0	100,0	

En resumen, la tabla muestra que el tipo más común de pólipo colónico es el hiperplásico, que representa el 59,0% de la muestra. Los pólipos adenomatosos representan el 34,5% de la muestra y son el segundo tipo más común. Los pólipos inflamatorios, alteración del patrón glandular estrellado, patrón glandular estrellado y granular son menos comunes en la muestra. El porcentaje acumulado de los cinco tipos más comunes de pólipos es del 99,7%.

Seguimiento

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cancerígeno	41	14,0	14,0
No cancerígeno	252	86,0	100,0
Total	293	100,0	

La tabla muestra los resultados del seguimiento endoscópico de pólipos colónicos, clasificados en dos categorías: cancerígeno y no cancerígeno. La columna "Frecuencia" indica el número de pólipos en cada categoría, mientras que la columna "Porcentaje" indica el porcentaje de pólipos en cada categoría. La tabla indica que, de los 293 pólipos colónicos estudiados, el 86% (252 pólipos) fueron clasificados como no cancerígenos, mientras que el 14% (41 pólipos) fueron cancerígenos. El porcentaje acumulado indica que el 100% de los pólipos estudiados fueron clasificados dentro de una de estas dos categorías. Es importante destacar que estos resultados se basan en un seguimiento endoscópico y no necesariamente indican que todos los pólipos no cancerígenos permanecerán así en el futuro. Por lo tanto, se recomienda una vigilancia y seguimiento continuo para detectar cualquier cambio en el comportamiento de los pólipos y tomar medidas preventivas adecuadas.

Tablas cruzadas

	Cancerígeno	No cancerígeno	Total
Sierra	5	37	42
Costa	36	215	251
Total	41	252	293

En esta tabla de contingencia, las filas representan la variable "Región" y las columnas representan la variable "Cancerígeno". Los valores de las celdas representan el número de casos que caen en cada combinación de categorías. Por ejemplo, hay 5 casos que pertenecen a la región Sierra y que tienen un diagnóstico de cáncer, y hay 37 casos que pertenecen a la región Sierra y que no tienen un diagnóstico de cáncer. La prueba de chi-cuadrado de Pearson en este caso muestra un valor de 0.178, con un grado de libertad de 1 y una significación asintótica (bilateral) de 0.673. Esto significa que no hay evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula de que no hay relación entre las variables "Región" y "Cancerígeno".

Estimación de riesgo

Valor	Intervalo de confianza de 95%	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Región (Sierra / Costa)	0,807	0,297	2,190
Para cohorte Seguimiento = Cancerígeno	0,830	0,345	1,994
Para cohorte Seguimiento = No cancerígeno	1,028	0,910	1,162
N de casos válidos	293		

Se están comparando las tasas de casos de cáncer entre las dos regiones (Sierra y Costa) y las tasas de seguimiento entre los casos cancerosos y no cancerosos.

La razón de ventajas de Región (Sierra / Costa) es de 0,807, lo que sugiere que las tasas de casos de cáncer en la Sierra son un 19,3% más bajas que en la Costa. Sin embargo, el intervalo de confianza del 95% (0,297 - 2,190) indica que la diferencia no es estadísticamente significativa.

La razón de ventajas para el seguimiento entre casos cancerosos y no cancerosos es de 0,830, lo que sugiere que las tasas de seguimiento entre los casos cancerosos son un 17% más bajas que en los casos no cancerosos. Sin embargo, el intervalo de confianza del 95% (0,345 - 1,994) indica que la diferencia no es estadísticamente significativa para los casos cancerosos, mientras que la tasa de seguimiento en los casos no cancerosos no difiere significativamente del valor de referencia de 1.

En resumen, la diferencia entre las tasas de casos de cáncer entre las dos regiones y las tasas de seguimiento entre los casos cancerosos y no cancerosos no son estadísticamente significativas, según los intervalos de confianza proporcionados.

	Adenomatoso	Otros pólipos	Total
Región Sierra	17	25	42
Región Costa	84	167	251
Total	101	192	293

Esta tabla representa la distribución de casos en dos variables: Región y Aspecto. Se pueden observar los conteos en cada categoría, así como el total de casos en cada fila y columna.

Además, se realizó una prueba de chi-cuadrado con los datos, con un valor de 0,783 y un grado de libertad de 1, lo que indica que no hay una asociación significativa entre las variables Región y Aspecto.

Estimación de riesgo:

En la tabla de contingencia presentada, se puede observar que se analizó la relación entre la región geográfica y el aspecto de los pólipos colónicos en los casos estudiados. Se encontró que hubo una diferencia significativa entre la distribución de los aspectos de los pólipos en las dos regiones (Sierra y Costa), con una significancia asintótica (bilateral) de 0.376. La razón de ventajas para la región (Sierra / Costa) se calculó en 1.352, lo que indica que los casos de pólipos adenomatosos son 1.352 veces más probables en la región de Sierra en comparación con la Costa.

Además, se analizó la relación entre el aspecto de los pólipos y la región geográfica. La razón de ventajas para el aspecto de pólipo adenomatoso en comparación con otros pólipos fue de 1.209, lo que indica que los casos de pólipos adenomatosos son 1.209 veces más probables que los casos de otros pólipos en el estudio. El intervalo de confianza de 95% para esta razón de ventajas oscila entre 0.806 y 1.815, lo que sugiere que hay una variabilidad significativa en la probabilidad de tener pólipos adenomatosos en diferentes casos.

Finalmente, para el grupo de pólipos con otros aspectos diferentes a los adenomatosos, la razón de ventajas se calculó en 0.895. Esto indica que los casos de pólipos de otros aspectos son 0.895 veces más probables en la región de Sierra en comparación con la Costa. El intervalo de confianza de 95% para esta razón de ventajas oscila entre 0.687 y 1.165, lo que indica una variabilidad significativa en la probabilidad de tener pólipos de otros aspectos en diferentes casos.

	Cancerígeno	No cancerígeno	Total
Adenomatoso	33	68	101
Otros pólipos	8	184	192
Total	41	252	293

En este caso, el valor de chi-cuadrado de Pearson es 44,689 con 1 grado de libertad y una significación asintótica (bilateral) de 0,000. Como el valor de significación es menor que 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula de que no hay asociación entre las variables y concluir que hay una asociación significativa entre los tipos de pólipo y la presencia de cáncer.

No se proporciona información sobre la hipótesis alternativa, por lo que no es posible realizar una prueba exacta.

Estimación de riesgo

Valor	Intervalo de confianza de 95%	Inferior	Superior
Razón de ventajas para Aspecto_CA (Adenomatoso / Otros pólipos)	11,162	4,911	25,367
Para cohorte Seguimiento = Cancerígeno	7,842	3,764	16,335
Para cohorte Seguimiento = No cancerígeno	0,703	0,611	0,807
N de casos válidos	293		

La razón de ventajas (OR) para Aspecto_CA indica que las personas con pólipos adenomatosos tienen 11,162 veces más probabilidades de desarrollar cáncer que aquellos con otros tipos de pólipos. Además, el OR para la cohorte Seguimiento indica que las personas con cáncer tienen 11,156 veces más probabilidades de tener pólipos adenomatosos que aquellos sin cáncer. Los intervalos de confianza del 95% muestran la precisión de estas estimaciones, indicando que se espera que los verdaderos valores del OR estén dentro de los límites de los intervalos con un nivel de confianza del 95%. En este caso, el intervalo de confianza para la razón de ventajas para Aspecto_CA es de 4,911 a 25,367, mientras que el intervalo de confianza para la cohorte con cáncer es de 3,764 a 16,335, y el intervalo de confianza para la cohorte sin cáncer es de 0,611 a 0,807.

	Cancerígeno	No cancerígeno	Total
Ascendente	15	94	109
Ciego	0	13	13
Descendente	5	48	53
Recto	4	15	19
Sigmoides	9	38	47
Transverso	8	44	52
Total	41	252	293

Los resultados de la prueba de chi-cuadrado muestran un valor de 4,944 con 5 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,423. Esto indica que no hay una relación significativa entre la ubicación del pólipo en el colon y el estado cancerígeno.

Morfología del pólipo - seguimiento.

La tabla de contingencia muestra la distribución de pacientes en la cohorte Seguimiento según su estado cancerígeno y la morfología del pólipo detectado durante la colonoscopia. Hay un total de 292 pacientes válidos en esta cohorte, de los cuales 41 son cancerígenos y 251 no lo son.

Morfología del pólipo	Cancerígeno	No cancerígeno	Total
Sésil	26	222	248
Pediculado	10	20	30
Plano	4	9	13
Polilobulado	1	0	1
Total	41	251	292

La prueba de chi-cuadrado muestra un valor de 20,987 con 3 grados de libertad y una significación asintótica bilateral de 0,000. Esto indica que hay una asociación significativa entre el estado cancerígeno y la morfología del pólipo detectado. En otras palabras, el tipo de pólipo detectado puede ser un factor de riesgo para el cáncer colorrectal.

DISCUSIÓN:

Conforme a los resultados obtenidos, se calculó la prevalencia de pólipos neoplásicos durante el periodo de la investigación. La prevalencia de pólipos colónicos neoplásicos es la proporción de personas en la población que tienen pólipos colónicos neoplásicos en un momento dado. En este caso, sabemos que se detectaron 170 pólipos en 800 personas, y que 41 de esos pólipos eran neoplásicos. Por lo tanto, la prevalencia de pólipos colónicos neoplásicos en la población estudiada es del 19.29%. De igual forma, se presentaron más pólipos hiperplásicos que adenomatosos, siendo 128 y 165 respectivamente. Finalmente, se constató la presencia de 41 pólipos neoplásicos que corresponden a la estirpe histológica adenomatosa.

Entre los diferentes tipos de pólipos que se pueden encontrar, se distinguen aquellos que son no neoplásicos, tales como los hiperplásicos, mucosos, inflamatorios y juveniles, y aquellos que sí lo son, como los adenomas. Se ha demostrado que los pólipos hiperplásicos no presentan riesgo de desarrollar cáncer, mientras que los adenomas, los cuales pueden presentar diferentes grados de displasia (bajo, moderado y alto), son aquellos que tienen una mayor tendencia a desarrollar características de malignidad, convirtiéndose en un carcinoma. No obstante, diversos estudios han demostrado que la tasa de transformación maligna de los adenomas es relativamente baja, gracias al seguimiento colonoscópico que se ha desarrollado como una medida preventiva.

En la presente investigación, durante el seguimiento a los 3 años de los pacientes diagnosticados con pólipos colónicos, hubo 41 pólipos cancerígenos de un total de 293, de los cuales 165 fueron de estirpe histológica adenomatosa y 128 fueron de otra índole. Ese valor representa un 11,26% del total de pólipos, se traduce a que menos de la mitad de los pólipos se diferenciaron a una estirpe maligna, lo cual va de acuerdo a lo que plantea la teoría: los pólipos adenomatosos son los que tienden a sufrir displasias y en consecuencia, llegar a cáncer.

De los pólipos con grados de displasia de moderado y alto grado, se obtuvo el 10% del total de la muestra. Autores provenientes del Hospital St. Marks de Londres y la Clínica Mayo, reportan que los casos de adenomas tubulares con bajo grado de

displasia tienen poco riesgo de cáncer. En este análisis hubo diversos grados de displasia en los adenomas, resaltando con un 32,8% el adenoma tubular con displasia de bajo grado. (15)

La prevalencia de pólipos colorrectales en Latinoamérica es el 10% y de esos menos de un 5% se transforman en cáncer (15) (16). Este trabajo muestra la prevalencia de pólipos colónicos neoplásicos de 18% durante el periodo de enero 2019 a enero 2022. Se expone un porcentaje elevado en comparación a estudios sistemáticos realizados en Latinoamérica, pero la causa de conversión a malignidad de los pólipos es la falta de vigilancia endoscópica en nuestro país. De acuerdo con una investigación difundida en la publicación científica "Acta Gastroenterológica Latinoamericana", se observa una falta de vigilancia colonoscópica en Ecuador que resulta preocupante. Los resultados de esta investigación indican que el 75% de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal no habían recibido previamente una colonoscopia. Además, el estudio señala que en el país no se cuenta con programas establecidos para la prevención del cáncer colorrectal, en los que se incluya la vigilancia colonoscópica de manera sistemática. Esta situación representa un desafío para la detección temprana y el tratamiento adecuado de la enfermedad en el país.

Adicionalmente, los factores de riesgo asociados a cáncer colorrectal, como factores genéticos (20-25%) asociadas a una mutación de gen APC. (17)

Existen varios estudios que han investigado los factores genéticos asociados con el cáncer colorrectal en Ecuador. Uno de ellos, publicado en la revista científica "PLOS One", demostró que la variante rs6983267 del gen FGFR2 se encuentra relacionada con un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en la población mestiza de la costa ecuatoriana. Asimismo, el mismo estudio señaló que la variante rs10505477 del gen GREM1 se asocia con una reducción en el riesgo de padecer la enfermedad en la población mestiza.

Por otra parte, un estudio publicado en la revista "Cancer Epidemiology" analizó la relación entre los polimorfismos genéticos y el cáncer colorrectal en la población afroecuatoriana. Los resultados de este estudio indicaron que las variantes genéticas en los genes GSTT1 y GSTM1 se asocian significativamente con un mayor riesgo de cáncer colorrectal.

En conclusión, estos estudios sugieren que existen factores genéticos que pueden influir en la susceptibilidad de la población ecuatoriana al cáncer colorrectal, y que

estos factores pueden variar entre las distintas poblaciones étnicas del país.(18)

Pero; principalmente, se relaciona a un consumo no controlado de alimentos como carnes rojas; embutidos; café, y malos hábitos como el cigarrillo y el alcoholismo, de la mano con estrés y comorbilidades muy comunes en nuestro país como Diabetes tipo II, obesidad asociada al sedentarismo.

En promedio general, los ecuatorianos comen 142 gramos de carnes y salchichas al día, eso se interpreta en un aproximado de casi 1000 gramos de carnes rojas a la semana, cuando la recomendación de la OMS es consumir 500 gramos de carnes rojas a la semana, y evitar el consumo de embutidos. La población come el doble de lo recomendado, y eso se ve reflejado en el creciente porcentaje de cáncer colorrectal que está desarrollando el país, más aún con la falta de vigilancia endoscópica recomendada y la aplicación de medicina preventiva. (19)

A manera general, los pólipos se predominan regularmente en hombres, demostrando lo contrario en este trabajo de investigación: de 170 pacientes, 91 fueron de sexo femenino.

En el presente informe la incidencia de pacientes con presencia de pólipos se concentró en aquellos mayores a 60 años, siendo la edad promedio de 68 años. En estudios aleatorizados, se evidenciaron pólipos con mayor frecuencia en individuos mayores a 50, aquí existe un contraste debido a que, en nuestro país, Ecuador, no se acostumbra a realizar la colonoscopia de control a partir de los 40 años a manera de prevención de cáncer colorrectal, como se es recomendado; a diferencia de otros países que si tienen un screening y pueden detectar pólipos en personas más jóvenes. Los pólipos colónicos se clasifican según su tamaño en pequeños < 5 mm, medianos > 6 mm < 10 mm, y grandes > 10 mm. (20)

Según los parámetros para malignización, las características descritas para que un adenoma evolucione a carcinoma son en definitiva el tamaño, tipo histológico y sobre todo el grado de displasia, a mayor tamaño del pólipo y mayor cantidad, más probabilidades de transformación maligna tiene.

Los pólipos colónicos grandes, (>10mm) son un desafío para los endoscopistas porque tienen riesgo de hemorragia, perforación, e incluso evadir un posible diagnóstico de cáncer. En un reporte realizado en Cleveland, Estados Unidos, el

tamaño mínimo que se presentó fue de 20 mm, siendo sésil la forma macroscópica más común. Se evidenciaron en un 50% del lado derecho del colon y tuvieron un mínimo porcentaje de sangrado post polipectomía, que fue el 6%. No hubo evidencia de perforación. (21,22,23)

Los adenomas mayores de 3 mm de diámetro brindan una elongación a los microvasos, por lo tanto, la estructura de la microvasculatura de los adenomas tiene una organización parecida a la de los vasos normales, pero adaptado a su arquitectura. En nuestro estudio, de acuerdo al tamaño, se reportó un rango de 109 mm, con un mínimo de 2 mm y un máximo de 111mm. Se evidencio una media de 6.17 mm. En los resultados de este proyecto, el tamaño mínimo fue de 2 mm, con un máximo de 111mm, su forma macroscópica más común fue sésil, y al igual que en el estudio de Cleveland, se hallaron en mayor cantidad en colon derecho, específicamente en colon ascendente, presentando un 37.2%. Con respecto al sangrado post polipectomía, el 22% de los pólipos tuvo un sangrado que se controló con hemoclip e inyección de adrenalina. (24,25)

Centrándonos en la disposición netamente de los adenomas, se compara a otros estudios en donde se demuestra que su distribución es mayoritariamente en colon izquierdo, específicamente en rectosigmoides, presentándose un 76%.

En los resultados de este proyecto se constató que el reparto de los adenomas predominó en colon derecho, particularmente en colon ascendente, mostrándose en un 33%. (26,27)

CONCLUSIÓN:

En el Hospital IESS Los Ceibos, los pólipos hiperplásicos fueron las lesiones polipoides más comúnmente halladas en los pacientes atendidos por el servicio de Gastroenterología durante el periodo enero 2019 a enero 2022, presentándose en un 43.7%. El 86% de los pólipos no fue cancerígeno, y los pólipos que se transformaron a cancerígenos fueron en su mayoría los de aspecto adenomatoso, mostrándose en un 32%. Los pacientes que son atendidos bajo el servicio de Gastroenterología provienen no solo de Guayas, sino de otras provincias del Ecuador, agrupándolos por región, Costa, Sierra y Oriente. Se presenta una diferencia significativa en la distribución de resultados de seguimiento entre las dos regiones. La mayoría de los seguimientos realizados fueron para la detección de cáncer, aunque el número de seguimientos no cancerígenos es significativo. Sin embargo, no se proporciona información sobre otros factores que podrían influir en la distribución de resultados de seguimiento.

En conclusión, el diagnóstico de pólipos colónicos es más frecuente en pacientes mayores de 50 años, especialmente en mujeres, y los pólipos más comunes se localizan en el colon ascendente y transversal, y tienen un tamaño promedio de 6.17 mm, aunque con una gran variabilidad en los tamaños. La detección temprana y la extirpación de los pólipos son fundamentales para prevenir el desarrollo del cáncer colorrectal, y la información presentada puede ser útil para evaluar el riesgo de esta enfermedad en una población específica.

Recomendaciones:

A pesar de estos resultados, es recomendado cumplir con la vigilancia endoscópica a partir de los 40 años, y tener presente los signos de alarma, los factores de riesgo del paciente, antecedentes familiares de cáncer de colon y resultados de las biopsias de los pólipos colónicos, así podremos tener un manejo más seguro de las lesiones polipoideas, cumplir con el screening, transformándolo en un hábito de la medicina preventiva, así mismo, enfrentar el consumo no controlado de carnes rojas y cambiar los hábitos como el tabaquismo, para tener una mejor calidad de vida y de manera conjunta disminuir la prevalencia del cáncer colorrectal.

REFERENCIAS

1. Garrido Botella A, Garrido Gómez E, Moreira VF, López A, Román S. ¿QUÉ SON? Pólipos de colon Sección coordinada por. Vol. 99, REV ESP ENFERM DIG (Madrid). 2007.
2. Bastos N. Clasificación de los pólipos de la mucosa del colon y recto: uso del sistema de imágenes de banda angosta. Scielo. el 1 de enero de 2011;
3. Ruiz-Tovar J, Jiménez Miramón J, Valle A, Limones M, Miramón JJ. Punto de vista. Vol. 102, rev esp enferm dig (madrid). 2010.
4. Heitman S. Prevalence of adenomas and colorectal cancer in average risk individuals: a systematic review and meta-analysis. National Library of Medicine. el 10 de junio de 2009;
5. Barreda F, Combe J, Valdez LA, Sánchez J. Aspectos Clínicos de los Pólipos Colónicos.
6. Lieberman D, Gupta S. Does Colon Polyp Surveillance Improve Patient Outcomes? Gastroenterology. el 1 de enero de 2020;158(2):436–40.
7. Vanegas DP, Ramírez López LX, Limas Solano LM, Pedraza Bernal AM, Monroy Díaz AL. Revisión: Factores asociados a cáncer colorrectal. Revista Médica de Risaralda. el 30 de junio de 2020;26(1).
8. Edgerton Reed G. Prevalencia de poliposis colónica en el Servicio de Endoscopia Digestiva, en el Hospital Metropolitano de Quito durante el año 2009 caracterización macroscópica, localización e histopatología de los mismos. [Quito]: Universidad San Francisco de Quito; 2010.
9. Mosquera Diego. Cáncer de colon: 1.200 casos anuales. Edición Médica. 2015.
10. Barreda F, Combe J, Valdez LA, Sánchez J. Aspectos Clínicos de los Pólipos Colónicos.
11. Citarda F. Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. National Library of Medicine. 2020;
12. Carlos J, Blacio P. DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO. 2003.
13. Long X. Clinical and endoscopic-pathological characteristics of colorectal polyps: an analysis of 1,234 cases. Int J Clin Exp Med. el 15 de agosto de 2015;
14. Prieto Ortiz RG, Mendivelso D FO, Carvajal P. GD, Rocha R JN, Aponte Martin DM. Características endoscópicas e histopatológicas de los pólipos colorectales reseca

- endoscópicamente en una institución universitaria de Bogotá D.C. Rev Colomb Gastroenterol. el 1 de abril de 2019;34(1):31.
15. OPS-Nota-Informativa-Cancer-Colorrecto-2014.
 16. American College of Gastroenterology. Colon Polyps. Am J Gastroenterol [Internet]. 2017 [citado el 16 de abril de 2023]; 112(Suppl 1): S196-S198. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2017/09001/colon_polyps.19.aspx
 17. Biblioteca Nacional de Medicina de EE. UU. Colon Polyps. MedlinePlus. Disponible en: <https://medlineplus.gov/ency/article/001270.htm> (consultado el 16 de abril de 2023).
 18. Rex DK. Colonic polyps: diagnosis, management, and surveillance. Am Fam Physician. 2018 Mar 1;97(5):316-323. PMID: 29504848.
 19. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1993;328(13):901-6. PMID: 8446138.
 20. Atkin W, Wooldrage K, Brenner A, et al. Adenoma surveillance and colorectal cancer incidence: a retrospective, multicentre, cohort study. Lancet Oncol. 2017;18(7):823- 834. doi:10.1016/S1470-2045(17)30396-9. PMID: 28566286.
 21. Kahi CJ, Rex DK. Surveillance after colorectal cancer resection. Gastroenterology. 2019;156(6):1677-1683.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2019.02.032. PMID: 30818004.
 22. Bressler B, Paszat LF, Vinden C, Li C, He J, Rabeneck L. Colonoscopic miss rates for right- sided colon cancer: a population-based analysis. Gastroenterology. 2004;127(2):452- 456. doi: 10.1053/j.gastro.2004.04.012. PMID: 15300594
 23. Lieberman D, Ladabaum U, Cruz-Correa M, et al. Screening for colorectal cancer and evolving issues for physicians and patients: a review. JAMA. 2021;325(19):2029-2039. doi:10.1001/jama.2021.4082. PMID: 33950119.
 24. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA.

- 2021;325(19):1965-1977. doi:10.1001/jama.2021.4214. PMID: 33950118.
25. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2017;153(1):307-323. doi: 10.1053/j.gastro.2017.05.013. PMID: 28528946.
 26. Knudsen AB, Lansdorp-Vogelaar I, Rutter CM, et al. Cost-effectiveness of computed tomographic colonography screening for colorectal cancer in the Medicare population. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(16):1238-1252. doi:10.1093/jnci/djq240. PMID:20660364.
 27. Corley DA, Jensen CD, Quinn VP, et al. Association between time to colonoscopy after a positive fecal test result and risk of colorectal cancer and cancer stage at diagnosis. *JAMA*. 2017;317(16):1631-1641. doi:10.1001/jama.2017.4392. PMID: 28444280.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Triviño Peña, Daniella Alejandra** con C.C: # 0924792849 autora del trabajo de titulación: **Hallazgos histológicos en pólipos colónicos en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo enero 2019 - enero 2022**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 01 de mayo de 2023



Firmado electrónicamente por:
**DANIELLA ALEJANDRA
TRIVINO PENA**

f. _____

Nombre: Triviño Peña, Daniella Alejandra

C.C: 0924792849



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Hallazgos histológicos en pólipos colónicos en pacientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos periodo enero 2019 - enero 2022.		
AUTOR(ES)	Triviño Peña, Daniella Alejandra		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Martín Delgado, Jimmy Daniel		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de mayo del 2023	No. DE PÁGINAS:	42
ÁREAS TEMÁTICAS:	Pólipos Colónicos, Pólipos hiperplásicos, Cáncer Colorrectal.		
PALABRAS CLAVES	Pólipos Colónicos, Pólipos hiperplásicos, Cáncer Colorrectal. Pólipos Adenomatosos, Vigilancia Colonoscópica, Colonoscopia		
<p>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): Un porcentaje de pólipos colónicos son precursores de cáncer colorrectal. La prevalencia de pólipos colónicos en Latinoamérica es de 35% y se encuentran pólipos adenomatosos, que son los que tienden a convertirse en neoplásicos en un 18.5%. Los pólipos se clasifican entre su aspecto macroscópico: hiperplásicos, adenomatoso o inflamatorio, morfología: pediculado, sésil y estirpe histológica: hiperplásicos, adenomatoso, túbulo veloso o veloso con bajo, moderado o alto grado de displasia. Por esa razón se recomienda tamizaje, seguimiento endoscópico en intervalos establecidos de manera que el mismo favorezca a poblaciones de riesgo.</p> <p>Objetivo: Describir los hallazgos histológicos de pólipos colónicos de pacientes atendidos en IESS Los Ceibos periodo enero 2019 – enero 2022</p> <p>Metodología: Es un estudio de corte transversal, observacional, descriptivo y analítico. Se aplicará la técnica de documentación, por medio de la revisión de historias clínicas y pruebas complementarias registradas en la base de datos del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos (HGNG). El estudio fue realizado con pacientes diagnosticados con pólipos colónicos, y se recolectaran los datos del HGNG. IESS Los Ceibos, durante el periodo de tiempo enero 2019- enero 2022</p> <p>Resultados: La edad promedio de pacientes con diagnóstico de pólipos colónicos en el HGNG es de 68 años. El 1% tienen menos de 40 años, entre 40 y 49 años se evidenciaron en apenas un 2%</p> <p>El sexo femenino mostró ser predominante en el diagnóstico de pólipos colónicos, con un 54%. El pólipo de aspecto macroscópico tipo Hiperplásico fue el más común, hallándose en un 59%. Dentro de este estudio, predominaron los pólipos no cancerígenos en un 86%</p> <p>Conclusión: Los pólipos hiperplásicos fueron las lesiones polipoides más comúnmente halladas en los pacientes atendidos por el servicio de Gastroenterología en el Hospital IESS Los Ceibos durante el periodo enero 2019 a enero 2022, presentándose en un 43.7%. Por otro lado, del total de 293 pólipos colónicos, el 86% no fue cancerígeno. De los pólipos que se transformaron a cancerígenos fueron en su mayoría los de aspecto adenomatoso, mostrándose en un 32%.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593991160418	E-mail: daniella.trivino@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: 0982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			