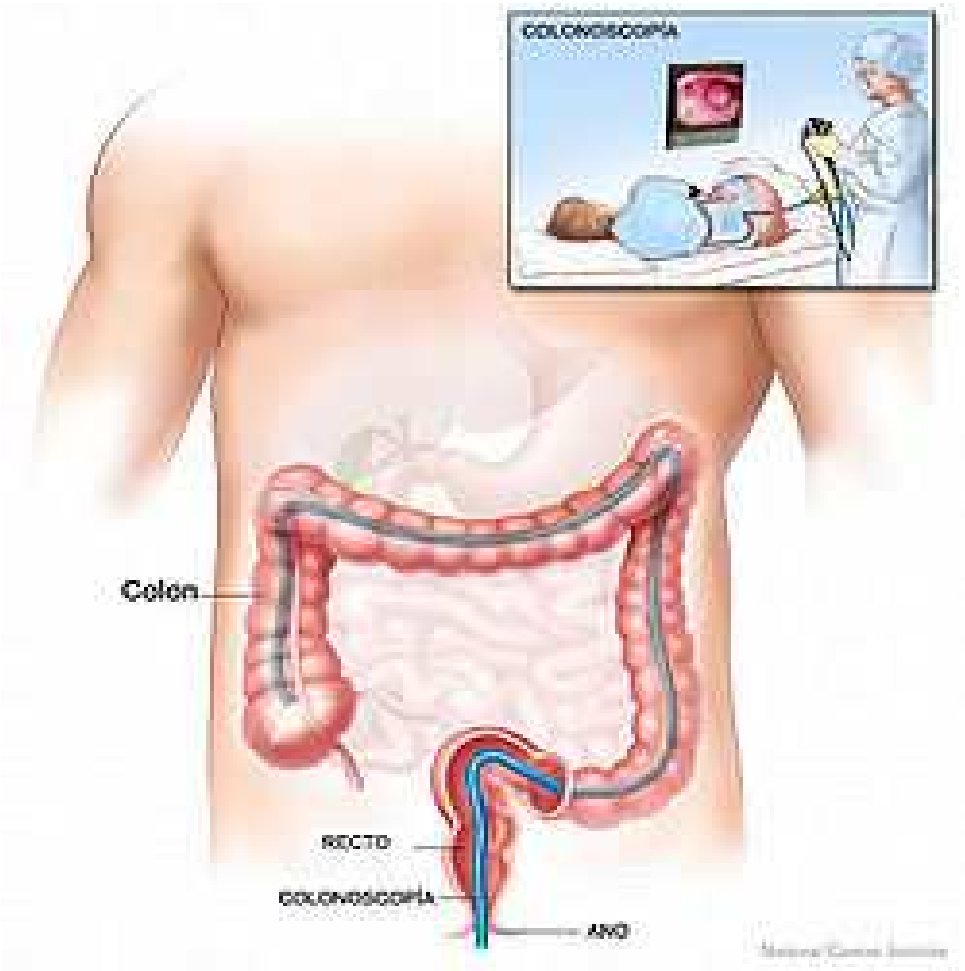
# Colonoscopia




Técnica de la **colonoscopia**.

La **colonoscopia** es una exploración que permite la visualización directa de todo el intestino grueso y también, si es necesario, la parte final del intestino delgado (íleon terminal).

Se utiliza a modo de prueba diagnóstica, permite la extracción de biopsias y la realización de terapéutica endoscópica.

Suele ser realizado por un gastroenterólogo.

## Técnica

Previo a su realización el intestino grueso (colon) es preparado de tal forma que no queden residuos sólidos (laxantes). Se realiza un tacto rectal y se introduce por el ano un colonoscopio que es un tubo flexible con una cámara en su extremo. Se visualiza de manera progresiva los segmentos que componen al colon (recto, sigmoides, colon descendente, colon transverso, colon ascendente y ciego). En algunos casos se puede canular la válvula ileocecal para valorar el íleon terminal. Para visualizar el intestino es

necesario introducir aire y el aparato tiene luz en su extremo distal que ilumina las paredes.

La colonoscopía puede ser llevada a cabo bajo sedación, en la cual se aplican medicamentos intravenosos, el paciente entra en un estado que permite realizar el estudio en donde no experimenta molestias durante el procedimiento. No es una anestesia general dado que el paciente despierta rápidamente en cuanto sea requerido y además respira por sus propios medios.

# Utilidad

Tiene múltiples aplicaciones, algunas de las más frecuentes son:

- Es el mejor estudio para detectar cáncer de colon. A su vez puede detectar pólipos que deben ser extraídos para su estudio (polipectomía endoscópica). La búsqueda y extracción de los pólipos del colon ha demostrado ser sumamente efectiva en la prevención del cáncer de colon.
- En el sangrado digestivo bajo, permite detectar su causa y frecuentemente dar tratamiento el mismo. Identifica divertículos, angiodisplasias, tumores, fisuras rectales y hemorroides con sangrado activo. Muchas de estas lesiones pueden recibir tratamiento con inyección de sustancias vasoconstrictoras, aplicación de clips, argón plasma o terapia térmica.
- Se utiliza como diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal que incluye la Enfermedad de Crohn.
- En la diarrea crónica permite la toma de biopsias para búsqueda de colitis microscópica

# Clasificación de los pólipos del colon

## a) Según la histología

1. **Pólipo neoplásico epitelial o pólipos adenomatosos o adenomas: Adenoma tubular**, **adenoma tubulovelloso** y **adenoma velloso**.
2. **Pólipo neoplásico no epitelial:** Leiomiomas, lipomas, neurofibromas y hemangiomas.
3. **Pólipo hamartomatoso:** Pólipo juvenil, pólipo de Peutz-Jeghers.
4. **Pólipo inflamatorio:** Pólipo linfoide benigno. No suelen ser malignos.
5. **Pólipo hiperplásico:** No suelen ser malignos, pero recientemente se ha descubierto que pudieran ser precancerosos si crecen en el lado derecho o colon ascendente.

## b) Según la forma de crecimiento

**Pólipo pediculado:** Tienen un tallo de implantación de unos 1,5 cm e implican menos malignidad porque la degeneración cancerosa tarda en llegar más tarde a la base de sujeción.

1. **Pólipo sésil:** Tienen una base de implantación amplia (sin tallo) de unos 2 cm e implican mayor malignidad porque la degeneración cancerosa llega antes a la base.

La mayoría de cánceres colorrectales proceden de un adenoma, previamente benigno y posteriormente malignizado. Los adenomas son los tumores benignos más frecuentes del intestino, la mayoría de ellos localizados en colon y recto. El tiempo necesario para que se produzca la transformación adenoma-carcinoma es superior a los 5 años, con una media entre 10-15 años.

# Histología de los pólipos adenomatosos [editar]

- Adenoma tubular: formado por túbulos epiteliales, es pequeño y puede ser sésil o pediculado.
- Adenoma velloso: formado por procesos digitiformes o papilares constituidos por tejido conectivo recubierto de células epiteliales. Suele ser más voluminoso que los adenomas tubulares y sésil en la mayoría de los casos. El adenoma velloso, por su histología y mayor volumen es el que mayor potencial de malignidad posee.
- Adenoma mixto tubulo-velloso o mixto: que participa de las características de ambos tipos.
- Adenoma Aserrado: Corresponde a un pólipo con áreas hiperplásicas y áreas adenomatosas, con un mayor potencial maligo que el adenoma puro.

# Factores del mal pronóstico de un adenoma

Sólo los **adenomas** son claramente premalignos, y únicamente una minoría se transforman en cáncer. Los estudios de detección precoz en la población general y las autopsias, han revelado que los **pólipos adenomatosos** en el colon se pueden encontrar en un 30% de las personas de edad media o avanzada. Teniendo en cuenta esta prevalencia y la incidencia conocida de cánceres colorrectales, parece que menos del 1% de los pólipos llegan a ser malignos. Los factores que determinan la transformación maligna de un adenoma son:

1. El **tamaño del adenoma o del pólipo**, de tal manera que cuanto mayor sea el tamaño mayor será la probabilidad de cáncer, siendo insignificante (menor del 2%) en lesiones menores de 1,5 cm, intermedia (2 a 10%) en lesiones de 1,5 a 2,5 cm de tamaño y alta (10%) en lesiones mayores de 2,5 cm.
2. El **tipo histológico**, de forma que la probabilidad de transformación en una carcinoma es del 40% en un adenoma velloso y del 5% en un adenoma tubular.
3. La **presencia de displasia** epitelial, que aumenta la probabilidad de que un pólipo maliginice. Se observan frecuentemente en la enfermedad inflamatoria intestinal.
4. **Parámetros clínicos:** Edad avanzada, historia familiar de poliposis, recidiva tras escisión local.

5. **Parámetros morfológicos:** Tamaño mayor de 2 centímetros, múltiples, adenomas vellosos, tiempo de evolución.

Para que un **pólipo adenomatoso** se transforme en un carcinoma es preciso la activación de oncogenes por mutaciones que promueven la proliferación alterada de la mucosa del colon, seguida de la pérdida de genes que suprimen la génesis tumoral.

# Sintomatología de los pólipos del colon

- La mayoría de los pólipos de colon son **asintomáticos** y se descubren de forma casual durante una exploración indicada por otro motivo.
- Algunos adenomas pueden **sangrar**: En menos del 5% de los pacientes con pólipos se puede encontrar sangre oculta en heces.
- Si son grandes y pediculados pueden provocar **Dolor** o alteraciones de la motilidad con **diarrea**.
- El adenoma velloso puede producir gran cantidad de moco que es eliminado en forma de falsa diarrea. Si la pérdida es continua y abundante provoca una pérdida abundante de potasio, lo que genera hipokalemia, a la que suelen añadirse hiponatremia e hipocloremia.

# Diagnóstico de los pólipos de colon

Los pólipos de colon se suelen detectar por endoscopia (proctosigmoidoscopia o colonoscopia) o por enema opaco. Tras la detección de un **pólipo adenomatoso**, se debe estudiar todo el intestino grueso, ya que en un tercio de los casos hay lesiones coexistentes. La colonoscopia se debe repetir periódicamente, incluso si antes no se haya demostrado malignidad, porque estos pacientes tienen una probabilidad de un 30 a un 50% de presentar otro adenoma, y su riesgo de padecer cáncer colorrectal es superior a la media.

# Tratamiento de los pólipos del colon

- Actualmente se considera que se debe extirpar todo tipo de pólipo (polipectomía) porque éstos revisten riesgo potencial.
- Si el **adenoma es menor de 1 cm**, tienen bajo riesgo de malignización. Si el pólipo mide más de 2 cm ya puede haber degenerado.
- Si el **adenoma es mayor de 1 cm**, se extirpan vía endoscópica (polipectomía endoscópica) aquellos en los que el tamaño, situación y grado de malignidad lo permita. Se utilizarán las técnicas de resección por vía endoanal o la vía posterior transesfinteriana para aquellos adenomas vellosos malignizados que no han sobrepasado la capa muscular. En los tumores con signos de malignización situados en tercios medio y superior se hará resección anterior del recto.

# Prevención del cáncer colorectal

La prevención y detección precoz del cáncer colorrectal es posible debido a que la mayoría de los tumores de colon se forman a partir de pólipos adenomatosos. La extirpación de los pólipos puede disminuir el riesgo de que una persona contraiga cáncer. El diagnóstico precoz puede reducir el número de casos de cáncer de colon al promover la detección y extirpación de pólipos que pueden convertirse en cancerosos, y también pueden reducir la tasa de mortalidad debida al cáncer colorrectal al detectar la enfermedad en sus etapas más iniciales, cuando es altamente curable.