

Yamada 1 cuando el pólipo tiene un ángulo mayor a noventa grados (montículo), Yamada 2 cuando el pólipo tiene un ángulo de noventa grados (Sésil), Yamada 3 cuando el pólipo tiene un ángulo menor a noventa grados (Subpediculado) y Yamada 4 cuando el pólipo presenta un pedículo como base (pediculado)⁵.

El carcinoma colorrectal es una de las neoplasias malignas más comunes en países occidentales, y tiene a la transformación de pólipos adenomatosos como una de sus principales causas, y dentro de estos los más preocupantes corresponden a los adenomatosos vellosos²⁻¹¹.

Los estudios de detección sistemática en la población y las necropsias a nivel mundial han revelado que los pólipos adenomatosos en el colon se pueden encontrar en más del 30% de las personas de edad media o avanzada; sin embargo menos del 1% llegan a hacerse malignos¹. El porcentaje máximo de carcinoma colorrectal se encuentra entre los 60 y 79 años de edad⁴⁻⁶; todos comienzan como lesiones in situ y evolucionan de acuerdo a patrones morfológicos diferentes. Este cáncer permanece asintomático durante años, el de ciego y colon derecho suelen manifestarse con cansancio, debilidad y anemia ferropénica⁶. Las lesiones polipoides sangran con facilidad y se pueden descubrir en una fase precoz, si el colon es examinado radiológicamente o durante la colonoscopia⁵⁻¹².

Por este motivo el presente trabajo pretende determinar la incidencia de pólipos colorectales y correlacionarlos con el tipo histológico más frecuente. Se realizó en el IGBJ por ser un centro de referencia e investigación de patologías gastrointestinales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es de tipo descriptivo, transversal. La población correspondió a las 1031 endoscopias bajas realizadas a pacientes del IGBJ entre Julio 2006 a Julio 2008, la muestra fueron los 119 pacientes diagnosticados y registrados con pólipos intestinales mediante el estudio endoscópico durante el periodo de tiempo anteriormente mencionado.

Los datos se recolectaron mediante una hoja de registro que contenía una planilla para extraer de los registros endoscópicos las siguientes variables: sexo, edad, localización de la afección, tipo de estudio realizado, diagnóstico macroscópico, cantidad de pólipos, procedimiento realizado, resultado patológico, grado de displasia, signos y síntomas.

Los criterios de inclusión fueron: todos los casos de pacientes cuyo diagnóstico endoscópico fue el de pólipos colorectales durante el periodo de tiempo comprendido entre Julio 2006 y Julio 2008.

Los de exclusión fueron: La totalidad de pacientes

diagnosticados con afecciones distintas a la mencionada, aquellos con pólipos en otras localizaciones de la vía digestiva y aquellos pacientes que hayan sido diagnosticados con pólipos en un tiempo distinto al abarcado.

RESULTADOS

De los 119 pacientes estudiados, 73 de ellos (61%) correspondió al sexo femenino y 46 (39%) al sexo masculino; 41 pacientes (34%) se encontraron entre los 45-65 años siendo este el intervalo más afectado siguiéndole en frecuencia 35 pacientes (29%) que fueron > 65 años. Según la localización de la afección 55 pacientes (46%) presentaron pólipos en recto, se-

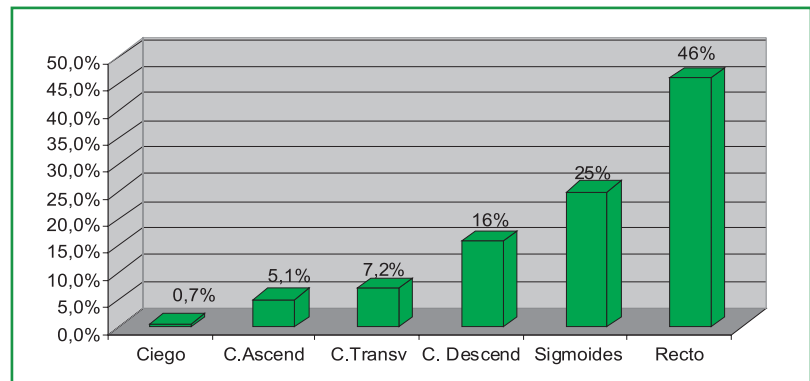


Figura 1: Porcentaje de pólipos según localización

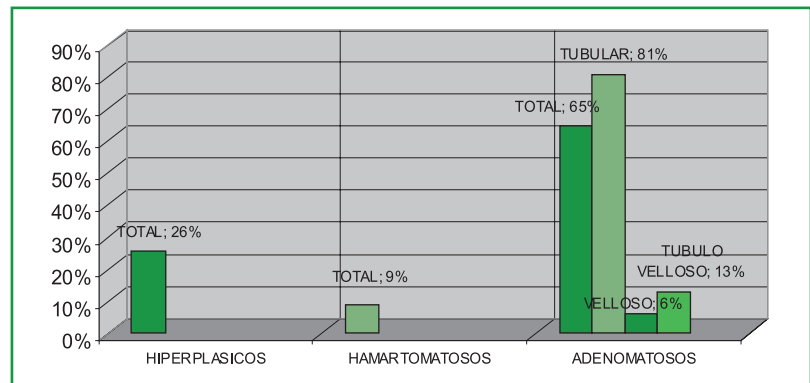


Figura 2: Porcentaje según resultado histopatológico

guido de sigmoides con 30 pacientes (25%) (Fig. 1).

Noventa y cinco pacientes (80%) presentaron un solo pólipo. Ochenta pacientes (67%) fueron diagnosticados mediante colonoscopia, 39 pacientes (33%) mediante rectosigmoidoscopia. Cincuenta y cuatro pacientes (45%) presentaron pólipos Yamada I, seguido de Yamada II con 33 pacientes (28%). Noventa y dos pacientes (77%) fueron sometidos a polipectomía endoscópica, el mismo momento del diagnóstico; el resultado patológico en 77 pacientes (65%) correspondió a pólipos adenomatosos, y de estos últimos, en 62 pacientes (81%) fueron diag-

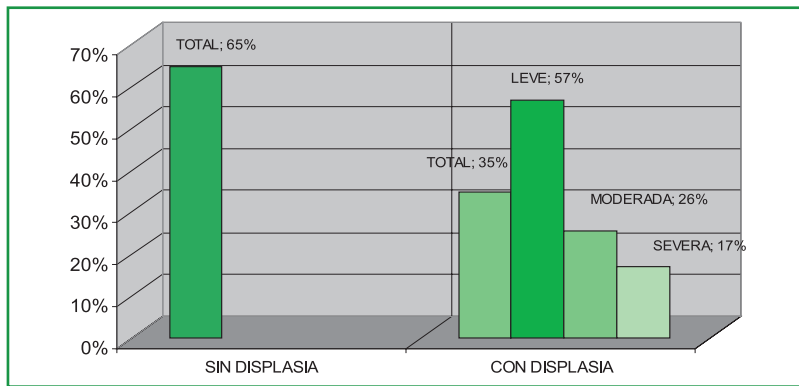


Figura 3: Porcentaje según el grado de displasia

nosticados pólipos adenomatosos tubulares (Fig. 2). Cuarenta y dos pacientes (35%) presentaron displasia de los cuales, 24 pacientes (57%) fueron displasia leve (Fig. 3). Un paciente (1%) de todos los casos resultó con adenocarcinoma.

DISCUSIÓN

Según datos bibliográficos la edad más frecuente de presentación de pólipos y carcinoma colorectal corresponde a los 60 y 79 años de edad y existe una relación hombre:mujer de 2:1, pero según nuestros resultados se presentaron entre los 45 y 65 años, y el sexo más afectado fue el femenino. El tipo histológico de mayor frecuencia fue el adenoma tubular. Todo lo anterior es de vital importancia para la toma de decisiones cuando se pretende detectar precozmente el cáncer; y la mejor forma es el diagnóstico oportuno de lesiones neoplásicas superficiales y circunscritas en personas asintomáticas de manera que aun sea posible la resolución quirúrgica. Para el diagnóstico precoz es preciso que los individuos con riesgo de cáncer colorrectal, sobre todo a partir de los 45 años, sigan una serie de controles periódicos:

- Tacto rectal anual: sólo localiza los que están en los primeros 8 centímetros del recto (15% de los casos).

- Práctica anual de pruebas de detección de sangre oculta en heces: diversos estudios evidencian que estas pruebas, realizadas como cribado repetido, permiten un diagnóstico precoz y una reducción de la mortalidad, si bien se escapan bastantes casos y son frecuentes los falsos positivos.

- Rectosigmoidoscopia inicial y, en caso de ser negativa, cada 5 años: se visualiza el colon hasta el ángulo izquierdo o esplénico, dos tercios de los cánceres se localizan aquí.

- Fibrocolonoscopia total inicial y, si es negativa, cada 10 años: es la prueba más segura porque se visualiza todo el colon, pero también es la que más molestias provoca.

De esta manera es posible reducir la incidencia de cáncer colorectal.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Daniel Guerra y la Dra. Ingrid Guerra; al personal del Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés, y un agradecimiento especial al Dr. James Köller por toda la colaboración que nos prestaron durante la realización de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Kasper D, Fauci A, Longo D, et al. **Harrison Principios de Medicina Interna**. 16^o ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana, 2006: Vol I: cap 77, 592-6.
2. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins y Cotran. **Patología estructural y funcional**. 7^o ed. España: Elsevier, 2005: tomo 2: 862-5.
3. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG et al. **The National Polyp Study: patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas**. *Gastroenterology* 1990; 98: 371-379.
4. Castells A, Kroser J, Rustgi AK. **Gastrointestinal neoplasms**. En: Beers MH, Berkow R, eds. *The Merck Manual of Geriatrics*, 3.^a ed.
5. Perez AJ, Castro DP. **Manual de Patología General**. 6^a ed. España: Masson, 2006.
6. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins y Cotran. **Patología estructural y funcional**. 7^o ed. España: Elsevier, 2005: tomo 2: 868-870.
7. Farreras VP, Rozman C. **Medicina Interna**. 16^o ed. España: Elsevier, 2008: tomo 1: 235-38
8. Barrantes ER. **Investigación: un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo y cuantitativo**. Costa Rica: Euned, 2006.
9. Bond JH. **Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps**. *Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology*. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3053-63.
10. Cassidy J, Johnston PG, Cutsem Ev. **Colorectal cancer**. New York: Informa Healthcare; 2007.
11. Imperiale TF, Glowinski EA, Lin-Cooper C, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. **Five-year risk of colorectal neoplasia after negative screening colonoscopy**. *N Engl J Med* 2008; 359(12): 1218-24.
12. Levine JS, Ahnen DJ. Clinical practice. **Adenomatous polyps of the colon**. *N Engl J Med* 2006; 355(24): 2551-7.

Frecuencia de Neumonía Adquirida en la Comunidad en el Hospital Clínico Viedma

Frequency of Acquired Pneumonia in the Community Hospital Clinico Viedma

Dr. José A. Quintanilla Chanez¹, Dra. Ruth Orellana Vicentes², Edson Ayala Quintanilla³
Efraín Vargas Loroño⁴

RESUMEN

Las Neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) continúan siendo una de las patologías infecciosas más frecuentes con una alta tasa de hospitalización y mortalidad. Este es un estudio descriptivo, transversal donde se estudio a 53 pacientes hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Dentro de los resultados obtenidos se observa que la NAC es más frecuente en edades extremas de la vida, la mayoría de los casos son procedentes del área urbana, se evidencio también que dicha patología no se asociaba a comorbilidades en la mayoría de los casos. El *Streptococcus pneumoniae* fue el agente etiológico más frecuente con tinción de Gram (+) en el 95%.

ABSTRACT

The Pneumonias acquired in the community (NAC) continue being one of the most frequent infectious Pathologies with a high rate of hospitalization and mortality. This one is a descriptive, transverse study where we study 53 hospitalized patients who expired with the requirements of inclusion and exclusion.

Inside the obtained results is observed that the NAC is more frequent in extreme ages of the life, the majority of the cases are proceeding from the urban area, we demonstrate also that the above mentioned pathology was not associated to comorbilidades in most cases. The *Streptococcus pneumoniae* was the agent etiológico more frequent with Gram's tint (+) in 95 %.

INTRODUCCIÓN

La neumonía continúa siendo una de las enfermedades infecciosas más frecuentes con una alta tasa de hospitalizaciones y mortalidad, a pesar de la disponibilidad de nuevos antibióticos potentes y el uso de vacunas. En nuestro país no existen trabajos extensos respecto a la etiología de las NAC que hayan documentado que los agentes causales sean los mismos encontrados en las investigaciones norteamericanas o europeas¹⁻³. La búsqueda del agente causal se puede realizar en sangre, expectoración, líquido pleural, así como también mediante estudios serológicos¹. El empleo de muestras obtenidas por métodos invasivos no se justifica por su baja relación costo-beneficio. El examen más importante es el estudio de expectoración, sobre cuya utilidad existe alguna controversia².

En realidad, este examen bien efectuado es muy útil en el enfoque terapéutico racional e indispensable para la vigilancia epidemiológica. Los problemas en su empleo son atribuibles más a la forma de obtener y procesar la muestra que a causas inherentes al

estudio. En primer lugar, hasta un tercio de los enfermos no produce expectoración, incluso con apoyo kinésico². Por otra parte, y lamentablemente, el manejo de las muestras con frecuencia es inadecuado. El rendimiento diagnóstico del cultivo de expectoración es afectado por la tardanza en procesar las muestras y por el uso previo de antimicrobianos, que incluso con una dosis puede negativizarse, análisis inadecuado de las muestras (no indican recuento de neutrófilos, células epiteliales para que sea una muestra significativa). El diagnóstico es clínico, los métodos complementarios ayudan a determinar la etiología y la gravedad²⁻⁵. El tratamiento inicial es empírico y deben seguirse las recomendaciones de tratamiento antibiótico⁶⁻⁸ según los protocolos actuales.

Este trabajo pretende objetivizar la etiología de las NAC utilizando muestras de esputo, puesto que no se tienen estudios actualizados en nuestra ciudad como referencia. El objetivo general es conocer la Incidencia de las NAC en los pacientes hospitalizados en el Hospital Clínico Viedma, gestión 2008.

¹Médico, residente de 2^{do} año de la especialidad de Medicina Interna, Hospital Clínico Viedma. Cochabamba, Bolivia

²Médico, residente de 2^{do} año de la especialidad de Medicina Familiar, Hospital Clínico Viedma. Cochabamba, Bolivia

³Estudiante de 2^{do} año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

⁴Estudiante de 1^{er} año de Medicina, Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia

Correspondencia a:

Edson Ayala Quintanilla
edson_ed25@hotmail.com

Palabras claves: pólipos, neoplasia colorectal, polipectomía.

Keywords: polyps, colorectal neoplasms, polypectomy

Abreviaturas utilizadas en este artículo:

NAC = Neumonía adquirida en la comunidad

S. pneumoniae = *Streptococcus pneumoniae*

TBC = Tuberculosis

Recibido para publicación:

17 de Agosto de 2009

Aceptado para publicación:

12 de Octubre de 2009

Citar como:

Rev Cient Cienc Med 2009;12(2):
15-7