

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MISION BARRIO ADENTRO II

BARQUISIMETO, ESTADO LARA

**PÓLIPOS GÁSTRICOS: EN PACIENTES VENEZOLANOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO MÉDICO DE ALTA TECNOLOGÍA
“DIVINA PASTORA”**

AUTOR: DR. ADOLFO COX GONZÁLEZ

Especialista 1er Grado en Medicina General Integral
Diplomado en Endoscopia Superior

TUTOR: DR. FELIPE PIÑOL JIMÉNEZ

Doctor en Ciencias Médicas
Especialista de 2do Grado en Gastroenterología
Profesor- Investigador Auxiliar
Master en Infectología

ASESOR: DR. FELIPE CAMACHO ASEFF

Especialista de 1er Grado en Gastroenterología

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN GASTROENTEROLOGÍA**

2009

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, donde el universo estuvo constituido por 4752 pacientes de 16 y más años de edad, de uno u otro sexos y etnias, atendidos en el servicio de videoendoscopía del Centro Médico de Alta Tecnología “Divina Pastora” del municipio Iribarren, Estado Lara, a los cuales se les realizó una videoendoscopía, para el diagnóstico de la presencia de pólipos gástricos con el objetivo de determinar su frecuencia, sus características histomorfológicas y la presencia o no del *Helicobacter pylori*. A todos los datos se les calculó las frecuencias absolutas y relativas y se distribuyeron en tablas y gráficos. Al concluir se observó la presencia de pólipos gástrico en el 1,7% de los pacientes estudiados, con mayor frecuencia en el sexo femenino (58,5%), en las edades comprendidas entre 61 y más años (37,7%). El 80,2% de los pólipos gástricos fueron unicos. El 72,3% eran sésiles, el 53,0% de mediano tamaño y el 55,5% localizados en el antro gástrico. El 48,1% de los pólipos gástricos eran de tipo hiperplásico. Una alta proporción de los pólipos gástricos de tipo inflamatorios presentan *Helicobacter pylori* (60,7%). El 77,2% de los pólipos gástricos fueron extraídos con la pinza de toma de muestra para biopsias. Se recomienda realizar estudios multicéntricos para determinar la frecuencia de esta lesión en los servicios de endoscopia superior atendidos por la Misión Barrio Adentro.

Introducción/

 Antecedentes/

 Justificación del estudio/

Marco Teórico/

Objetivos/

 General/

 Específicos/

Material y métodos/

Criterios de inclusión/

 Criterios de exclusión/

 Consideraciones éticas/

 Técnicas y procesamiento de la información/

 Operacionalización de las variables/

 Recolección de la información/

 Procesamiento de la información/

 Análisis estadístico/

Resultados /

Discusión /

Conclusiones /

Recomendaciones /

Referencias bibliográficas/

Anexos

ANTECEDENTES

Los pólipos gástricos en su mayoría son lesiones asintomáticas y benignas, que al igual de lo que sucede con los pólipos localizados en otros segmentos del tubo digestivo (colon), se clasifican en diversos tipos desde el punto de vista histológico y según su historia natural con el tiempo algunos llegan a malignizarse, mientras que otros son malignos desde su inicio (1).

Estudios anatomopatológicos realizados en diversas partes del mundo, reportan que la mayoría de los pólipos gástricos son epiteliales, originados por la proliferación del epitelio de la mucosa gástrica, mientras que los no epiteliales surgen por proliferación del tejido mesenquimal subyacente. Su etiología permanece aún desconocida, proponiéndose en la actualidad la hipótesis de la existencia de dos factores que intervienen en la génesis de dos modalidades histológicas, la infección por *Helicobacter pylori* para los pólipos gástricos hiperplásicos e inflamatorios y el consumo continuado de omeprazol en cuanto a los pólipos de glándulas fúndicas (1, 2).

Estudios poblacionales, señalan que los pólipos gástricos no son frecuentes, reportando una prevalencia entre 0,12 % y 0,8 % en series de autopsia, y se localizan con mayor frecuencia en el antro y cuerpo gástrico, siendo raros en el fundus, con excepción de los pólipos de glándulas fúndicas, propio de esta localización (1, 3, 4, 5).

En la práctica endoscópica y siguiendo los criterios del comité de terminología de la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva (OMED), los pólipos observados por el método endoscópico, son

lesiones únicas, múltiples, sésil o pediculados, con tamaño variable entre 2 y 10 mm e incluso llegan a ser de gran tamaño, con una cabeza semiesférica u oval, lisa, lobulada o papiliforme (4, 5, 6).

No obstante, la información que se ofrece en la literatura internacional acerca de los pólipos gástricos es confusa, debido a que durante años, distintos autores han empleado diferentes definiciones y clasificaciones, mientras unos incluyen algunas variedades de los mismos, otros las excluyen, lo que impide comparar adecuadamente unas series con otras y extraer conclusiones de utilidad práctica (7, 8).

En el tiempo que llevamos trabajando en Venezuela en el Centro de Alta Tecnología del municipio Iribarren del Estado Lara, hemos observado de forma empírica en la práctica endoscópica que dentro de las lesiones diagnosticadas endoscópicamente se encuentran los pólipos gástricos en los pacientes que acuden a nuestro servicio con síntomas y signos digestivos superior.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada sobre una base crítica y las observaciones empíricas, nos planteamos la siguiente hipótesis de trabajo:

Los pólipos gástricos diagnosticados por endoscopia en los pacientes que acuden al servicio de endoscopia del Centro de Alta Tecnología, son infrecuentes con respecto a otras lesiones endoscópicas y más del 50% son de aspecto inflamatorio, asociados a *Helicobacter pylori* y los mismos pueden ser fácilmente detectables y resecados endoscópicamente y estudiados mediante exámenes histológicos.

Conociendo el problema de investigación y la hipótesis formulada elaboramos el objetivo general y los específicos de la investigación.

La novedad científica de esta investigación reside en que por primera vez en el Estado Lara, se confirmó en un grupo de pacientes adultos las características histomorfológicas y la frecuencia de los pólipos gástricos diagnosticados por videoendoscopía.

La importancia teórica de este trabajo radicó en que sus resultados ofrecen perspectivas de trabajo para que en el futuro se apliquen programas preventivos encaminados a modificar la secuencia pólipo-cáncer y de esta forma modificar la morbilidad de estas lesiones.

En el orden práctico, en este trabajo se demostró que el diagnóstico de los pólipos se realizó mediante el uso de la videoendoscopía, que es un método de diagnóstico con alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de patologías gástricas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Con la introducción en Octubre de 2005 de los Centros Médicos de Alta Tecnología, que funcionan como nuevo modelo de atención y gestión de salud, cumpliendo uno de los objetivos más importantes de la Revolución Bolivariana, para mejorar e incrementar la asistencia médica y calidad de vida de las familias que viven en los barrios mas pobres del país y donde la asistencia médica no llegaba, decidimos realizar este estudio por vez primera en dicha región, para demostrar de forma objetiva y numérica la distribución de los pólipos gástricos en la población que recibe atención en el Centro Médico de Alta tecnología "Divina Pastora" del municipio Iribarren, donde los resultados obtenidos

en la investigación además de aportar conocimientos científico-académicos, permitirán planificar en el futuro las acciones administrativas de salud dirigidas a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes al interrumpir la secuencia pólipo-cáncer.

La incidencia de los pólipos gástricos es aproximadamente del 0,1 al 0,8% en las series autópsicas (4). Mientras que en las series basadas en hallazgos endoscópicos esta incidencia se eleva hasta 8,7% (5), aunque en general su frecuencia se considera menor, entre 1 y 4% de las endoscopias realizadas (6,7).

En cuanto a su localización dentro de la cámara gástrica, entre 50 y 60% asientan en el antro, un pequeño porcentaje, 6% en el fundus y el resto, en el cuerpo gástrico (8). No obstante, estas proporciones varían de manera considerable de unas series a otras, principalmente por las distintas frecuencias con que se encuentran los diferentes tipos de pólipos: por ejemplo, los pólipos quísticos (pólipos de retención) que asientan siempre en el fundus o en el cuerpo gástrico se encuentran en proporciones tan dispares como el 3 o 47% (8,9). En la mayoría de las series, los pólipos hiperplásicos son los más frecuentes, alcanzando entre 50 y 75% de todos los pólipos encontrados en el estómago (8-11) y estos suelen asentar en proporción semejante en cuerpo y antro, aunque en esta última localización tienden a ser de mayor tamaño (12). Aproximadamente el 7-15% de los pólipos gástricos son adenomas tubulares o tubulovelloso, mientras que los vellosos o los de glándulas pilóricas son excepcionales. Los adenomas se observan en igual proporción en el antro y en el cuerpo gástrico (8).

El pólipo fibroide inflamatorio supone aproximadamente el 3-5% y asienta casi exclusivamente en el antro (8,13).

El tumor carcinoide es un tumor con potencial maligno aunque cuando son de pequeño tamaño, en general cuando son menores de 2

centímetros, suelen comportarse como tumores benignos (14). Aparecen con características endoscópicas de tumor submucoso, más frecuentemente en la región subcardial y suponen algo más del 1% de las lesiones polipoides gástricas.

Los tumores mesenquimales o tumores del estroma incluyen a los lipomas, leiomiomas, tumores neurogénicos, tumores vasculares y otros tumores del estroma sin diferenciación clara hacia ninguna de las líneas celulares que caracterizan a los antes citados (15,16). Se presentan como tumores submucosos y en conjunto, suponen entre 4 y 7% de las lesiones polipoideas gástricas. El más frecuente de estos tumores es el leiomioma. En cuanto a la distinta incidencia según el sexo, los pólipos glanduloquísticos, los fibroides inflamatorios y los carcinoides son más frecuentes en mujeres, con una proporción aproximada de 2/1 (8).

Múltiples clasificaciones han sido propuestas por diversos estudiosos del tema, como Ming, Elster y Nakamura, siendo la de este último en la actualidad la más aceptada y citada por la Organización Mundial de la Salud, (Ver cuadro 1 en anexos) modificada por Schmitz y Stolte (7, 8, 9,10).

Los pólipos más frecuentes suelen ser los de glándulas fúndicas y los hiperplásicos, reportado en algunas series hasta un 16,5% de los pólipos considerados como normales histológicamente, hecho que contrasta con otras series, en las que no se describe tal modalidad de pólipo por no ser contemplada en la clasificación usada (11- 14).

Clínicamente, los pólipos gástricos en su mayoría son asintomáticos y suelen diagnosticarse de forma casual durante la realización de una endoscopia indicada por diversos motivos.

Aproximadamente el 50-60% de los pólipos se descubren de manera accidental, cuando se indica una endoscopia por síntomas independientes de la presencia del pólipo. Cuando son sintomáticos, casi siempre suelen manifestarse por dolor o/y hemorragia. El dolor puede deberse tanto a crecimientos desmesurados como a prolapsos gastroduodenales que producen obstrucción pilórica intermitente, en la que, no sólo es llamativo el dolor agudo espasmódico, sino también los vómitos (31). Estos prolapsos son más frecuentes en los pólipos pediculados de la región prepilórica, pero

no exclusivos de este tipo de tumor ni de esta localización. Nosotros hemos visto pacientes con clínica de obstrucción pilórica intermitente por prolapsos

de tumores submucosos del fundus gástrico.

También son posibles los prolapsos gastroesofágicos en pólipos pediculados de la región infracardial, pudiendo ocasionar cuadros de dolor retroesternal asociados a disfagia intermitente. Otra de las manifestaciones clínicas de los pólipos son las hemorragias. Cuando se produce un episodio de hemorragia severa, es secundaria a ulceración del pólipo, o más frecuentemente, de un tumor submucoso. La mayoría de los pólipos, sin embargo, cuando sangran, presentan hemorragias escasas o leves debido a erosiones superficiales de la mucosa, muchas

veces en relación con la movilidad de los mismos, que permite su traumatismo reiterado.

Otros síntomas que pueden aquejar los pacientes con pólipos son inespecíficos, como náuseas y vómitos, ardores, distensión abdominal, .y cuya autentica relación con la existencia del pólipo es cuando menos dudosa. Si un paciente es portador de una poliposis múltiple no va a tener necesariamente síntomas distintos a los ya mencionados, aunque las posibilidades de presentar dolor o pérdidas crónicas de sangre serán más altas.

La exploración física no suele dar ningún dato en estos pacientes, excepto en situaciones muy concretas. Sólo de manera excepcional se puede palpar un pólipo o un tumor submucoso. Si el paciente presenta un síndrome de Peutz-Jeghers es posible orientar el diagnóstico por la existencia de las manchas melánicas en los labios, regiones perinatales y dedos.

Para su diagnóstico la endoscopia es la técnica de elección, pues permite apreciar todos los aspectos morfológicos de la lesión como son: su aspecto polipoideo, su tamaño, su forma, número y su localización, así como permite la toma de fragmentos de muestras del tejido, para estudio de biopsias ó la exéresis completa con el asa de polipectomía, la cual constituye la técnica de elección para el diagnóstico definitivo, pues desde el punto de vista macroscópico en la mayoría de los casos es imposible establecer la benignidad o el potencial de malignización del mismo, ya que la misma imagen endoscópica se pueden ofrecer en los pólipos de muy distinta estirpe (14- 17).

Cuando se estudia la historia natural de los pólipos, algunos pueden malignizarse en el tiempo, mientras que otros son malignos desde el momento de su aparición, al igual que se ha observado la coexistencia de pólipos gástricos epiteliales benignos con adenocarcinoma gástrico situado separadamente de los mismos (16).

El verdadero interés de los pólipos radica en su estrecha relación con el cáncer gástrico. Actualmente se acepta que el cáncer gástrico es el resultado de la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales que determinan la progresión del pólipo benigno gástrico al cáncer tras un tiempo de evolución variable entre 5 y 15 años.

Existen numerosas evidencias que confirman esta secuencia de progresión y que permiten afirmar que el pólipo es la lesión precursora de la mayoría de los cánceres gástricos.

El potencial maligno de los pólipos está básicamente condicionado por el tipo histológico y en menor medida, por el tamaño. Todas las series son coincidentes a la hora de considerar a los adenomas como el tipo histológico que más riesgo de malignización encierra, aunque hay gran variabilidad en las cifras, que van desde el 4 hasta el 70% de degeneración, siempre más frecuente para los adenomas vellosos y en menor medida para los tubulares (18, 26, 27). No se conoce bien el potencial maligno del poco frecuente adenoma de glándulas pilóricas, un pólipo descrito por vez primera hace pocos años y que no se recoge en todas las clasificaciones, aunque algunos autores opinan que estos pólipos, a menudo, contienen focos de adenocarcinoma

aproximadamente en el 40% de los casos en el momento del diagnóstico (10).

Existe no poca controversia acerca de la posible capacidad de malignización de los pólipos hiperplásicos (4, 12, 28, 29). En general se considera que el pólipo hiperplásico puro no degenera nunca, y que en caso de hacerlo será por la presencia de elementos adenomatosos mezclados en el pólipo hiperplásico. Este carácter mixto -hiperplásico y adenomatoso- se da en más de un 3% de los pólipos considerados hiperplásicos y en la mitad de los casos es posible encontrar focos de adenocarcinoma cuando se procede a su extirpación completa (4,28). Se ha encontrado que los pólipos hiperplásicos que contienen focos adenomatosos o de adenocarcinoma, son mayores (de más de 2 cm como término medio) y se da en personas de más edad, que los pólipos hiperplásicos puros (12).

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de considerar el riesgo de degeneración es la elevada asociación entre pólipo hiperplásico (especialmente en casos de pólipos hiperplásicos múltiples) y gastritis crónica autoinmune que, en sí misma, puede considerarse una condición precancerosa.

De hecho, más del 3% de los pacientes con pólipos hiperplásicos tienen un adenocarcinoma sincrónico en otra localización dentro del estómago (10).

Los tumores carcinoides, aparte de su capacidad intrínseca para comportarse como tumores malignos, también se asocian con gran frecuencia a gastritis crónica autoinmune, de manera que aunque el

tumor carcinoide no metastice, se han encontrado adenocarcinomas gástricos en los estómagos del 5% de los pacientes con tumores carcinoides

En este sentido, al conocer que los pólipos son considerados como lesiones potencialmente malignas y aún más cuando se asocian con la infección de la mucosa gástrica por *Helicobacter pylori*, considerado este en la actualidad como agente cancerígeno tipo I, ha sido el motivo de la realización de múltiples estudios de pesquizajes para evitar la progresión de los mismos hacia el cáncer (18, 19).

Estudios epidemiológicos realizados en Venezuela en el año 1998-1999, reportan que los pólipos hiperplásicos son los más comunes entre 76% y 90,6% de las lesiones polipoideas y son usualmente múltiples y al mismo tiempo muchos se asocian a la infección por *Helicobacter pylori* (20).

GENERALES:

Determinar la frecuencia y las características histomorfológicas de los pólipos gástricos diagnosticados en los pacientes atendidos en el servicio de videoendoscopia en el Centro Médico de Alta Tecnología "Divina Pastora" del Estado Lara.

ESPECÍFICOS:

Con el fin de alcanzar este objetivo general nos planteamos los objetivos específicos siguientes:

1. Determinar la frecuencia de pacientes con diagnóstico de pólipos gástricos según el total de videoendoscopia realizadas durante el periodo de estudio.
2. Determinar la frecuencia de pacientes con diagnóstico de pólipo gástrico según sexo y grupo de edad.
3. Señalar la frecuencia de los pólipos gástricos según número, tamaño, forma y tipo histológico.
4. Identificar la frecuencia de los pólipos gástricos según localización topográfica en el estómago.
5. Determinar la frecuencia de los tipos histológicos de los pólipos gástricos según presencia o no de *Helicobacter pylori*.
6. Señalar la frecuencia de los pólipos gástricos según fueran resecados por polipectomía o biopsias.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, en el servicio de videoendoscopía del Centro Médico de Alta Tecnología “Divina Pastora” del municipio Iribarren, Estado Lara, en pacientes remitidos por los médicos generales integrales de la Misión Barrio Adentro I y II, para la realización de la videoendoscopía al presentar síntomas del aparato digestivo superior.

UNIVERSO: estuvo constituido por 4752 pacientes mayores de 16 años de edad, de uno y otro sexo y etnias, con síntomas y signos de enfermedad digestiva superior, que acudieron al servicio de videoendoscopía y se les diagnosticó durante el proceder endoscópico una lesión polipoidea en la mucosa gástrica, los cuales conformaron la muestra objeto de estudio. La investigación se realizó durante el período comprendido de abril del 2007 a noviembre del 2009. A todos los pacientes se les explicó los objetivos de la investigación, sus beneficios y se les tomó su consentimiento por escrito para la participación en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Pacientes pertenecientes a las áreas de salud del Estado Lara, mayores de 16 años de edad, con síntomas y signos digestivos superior y presentan una lesión polipoidea en el estómago observada por videoendoscopía.
2. Pacientes con sospecha radiológica de lesión de aspecto polipoidea en el estómago.

3. Conformidad por escrito del paciente, para participar en la investigación (**ver anexo 1**).

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes que no pertenezcan a las áreas de salud del Estado Lara y que se nieguen o no ofrezcan su consentimiento para participar en el estudio, menores de 16 años.
2. Pacientes en los que esté contraindicada la realización de la endoscopia según normas cubanas e internacionales de gastroenterología (21, 22).
3. Embarazadas de más de 20 semanas.
4. Pacientes con urgencias gastroenterológicas (hemorragia digestiva alta, perforación de órgano, ingestión accidental de cuerpos extraños o de sustancias cáusticas).
5. Pacientes que refieran ingestión de drogas antiulcerosas o antibióticos al menos 30 días antes de la realización de la endoscopia.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio estuvo justificado desde el punto de vista ético, ya que se realizó conforme a los principios establecidos en la declaración de Helsinki (23).

1. Los pacientes incluidos obtendrán beneficio terapéutico posterior a su participación y confirmación diagnóstica (Polipectomía endoscópica o extracción del pólipo con la pinza de biopsia según las características macroscópicas del mismo).

2. El cuidado que recibieron los pacientes y las decisiones que afectaron a los mismos son responsabilidad del equipo médico debidamente calificado, que participaron activamente en la investigación.
3. Se respetó la integridad de los pacientes dentro de la investigación asegurando la confidencialidad de toda la información personal recogida durante la misma.
4. Ningún investigador participante en el estudio utilizó formas coercitivas o influyó sobre el paciente para obtener su participación en la investigación.
5. El lenguaje que se utilizó durante el interrogatorio médico no fue técnico, sino práctico y comprensible para el paciente.

Una vez aplicados los criterios anteriores y previo consentimiento del paciente se procedió a la realización del examen endoscópico.

TÉCNICA Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

A todos los pacientes remitidos al servicio de videoendoscopia se les realizó el estudio endoscópico, con un equipo Olympus, EVIS-LUCERA CV-260.

Previo al estudio, los Médicos Generales Integrales en sus consultorios les confeccionó el modelo de indicación (que incluyó los datos generales: nombre, apellidos y edad, examen físico y diagnóstico clínico presuntivo del paciente) y les orientó la siguiente preparación:

1. Ayuna de 12 horas.
2. No fumar.

3. No mascar chicles para mantener el segmento digestivo superior limpios de secreciones y facilitar una mejor visualización de la mucosa.

Una vez en el servicio de videoendoscopía, se les ofreció a cada uno de los pacientes una información sencilla y detallada del proceder, que incluyó la explicación de la posibilidad de que si tuviera un pólipo gástrico, se les realizará la toma de una muestra para biopsia de la lesión o una polipectomía (exéresis de todo el pólipo con asa de electrocoagulación utilizando una fuente de electrocoagulación PSD- 30 marca Olympus) y se les ofreció una breve explicación de las posibles complicaciones y riesgos a que serán sometidos durante el proceder, con el fin de obtener su consentimiento por escrito.

Una vez obtenido el consentimiento por escrito de cada paciente se procedió de la siguiente forma:

- a) Se les colocó un babero protector.
- b) Se les retiró su prótesis dental y/o gafa, si las tienen.
- c) Aplicó Lidócaína en spray 20% como anestésico tópico-oral en la orofaringe.
- d) Se les colocó la boquilla.
- e) Se les acostará en decúbito lateral izquierdo en la camilla.

Posteriormente, se introdujo el equipo a través de la boca hasta llegar a visualizar la mucosa del duodeno, del estómago y el esófago. Una vez dentro del estómago se inspecciono todas sus regiones (antral, cuerpo y fundus), donde se observaron todas las características macroscópicas normales y patológicas, específicamente la existencia o no de lesiones

de aspecto polipoideas, lo cual permitió la creación de dos grupos: uno con ausencia y otros con presencia de lesión polipoidea gástrica, siendo estos últimos los que conformaron la muestra objeto de estudio de nuestra investigación.

A todas las lesiones de aspecto polipoideas según su tamaño, forma y número se les tomará de tres a cinco muestras para biopsia, o serán resecaos con el asa de polipectomía y luego de extraídos se depositaron en frascos plásticos, tapados, rotulados con el nombre del paciente y sitio de la lesión, con formol al 10%, y remitidos al anatomopatólogo con la indicación de biopsia (**Anexo 3**), el cual se encargó de sus análisis y determinó su tipo histológico y la presencia o no de *Helicobacter pylori* mediante técnicas de coloraciones con hematoxilina-eosina o giemsa. Estos resultados permitieron clasificar a los pólipos según su tipo histológico y la presencia o no del *Helicobacter pylori* en los fragmentos de mucosa de los pólipos con los cuales se procedió a realizar las especificaciones propuestas en los objetivos.

Durante el examen endoscópico se evaluaron las características morfológicas del pólipo, lo cual permitió categorizarlos según su forma (sésil y pediculados), número (únicos, dos, tres y poliposis) y tamaño (pequeños, medianos, grandes y de variados tamaños).

Una vez retirado el equipo se confeccionó el informe endoscópico (**Anexo 2**) según metodología de las normas cubanas de gastroenterología (21, 22), que permitió unificar los criterios endoscópicos y facilitó el diagnóstico correcto de los pólipos. En los informes endoscópicos se utilizó términos apropiados para describir las

lesiones, partiendo de que la técnica endoscópica es un método esencialmente visual (24).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Nivel de medición	Escala	Descripción	Indicador
Pólipos Gástricos	Cualitativa Dicotómica	Presentes Ausentes	Según estudio endoscópico	%
Sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Según sexo biológico	%
Grupo de Edades	Cuantitativo Continua	16- 30 31- 45 46-60 61 y más	Según años cumplidos	%
Formas de los Pólipos Gástricos	Cualitativo Dicotómica	Sésil Pediculado	Según estudio endoscópico	%
Tamaño de los Pólipos Gástricos	Cuantitativo Ordinal	Pequeños Medianos Grandes Variados tamaños	Según estudio endoscópico	%
Número de los Pólipos Gástricos	Cuantitativo Nominal	Únicos Dos Múltiples Póliposis	Según estudio endoscópico	%
Localización de los pólipos	Cuantitativa Ordinal	Antral Cuerpo Fundus Todo el estómago	Según términos endoscópicos	%
Diagnóstico Histológico	Cualitativa ordinal	Pólipos inflamatorios Pólipos hiperplásicos Adenomas Pólipos juveniles Pólipo Peutz-Jeghers Poliposis múltiples Otros	Según estudios histológicos	%
<i>Helicobacter pylori</i>	Cualitativa Dicotómica	Presente Ausente	Según estudios histológicos	%
Resección de los pólipos	Cualitativos Ordinal	Biopsia Polipectomía	Según proceder terapéutico endoscópico	%

Criterios diagnósticos

Diagnósticos endoscópicos:

Pólipo gástrico: según su aspecto endoscópico se definió de la siguiente forma: presencia o ausencia de una protrusión circunscrita en la mucosa, de *forma:* sésil, pediculado, *tamaño:* pequeños, medianos, grandes, variados tamaños, *número:* únicos, dos, múltiples (5-10) o poliposis (10 o más. La cabeza es semiesférica u oval, lisa, lobulada o papiliforme (24, 25).

Formas de los pólipos: según su aspecto endoscópico se categorizaron de la siguiente forma:

- Pólipo pediculado: cuando el pedículo es evidente.
- Pólipo semipediculado, cuando no es evidente el pedículo, pero la base de implantación es estrecha.
- Pólipo sésil, cuando no existe pedículo. En este caso el diámetro de la base no debe exceder del de la cabeza.

Tamaño de los pólipos: según su tamaño endoscópico se categorizaron de la siguiente forma:

- Pequeños: aquellos que mide menos de un centímetros m de diámetro.
- Medianos: aquellos que mide entre uno a dos centímetros de diámetro.
- Grandes: aquellos que mide más de dos centímetros de diámetro.

- De tamaños variables: aquellos que son múltiples en cuanto a números y sus tamaños son diferentes entre ellos.

Número de los pólipos: según su cantidad observada por endoscopia se categorizaron de la siguiente forma:

- Únicos: la presencia de una sola lesión de aspecto polipoidea.
- Dos: la presencia de dos lesiones de aspecto polipoidea.
- Tres: la presencia de tres lesiones de aspecto polipoidea.
- Múltiples (poliposis): la presencia de múltiples lesiones de aspecto polipoidea.

Localización de los pólipos gástricos: según su localización topográfica observada por endoscopia se categorizaron de la siguiente forma:

- Pólipos en la región antral (en cualquiera de sus partes curvatura menor, mayor, cara anterior, posterior y región prepilórica).
- Pólipos en la región del cuerpo gástrico (en cualquiera de sus partes curvatura menor, mayor, cara anterior y posterior).
- Pólipos en la región del fundus gástrico: localizados tanto hacia el fundus como hacia el cardias del estómago.
- En todo el estómago: presente y distribuidos de forma difusa en todas las regiones y partes del estómago (poliposis gástrica).

Diagnósticos histológicos: según las características histomorfológicas observada por el microscopio óptico y la aplicación de colorantes se categorizaron de la siguiente forma:

- Pólipo inflamatorio: presentan un infiltrado inflamatorio difuso (8,9) entre estos pólipos se considerará a la hiperplasia linfoide polipoide.

- **Pólipo Hiperplásico:** constituidos por foveas alongadas e hiperplásicas, con repliegues intraluminales y dilataciones quísticas (8, 9).
- **Adenomas:** se observan como proyecciones papilares en superficie, separadas por depresiones profundas y de tipo predominante tubulares o tubulovelloso o francamente vellosos (8, 9).
- **Pólipo Juvenil:** lesiones hamartomatosas de lámina propia, formadas por glándulas con dilataciones quísticas, revestidas por epitelio foveolar e inmersas en estroma abundante, edematoso e infiltrado por células inflamatorias. **Pólipo de Peutz-Jeghers:** son hamartomas de la *muscularis mucosae* (8, 9).
- **Poliposis múltiple:** son múltiples y tienen características de los ya descritos con anterioridad (8, 9).
- **Pólipo quístico:** también denominados pólipos de retención o pólipos de Elster (19), formados por elementos epiteliales normales, aunque desordenados, con formación de pequeños quistes glandulares.
- **Pólipo fibroide inflamatorio:** compuesto por tejido fibroso y estructuras vasculares, con un estroma que muestra un infiltrado inflamatorio prominente en el que destaca la presencia de múltiples eosinófilos (13).
- **Tumor carcinoide:** se caracteriza por presentar un patrón celular uniforme, son generalmente argentafín-negativos y se disponen

formando nidos, cordones, trabéculas o formar estructuras glandulares, como rosetas, túbulos o acinos.

- Poliposis gástrica: generalmente son pólipos hamartomatosos, que se componen de epitelio normal adyacente a un grueso estroma ramificado, el cual básicamente está constituido por haces de tejido muscular originados en la *muscularis mucosae*.

Se consideraron otros tipos de lesiones polipoideas como lipomas, adenocarcinomas, linfomas etcéteras, según resultados anatomopatológicos.

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

A todos los pacientes se les confeccionó un informe endoscópico (**Anexo 2**) con original y una copia que contienen los datos generales y las variables propuestas en esta investigación así como una boleta de indicación de biopsia (**Anexo 3**) para el estudio de anatomía patológica.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó de forma manual utilizando una calculadora de mesa y computarizada utilizando una base de dato de Microsoft Excel en una computadora Pentium IV.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Plan analítico

- *Objetivo 1.* Se distribuyó la frecuencia de los pacientes con o sin diagnóstico de pólipo gástrico según el total de videoendoscopia realizada durante el período de estudio.

- Objetivo 2. Se distribuyó la frecuencia de los pacientes con diagnóstico de pólipo gástrico según sexo y grupo de edad.
- Objetivo 3. Se distribuyó la frecuencia de los pólipos gástrico según forma, número, tamaño y tipo histológico.
- Objetivo 4. Se distribuyó la frecuencia de los pólipos gástricos según localización topográfica en el estómago.
- Objetivo 5. Se distribuyó la frecuencia de los pólipos gástricos según su tipo histológico y la presencia o no de *Helicobacter pylori*.
- Objetivo 6. Se distribuyó la frecuencia de los pólipos según fueron resecados por polipectomía o biopsias.

Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

CONCLUSIONES

- ✓ Se observó una baja proporción de videonendoscopía superior realizadas con presencia de pólipos gástricos.
- ✓ Los pólipos gástrico se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino y en las edades comprendidas entre 61 y más años.
- ✓ Los pólipos gástricos unicos fueron los de mayor frecuencia observada en los pacientes estudiados.
- ✓ La mayor proporción de pólipos gástricos observados por videendoscopía superior en la mucosa gástrica fueron sésiles, de mediano tamaño y localizados en la región antral.
- ✓ La mayor frecuencia de los pólipos gástricos evaluados histologicamente son del tipo hiperplásico.
- ✓ Una alta proporción de pólipos gástricos de tipo inflamatorios tienen presente el *Helicobacter pylori*.
- ✓ La mayor frecuencia de los pólipos gástricos fueron extraídos a través de la toma de fragmentos de la lesión para biopsias.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios multicéntricos en el Estado, con objetivo de determinar la morbilidad de los pólipos gástricos en los diferentes servicios de endoscopia ya que estos constituyen una lesión premaligna, que asociada o no la presencia de la infección del *Helicobacter pylori* pudiera evolucionar hacia el cáncer gástrico, que constituye una de las primeras causas de muerte por tumores malignos en Venezuela.
2. Se sugiere protocolizar la toma de biopsia y la polipectomía en los servicios de endoscopia superior del país con el fin de interrumpir la secuencia pólipo-cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por pólipos gástricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Debongnie JC. Gastric polyps. *Acta Gastroenterol Belgica*.1999;62:187-9.
2. Chondry V, Boyce H, Coppola D. Proton pump inhibitor-associated gastric polyps: a retrospective analysis of their frequency and endoscopic, histologic and ultrastructural characteristics. *Am J Clin Pathol*.1998;110(5):615-621.
3. Orłowska J, Pietrow D. Multifocal gastric carcinoma arising from hyperplastic and adenomatous polyps. *Am J Gastroenterol*.1990;85(12):1629-1633.
4. Rattan J, Arber N, Tiomny E, Moshkowitz M, Chapsky Y, Baratz M, et al. Gastric polypoid lesions-an eight year study. *Hepato-Gastroenterol*. 1993;40:107-9.
5. Endoscopia Digestiva. Minimal standard terminology. Tomado de la página oficial de la Organización Mundial de Endoscopia Digestiva. www.omed.org. 1999.
6. Ming S, Goldman H. Gastric polyps. A histogenetic classification and its relation to carcinoma. *Cancer*.1965;18:721-726.
7. Elster K. Histologic classification of gastric polyps. *Currtop Pathol*.1976;63:77-93.
8. Nakamura T, Nakano G. Histopathological classification and malignant change in gastric polyps. *J Clin Pathol*.1985;38:754-764.
9. Schmitz J, Stolte M. Gastric polyps as precancerous lesions. *Gastroint Endosc Clin North Am*.1997;7(1):29-46.

10. Ohkusa T, Takashimizu Y, Fujiki K, Suzuki S, Shimoi K, Horiuchi T, et al. Disappearance of hyperplastic polyps in the stomach after eradication of *Helicobacter pylori*. Ann Intern Med.1998;129(9):712-715.
11. Mocek F, Ward W, Wolfson S, Ramage W, Wieman J. Elimination of recurrent hyperplastic polyps by eradication of *Helicobacter pylori*. Ann Intern Med.1994;120:1007-1008.
12. Saito K, Arai K, Mori M, Kobayashi R, Ohki Y. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on malignant transformation of gastric adenoma. Gastroint Endosc.2000;52(1):27-32.
13. Stolte M. Clinical consequences of the endoscopic diagnosis of gastric polyps. Endoscopy.1995;27:32-37.
14. Martin Herrera L, Vázquez Iglesias JL. Polipectomía del tracto digestivo superior. En: Vázquez Iglesias JL, editor. Endoscopia digestiva alta II. Terapéutica. La Coruña: Gaesa, 1995. p. 131-48.
15. Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Frinkenzeller G. Frequency, location, and age and sex distribution of various types of gastric polyp. Endoscopy.1994;26:659-665.
16. Orłowska J, Jarosz D, Pachlewski J, Butruk E. Malignant transformation of benign epithelial gastric polyps. Am J Gastroent.1990;90(12):2152-2159.
17. Seifert E, Gail K, Weismuller J. Gastric polypectomy. Long-term results. Endoscopy.1983;15:8-11.
18. [Aleksic S](#). *Helicobacter pylori*-clinical manifestations, diagnosis and therapy Glas Srp Akad Nauka..2005;(48):41-54.

19. [Nduduba DA, Rotimt O, Otegbeye FM.](#) *Helicobacter pylori* and the pathogenesis of gastroduodenal disease: implications for the management of peptic ulcer disease. Niger Postgrad Med J.2005;12(4):289-98.
20. Aparcero M, Zuramay C, Fuentes Y, Páez R, López J, Essenfeld H. Análisis de los pólipos hiperplásicos múltiples del estómago. Rev Ven Gastroenterol.2000;54(4):277-281.
21. Llanio Navarro R. Gastroenterología: Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1989.
22. Llanio Navarro R. Gastroenterología: Principios básicos y pruebas diagnósticas. La Habana: Ed. Pueblo y educación; 1991.
23. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964, and amended by the: 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975; 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983; 41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989; 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996; 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000; 53th WMA General Assembly, Washington 2002 (Note of Clarification on paragraph 29 added); 55th WMA General Assembly, Tokyo 2004 (Note of Clarification on Paragraph 30 added); 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008

24. Maratka Z. Terminología, definiciones y criterios diagnósticos en endoscopia digestiva. 1986.
25. Grespi M, Delvaux M, schapiro H, Venables C, Zwiebel FM. Working Party Report by the Committee for Minimal standardus of terminology and documentation in digestive endoscopy of the European Society of Gastrointestinal endoscopy. Minimal standards for a computerized endoscopic database. Am J Gastroeterol.1996;91:191-216.

DIVINA PASTORA
Consentimiento informado
Estado Lara, Barquisimeto
SERVICIO DE VIDEOENDOSCOPIA
GRATUITO

El que suscribe _____ de nacionalidad _____ con CI _____ autorizo que se me realice el examen de endoscopia y cualquier tipo de terapéutica endoscópica necesarias para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad una vez que he sido informado por mí médico de los beneficios y objetivos del examen.

- *He sido informado que los procedimientos endoscópicos poseen un mínimo de complicaciones posibles, aceptadas internacionalmente y que durante la misma se me aplicará sedación consciente para aliviar los malestares que provoca el estudio.*
- Por lo que estoy de acuerdo con que se me realice, considerando que los mismos se ejecutarán en el marco del más estricto rigor científico y de las normas de ética y del derecho del ser humano.
- Libero a la institución de responsabilidad alguna relacionada con las complicaciones que pudieran producirse por la realización de este proceder endoscópico.

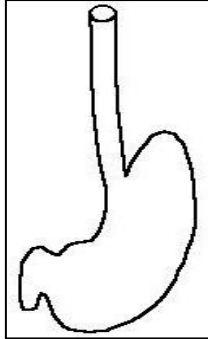
Consiento: doy mi consentimiento para que se me realice el estudio endoscópico y la aplicación de la sedación, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, e incluso habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con el Dr. _____, asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria en el Centro Médico de Diagnóstico de Alta Tecnología del Estado de Lara, Barquisimeto.

Nombre del paciente _____ Firma _____

Nombre del familiar o representante _____ Firma _____

___ / ___ / ___

Anexo 2



**DIVINA PASTORA
INFORME DE ENDOSCOPIA SUPERIOR
ESTUDIO GRATUITO**

Equipo: Videoendoscopio Olympus Lucera -260

No.

Nombre:

Sexo:

Edad:

CI:

Procedencia:

Examen: Videoendoscopia

Superior Urgente:

Electiva:

Datos Clínicos:

Satisfactoria:

No satisfactoria:

Relativamente satisfactoria:

DESCRIPCIÓN

Previa anestesia de la orofaringe con Lidócaína 10%, se introduce el videoendoscopio hasta la segunda porción del duodeno la cual es normal.

BULBO:

ESTÓMAGO:

UNION ESOFAGOGASTRICA:

ESOFAGO:

Conclusiones:

Observaciones:

Fecha:

Firma del médico



Anexo 3

INFORME ANATOMOPATOLOGICO

Nombre y Apellidos:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico endoscópico:

Diagnóstico histológico:

Descripción

Conclusiones:

Firma del Médico

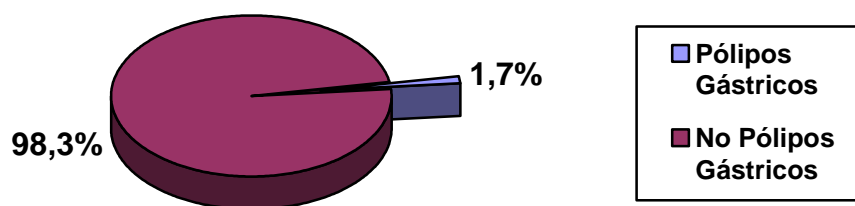
Fecha: ___/___/___

Observaciones:

Cuadro 1. Clasificación de los pólipos gástricos según la Organización Mundial de la Salud.

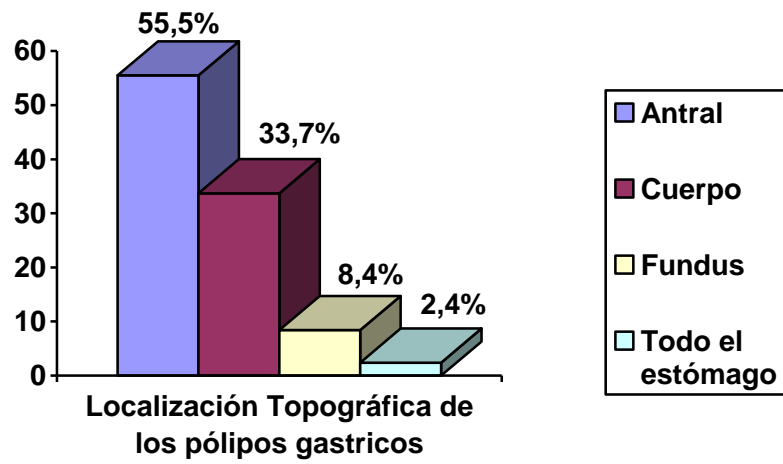
CLASIFICACIÓN
<p><i>Neoplásicos</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Epiteliales:<ul style="list-style-type: none">- Adenomas tipo intestinal (tubular, tubulovelloso, vellosos).- Adenoma de glándula pilórica.- Adenocarcinoma.• Endocrinos:<ul style="list-style-type: none">- Tumor carcinoides.• Mesenquimal:<ul style="list-style-type: none">- Leiomioma.- Tumores neurogénicos.- Lipoma.- Sarcoma.• Linfáticos:<ul style="list-style-type: none">- Linfoma MALT <p><i>Lesiones pseudotumorales</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Pólipos de glándulas fúndicas.- Pólipos hiperplásicos.- Pólipos inflamatorios.- Pólipo Juvenil- Pólipo de Peutz-Jeghers.- Pólipo de Cronkhite-Canadá.

Gráfico 1. Distribución de los estudios de videoendoscopia realizadas en el período de estudio según presencia o ausencia de pólipo gástrico.



Total de estudios endoscópicos: 4752
Endoscopia con pólipos: 77
Endoscopia no pólipos: 4675

GRÁFICO 2. Distribución de los pólipos gástricos según localización topográfica en el estómago.



Fuente: Tabla 5