

Lesiones neoplásicas no polipoides colorrectales. Diagnóstico con equipo de alta resolución sin magnificación y tratamiento. Experiencia en un centro venezolano

The experience of a Venezuelan medical center in diagnosis and treatment of nonpolypoid neoplastic colorectal lesions with high resolution equipment without magnification

Yolette Martínez, MD,¹ María Alexandra Guzmán, MD,² Raúl Monserrat, MD,³ Sandra Romero, MD.⁴

¹ Gastroenterólogo Policlínica Santiago de León

² Gastroenterólogo Fellow Hospital de Clínicas Caracas, Venezuela

³ Gastroenterólogo Centro Médico de Caracas, Venezuela

⁴ Anatomopatólogo Centro Médico Docente La Trinidad, Carcasa, Venezuela

Fecha recibido: 16-12-11
Fecha aceptado: 17-08-12

Resumen

Fundamento: Es de todos bien conocido, que los adenomas representan morfológicamente la lesión precursora de la gran mayoría de cánceres colorrectales. Sin embargo, las lesiones neoplásicas no polipoides tienen vías diferentes a la secuencia adenoma-carcinoma que podrían resultar más agresivas, siendo crucial la detección temprana para intervenir la historia natural de estas lesiones.

Objetivo: En nuestro estudio identificamos lesiones neoplásicas no polipoides de colon sin magnificación, usando cromoendoscopia convencional con azul de metileno e índigo carmín y cromoendoscopia electrónica con el sistema Narrow Band Imaging (NBI) de Olympus. Todas las lesiones fueron tratadas mediante resección endoscópica mucosa (REM), siendo esta técnica segura, efectiva y en la cual se puede obtener el espécimen completo para su estudio histopatológico

Diseño: De un total de 1.234 colonoscopias en el periodo entre los años 2006 y 2010, encontramos 155 (12,6%) lesiones neoplásicas no polipoides de acuerdo a la clasificación de París. Todas fueron removidas por técnica de mucosectomía en una sola sesión sin complicaciones.

Resultados: Las lesiones neoplásicas no polipoides fueron encontradas en 155 pacientes (12,6% de 1234 colonoscopias). Las lesiones fueron clasificadas de la siguiente manera: 125 de tipo IIa (80,65%), 24 tumores de diseminación lateral (15,48%), 4 de tipo IIb (2,58%), 2 IIa+IIc (1,29%). De acuerdo a la localización en colon: 70 en colon derecho (45%) y 85 en colon izquierdo (55%). El promedio de edad fue 61 años (rango: 42-81) y la distribución por géneros: 87 masculinos y 68 femeninos. El tamaño de las lesiones estuvo comprendido entre 5 mm y 5 cms. De las lesiones neoplásicas no polipoides encontradas endoscópicamente, 16 (10,32%) fueron clasificadas histológicamente como hiperplásicas y negativos para pólipo. Los 139 restantes (89,68%) se identificaron como lesiones neoplásicas, de los cuales 10 fueron diagnosticadas como adenomas aserrados, 119 adenomas tubulares (18 con displasia de alto grado), 9 adenomas túbulo-vellosos con displasia de alto grado y 1 adenocarcinoma bien diferenciado. La sensibilidad fue 100% y la especificidad fue 98,5% cuando se comparó la clasificación morfológica con los hallazgos histopatológicos.

Limitaciones: El estudio fue realizado en un solo centro y consideramos como otra limitación el tamaño de la muestra.

Conclusiones: Los resultados sugieren que la endoscopia sin magnificación es útil en la identificación de lesiones neoplásicas no polipoides de colon. Es importante reconocer que un número no despreciable de lesiones fueron encontradas en colon derecho tal como lo reporta la literatura. Consideramos que la resección endoscópica mucosa sigue siendo un procedimiento seguro, mínimamente invasivo y que permite la obtención del espécimen en su totalidad para estudio histológico y podría ser utilizada ampliamente en el tratamiento de estas lesiones.

Palabras clave

Lesiones neoplásicas no polipoides, alta resolución, magnificación, clasificación de París.

Abstract

Rationale. It is well known that adenomas are the morphological precursors of the vast majority of colorectal cancers. Nevertheless, nonpolypoid lesions follow pathways which differ from the known sequence from adenoma to carcinoma. Since these pathways appear to be more aggressive, early detection is crucial for definition of the natural history of these cancers.

Objective. In our study we used both conventional chromoendoscopy with blue methylene and indigo carmine and electronic chromoscopy with the NBI (Olympus) system to identify nonpolypoid neoplastic colorectal lesions without magnification. All lesions were treated by endoscopic mucosal resection since this technique is safe and effective and allows the complete specimen to be saved for histopathological study.

Design. We found 155 (12.6%) cases of nonpolypoid neoplastic colorectal lesions as defined by the Paris classification in a total of 1,234 colonoscopies performed between 2006 and 2010. All were removed through EMR in single sessions without complications.

Results. Nonpolypoid neoplastic lesions were found in 155 patients (from 1,234 colonoscopies, 12.6%). The lesions were classified as follows: 125 were IIa (80.65%), 24 were lateral spreading tumors (15.48%), 4 were IIb (2.58%), and 2 were IIc (1.29%). 70 were in the right colon (45%), and 85 were in the left colon (55%). Average patient age was 61 years and the age range was from 42 to 81 years old. 87 patients were male, and 68 were female. The sizes of the lesions ranged from 5mm to 50 mm. 16 (10.32%) nonpolypoid lesions were diagnosed as normal and hyperplastic. The other 139 (89.68%) were neoplastic lesions: 10 were diagnosed as serrated adenomas, 119 were tubular adenomas (18 with high-grade dysplasia), 9 were tubulovillous adenomas with high degrees of dysplasia, and 1 was a well differentiated adenocarcinoma. Sensitivity was 100% and specificity was 98.5 %.

Limitations. There were two limitations: the study was carried out in only one medical center and the sample size was limited.

Findings. The results suggest that endoscopy without magnification was useful and sensitive for identification of nonpolypoid lesions in the colon. It is important to note that a significant number of lesions were found in the right colon. Endoscopic mucosal resection is a safe, minimally invasive procedure that can be performed widely. In addition it allows the physician to obtain the complete specimen for histological study.

Key words

Nonpolypoid neoplastic lesions, high resolution, magnification, the Paris classification.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones neoplásicas no polipoides de colon (LTNP) representan una variedad de patología premaligna en colon que en ocasiones conllevan a un mayor riesgo para el desarrollo de cáncer, al compararlas con lesiones polipoides clásicas con su bien conocida secuencia adenoma-carcinoma. Aunque fueron descritas en 1985 por autores japoneses (1), existen pocos estudios en el hemisferio occidental (2, 3), lo que nos ratifica la poca importancia inicial que se le dio a la identificación de estas lesiones pequeñas y que hoy reconocemos como vital. Por estas razones, consideramos de gran utilidad presentar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de LTNP.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población consistió en todos aquellos pacientes adultos a los cuales se les realizó colonoscopia completa en el Centro Médico de Caracas, entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Las indicaciones para el estudio fueron:

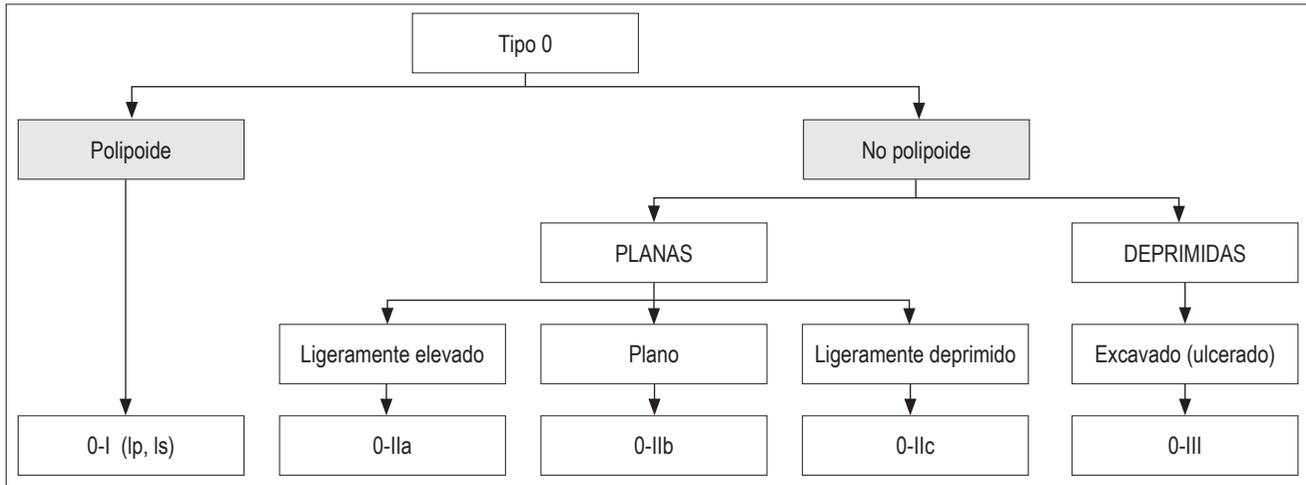
1. Pesquisa: pacientes asintomáticos con riesgo intermedio de cáncer colorrectal.
2. Sintomáticos: pacientes con anemia, sangre oculta positiva, cambios de hábito intestinal, hematoquezia, pérdida de peso y dolor abdominal.

3. Seguimiento: pacientes con antecedentes de pólipos de colon y cáncer de colon operado.

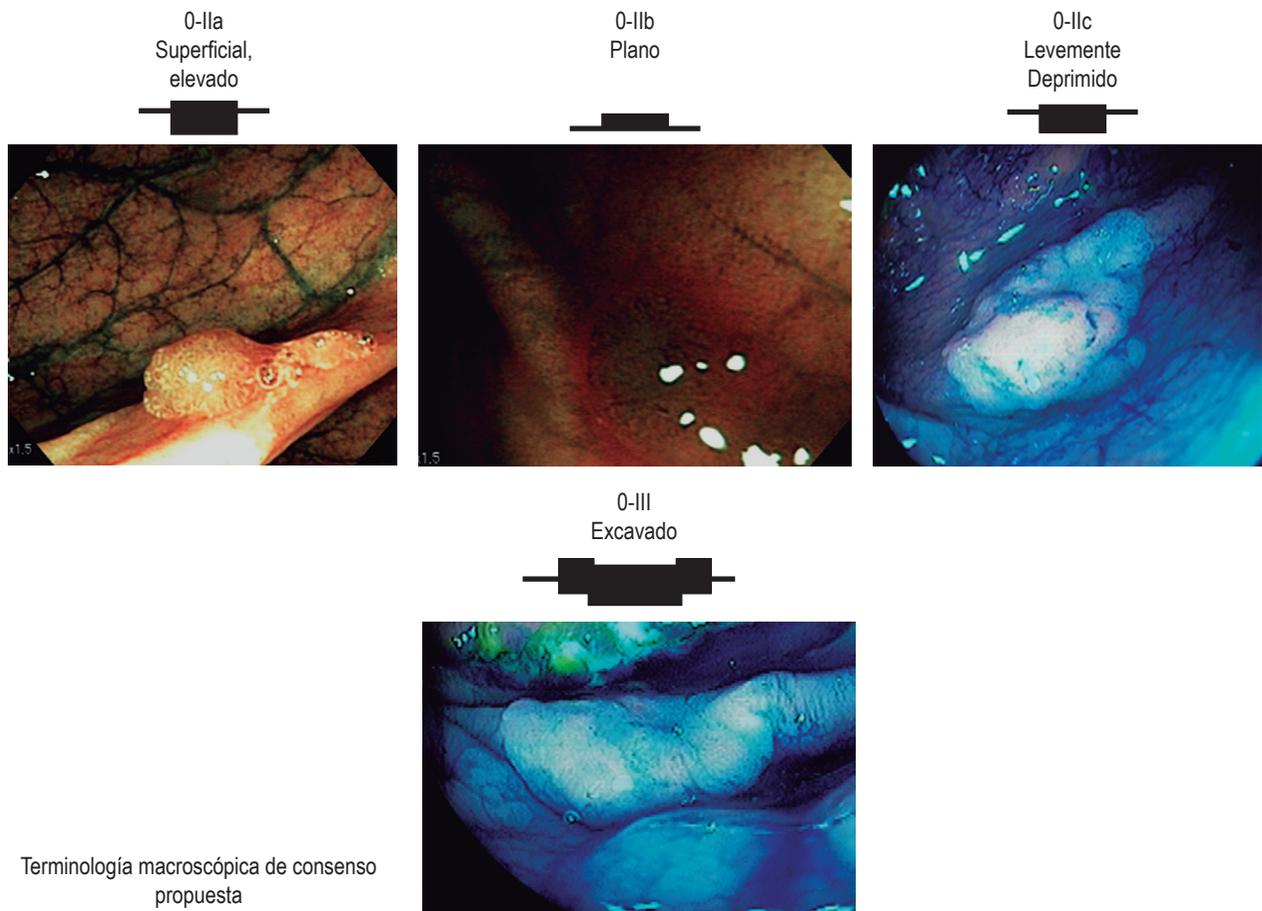
Los criterios de exclusión fueron colonoscopia incompleta y colon mal preparado. El endoscopio utilizado fue colonoscopio Olympus serie F-H180 A1. Las endoscopias fueron realizadas en la mañana y la limpieza del colon se logró administrando dosis divididas combinando fosfosoda (90 cc) la tarde previa y polietilenglicol (2 litros) previos al estudio. La sedación utilizada fue midazolam 7,5 mgr o propofol administrado por gastroenterólogo y metilbromuro de hioscina 5 mg IV. El tiempo de retiro del endoscopio fue de al menos 6 minutos. Se utilizaron como métodos de realce: ácido acético, indigo carmín y cromoscopya electrónica (NBI). Para las lesiones se utilizó la clasificación de París (4) (figura 1).

Todas las lesiones fueron resecaadas endoscópicamente, salvo que existiera alguna contraindicación o si el endoscopista consideró que se trataba de cáncer avanzado sin adecuada indicación para REM. Solo en casos de tumores de diseminación lateral mayores de 3 cm, se realizó sección parcelaria. Para la REM se utilizó glucosa hipertónica al 30%. Todos los especímenes fueron estudiados por un anatomopatólogo experto en el área gastrointestinal.

**Consenso de París
Lesiones neoplásicas con morfología superficial**



Representación esquemática



Gastrointestinal Endoscopy 58: S3-S25, 2003

Figura 1. Clasificación de París.

RESULTADO

De un total de 1.234 colonoscopias, se encontraron 155 lesiones tumorales no polipoides (12,6%). El tamaño de las lesiones osciló entre 5 y 50 mm siendo las lesiones identificadas así: tipo IIa: 125 (80%) tumores de diseminación lateral (TDL), 24 (15,48%), tipo IIb: 4 (2,58%), IIa + IIc 2 (1,29%) (tabla 1). Solo en casos de tumores de diseminación lateral, se hallaron lesiones mayores de 2 cms. El diagnóstico histológico de neoplasia se realizó en 139 lesiones (89,6%), en los casos restantes, la histología fue reportada como lesión hiperplásica o normal. Dentro las neoplásicas benignas su distribución fue así: adenoma tubular 119, adenoma túbulo-velloso 9, adenoma aserrado 10, adenocarcinoma bien diferenciado 1 (tabla 2). Es de anotar que 18 de las lesiones presentaban displasia de alto grado.

En dos casos se presentó como complicación sangrado tardío, el cual fue controlado endoscópicamente. No se presentaron perforaciones.

Tabla 1. Tipo de lesión encontrada.

Lesión	Número	Porcentaje
IIa	125	80%
TDL	24	15,48%
IIb	4	2,58%
IIa + IIc	2	1,29%

Tabla 2. Diagnóstico histológico.

Histología	Número	Porcentaje
Adenoma tubular	119	85,6%
Adenoma túbulo-velloso	9	6,4%
Adenoma aserrado	10	7,1%
Adenoca. bien diferenciado	1	0,76%

DISCUSIÓN

Aun cuando fueron descritas hace más de veinte años en Japón (1), las lesiones neoplásicas no polipoides han recibido poca atención por los endoscopistas en occidente y solo recientemente han sido reportados estudios en USA y Europa lo que puede mostrar el despertar frente a esta patología (2, 3). La literatura muestra que tienen una prevalencia variable entre 4 y el 25% (13), existiendo aún incertidumbre sobre la relevancia clínica de estos hallazgos. La prevalencia de estas lesiones en nuestro estudio (12,6%), se compara favorablemente con las series de USA, Italia y China (2, 5, 6). Así mismo, al igual que en otras series, encontramos una predilección para su ubicación en el colon derecho. El significado clínico de este hecho estaría dado por la alta incidencia de cáncer de colon derecho que

se está presentando y que se ha podido escapar en su detección durante la realización de colonoscopias para diagnóstico temprano (7), lo cual enfatiza la necesidad de una mejor y detenida exploración de este segmento del colon, a sabiendas de los progresos recientes en el conocimiento de los eventos que llevan al desarrollo del cáncer colorrectal polipósico y no polipósico.

De hecho, hoy en día se requiere una mayor detección y caracterización de las lesiones neoplásicas, gracias al uso cada vez más frecuente de la cromoendoscopia y a la utilización de endoscopios de alta resolución y alta definición y un mejor conocimiento de la biología molecular de las lesiones no polipoides (8, 9, 11, 12) que ha llevado a que el concepto de una vía única en la secuencia adenoma-carcinoma esté ahora claramente cuestionada (12). En esta línea, actualmente se reconocen esencialmente tres tipos de lesiones: polipoides, no polipoides y deprimidas. Las lesiones polipoides crecen preferiblemente por encima de la superficie, y el volumen del componente polipoide se correlaciona con el estadio histológico (13). Las lesiones no polipoides crecen en forma plana o ligeramente deprimida, pudiendo eventualmente progresar a tumores de diseminación lateral o lesiones polipoides, mientras que las lesiones deprimidas parecen constituir un grupo aparte debido a su mayor tendencia al desarrollo de cáncer y diseminación linfática (14). Para la adecuada identificación de estas lesiones es imprescindible una limpieza óptima del colon y un porcentaje alto de intubación cecal, debido al elevado número de ellas que se ubican en el colon derecho. Este último punto cobra fundamental relevancia debido al elevado porcentaje de colonoscopias incompletas realizadas frecuentemente, en especial por inadecuada preparación (15).

En nuestra serie, el índice de colonoscopia completas y óptima preparación fue de 99%.

En la serie que presentamos es de destacar que nos limitamos a mostrar nuestros hallazgos con equipos endoscópicos que permiten la caracterización de las lesiones por imágenes de banda estrecha (NBI) sin magnificación, lo que en nuestro criterio es de gran utilidad, ya que los equipos endoscópicos con magnificación no están al alcance de la mayoría de los endoscopistas y con esta metodología nuestro porcentaje de 12,4%, se muestra favorable en relación con otras series publicadas (2, 5, 6, 10).

En relación al estudio histológico, es de especial relevancia el número de lesiones con displasia de alto grado aun en lesiones pequeñas, lo cual está en concordancia con lo expresado por otros autores, en cuanto a una mayor propensión de las lesiones tumorales no polipoides al desarrollo de cáncer (14). También en esta serie destacamos el hallazgo de pólipos aserrados lo cual indica que actualmente se busca y se piensa en esta morfología ya que los estudios histológicos son realizados por anatomopatólogos

expertos en el área gastrointestinal tal como sucedió en nuestra serie.

CONCLUSIÓN

Las lesiones neoplásicas no polipoides en nuestro medio se observan en porcentajes similares a los de series publicadas en la literatura, esto nos motiva a extremar las medidas para su reconocimiento, haciendo énfasis en la realización de colonoscopias completas y garantizando una óptima preparación de colon. De otra parte, rescatamos que el tratamiento de estas lesiones mediante la técnica de REM es efectivo y seguro en la erradicación de estas lesiones.

REFERENCIAS

1. Muto T, Kamiya J, Sawada T, et al. Small flat Adenoma of the large bowel with special reference to its clinicopathological features. *Diseases of Colon and Rectum* 1985; 28: 887-51.
2. Ress AS, Waxman F. Flat and depressed neoplasms of the Colon in Western Population. *Am J Gastroenterology* 2006; 101: 172-180.
3. Soetinkno RM, Kattenbach, Rense R, et al. Prevalence of non polipoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic adults. *JAMA* 2008; 299: 1027-35.
4. The Paris Endoscopic Classification of superficial neoplasms lesions: Esophagus, Stomach and Colon. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2003; 58(suppl.): 53.
5. Neugut AL, Jacobson JS, Rella VA. Prevalence and incidence of colorectal adenomas and cancer in asymptomatic persons. *Gastrointestinal Endosc Clin N Am* 1977; 378-99.
6. Rex DK. Maximizing detection of adenoma and cancer during colonoscopy. *Am J Gastroenterology* 2006; 101: 2866-77.
7. Harminder Singh, Donna Turner, Lin Xue, et al. Risk of developing of colorectal cancer following a negative colonoscopy examination: evidence for 10 years interval between colonoscopy. *JAMA* 2006; 295: 2366-2373.
8. Brooker Jr, Sauridus BP, Shohga, et al. Total colonic dye-spray increases the detection of diminute adenomas during routine colonoscopy; a randomized control trial. *GIE* 2002; 56: 333-8.
9. Jogahus MJ, Helbat T, Napoleon R, et al. Does Chromoendoscopy with structure enhancement increase colonoscopy adenoma detection note. *Endoscopy* 2006; 38: 444.
10. Chiu HM, Chang CY, Chen CC, et al. A prospective comparative study of Narrow Band Imaging, Chromoendoscopy in the diagnosis of colorectal neoplasia. *Gut* 2007; 56: 373-9.
11. Arain MA, Sauhney S, et al. Status of interval Colon Cancer: Another piece of the puzzle. *Am J Gastroenterology* 2009; 209: 10-1038.
12. Jas JR, Whitehall VLJ, Yang J, et al. Emerging Concepts in Colorectal neoplasia. *Gastroenterology* 2002; 123: 862-76.
13. Hanawood GC, Sharma VK, et al. Impact of Colonoscopy preparation quality on detection of colonic neoplasia. *Gastrointestinal Endoscopy* 2003; 58: 76-79.
14. Kudo S, Tamaura S, Nakajima T, et al. Depressed type of colorectal Cancer. *Endoscopy* 1995; 27: 54-7.
15. Rex DK, et al. Quality indicator for colonoscopy. *Am J Gastroenterology* 2006; 101: 873-85.