

**DETECCION DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS PRECOCES DE  
COLON. ESTADO ACTUAL.**

**VIII Jornadas Regionales de  
Gastroenterología y Endoscopia  
Maracaibo, 13-14 de Julio 2.007**

**DR. VICTOR E. BRACHO MOSQUERA**

**SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR “DR.  
CARLOS ARVELO” DE CARACAS”  
CENTRO MEDICO DOCENTE “LA TRINIDAD”  
CARACAS-VENEZUELA**

Al considerarse las lesiones premalignas y malignas precoces de colon se debe hacer, de manera obligatoria, una revisión sobre las posibles formas primarias evolutivas del carcinoma colorectal. De esta manera tenemos a los precursores polipoides y no polipoides del carcinoma colorectal.

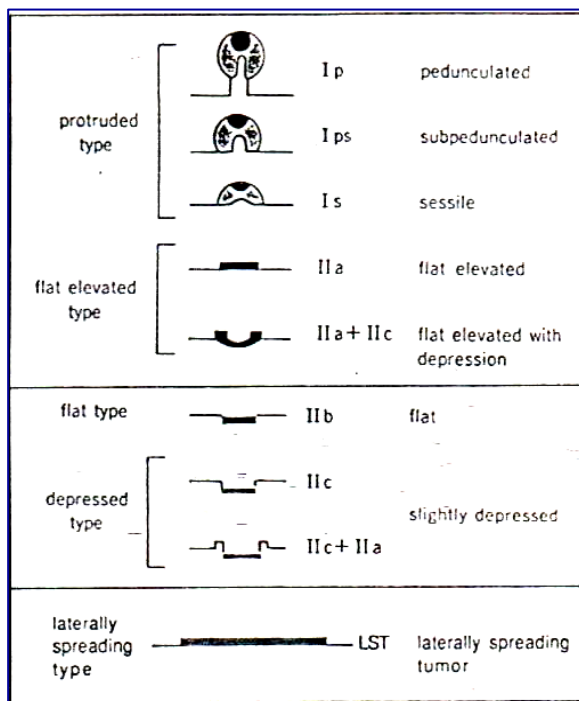
La secuencia pólipo adenomatoso que lleva hacia el cáncer ha sido demostrada desde hace varias décadas en la primera de estas categorías mencionadas, y se considera en la actualidad cómo la vía más importante para los carcinomas colorectales avanzados, especialmente en el mundo occidental.

Sin embargo, la atención mundial se viene desplazando hacia aquellos precursores no polipoides que llevan hacia el cáncer avanzado colorectal, liderado por investigadores japoneses. En esta categoría de lesiones debemos considerar dos tipos de precursores: el adenoma plano colorectal cuyo primer reporte internacional fue realizado por Muto en 1985. El segundo lo representan las áreas displásicas o con atipia de la mucosa colorectal sin evidencia de adenoma, etiología “de novo”, reportado por primera vez por Shimoda y Kuramoto en 1.989.

Estas últimas categorías de lesiones, si bien distintas desde el punto de vista histológico, comparten aspectos endoscópicos muy similares, muchas veces se visualizan en doscópicamente como “manchas rojas”, levemente elevados e incluso, deprimidos. Este último hecho todavía es comprendido con dificultad en el hemisferio occidental.

En la actualidad la controversia sobre la principal fuente evolutiva para los adenocarcinomas colorectales avanzados persiste bajo investigación: 1) Adenoma polipoide 2) adenoma plano 3) Areas displásicas o atípicas de la mucosa colorectal “de novo”. Reportes recientes hechos en esta oportunidad por un grupo occidental, le da un peso de aproximadamente un 40 % al componente plano o deprimido en la responsabilidad del total del cáncer avanzado colorectal, en coincidencia con la contraparte de los investigadores japoneses.....

Una manera práctica de clasificar entonces las lesiones premalignas y malignas en su etapa precoz es la que proponen los investigadores japoneses de la siguiente manera:



Dicha clasificación es similar a la que se utiliza para cáncer gástrico precoz, pero excluyendo la forma excavada para colon (0-III) y añadiendo el tipo “tumor de diseminación lateral”, del inglés “laterally spreading tumor”, el que se define como aquellos adenomas planos de más de 10 mm de diámetro

Dicha clasificación fue objeto de un consenso de expertos en la ciudad de París en diciembre de 2.002, la cual logró ser ratificada con mínimas variaciones:

**Table 2** The macroscopic classification of type 0 digestive-tract lesions, with a superficial appearance at endoscopy

<b>Protruding</b>	
Pedunculated	0-Ip
Sessile	0-Is
<b>Nonprotruding and nonexcavated</b>	
Slightly elevated	0-IIa
Completely flat	0-IIb
Slightly depressed	0-IIc
Elevated and depressed types	0-IIc + IIa 0-IIa + IIc
<b>Excavated</b>	
Ulcer	0-III
Excavated and depressed types	0-IIc + III 0-III + IIc

De este consenso se decide, que cuando desde el punto de vista endoscópico una lesión tenga aspecto superficial o precoz, se coloca un “0” delante y se mantiene el resto de la anterior clasificación. El “LST” o tumor de diseminación lateral se incluyó en este consenso el tipo 0-IIa

Cuando se analiza cada una de las lesiones descritas debemos hacer una parada obligatoria en la experiencia del profesor Kudo de la Cruz Roja de Tokio mediante la siguiente tabla:







**Table 2.** Rate of submucosal invasion of colorectal neoplasms (January 1985 to June 1998).

	No. invasive/total, by size					Total
	≤5 mm	6–10 mm	11–15 mm	16–20 mm	≥21 mm	
Depressed	15/185 (8.1%)	33/81 (40.7%)	28/36 (77.8%)	11/13 (84.6%)	9/10 (90.0%)	96/325 (29.5%)
Protruded	0/4048	36/2746 (1.3%)	54/636 (8.5%)	33/192 (17.2%)	39/125 (31.2%)	162/7783 (2.1%)
Slightly elevated (flat adenoma)	2/4853 (0.04%)	1/597 (0.2%)	0/26	0/1	0/1	3/5478 (0.05%)
Lateral spreading tumor	—	—	5/246 (2.0%)	9/85 (10.6%)	21/97 (21.6%)	35/428 (8.2%)
Total	17/9122 (0.19%)	70/3424 (2.0%)	87/944 (9.2%)	53/291 (18.2%)	69/233 (29.6%)	296/14,014 (2.1%)

La descripción establece el comportamiento biológico de cada uno de los precursores del cáncer colorectal en cuanto a el grado de posibilidad de invasión a la submucosa en relación a la talla y el aspecto morfológico de cada uno de ellos, siendo el más invasivo pero menos frecuente el deprimido, tipo 0-IIC, con 40, 7 % de riesgo de invasión a la submucosa en la talla de 6 a 10 mm.

Con el panorama visualizado hasta ahora, podemos entender la importancia de aprender las técnicas de detección de las lesiones planas de colon (levemente elevadas, planas, levemente deprimidas y LST), ya que de no hacerlo, estaríamos ignorando, sobre la base los conocimientos actuales, el 40 % de los precursores del cancer colorectal.

Las técnicas más actualizadas incluyen vedeoendoscopia de alta resolución, y de magnificación y deben combinarse con cromoscopia, es decir, con sustancias que mejoran el realce y la definición de la imagen endoscópica especialmente con Indigo Carmín. Al combinarse la cromoscopia con magnificación se logra definir la característica de la superficie epitelial, o criptas de Liberkuhn, lo que ha sido estudiado en detalle por investigadores japoneses, encontrando un patrón específico entre la morfología de las criptas (pit pattern) y el tipo histológico de la lesión, que se puede resumir, en la experiencia de Kudo, como a continuación se representa

Type	Pit pattern	Definition	Usual histopathological findings	Type	Pit pattern	Definition	Usual histopathological findings
Type I		round pits	normal	Type III L		large tubular or roundish pits	adenoma (86.7%) (protruded lesion)
Type II		asteroid or papillary pits	hyperplastic	Type IV		branch-like or gyrus-like pits	adenoma (59.7%) (almost tubulovillous adenoma) intramucosal adenocarcinoma (37.2%)
Type III S		small tubular or roundish pits	intramucosal adenocarcinoma (28.3%) adenoma (73%) (depressed lesion)	Type V		non-structural pits	submucosal adenocarcinoma (62.5%)

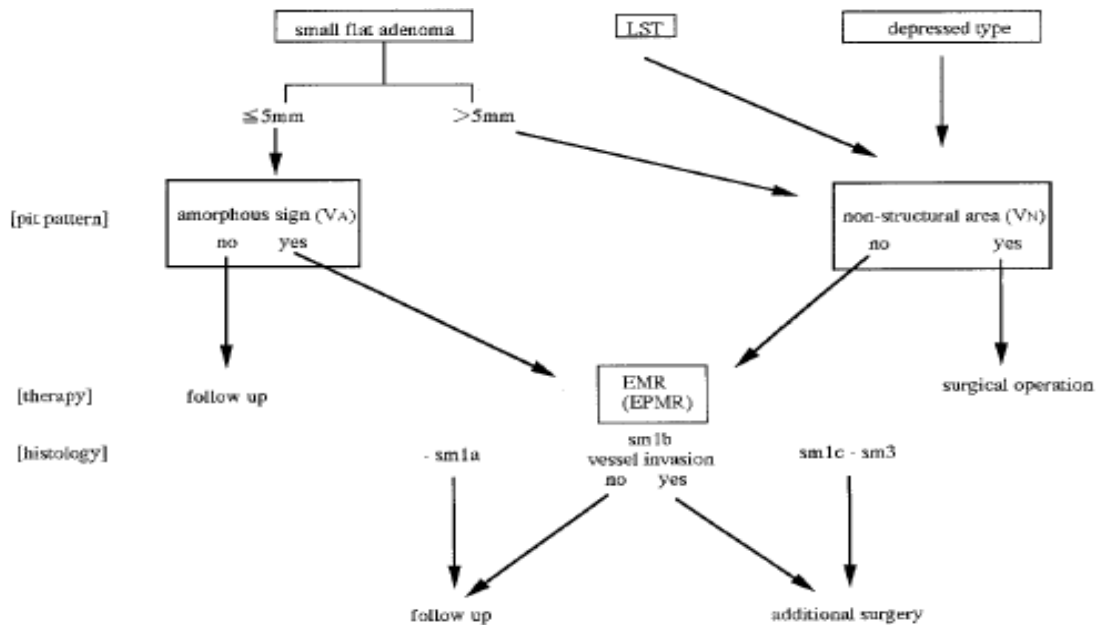
La correlación entre la histología y el tipo específico de “pit pattern” ha demostrado que la magnificación es una excelente herramienta en la detección y aproximación al tipo histológico de lesión

Estudios prospectivos coinciden en que la combinación de la imagen endoscópica con cromoscopia incrementan la diferenciación entre lesiones de tipo tumoral y no tumoral

Method	Diagnostic accuracy, %	Sensitivity, %	Specificity, %	PPV, %	NPV, %
Conventional colonoscopy	84.0	88.8	67.4	93.4	63.3
Chromoendoscopy	89.3	93.1	76.1	93.1	76.1
Chromoendoscopy with magnification	95.6	96.3	93.5	98.1	87.8

PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value.

La endoscopia de magnificación en la actualidad está llamada a ser una herramienta vital a la hora de tomar decisiones en base al patrón de las cristas (pit pattern). Algunos investigadores proponen el siguiente algoritmo de trabajo



Otros métodos novedosos para el diagnóstico de las lesiones planas y deprimidas de colon son el narrow band image (NBI) o imagen de banda estrecha y endoscopia de fluorescencia, estando estas últimas dos técnicas en fase inicial y en su curva de aprendizaje a nivel mundial.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Kudo S, Rubio CA, Texeira CR et al. Pit Pattern in Colorectal Neoplasia: Endoscopic Magnifying View. *Endoscopy* 2001; 33(4) : 367-373
- 2) Fu K.I, Sano Y, Kato S. Chromoendoscopy Using Indigo Carmin Dye Spraying With Magnifying Observation is the Most Reliable Method for Differential Diagnosis Between Non-neoplastic and Neoplastic Colorectal Lesions: A Prospective Study. *Endoscopy* 2004; 36(12): 1089-1093
- 3) Endoscopic Classification Review Group. Update on the Paris Classification of Superficial Neoplastic Lesions in the Digestive Tract. *Endoscopy* 2005; 37(6):570-578
- 4) Kudo SE, Kashida H, Tamura T. Colonoscopic Diagnosis and Management of Nonpolypoid Early Colorectal Cancer. *W.J.Surg.* 2000 24,1081-1090
- 5) Sano Y, Tanaka S, Texeira CR. Endoscopic Detection and Diagnosis of 0-IIc Neoplastic Colorectal Lesions. *Endoscopy* 2005; 37(3):261-267
- 6) Huang Q, Fukami M, Kashida H. Interobserver and Intra-observer Consistency in the endoscopic assessment of Colonic Pit Pattern. *Gastrointest.Endosc* 2004, 60:520-6
- 7) Machida H, Sano Y, Hamamoto Y et al. Narrow-Band Imaging for differential Diagnosis of Colorectal Mucosal Lesions: A Pilot Study. *Endoscopy* 2004; 36:1094-8