

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE PÓLIPO PLANO RECTAL

A. González-Almeida², A. Parra-Blanco¹, R. Fernández-Velázquez¹, M.A. Palacio¹, P. Zaballa¹, G. Pérez¹, L. Rodrigo¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias. ²Hospital San Roque Maspalomas, Las Palmas.

Resumen

La cromosondoscopia (convencional o virtual) es un método auxiliar en la colonoscopia, que facilita la detección precoz y especialmente la valoración precisa de lesiones planas en el colon. Permite delimitar correctamente el margen de la lesión, así como predecir la naturaleza neoplásica de la misma y la existencia de invasión en profundidad.

Presentamos un caso clínico de pólipo plano en recto evaluado utilizando cromosondoscopia convencional con índigo carmín y virtual (FICE) y extirpado mediante mucosectomía

Palabras clave: Lesión plana, cromosondoscopia, índigo carmín.

Abstract

Chromoendoscopy (conventional or virtual) is an auxiliary method in colonoscopy, which facilitates early detection and especially the accurate assessment of flat lesions in the colon. It allows to correctly delimit the margins of the lesion as well as to predict its neoplastic nature and the existence of deep invasion.

We report the case of a flat rectal polyp assessed using conventional chromoendoscopy with indigo carmine and virtual chromoendoscopy (FICE) and removed by mucosectomy.

Key words: Flat lesion, chromoendoscopy, indigo carmine.

Introducción

Las neoplasias digestivas, fundamentalmente el cáncer colorrectal, se encuentran entre las principales causas de mortalidad por cáncer en nuestro medio.

La endoscopia representa actualmente la técnica más adecuada para su estudio, ya que permite un examen detallado así como la toma de biopsias e incluso el tratamiento de determinadas lesiones. El objetivo de la exploración endoscópica es, por tanto, la detección de lesiones neoplásicas en estadios precoces y la distinción entre el tejido neoplásico y no neoplásico.

La dificultad radica en la detección de las lesiones precoces que en muchas ocasiones muestran mínimos cambios morfológicos y son difíciles de visualizar con la endoscopia convencional. Existen diferentes métodos para visualización de lesiones y su caracterización como son la cromosondoscopia convencional, mediante el empleo de tinciones, como por ejemplo el índigo carmín, o la cromosondoscopia virtual entre las que destacan el sistema NBI (narrow band imaging, Olympus®) con/sin magnificación y los métodos digitales de alta definición como el FICE (Fuji Intelligent Color Enhancement, Fujifilm®) o iScan (Pentax®).

CORRESPONDENCIA

Alexis González Almeida

Servicio de Digestivo. Hospital San Roque Maspalomas.

C/ Mar de Siberia s/n CP 35100. San Bartolomé de Tirajana. Las Palmas

Teléfono fijo: 928063625

alexisfga@gmail.com

Presentamos un caso clínico de pólipo plano en recto, evaluado utilizando cromoendoscopia convencional con índigo carmín y virtual (FICE), y extirpado por mucosectomía.

Caso Clínico

Varón de 70 años sin alergias medicamentosas conocidas, fumador de medio paquete/día. Neumoconiosis grado 3. EPOC. Síndrome prostático.

Se realizó colonoscopia por alteración del hábito intestinal y rectorragia. Se observó pólipo semipediculado en ciego de 1cm que se extirpó con asa de diatermia, y otros de similares características, de 5 mm en colon transverso y descendente. Asimismo presentaba dos pólipos rectales milimétricos.

En retroflexión en canal anal, se observó lesión plana de 1.5cm, de extensión lateral granular de tipo mixto, con nódulo menor de 1 cm (Figura 1). Se utilizó el FICE para delimitar la lesión con mayor claridad, permitiendo definir el margen de forma nítida (Figura 2), aplicándose posteriormente índigo carmín al 0,4% para valoración de la superficie así como el margen de la lesión, coincidiendo este con el visualizado mediante FICE (Figura 3).

Se realizó magnificación que mostró un patrón neoplásico no invasivo (Figura 4). Se observó asimismo una cripta con formación aberrante.

Se elevó con suero salino y ácido hialurónico y se extirpó mediante mucosectomía con asa Captivator II (Boston Scientific, Madrid), quedando una zona de 2-3 mm que se extirpó en otro fragmento (Figura 5). Se colocaron 5 clips (Resolution, Boston Scientific, Madrid) por sangrado leve autolimitado en la úlcera post resección (Figuras 6A, 6B). El resultado de la anatomía patológica fue de pólipo adenomatoso. Se realizaron controles posteriores a los 4 meses y a los dos años, sin datos de recidiva.



Figura 2
Lesión plana visualizada mediante FICE-4.

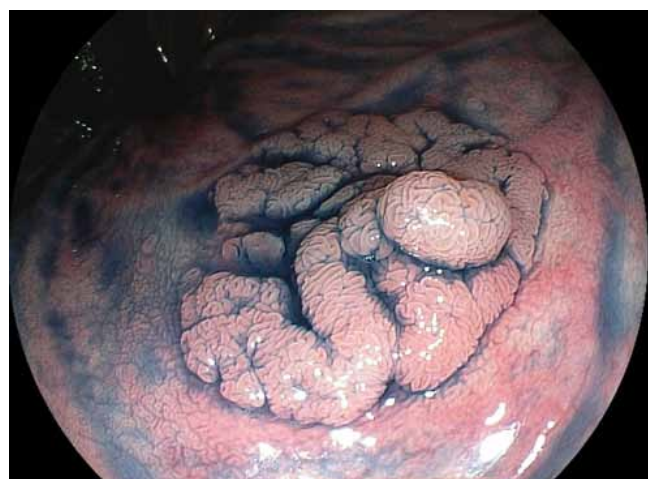


Figura 3
Lesión plana rectal tras aplicación de índigo carmín al 0,4%.



Figura 1
Lesión plana de 1.5 cm tipo extensión lateral granular de tipo mixto.

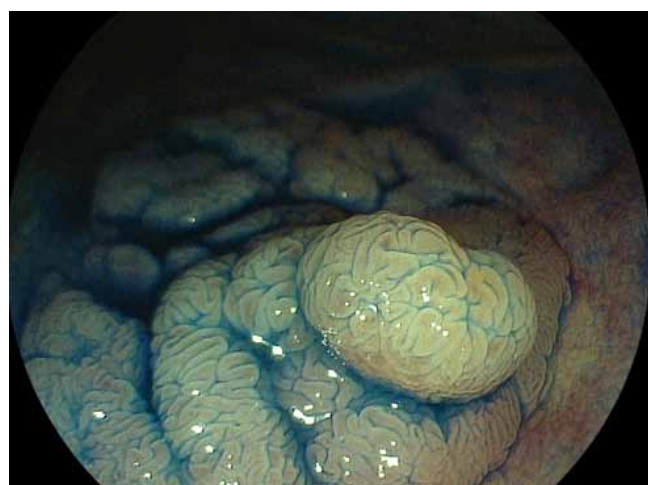


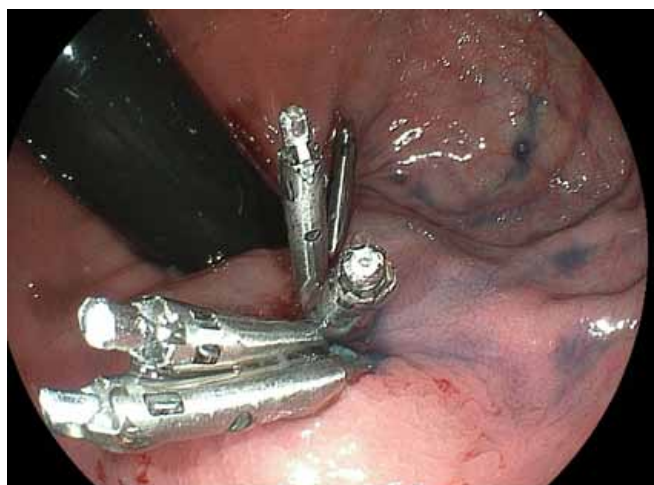
Figura 4
Magnificación de la lesión con índigo carmín al 0,4% y FICE-6. Se aprecia la morfología irregular de los capilares.

**Figura 5**

Mucosectomía de la lesión.

**Figura 6A**

Sangrado leve post mucosectomía.

**Figura 6B**

Clip para el control del sangrado leve y para la profilaxis de la hemorragia diferida.

Discusión

La principal indicación de la cromoendoscopia es la de detectar y caracterizar las neoplasias precoces del tubo digestivo. La clasificación de París divide las lesiones precoces neoplásicas en protruidas (sésiles, semipediculadas y pediculadas) planas (elevadas, completamente planas y deprimidas) y ulceradas¹. Posteriormente se ha añadido un subgrupo de lesiones planas, denominadas de extensión lateral granular/no granular². Al sospechar una lesión plana colónica en la endoscopia convencional, el empleo de métodos de contraste, como el índigo carmín, es de gran utilidad en la identificación y delimitación del margen de la lesión, sobre todo si se combina con endoscopios de magnificación y/o alta definición³. Se aplica al 0.1-0.5% mediante catéter difusor o directamente con una jeringa en el canal del endoscopio, examinando detenidamente las características de la lesión, sus irregularidades y márgenes. Para lograr una mayor eficiencia de la técnica es fundamental una correcta limpieza previa del colon, la dedicación de tiempo suficiente y la detección de alteraciones mucosas sutiles⁴. Otras indicaciones en las que la cromoendoscopia se ha demostrado útil es en la detección de displasia en los pacientes con colitis ulcerosa de larga evolución y en aquellos con riesgo familiar de cáncer colorectal hereditario no polipósico⁵.

El sistema NBI con magnificación permite correlacionar el patrón microvascular y estructural con la naturaleza de la lesión y el grado de diferenciación tumoral, pudiendo determinar la existencia de invasión en profundidad del tumor⁶. Es más cómodo que la cromoendoscopia convencional, únicamente pulsando un botón en el mando del endoscopio, pero requiere procesadores específicos y preferiblemente endoscopios que permitan magnificación óptica.

El sistema de cromoendoscopia virtual computada (FICE) realiza una estimación espectral a partir del procesamiento aritmético de la imagen convencional y estrecha el ancho de banda del espectro lumínico permitiendo visualizar, sin necesidad de colorantes, los detalles de la mucosa y los vasos con mayor nitidez, sin necesidad de interponer un filtro óptico⁷. En un estudio reciente que comparaba el uso de cromoendoscopia con índigo carmín con el FICE para detección de lesiones colónicas, no se observaron diferencias entre ambas técnicas, aunque concluye que el FICE es una técnica rápida y sencilla de aplicar que permite diferenciar las lesiones neoplásicas de aquellas no neoplásicas⁷. Sin embargo, el sistema FICE no ha mostrado superioridad frente a la endoscopia convencional para la detección de lesiones neoplásicas⁸.

La cromoendoscopia (convencional o virtual) es un método auxiliar en la colonoscopia, que facilita la detección precoz y especialmente la valoración precisa de lesiones planas en el colon, y los expertos recomiendan su aplicación sistemática en este tipo de lesiones. Si se emplea junto a colonoscopios de magnificación, permite predecir la naturaleza neoplásica o no de las lesiones, así como la existencia de invasión, por lo que es una herramienta muy útil para decidir la estrategia terapéutica de los pólipos colónicos⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon. *Gastrointest Endosc.* 2003;58:S3-22.
2. Matsuda T, Saito Y, Hotta K, Sano Y, Fujii T. Prevalence and clinicopathological features of nonpolypoid colorectal neoplasms: Should we pay more attention to identifying flat and depressed lesions?. *Dig Endosc* 2010; 22 (Suppl 1), S57-S62
3. Sano Y, Saito Y, Fu KI, Matsuda T, Uraoka T, Kobayashi N, et al. Efficacy of magnifying chromoendoscopy for differential diagnosis of colorectal lesions. *Digestive Endoscopy.* 2005;17:105-16.
4. Parra-Blanco A, Nicolás-Pérez D, Gimeno-García A, Grosso B, Jiménez A, Ortega JA, et al. The timing of bowel preparation before colonoscopy determines the quality of cleansing, and is a significant factor contributing to the detection of flat lesions. A randomized study. *World J Gastroenterol.* 2006;12:6161-6.
5. Brown SR, Baraza W. Chromoscopy versus conventional endoscopy for the detection of polyps in the colon and rectum (Review). *Cochrane* 2010.
6. Sano Y, Ikematsu H, Fu KI, Emura F, Katagiri A, Horimatsu T, et al. Meshed capillary vessels by use of narrow-band imaging for differential diagnosis of small colorectal polyps. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:278-83.
7. Pohl J, Lotterer E, Balzer C, et al. Computed virtual chromoendoscopy versus standard colonoscopy with targeted indigocarmine chromoscopy: a randomised multicentre trial. *Gut* 2009;58:73-8.
8. Chung S, Kim D, Song JH, Park MJ et al. Efficacy of computed virtual chromoendoscopy on colorectal cancer screening: a prospective, randomized, back-to-back trial of Fuji Intelligent Color Enhancement versus conventional colonoscopy to compare adenoma miss rates. *Gastrointest Endosc* 2010;72:136-42
9. Kudo S, Lambert R, Allen JI, et al. Nonpolypoid neoplastic lesions of the colorectal mucosa. *Gastrointest Endosc.* 2008; 68:S3-47.