

Artículo Original

Endoscopia por magnificación y NBI (Imagen con Filtro de Banda Estrecha) para el diagnóstico de lesiones elevadas colorrectales. Experiencia en el Servicio de Gastroenterología Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala (SOLCA) Núcleo de Quito.

Magnifying endoscopy and NBI (Narrow Band Imaging) in diagnosis of elevated colorectal lesions. Experience in the gastroenterology service of the oncologic hospital "Solon Espinosa Ayala" Solca - Quito.

Dr. López Antonio, Dra. Salcedo Blanca.

Servicio de Gastroenterología. Hospital "Solón Espinoza Ayala"
Solca Núcleo de Quito.

RESUMEN

Introducción: La endoscopia digestiva ha tenido un desarrollo acelerado en los últimos años con el advenimiento de la magnificación y el NBI (imagen con filtro de banda estrecha) los mismos que permiten dar un diagnóstico macroscópico presuntivo en cuanto a lesiones benignas y malignas del colon, las que son confirmadas posteriormente con los hallazgos histopatológicos. Los objetivos del presente estudio son correlacionar el hallazgo endoscópico del patrón foveolar NBI con la histología y determinar incidencia, localización y morfología de las lesiones polipoideas de colon en el servicio de Gastroenterología de SOLCA Quito.

Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron todos aquellos pacientes que acudieron a SOLCA núcleo de Quito en el período comprendido entre Enero a Junio del 2007 y fueron sometidos a una colonoscopia total previa preparación intestinal. El videoendoscopio utilizado fue un Olympus Evis Exera CV - H180. Se realizó una correlación simple entre los datos de la endoscopia y los datos de la anatomía patológica de todos los pacientes incluidos. Se utilizó como medida estadística la porcentual.

Resultados: De un total de 743 procedimientos endoscópicos, 179 presentaron pólipos (24%) y de estos 29 fueron estudiados con el videoendoscopio CV - H 18, que constituye la muestra estudiada. El 66% correspondió al sexo femenino; la edad media fue de 60 años, con un rango entre 30 y 80 años. El tamaño promedio de las lesiones fue de 6mm, con un rango entre 3mm y 2cm. La localización más frecuente fue en colon sigmoideas con un 35%, seguido del transversal 24%, recto 17%, ascendente 14%, y ciego 7%.

En cuanto al patrón foveolar (NBI) se encontró lo siguiente: tipo I, 2 pacientes; tipo II, 5 pacientes; tipo II/IIIs, 2 pacientes; tipo IIIs, 11 pacientes; tipo III L, 8 pacientes; tipo IV, 1 paciente. Los resultados histopatológicos fueron: adenoma hiperplásico, 8 casos; adenoma tubular, 16 casos; adenoma vellosa, 3 casos; adenoma tubulo vellosa,

2 casos. La correlación entre los dos fue del 97% con una desviación standard de -0.05%.

Conclusiones: Podemos concluir que en nuestro estudio, la localización más frecuente de los pólipos a nivel del colon, es el sigmoideas; existe una correlación endoscópica / histológica muy alta cuando utilizamos la magnificación y la imagen con filtro de banda estrecha (NBI) al momento de diagnosticar las lesiones polipoideas del colon.

Palabras clave: Endoscopia por magnificación, NBI, cáncer de colon, pólipos colónicos.

ABSTRACT

Introduction: Digestive endoscopy has have a quick development in last years with the appearance of magnifying and NBI (Narrow Band Filter Imaging), which provide a presumptive macroscopic diagnosis of benign and malignant colon injuries, which are confirmed through histopathologic findings. Below we will describe our experience with this technique.

Materials and methods: It is retrospective and descriptive study. All patients that attended to SOLCA branch of Quito during this term January-June 2007 that went through a full colonoscopy prior bowel preparation were included.

We used an Olympus Evis Exera CV - H180 videoendoscope.

Results: Out of a total of 743 endoscopy procedures, 179 had polyps, and out of them 29 were examined with CV - H180 Videoendoscopy, regarding Foveolar (NBI) type I: 2, type II: 5, type II/IIIs: 2, IIIs, II, III L: 8, IV: 1. Histopathologic results correspond to: Hiperplasic adenoma: 8, tubular adenoma, 16, Hairy adenoma: 3, tubular hairy adenoma: 2. The correlation was 97%.

Conclusions: Advancements in endoscopy are rather great; we are using the latest technology that prompts us knowing more on pathologies and learns about good use of early diagnostic instruments.

Key word: Magnifying endoscopy, NBI, colon cancer colonic polyps.

Correspondencia:

Dra. Blanca Marina Salcedo Guerra
Av. Anda Aguirre #312 y Simon Cardenas Oe
Quito - Ecuador.
Congreso Nacional de Oncología.

© Los Derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer.



INTRODUCCIÓN.

La endoscopia digestiva ha tenido un desarrollo acelerado en los últimos años con el advenimiento de la magnificación y el NBI (imagen con filtro de banda estrecha, por sus siglas en inglés) los mismos que permiten dar un diagnóstico macroscópico presuntivo en cuanto a lesiones benignas y malignas del colon, las que son confirmadas posteriormente con los hallazgos histopatológicos.

Disponemos de una clasificación para los patrones mucosos de lesiones elevadas y deprimidas del colon (Pit Pattern / Patrón foveolar) elaborada por el Dr. Kudo ⁽¹⁾ en base a la cual, y por medio de NBI clasifica las criptas colónicas de acuerdo a la deformación que sufren comparadas con la normalidad ⁽²⁾.

Los objetivos del presente estudio son correlacionar el hallazgo endoscópico del patrón foveolar NBI con la histología y determinar incidencia, localización y morfología de las lesiones polipoideas de colon en el servicio de Gastroenterología de SOLCA Quito.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se incluyeron todos aquellos pacientes que acudieron a SOLCA núcleo de Quito en el período comprendido entre Enero a Junio del 2007 y fueron sometidos a una colonoscopia total previa preparación intestinal. Se utilizó el video-endoscopio Olympus Evis Exera CV - H180. Los datos analizados fueron la incidencia por género y edad, tamaño, localización y morfología de la lesión macroscópica (patrón foveolar) con NBI y la consecuente correlación histopatológica incluyendo el grado de displasia. El estudio es retrospectivo, descriptivo, de corte transversal en el que se utilizó como medida estadística la porcentual.

Utilizamos la clasificación del Dr. Kudo ^(8,10) para describir los distintos patrones morfológicos encontrados, que los divide en 5 tipos:

- Tipo I: (Round Pits) glándulas redondeadas sin deformación.
- Tipo II (Stellar or Papillary pits): glándulas de aspecto estelar o estrellado en sus cúpulas papilares. Estos 2 tipos son característicos de lesiones no tumorales es decir

pólipos hiperplásicos, inflamatorios o mucosa normal.

- Tipo III L (Large tubular or Roundish Pits): aspecto tubular agrandado, deformado o redondeado de las papilas, típico de adenomas y tumores protruidos.
- Tipo III s (Small tubular or Roundish Pits): aspecto tubular corto con deformación; patrón clásico de tumores deprimidos.
- Tipo IV (Branch-like or gyrus like Pits): aspecto de ramas deformadas o conjunto trabeculado sin patrón fijo; típico de tumores protruidos.
- Tipo V (irregular or non structural Pits): aspecto de desestructuración completo de las papilas. Este puede mezclarse con algún tipo de III s y constituye un patrón clásico de lesiones neoplásicas submucosas o avanzadas (1,7,2). (Figura 1)

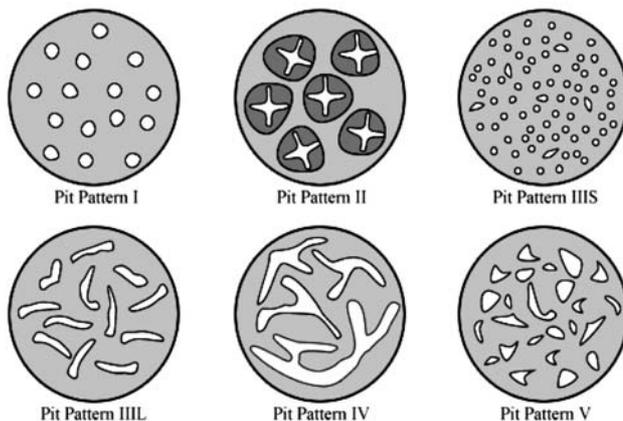


Figura 1

Clasificación del Dr. Kudo para describir los distintos patrones morfológicos encontrados en lesiones polipoideas del colon con NBI.

RESULTADOS.

En el Servicio de Gastroenterología del Hospital de SOLCA Núcleo de Quito la casuística acumulada entre Enero a Junio del 2007 son 743 colonoscopias de las cuales 178 (24%) presentaron pólipos y de estos 29 (16%) fueron realizadas con el videoendoscopio CV- H180, que constituye el grupo estudiado.

El género femenino tuvo mayor incidencia (66%) con respecto al masculino (34%). En cuanto a la edad esta oscila

entre 30 a 80 años con una media de 60 años (31%). El tamaño de las lesiones varió de 3mm a 2cm de diámetro con una media de 6mm. La localización más frecuente fue el colon sigmoideo con un 35% seguido del transversal 24%, recto 17%, ascendente 14%, y ciego 7%. (Figura 2)

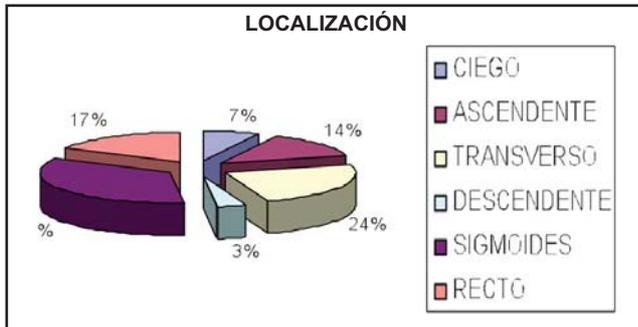


Figura 2

- Localización de polipos en colon.
- Fuente: SOLCA núcleo de Quito.
- Elaboración: Dra. Blanca Salcedo.

De los 29 pacientes estudiados con NBI encontramos la siguiente distribución: el patrón tipo I con 2 pacientes (7%); tipo II con 5 pacientes (17%); tipo III s con 11 pacientes (38%); tipo II/III s con 2 pacientes (7%); tipo III L con 8 pacientes (28%); y tipo IV con 1 paciente (3%). No hubo ningún paciente con el tipo V. (Figura 3)

En el presente estudio se determinó que en los 2 pólipos tipo I, la anatomía patológica reportó que los dos eran hiperplásicos; de los 5 pólipos tipo II, todos también fueron hiperplásicos; los dos pacientes con el tipo mezclado II/III s fueron adenoma tubular; de los 11 pacientes con el tipo III s, 9 pólipos fueron adenoma tubular (displasia de bajo grado), 1 pólipo fue hiperplásico y 1 pólipo fue adenoma túbulo veloso con displasia de alto grado (3%); de los 8 pacientes con el tipo III L, 5 fueron adenoma tubular con displasia de bajo grado, 2 fueron adenomas velosos, y 1 fue un adenoma túbulo veloso con bajo grado de displasia también. El único paciente con pólipo tipo IV fue un adenoma veloso con un alto grado de displasia, como era de esperarse. De manera que de todos los pacientes con el tipo I, II y III, sólo uno presentó displasia de alto grado, lo que da una correlación el 97%, con una desviación standard de -0.05%. (Tabla No. 1).

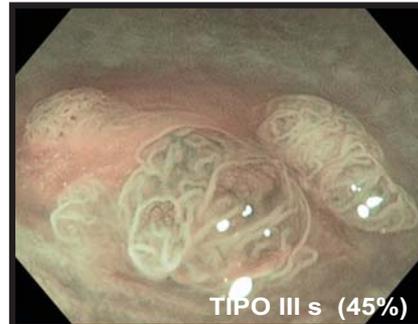
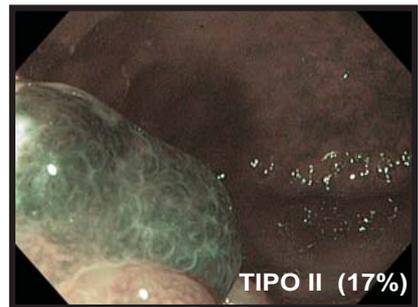
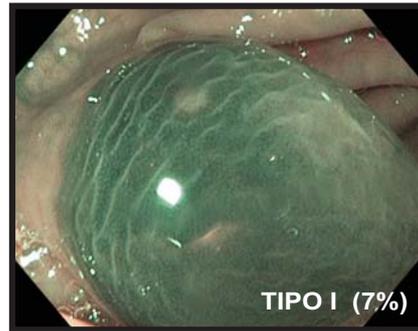


Figura 3. Imágenes Endoscópicas con NBI y su frecuencia.

PATRON FOVEOLAR	TAMAÑO (MM)	HISTOLOGIA	GRADO DE DISPLASIA
I	5	H	
I	3	H	
II	10	H	
II	3	H	
II	5	H	
II	3	H	
II	3	H	
II/III _s	6	A.T	
II/III _s	5	A.T	
III _s	4	A.T	
III _s	8	A.T	B
III _s	3	A.T	B
III _s	3	A.T	
III _s	20	H	
III _s	20	A.T	
III_s	20	A.TV	A
III _s	5	A.T	
III _s	3	A.T	B
III _s	15	A.T	B
III _s	4	A.T	B
III L	5	A.T	
III L	12	A.T	B
III L	5	A.T	B
III L	18	A.TV	B
III L	12	A.T	B
III L	4	A.V	
III L	15	A.V	
III L	8	A.T	B
IV	15	A.V	A

H: Hiperplásico / A.T: Adenoma Tubular / A.TV: Adenoma Tubulo Velloso, A.V.: Adenoma Velloso / A: Displasia de Alto Grado / B: Displasia de Bajo Grado.

Tabla 1

- Estadísticas de los 29 pacientes sometidos a colonoscopia con NBI, Patron Foveolar, Tamaño de las lesiones, Histopatológica y grado de displasia.
- Fuente: SOLCA núcleo de Quito.
- Elaboración: Dra. Blanca Salcedo.

DISCUSIÓN.

El desarrollo de la colonoscopia magnificada usando el NBI tiene como objetivo el análisis de la arquitectura superficial del epitelio y la red vascular de lesiones elevadas y deprimidas del aparato gastrointestinal, lo que representa un avance significativo en la endoscopia diagnóstica.

Hoy disponemos de un método que nos acerca a una mejor sospecha de cambios estructurales e histológicos dándonos la posibilidad de ser más precisos en el diagnóstico de lesiones pre - neoplásicas y neoplásicas⁽⁴⁾.

La clasificación para los patrones mucosos de lesiones elevadas y deprimidas de colon (Pit Pattern/Patrón de criptas) fue elaborada por el Dr. Shin-ei Kudo (Director del Departamento de Cirugía, División de Gastroenterología del Akita Red Cross Hospital⁽⁵⁾, Akita Japón - 1996) en base a la cual, y por medio de cromoendoscopia y NBI utilizando un videoendoscopio de magnificación, clasifica las criptas colónicas de acuerdo a la deformación que sufren comparadas con la normalidad; esto nos da una visión casi perfecta de los orificios de desembocadura de las glándulas localizadas en la submucosa, dándonos la morfología, distribución y tamaño de dichos nichos, con lo que sería posible hacer un diagnóstico histológico presuntivo de lesiones benignas, pre - malignas y neoplásicas para la toma de decisiones terapéuticas.

La literatura internacional indica una correlación de hasta el 98% entre la imagen obtenida por endoscopia y el estudio histológico⁽⁶⁾; en nuestro estudio relacionando los resultados histológicos definitivos con la morfología encontrada por la magnificación y NBI, obtuvimos un 97% de correlación.

El estudio con NBI nos proporciona una estimación histológica previa su confirmación por patología; es decir que si nosotros encontramos un patrón foveolar tipo I, II, III L, o III s de por si ya estamos asumiendo que ese tipo de lesión no es maligna y que se encuentra dentro de los pólipos hiperplásicos o adenomas tubulares o mixtos que son lesiones que tiene bajo grado de malignidad.

Además se ratificó que el sitio de mayor incidencia de lesiones polipoideas es el colon sigmoideas seguida del transverso y recto. Por lo tanto se cumplieron los objetivos planteados.

CONCLUSIONES.

- 1.- La cuarta parte de los pacientes sometidos a colonoscopia presentaron pólipos.
- 2.- Tres cuartos de las lesiones resecaadas son menores de 5mm de diámetro.
- 3.- Dos pacientes (7%) presentaron adenoma con displasia de alto grado.
- 4.- Los resultados obtenidos en nuestro servicio son similares a los reportados en la literatura mundial llegando a un 97% de correlación endoscópica /histológica.
- 6.- La localización más frecuente de pólipos adenomatosos es colon sigmoideas.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Kudo S, et al. Diagnosis of colorectal tumorous lesions by magnifying endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1996; 41: 8 – 22.
- 2.- Ryan M, et al. Significance of diminutive colorectal polyps in 3282 flexible sigmoidoscopic Endoscopy. 1981; 31: 149.
- 3.- Mitooka H, et al. Differentiation of diminutive neoplastic polyps from nonneoplastic polyps by the pit patterns observed by magnifying colonoscopy (abstract). *Gastrointestinal Endoscopy*. 1996; 43: 365.
- 4.- Mayuko H, et al. Magnifying endoscopy with narrow band imaging for diagnosis of colorectal tumors. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2007; 65: 988 – 994.
- 5.- Kudo S, Hirota S, Nakajima T, et al. Colorectal tumours and pit pattern. *J Clin Pathol* 1994; 47: 880 – 5.
- 6.- Muto T, et al. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer*. 1975; 36: 2251.
- 7.- Toshiro Yokota, et al: detection of aberrant crypt foci by magnifying colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1997; 46: N 1-16.
- 8.- Haggitt R. et al; prognostic factors in colorectal carcinomas arising in adenomas. *Gastrointestinal Endoscopy*. 89: 328 1987.
- 9.- Hart. A, Kudo. S. et al. Flat adenomas exist in asymptomatic people important implications for colorectal cancer screening programs. *Endoscopy* 1999; 4: 589 (abstract). *Gastrointestinal endoscopy*. 1999; 50: N 4-589.
- 10.- Oka S, et al. Relationship between histopathological features and type V pit pattern by magnifying videocolonoscopy in early colorectal carcinoma. *Dig Endosc*. 2005;17:117 .

El cáncer es curable si se lo diagnostica a tiempo...
ayúdenos a descubrirlo.



SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - ECUADOR
GUAYAQUIL - QUITO - CUENCA - AMBATO - PORTOVIEJO - MACHALA - LOJA - RIOBAMBA

