

Importancia de las lesiones colónicas no polipoides

MARCO BUSTAMANTE BALÉN

Servicio de Medicina Digestiva, Hospital de la Ribera, Valencia, España.



Ilustración: Roger Ballabrera

Puntos clave

- El adenoma plano existe en Occidente y tiene una proporción mayor de displasia de alto grado y carcinoma que los adenomas polipoides convencionales en relación con su tamaño.
- Técnicas como la cromoendoscopia y la resección mucosa endoscópica son útiles en el diagnóstico y el tratamiento de estas lesiones, y deberían ser introducidas en la práctica clínica diaria de las unidades de endoscopia.
- Con la mejora en el diagnóstico y el tratamiento de los adenomas planos de colon, podrían reducirse en un grado variable el número de cánceres colorrectales de intervalo y mejorar la eficacia de la colonoscopia en la prevención del cáncer colorrectal.

Soetikno RM, Kaltenbach T, Rouse RV, Park W, Maheshwari A, Sato T, et al. Prevalence of non-polypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults. *JAMA*. 2008;299:1027-35.

Resumen

Fundamento: La prevención primaria del cáncer colorrectal (CCR) se basa en la detección y la extirpación, mediante colonoscopia, de las lesiones neoplásicas de colon. En los últimos años ha habido mucho interés en las lesiones planas de colon (lesiones neoplásicas colorrectales no polipoideas [NP-CRN]), lesiones que por su morfología son más difíciles de detectar en una colonoscopia convencional y que podrían tener una predisposición mayor a evolucionar a CCR. Descritas inicialmente en Japón, su presencia y significado en Occidente son inciertos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las NP-CRN en una población de un hospital de veteranos y caracterizar su asociación con el CCR. Para ello, se diseñó un estudio prospectivo transversal observacional en el que se realizaron colonoscopias electivas

a 1.819 pacientes. La muestra total de pacientes se dividió en 3 subpoblaciones, según la indicación de la colonoscopia: cribado (n = 616), seguimiento (n = 654) y pacientes sintomáticos (n = 549).

Resultados: La prevalencia de NP-CRN en el conjunto de la muestra de pacientes fue del 9,35%, y en las 3 subpoblaciones, del 5,84, el 15,44 y el 6,01%, respectivamente. La prevalencia de NP-CRN que contenían carcinoma in situ o invasivo fue del 0,82% (n = 15), y en la subpoblación de cribado fue del 0,32% (n = 2). Globalmente, las NP-CRN tenían un riesgo mayor de contener carcinoma que las lesiones polipoideas (*odds ratio* = 9,78; intervalo de confianza del 95%, 3,93-24,4), independientemente de su tamaño. Este riesgo mayor también se apreció en las subpoblaciones de cribado y seguimiento. Las lesiones de morfología deprimida tenían el riesgo mayor, ya que el 33% de ellas contenían carcinoma. Las NP-CRN que contenían carcinoma eran más pequeñas que las polipoideas (15,9 frente a 19,2 mm). Las lesiones deprimidas que contenían carcinoma eran las más pequeñas (9,7 mm).

Conclusión: En esta población de pacientes, las NP-CRN se encuentran con relativa frecuencia en las endoscopias habituales y tienen una asociación con la presencia de carcinoma mayor que las lesiones polipoideas, independientemente de su tamaño.

Comentario

La colonoscopia es el método más eficaz para la prevención del cáncer colorrectal (CCR), ya que es capaz de detectar y extirpar las lesiones precursoras (los adenomas de colon) e interrumpir de esta forma la secuencia adenoma-carcinoma. Sin embargo, la colonoscopia no es un método perfecto en la prevención del CCR. La proporción de CCR diagnosticados en los 3 años siguientes a una colonoscopia se sitúa alrededor del 2-6%¹, de los que al menos una parte pueden tener su origen en adenomas no diagnosticados en la endoscopia inicial. La proporción de adenomas no identificados en una colonoscopia es aproximadamente del 24%, y es especialmente elevada para los adenomas menores de 10 mm. Hay varias causas para que la sensibilidad de la colonoscopia en la detección de adenomas diste tanto del 100%: una deficiente preparación del colon, una técnica de retirada del colonoscopia deficiente, la localización de los adenomas detrás de pliegues y en segmentos proximales del colon y, finalmente, la morfología plana o deprimida de los adenomas que los hace más difíciles de detectar en una colonoscopia convencional².

Los adenomas planos (planos y/o deprimidos, lesiones neoplásicas colorrectales no polipoideas [NP-CRN]) fueron inicialmente descritos en Japón a finales de la década de 1980. Morfológicamente, se presentan como pequeñas zonas eritematosas, ligeras sobrelevaciones o zonas de alteración de la vascularización de la mucosa, fáciles de pasar por alto en la colonoscopia si no se realiza una exploración cuidadosa. Los autores japoneses encontraron una proporción mayor de displasia de grado alto (DGA) y carcinoma en los adenomas planos que en los polipoideos del mismo tamaño. En Occidente también se ha descrito la existencia del adenoma plano, pero con resultados relativamente dispares. La prevalencia entre los pacientes que acuden a la realización de una colonoscopia se sitúa entre el 6 y el 24% y la proporción de DGA oscila entre el 1 y el 41%. A esta variabilidad pueden haber

contribuido la menor preparación de los endoscopistas occidentales para detectar estas lesiones, diferencias en la definición de adenoma plano (endoscópica o histológica), la variabilidad en el diagnóstico histológico de la DGA, el uso o no de la cromocolonoscopia o de técnicas mejoradas de imagen en las colonoscopias y diferencias en las características de los pacientes incluidos.

En el trabajo de Soetikno et al³, se confirma que esas lesiones son relativamente frecuentes en Occidente y que albergan, especialmente la variante deprimida, una proporción elevada de carcinoma in situ e invasivo. La evidencia aportada por este estudio es de una relevancia clínica alta, porque tiene un diseño consistente: incluye un número de pacientes elevado, está realizado en un centro con experiencia en la detección de lesiones planas y en el uso de la cromocolonoscopia, y realiza un análisis de subgrupos que aporta datos sobre la prevalencia de estas lesiones en diferentes poblaciones, incluidos individuos asintomáticos. Por último, define claramente la DGA y la agrupa para el análisis con el carcinoma in situ para distinguirla del carcinoma invasivo. El hecho de que la mayor parte de la población estudiada sean varones no dificulta de forma significativa la generalización de sus resultados. Quizá la principal limitación de este estudio sea precisamente el hecho de estar realizado en un centro con experiencia en lesiones planas, lo que puede limitar la generalización de sus resultados.

¿Por qué hasta hace pocos años no se han descrito las NP-CRN en Occidente? En primer lugar, puede ser un problema de clasificación, ya que algunos estudios indican que estas lesiones sí se detectaban, pero se clasificaban con el término general de "pólipos"⁴. En segundo lugar, puede ser un problema de capacidad diagnóstica de los endoscopistas occidentales, que no están entrenados para detectar las lesiones planas o deprimidas, especialmente si son diminutas. Para mejorar el diagnóstico de las NP-CRN, se requiere

realizar la colonoscopia con estándares de calidad, fundamentalmente una adecuada limpieza del colon y un examen meticuloso en retirada². Además, se ha demostrado que el uso de técnicas de mejora de la imagen, como los endoscopios de alta resolución, la cromosondoscopia o el *Narrow Band Imaging*, también aumenta el número de lesiones planas detectadas⁵.

La identificación de las lesiones planas con el uso de clasificaciones morfológicas, como la aplicada por Soetikno et al, ayuda a decidir el tratamiento más adecuado para la lesión, intentando siempre que sea posible su resección endoscópica mediante técnicas como la resección mucosa endoscópica (RME). Esta técnica permite la resección en bloque de la lesión plana hasta el nivel de la submucosa, obteniendo de esta forma una resección "oncológica". En el estudio de Soetikno et al³, el 72% de las NP-CRN se trataron de esta forma. La cromosondoscopia tiene también aquí un papel importante, al delinear con mucha más claridad las características y los límites de la lesión⁶. El principal problema para la adopción de la cromosondoscopia como técnica habitual en las unidades de endoscopia ha sido la posibilidad de prolongar el tiempo de exploración. Sin embargo, el estudio de Soetikno et al³ demuestra que con la aplicación de la cromosondoscopia, cuando se sospecha una lesión, no se prolonga de forma significativa el tiempo de exploración (33 frente a 34 min en un grupo de control histórico).

¿Tiene rendimiento la detección y la extirpación endoscópica de las NP-CRN? Si los adenomas planos son más agresivos que los convencionales, su detección y tratamiento endoscópico debería disminuir el número de cánceres de intervalo, haciendo a la colonoscopia más efectiva en la prevención del CCR. Soetikno et al encuentran un número menor de cánceres de intervalo en la cohorte de pacientes de su estudio (0,1%)

que en una cohorte histórica de pacientes del mismo centro (7,5%). Aunque no parte de un diseño aleatorizado, este resultado indica que, con una exploración meticulosa, en el uso de la cromosondoscopia y el tratamiento endoscópico de las lesiones con RME hay un margen de mejora de la colonoscopia para la prevención del CCR.

En conclusión, el estudio de Soetikno et al aporta una evidencia importante acerca de la existencia de los adenomas planos de colon y de su riesgo de albergar un carcinoma. Estos datos deben estimular a los endoscopistas a realizar exploraciones meticulosas, a buscar de forma específica estas lesiones y a introducir en la práctica clínica diaria técnicas como la cromosondoscopia y la RME.

Bibliografía



1. Bressler B, Paszat LF, Chen Z, Rothwell DM, Vinden C, Rabeneck L. Rates of new or missed colorectal cancers after colonoscopy and their risk factors: a population-based analysis. *Gastroenterology*. 2007;132:96-102.
2. Rex DK. Maximizing detection of adenomas and cancers during colonoscopy. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:2866-77.
3. Soetikno RM, Kaltnbach T, Rouse RV, Park W, Maheshwari A, Sato T, et al. Prevalence of nonpolypoid (flat and depressed) colorectal neoplasms in asymptomatic and symptomatic adults. *JAMA*. 2008;299:1027-35.
4. O'Brien MJ, Winawer SJ, Zauber AG, Bushey MT, Sternberg SS, Gottlieb LS, et al. Flat adenomas in the National Polyp Study: is there increased risk for high-grade dysplasia initially or during surveillance? *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004;2:905-11.
5. Rex DK, Helbig C. High yields of small and flat adenomas with high-definition colonoscopes using either white light or narrow band imaging. *Gastroenterology*. 2007;133:42-7.
6. Soetikno RM, Gotoda T, Nakanishi Y, Soehendra N. Endoscopic mucosal resection. *Gastrointest Endosc*. 2003;57:567-79.