

# Resúmenes Seleccionados – Colonoscopia y Técnicas Endoscópicas

Luis Díaz MAAC-MSACP

## 1. La diferencia en la tasa de detección de pólipos serrados proximal entre endoscopistas está asociada a la variabilidad en el tiempo de retirada.

Wijkerslooth TR, Stoop EM, et al. *Gastrointest Endosc.* 2013 Apr; 77 (4):617-23.

**Antecedentes:** La insuficiente detección de pólipos serrados proximal (PSP) podría explicar, en parte la aparición de los carcinomas entre endoscopías en los programas de vigilancia con colonoscopia.

**Objetivo:** Comparar la detección de PSP entre endoscopistas e identificar los factores relacionados al paciente y los factores relacionados al endoscopista en la detección de PSP.

**Escenario:** Programa de cribado con colonoscopia de participantes asintomáticos (edad 50-75 años) para el cáncer colorrectal en dos centros médicos académicos.

**Intervención:** Las colonoscopías fueron realizadas por 5 endoscopistas experimentados. Se removieron todos los pólipos detectados. Se registraron en forma prospectiva múltiples indicadores de calidad de la colonoscopia.

**Medidas principales del resultado:** Se comparó la detección PSP entre endoscopistas calculando odds ratio (OR) mediante análisis de regresión logística. Se identificaron también las características asociadas al paciente y los factores asociados a la colonoscopia en la detección de PSP.

**Resultados:** Un total de 1.354 pacientes fueron sometidos a una colonoscopia completa: se detectaron 1635 pólipos, de los cuales 707 (43%) eran adenomas y 685 (42%) pólipos serrados, incluyendo 215 PSPs. En 167 pacientes (12%) se detectaron 1 o más PSP. La tasa de detección de PSP difería significativamente entre los endoscopistas, con rangos del 6% hasta el 22% ( $P < 0,001$ ). Un tiempo de retirada mayor (OR 1,12; IC 95% 1.10 a 1.16) se asoció significativamente con una mayor detección de PSP, mientras que la edad del paciente, sexo y nivel de limpieza no se asoció con una tasa mayor detección.

**Conclusión:** La tasa de detección PSP difiere entre los endoscopistas. Los tiempos de retiro más prolongados se asocian con una mayor detección de PSP, las características de los pacientes no se asocian a mayor detección de PSP.

**Comentario:** La detección de pólipos colónicos se encuentra asociado a la experiencia del endoscopista, limpieza colónica y la técnica/tecnología utilizada.

La tasa de detección de adenomas se relaciona con los siguientes criterios de calidad en la retirada del colonoscopio: 1) examen de los lados proximales de pliegues y válvulas, 2) limpieza y aspiración, 3) idoneidad de distensión, y 4) el tiempo que se emplea en visualizar.

Poseer una tasa de detección de adenomas menor al 20% se asocia con mayores riesgos de presentar cánceres de intervalos, siendo la tasa de detección de adenomas un indicador directo de la calidad del endoscopista. Otro indicador es el tiempo de retirada, el cual si es menor a 6 minutos traduce una baja calidad de la endoscopia. En el presente trabajo, el operador que más estudios realizó es el de mayor experiencia endoscópica y reporta un tiempo promedio de retirada de 5 minutos, siendo el operador con menor porcentaje de pólipos (adenomatosos y serrados) hallados.

Los pólipos serrados son usualmente planos, pálidos, de color similar a la mucosa circundante y predominan en el colon derecho donde es más dificultoso lograr una buena preparación intestinal. El presente trabajo utilizó polietilenglicol para la preparación intestinal, resultando esta purga con mayores residuos líquidos que la preparación con fosfatos. Se plantea a la “cantidad de residuo líquido colónico” como potencial factor confundidor. La menor detección de pólipos serrados se asocia al tiempo de retirada o a la paciencia para succionar los residuos líquidos.

## 2. Un análisis morfológico de los pólipos serrados sésiles observados durante la colonoscopia de rutina.

Tadepalli US, Feihel D, et al. *Gastrointest Endosc.* 2011 Dic;74 (6):1360-8.

**Antecedentes:** Los cáncer colorrectal proximal puede surgir a partir de pólipos sésiles dentados (SSP), que suelen ser poco visible durante la colonoscopia. Las características morfológicas macroscópicas de los SSP no se han descrito en forma sistemática, y esta omisión puede contribuir a que los colonoscopistas pierdan de vista estas lesiones.

**Objetivos:** Analizar las características morfológicas macroscópicas de los SSP detectados durante las colonoscopias de rutina.

**Diseño:** Análisis retrospectivo de los video clips de las endoscopías de alta resolución que muestran los SSP in situ.

**Intervenciones:** Análisis de 158 SSPs realizados mediante el uso de descriptores validados.

**Medidas principales del resultado:** Prevalencia de características morfológicas relacionadas con forma pólipo, color y textura.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 158 ssp. Para 7 descriptores visuales, se logró un coeficiente  $\kappa$  de  $\geq 0,7$ , lo que indica buena a excelente correlación interobservador. Los descriptores visuales prevalentes fueron la presencia de un ta-

pón de moco (63,9 %), borde de suciedad o burbujas (51,9 %), alteración del contorno de un pliegue (37,3 %), y la interrupción del patrón vascular de la mucosa subyacente (32,3 %). Los signos "centinela" más frecuentes fueron la presencia de un tapón de moco y la alteración del contorno de un pliegue de la mucosa (cada 24,6 %), borde de suciedad o burbujas (21,7 %), y una protuberancia en forma de cúpula (20,3 %). Al comparar los SSP con pólipos adenomatosos, las frecuencias de 5 de 7 características morfológicas y la distribución de señales centinela difirieron ( $P < 0,01$ ).

**Conclusiones:** SSP, exhiben características morfológicas variables. Muchos no muestran la característica clásica de tapón de moco. Comprender mejor las características morfológicas puede mejorar la detección de la SSP y con ello prevenir el cáncer colorrectal.

**Comentarios:** Para mejorar la detección de adenomas serratos, algunos autores han sugerido la utilización de la magnificación o la cromoendoscopia. Aunque efectivas, estas técnicas son más costosas y no han logrado imponerse como herramientas de uso rutinario. Si bien la imagen de banda estrecha (NBI) y el sistema Jujinon FICE han aumentado la detección de adenomas colónicos, no ha sucedido lo mismo con los adenomas serratos. Podría decirse, que mejorar la tasa de detección de adenomas serratos no requieren la utilización de los avances tecnológicos y que se puede lograr mediante la revisión, implementación y puesta en práctica de las directrices establecidas, incorporar las ideas contemporáneas respecto SSP, optimización de la adherencia a la detección y vigilancia, optimización de la preparación intestinal y educar al colonoscopista sobre la importancia de SSP y su aspecto endoscópico a menudo de características sutiles.

### 3. Falta de reconocimiento del síndrome de poliposis dentada en una cohorte con grandes pólipos colorrectales sésiles.

Vemulapalli KC, Rex DK. *Gastrointest Endosc.* 2012 Jun; 75 (6):1206-10.

**Antecedentes:** El síndrome de poliposis dentada (SPS) es una afección poco frecuente de múltiples pólipos dentados y cánceres colorrectales. El riesgo de cáncer colorrectal aumenta en SPS.

**Objetivo:** Se determinó la prevalencia de SPS en una cohorte de pacientes con grandes pólipos colorrectales sésiles ( $\geq 2$  cm) y la velocidad a la que se realizó el diagnóstico por los médicos.

**Diseño:** Revisión de una base de datos de atención de paciente. Se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2010 para identificar los casos de SPS.

**Medidas principales del resultado:** Prevalencia de SPS en la cohorte y la frecuencia con la que el médico de referencia y el endoscopista reconocieron el SPS.

**Resultados:** De los 529 pacientes, 20 (4%) cumplieron con los criterios de la OMS para el SPS. Sólo 1 de estos casos fue sospechado por el médico de referencia. Doce casos (60%) tampoco fueron diagnosticados o sospechado por el endoscopista en nuestro centro. En comparación con el resto de pacientes sin SPS, aquellos con SPS fueron más propensos a tener una lesión índice (lesión que dio lugar a la revisión) que fue aserrado (60% vs 3,8%), tener una lesión índice en el colon cecal o ascendente (70% vs 45%), y de ser fumadores actuales (42% vs 15%). Incluyendo la primera colonoscopia para extirpar la lesión índice y 26 colonoscopías de seguimiento, el endoscopista en nuestro centro reseco 183 pólipos serrados en 20 pacientes con SPS; de esos pólipos, 68 eran  $> 1$  cm. Tres pacientes fueron remitidos para la resección quirúrgica del colon involucrado. Dieciocho de los 20 pacientes con SPS cumplen el criterio de la OMS de 5 pólipos serrados proximales al sigmoides, de los cuales 2 son  $> 1$  cm. La falta del reconocimiento del SPS por el médico de referencia, fue al menos en parte, relacionada con las lesiones serradas no sospechadas. La falta de reconocimiento de SPS por el endoscopista en nuestra institución fue el resultado de no aplicar sistemáticamente los criterios de la OMS para los hallazgos de pólipos.

**Conclusiones:** SPS resultado común en una cohorte de pacientes con grandes pólipos colorrectales sésiles, y su presencia resultó con frecuencia desconocida. Estos datos sugieren la necesidad de una mejor detección de las lesiones serradas, un mejor conocimiento de SPS, y una aplicación coherente de los criterios de SPS para los hallazgos de pólipos en cada paciente individual.

**Comentario:** Algunos pacientes desarrollan numerosos pólipos dentados ya sean hiperplásicos, adenomas aserrados o adenoma aserrado tradicional. En el 2010 la Organización Mundial de la salud estableció los criterios para reconocer el Síndrome de Poliposis Dentada, anteriormente conocida como Síndrome de Poliposis Hiperplásica. Conocer estos criterios es el pilar para el óptimo seguimiento y tratamiento del paciente, y establecer las recomendaciones familiares. Cabe mencionar que sumado al desconocimiento de los criterios establecido en el 2010, el desconocimiento del historial de los pólipos reseco en colonoscopia previas, son las principales causa de falta de sospecha de este síndrome.

### 4. Reevaluación de la anatomía patológica de pólipos colónicos hiperplásicos en una ciudad con guías práctica de patología en toda la ciudad: implicaciones para las recomendaciones de vigilancia de los pólipos.

Singh H, Bay D, et al. *Gastrointest Endosc.* 2012 Nov; 76 (5):1003-8.

**Antecedentes:** Los adenomas sésiles serrados (SSAs) y los pólipos hiperplásicos (HP) son los dos tipos más comunes de los pólipos colónicos dentados (SCPs). SSAs se sospechan como lesiones precursoras para muchos tipos de cáncer colorrectal, y por lo tanto hay un énfasis en su detección y eliminación.

**Objetivo:** Evaluar la tasa de reclasificación de las pólipos diagnosticados como HPs hacia SSAs y los predictores de dicha reclasificación.

**Diseño:** Ajuste, intervención, medidas principales del resultado: se examinó la base de datos de anatomía patológica provincial buscado todos los pólipos de colon reportados en la ciudad de Winnipeg en el 2009. Se examinó todos los informes de las muestras de patología reportadas como HP del lado derecho y una muestra aleatoria del 20% de los HP del lado izquierdo, siendo reevaluados por dos patólogos con un especial interés en la patología gastrointestinal. El tamaño de los pólipos, ubicación colónica, edad y sexo de los participantes en el estudio, fueron evaluados como posibles predictores de la reclasificación.

**Resultados:** Se revisaron un total de 4.096 informes de patología informadas por 25 diferentes patólogos. El 20% de los pólipos fueron reportados como SCPs. Diecisiete por ciento del lado derecho fueron reportados como HPs y el 20% de estos con diámetro > 5 mm fueron reclasificados como SSAs. La ubicación en el lado derecho del colon (OR 4,7, IC 95% 1,4-15,4); tamaño >5 (95% IC, 1.05 a 11.04 odds ratio) mm fueron predictores independientes de reclasificación.

**Conclusión:** Una proporción significativa de los pólipos informados como HP del lado derecho pueden resultar ser en realidad SSA. En las recomendaciones para la vigilancia de los SCP debe considerar el tamaño, la ubicación y no sólo del tipo histológico reportado.

**Comentario:** Los pólipos hiperplásicos poseen un extremadamente bajo potencial de malignización motivo por el cual en los polipos rectosigmoideos su remoción es opcional, no sucediendo lo mismo con los pólipos aserrados sésiles los cuales su remoción completa es mandataria por poseer potencial de malignización. La técnica de remoción es de fundamental importancia ya que los pólipos hiperplásicos son removidos con pinzas de biopsia, y realizar la misma técnica en pólipos aserrados predispone a su recidiva vs persistencia del pólipo, por tratarse de pólipos habitualmente sésiles y de poca elevación.

## 5. Alta prevalencia colonoscópica de pólipos serrado proximales en hombres y mujeres con riesgo promedio para cáncer colorrectal.

Kahi CJ, Li X, Eckert GJ. *Gastrointest Endosc.* 2012 Mar; 75 (3):515-20.

**Antecedentes:** Los pólipos dentados colónicos proximales contribuyen probablemente a la disminución de la protección de la colonoscopia contra el cáncer colorrectal en el lado derecho.

**Objetivo:** Estimar la prevalencia y extrapolar la tasa de detección de pólipos serrados proximales en la colonoscopia de cribado.

**Diseño:** El estudio realizó un análisis secundario utilizando dos bases de datos. La primera base incluye las colonoscopias de cribado realizadas por 15 gastroenterólogos que asisten a dos unidades de endoscopia académicos entre 2000 y 2009. La segunda incluye a los pacientes con riesgo promedio que habían participado previamente en un ensayo aleatorio comparando la cromoendoscopia de alta definición y la colonoscopia con luz blanca.

**Medidas principales del resultado:** La prevalencia de los pólipos dentados proximales encontrados por los detectores de más alto nivel y las tasas de detección de pólipos proximales dentadas, correspondieron a las tasas de detección de adenomas del 25% en hombres y 15% en mujeres, respectivamente.

**Resultados:** Se analizaron 6.681 procedimientos de la primera base de datos. La media ( $\pm$  desviación estándar) las tasas de detección de adenomas y pólipos serrados proximales fueron 38%  $\pm$  7,8% (rango 17% - 47%) y 13%  $\pm$  4,8% (1% -18%), respectivamente. Hubo una correlación significativa entre las tasas de detección de adenomas y pólipos dentados proximales en los hombres ( $R = 0,71$ ,  $p = 0,003$ ) y mujeres ( $R = 0,73$ ,  $p = 0,002$ ). Las tasas de detección de adenomas fueron del 25% para los hombres y 15% para las mujeres, ambos relacionándose con una tasa de detección del 4,5% para los pólipos serrados proximales. La prevalencia de pólipos serrados proximales encontrados por el detector de nivel más alto fue de 18%. La tasa correspondiente a la base de datos de cribado de las colonoscopias de alta definición fue del 20%.

**Conclusión:** La prevalencia de pólipos de colónicos dentados proximal en los pacientes de riesgo promedio sometidos a colonoscopia es más alta que la publicada. Se extrapola una tasa de detección de pólipos dentados proximal del 5% para los hombres y las mujeres con riesgo promedio.

**Comentario:** El riesgo de padecer cáncer colorrectal en la población con riesgo promedio es del 3 al 5%, y el 90% de los casos ocurre después de los 50 años. Los pólipos dentados proximales esporádicos (no asociados a síndrome poliposis serrada) se asocian hasta en un 70% de las veces a adenomas sincrónicos y presentan un mayor riesgo de padecer cánceres colónicos sincrónicos y/o metacrónicos.