

Artículo original

Pólipos planos de colon en una población de Montevideo: características histológicas, endoscópicas, tratamiento y seguimiento

Flat colon polyps in a Montevideo population: histological and endoscopic features; therapy and follow-up

Dr. Daniel Taullard

Profesor agregado de la Clínica de Gastroenterología.
Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva y Gastroenterología.
Hospital Británico.
Montevideo.

Dr. Nicolás González

Asistente de la Clínica de Gastroenterología.
Facultad de Medicina. UdelaR.
Montevideo.

Dr. Alberto Sanguinetti

Asistente de la Clínica de Gastroenterología.
Facultad de Medicina. UdelaR.
Montevideo.

Dr. Jorge Pérez-Gatto

Ex Asistente de la Clínica de Gastroenterología.
Facultad de Medicina. UdelaR.
Montevideo.

RESUMEN: Arch Med Interna 2009 - XXXI; 2-3: 43-46

Introducción: Los pólipos planos (PP) son definidos endoscópicamente como lesiones de la mucosa cuya altura es menor a la mitad del diámetro de la lesión. Pueden ser de diferente tipo histológico, pero los de componente adenomatoso, pueden contener cambios histopatológicos avanzados como componente vellosos, displasia de alto grado y cáncer. De aquí la importancia en su diagnóstico y tratamiento. **Objetivos:** Evaluar los casos sucesivos de PP para conocer el tipo histológico, reseccabilidad endoscópica, factores de riesgo de recidiva y complicaciones. **Métodos:** Se seleccionaron retrospectivamente las resecciones endoscópicas de la mucosa (EMR) realizadas en un período de 5 años en pacientes con PP, que tenían colonoscopia de control en un plazo mínimo de 2 meses siguientes a la EMR. **Resultados:** Se incluyeron 40 EMR. Un 70% fueron adenomas, 5% adenocarcinomas y 25% hiperplásicos. Más de la mitad de los PP adenomatosos presentaron cambios histopatológicos avanzados. Recidivaron el 14% de los PP adenomatosos, siendo la resección en fragmentos un factor de riesgo de recidiva con un RR de 4,64 (IC= 0.55-39) frente a la resección en bloque. Se presentaron complicaciones en un 5%. **Conclusiones:** La mayoría de los PP fueron adenomas, presentando gran parte de ellos cambios histológicos avanzados. Se destaca la posibilidad de recidivar de lo PP adenomatosos por lo que se aconseja el seguimiento endoscópico luego de su resección, sobre todo en los casos en que se realizó la EMR en fragmentos. La EMR es un procedimiento seguro, presentando en esta serie una baja tasa de complicaciones.

Palabras Clave: Pólipos planos, Colonoscopia, Mucosectomía.

SUMMARY: Arch Med Interna 2009 - XXXI; 2-3: 43-46

Introduction: Flat polyps (FPs) are defined endoscopically as mucosal lesions whose height is smaller than their diameter. Their histological types may differ, but those with an adenomatous component may present with advanced histology changes, such as villous components, high grade dysplasia and cancer, thus emphasizing the importance of their diagnosis and therapy. **Objectives:** To evaluate consecutive cases of FPs that may lead to elucidate their histology type, amenability to endoscopic resection, risk factors for relapse and complications. **Methods:** Retrospective selection of endoscopic mucosal resections (EMRs) performed in a 5-year term in patients presenting with FPs that had a follow-up colonoscopy in a minimal interval of 2 months following the EMR. **Results:** Of the 40 EMRs enrolled, 70% were adenomas, 5% adenocarcinomas and 25% hyperplasias. More than half the adenomatous FPs showed advanced histological changes in the pathology examination. Fourteen per cent of the adenomatous FPs relapsed, being the fragment excision a risk factor for relapse, with an RR of 4.64 (CI= 0.55-39) versus the en-bloc excision. The complications rate was 5%. **Conclusions:** Most FPs were adenomas, and many of them presented advanced histology changes. Given

the adenomatous FPs relapse potential, it is recommended to survey the patient endoscopically following the removal, especially in those cases where the EMR procedure was done in fragments. The EMR is a safe procedure, with a low complications rate in this series.

Keywords: Flat polyps, Colonoscopy, Mucosectomy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma colo-rectal (CCR) ha presentado un notable incremento en su incidencia, constituyéndose en una de las neoplasias más frecuentes en el mundo, siendo en Uruguay el segundo cáncer más frecuente en la mujer y el tercero en el hombre según datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el cáncer^(*). Está ampliamente aceptada la secuencia adenoma-carcinoma como precursora del CCR y cada vez más frecuentemente los adenomas planos son involucrados en esta relación. Las lesiones planas del colon son definidas endoscópicamente como aquellas lesiones no exofíticas, planas y/o deprimidas de la mucosa cuya altura es menor a la mitad del diámetro de la lesión⁽¹⁾ (Figura 1).

Este tipo de lesiones fueron descritas hace más de 20 años por investigadores japoneses. A partir de trabajos realizados por Kudo y col, se pudo ver que estas lesiones colónicas no eran exclusivas de su localidad, y poco a poco fueron identificándose por diferentes grupos en todo el país⁽²⁾. Por mucho tiempo se pensó que eran privativas de la población japonesa, pero fundamentalmente a raíz de los estudios llevados a cabo por Fujii y col,

y Rembacken y col, se demostró que también eran diagnosticadas en países occidentales y con una prevalencia similar^(3,4).

Los pólipos planos son difíciles de diagnosticar durante la realización del estudio endoscópico convencional, así como también en estudios endoscópicos no invasivos como es la colonoscopia virtual. La incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico colonoscópico como ser la endoscopia de alta resolución, magnificación, el uso de tinciones (cromoendoscopia), la cromoendoscopia digital (FICE, NBI), o la OCT (tomografía por coherencia óptica) entre otras pueden mejorar el rendimiento diagnóstico.

Estas lesiones también son difíciles de tratar endoscópicamente, dada la relación de la lesión con la pared del colon por la cual requieren habitualmente resecciones mucosas endoscópicas (EMR) (Figura 1).

Los pólipos planos de componente adenomatoso (especialmente los deprimidos), pueden contener cambios histopatológicos avanzados (displasia de alto grado, componente vellosos, y cáncer) o progresar rápidamente a cánceres avanzados de acuerdo a reportes de autores japoneses y occidentales, con mayor frecuencia en comparación con pólipos protruidos de tamaños similares, de aquí la importancia en su diagnóstico

(*) <http://www.urucan.org.uy>

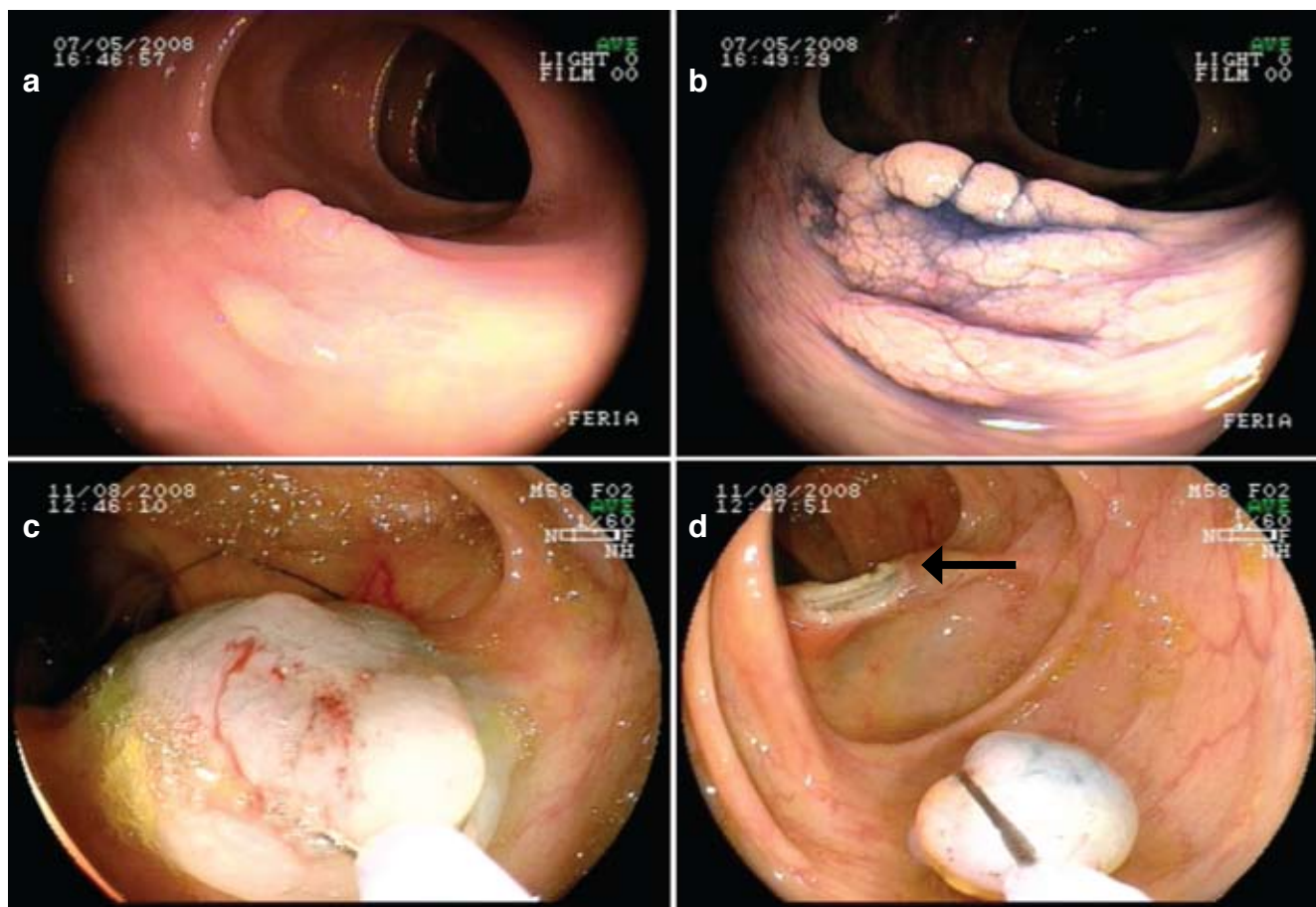


Fig.s 1: a) pólipo plano elevado de 25 mm de diámetro, b) tinción con azul de metileno delimitándose mejor los bordes, c) asa de diatermia enlazando el pólipo previa elevación mediante inyección submucosa de adrenalina diluida, d) recuperación del pólipo con asa y base de resección (flecha).

y tratamiento⁽⁵⁻⁷⁾.

OBJETIVOS

Evaluar los casos sucesivos de lesiones planas de colon para conocer el tipo histológico, la reseccabilidad endoscópica, factores de riesgo de recidiva y complicaciones en el período comprendido entre diciembre del 2001 y diciembre del 2006.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron de manera retrospectiva 40 pólipos planos a los que se les realizó EMR por un único endoscopista experto en 36 pacientes, 13 varones (36%) y 23 mujeres (64%) con edades comprendidas entre 35-86 años, quienes tenían colonoscopia de control en un plazo mínimo de 2 meses siguientes a la resección endoscópica.

Del total de las resecciones endoscópicas, 39 fueron realizadas con técnica de mucosectomía mediante inyección submucosa de solución salina con vasoconstrictor (dilución de adrenalina 1:10.000) adicionando en algunos casos azul de metileno al 0,4 %, para poder definir mejor los bordes, planos profundos y disponer así de un mayor margen de seguridad en la resección con asa de diatermia. En algunos casos también se aplicó azul de metileno o índigo carmín sobre la superficie de las lesiones para realzar el patrón mucoso y poder determinar mejor los límites laterales. En un caso la EMR se efectuó utilizando una banda elástica (Banding) previo a su resección.

La EMR se realizó en un solo bloque abarcando toda la lesión y en los casos que esto no fue posible por el tamaño de la misma se efectuó en más de un fragmento. En los casos que quedaron dudas respecto a la totalidad de la resección se aplicó como complemento electrofulguración en los bordes para evitar la posibilidad de recidivas.

Previo a la realización de los procedimientos se determinaron los parámetros de coagulación. Las drogas anticoagulantes y antiagregantes plaquetarios fueron suspendidas o modificadas en su administración 10 días antes del procedimiento para disminuir el riesgo de sangrado.

En todos los casos la colonoscopia fue completa a ciego y se contó con consentimiento informado por parte de todos los pacientes.

Las piezas reseccadas fueron recuperadas, con pinza, asa o mediante aspiración y enviadas para estudio histológico.

RESULTADOS

De las 40 EMR de pólipos planos de tamaños comprendidos entre 5 mm y 40 mm (media 15 mm) realizadas, 70% (28/40) correspondieron a pólipos adenomatosos, 22,5% (9/40) a pólipos hiperplásicos, 5% (2/40) a adenocarcinomas túbulo-papilares moderadamente diferenciados y 2,5% (1/40) a un pólipo aserrado mixto (Tabla I).

Del total de los pólipos adenomatosos, el 50% (14/28) tenían componente vellosos y un 14% tenían displasia de alto grado (4/28) (Tabla II).

Respecto a la topografía de las lesiones adenomatosas planas, el 54,4% (15/28) se diagnosticaron en colon derecho, proximal a la flexura esplénica (6 ciego, 5 ascendente, 3 transversal proximal, 1 válvula ileocecal).

La resección en un solo bloque fue posible en el 70% (28/40) de las EMR, mientras que en el 30% (12/40) esta se realizó en fragmentos. En todos los casos de resección en fragmentos el tamaño de los pólipos fue mayor de 1 cm. Se realizó electrofulguración de los bordes de la lesión en el 75% (9/12) de los casos de EMR en fragmentos y en 1 caso de EMR en bloque.

Tabla I. Histología pólipos planos

Adenomas	Hiperplásicos	Adeno-carcinomas	Aserrado
70%	22,5%	5%	2,5%
(28/40)	(9/40)	(2/40)	(1/40)

Tabla II. Lesiones planas adenomatosas:

Colon derecho	Displasia alto grado	Componente vellosos
54%	14%	50%
(15/28)	(4/28)	(14/28)

Tabla III. Lesiones planas adenomatosas: Recidiva

Recidivaron (4/28)	No Recidivaron (24/28)
75% Fragmentos	34% Fragmentos
RR = 4,64 (IC 95% = 0,55 - 39)	

El período de seguimiento promedio de los pólipos adenomatosos fue de 25 meses (2 meses - 46 meses) luego de la EMR, encontrando recidiva en el 14% (4/28) de los casos en el plazo comprendido entre 2 y 6 meses siguientes a la EMR inicial. A estos se les realizó nueva EMR endoscópica. Las lesiones que recidivaron tenían inicialmente un tamaño de entre 10-20 mm de diámetro y la resección había sido fragmentada en el 75% (3/4) de ellos.

De las 24 (86%) lesiones adenomatosas que no recidivaron, la EMR se realizó en bloque en el 66% (16/28), siendo el RR calculado para la probabilidad de recidivas de la resección en fragmentos comparado con la resección en bloque de 4,64 (IC= 0.55-39) (Tabla III).

Respecto a los adenocarcinomas, uno se encontraba en colon sigmoides, y otro a nivel de fondo de ciego. Macroscópicamente correspondían a pólipos planos elevados sin otras características a destacar, el primero tenía un diámetro de 15 mm, la resección se realizó en bloque y se electrofulguraron los bordes. La histología informó adenocarcinoma túbulo-papilar moderadamente diferenciado intramucoso, y los márgenes tanto en profundidad como en sentido lateral (mayor 2 mm) se encontraban libres de tumor. Se realizó nueva colonoscopia de control a los 3, 6 y 32 meses con toma de biopsias de la zona de resección siendo estas negativas para neoplasia residual. El segundo también correspondió un adenocarcinoma túbulo-papilar moderadamente diferenciado, con un diámetro de 30 mm y a pesar que se elevó sin inconvenientes con la inyección submucosa comprometía la submucosa según el informe anatómo-patológico motivo por el cual se indicó la realización de colectomía.

Del total de las EMR realizadas se presentaron complicaciones en el 5% (2/40) de los casos, caracterizadas por un episodio de sangrado que fue catalogado como moderado y se controló satisfactoriamente con inyección de adrenalina diluida en suero salino 1:10.000. El otro caso correspondió a un síndrome post-polipectomía o síndrome del quemado, secundario a la corriente de coagulación y corte utilizada en la resección con asa de diatermia, que se resolvió satisfactoriamente con tratamiento médico.

No se presentaron otras complicaciones inherentes a los

procedimientos endoscópicos o al acto anestésico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos confirman, al igual que en otras publicaciones, que los pólipos planos de colon no son privativos de la población japonesa.

Del total de las lesiones planas la mayoría correspondieron a adenomas, presentando más de la mitad de los casos cambios histopatológicos avanzados, confirmando lo referido en varias publicaciones sobre esta eventualidad.

En más de la mitad de los casos las lesiones adenomatosas planas fueron diagnosticadas en el colon derecho, siendo esto también referido en otros trabajos, destacando la importancia en la realización de una fibrocolonoscopia total, principalmente cuando ésta se indica con el objetivo de realizar despistaje para cáncer colo-rectal.

Es de destacar la tendencia a recidivar de las lesiones planas adenomatosas y la importancia que tiene realizar la resección en bloque siempre que esto sea posible, ya que en las lesiones que recidivaron la EMR había sido efectuada en fragmentos en 3/4 de los casos, siendo por tanto la resección en fragmentos un factor de riesgo de recidiva. Por este motivo se aconseja el seguimiento endoscópico luego de la resección, sobre todo en los casos en que se realizó en fragmentos y de manera precoz ya que esta se produjo entre los 2-6 meses siguientes a la EMR. El hecho de la recidiva precoz sugiere que es debido a la persistencia de tejido adenomatoso residual en los bordes de resección. Por este motivo es importante realizar una correcta semiología de los bordes de la lesión para determinar exactamente sus límites previo a la EMR y luego de realizada la misma.

Se puede concluir que en los casos de adenocarcinoma precoz en pacientes con alto riesgo quirúrgico, o que rechazan esta opción, y que reúnen criterios favorables (lesiones menores de 20 mm, no ulceradas, pobre o moderadamente diferenciadas histológicamente, no compromiso de la submucosa, elevación luego de la inyección submucosa, márgenes de resección no comprometidos en profundidad y no evidencia de tumor a más

de 2 mm en sentido lateral), son buenos candidatos para la realización de tratamiento endoscópico con intencionalidad curativa como sucedió en uno de los casos no presentando recidiva luego de 32 meses de seguimiento.

En uno de los casos de adenocarcinoma se produjo la elevación de la lesión luego de la inyección submucosa (signos indirecto de no compromiso de planos profundos) comprobándose posteriormente por el informe histológico compromiso de la submucosa. Por lo tanto se concluye que este no es un signo fiable de no compromiso de planos profundos lo que ha sido reportado también por otros autores.

Para finalizar también se puede decir que la EMR endoscópica en manos experimentadas es un procedimiento seguro, con baja tasa de complicaciones, que se presentó tan solo en un 5% de los casos y fue resuelta de manera favorable mediante tratamiento médico y endoscópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hart AR, Kudo S, Mackay EH, Mayberry JF, Atkin WS. Flat adenomas exist in asymptomatic people: important implications for colorectal cancer screening programmes. *Gut*. 1998 Aug;43(2):229-31.
2. Kudo S, Kashida H, Tamura S, Nakajima T. The problem of "flat" colonic adenoma. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1997 Jan;7(1):87-98.
3. Fujii T, Rembacken B, Dixon M, Yoshida S, Axon A. Flat adenomas in the United Kingdom: are treatable cancers being missed? *Endoscopy* 1998;30: 437-43.18.
4. Rembacken B, Fujii T, Cairns A, et al. Flat and depressed colonic neoplasms: a prospective study of 1000 colonoscopies in the UK. *Lancet* 2000; 355:1211-4.
5. Kudo S. Early Colorectal Cancer: detection of depressed types of colorectal carcinoma. *Igaku-Shoin*, 1996, Tokyo.
6. Gimeno A, Parra-Blanco A, García C, et al. Morphological characterization and prevalence of high grade dysplasia and invasive carcinoma in colon flat adenomas. *Gut* 2003; 52 (Suppl): A193.
7. Parra Blanco A, Nicolás-Pérez D, Gimeno-García AZ, Fu KI, Hernández N, Quintero E. An early flat depressed lesion in the cecum progressing to an advanced cancer in 20 months. *Gastrointest Endosc*. 2007 Oct;66(4):859-61.