

Caso Clínico

28 de marzo de 2007

HECA

Mujer

63 años

MC: Proctorragia franca

EA: Cuadro de 36 hs de evolución de proctorragia, con eliminación de sangre separada de materia fecal, sin descompensación hemodinámica.

Refiere

- antecedentes personales de hemorroides, e HTA en tto con enalapril

Mujer

63 años

Colonoscopia: que informa progresión hasta ciego, con abundantes restos de materia fecal en todo su trayecto, en unión sigmoideodescentente se observa pólipo de 10- 15 mm que se extirpa por Polipectomía, sin complicaciones inmediatas.

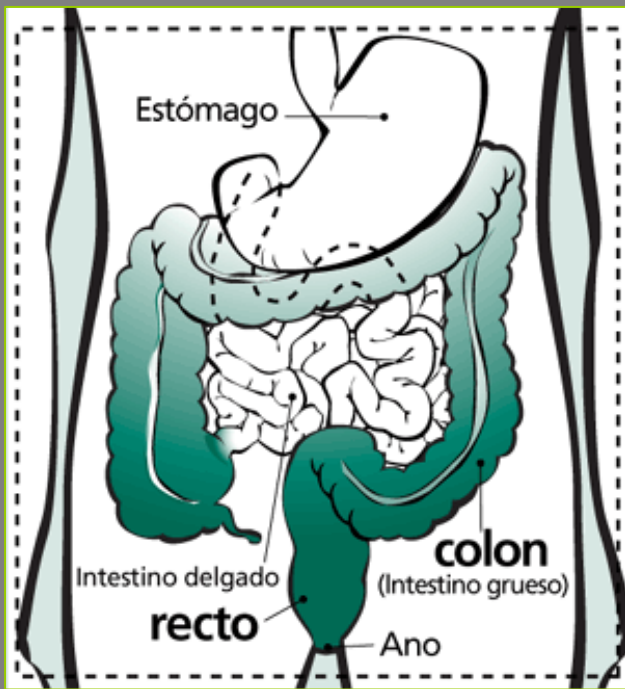
Previo se solicitan laboratorio y ECG que son normales

Mujer

63 años

Anatomía patología:

Pólipos adenomatosos y vellosos con signos de displasia moderada, que miden 1.8 y .1 cm de diam. mayor respectivamente



Seminario Central

Pólipos Colónicos

Tratamiento y seguimiento

Juana Corte

HECA

28 de marzo de 2007



Pólipo del Colon

Todo tumor circunscrito de mucosa que protruye desde la pared hacia la luz intestinal.

La definición macroscópica, con independencia de las características histológicas de la lesión.

Según la superficie de fijación a la pared intestinal, los pólipos pueden ser: **pediculados** o **sésiles**.

En relación con el número de lesiones pueden ser **únicos** o **múltiples**; cuando el nº de pólipos es muy elevado se habla de poliposis intestinal, y suele tratarse de entidades nosológicas diferenciadas

Los pólipos son tumores benignos o premalignos los cuales por lo general no causan sintomatología, permanecen por años en dichos órganos, pueden dar un sangramiento cuando éstos se ulceran o pueden degenerarse en un cáncer.

En la actualidad se los consideran pre cancerosos.

Más de 30% de las personas > de 60 años tienen pólipos en el colon.
Alrededor de 70 a 80% de los pólipos extirpados son adenomatosos.
Las lesiones adenomatosas guardan una relación muy bien comprobada con el carcinoma colorrectal.

Nuevos casos en EEUU: 153.760

52.180 morirán de CA Colón *Atlanta, American Cancer Society, 2006.*

Mortalidad disminuyó un 20.5 % entre 1973 – 1995 e
Incidencia 7.4% *National Cancer Institute, 2005*

Alta incidencia en hombre / mujer igual
National Cancer Institute, 2005

Tasa de mortalidad 24.8 hombres y 17.4 mujeres

6% de Americanos desarrollarán CA de colón en su vida

Diagnosticados después de 50 años . *Cancer 94 (10): 2766-92, 2002.*

American Cancer Society : Cancer Facts and Figures 2006

- Antecedente familiar de 1º grado CA colón o adenomas
- Antecedente familiar de 1º grado diagnosticado antes de 60 años
- Antecedente personal de CA mama, ovario, endometrio
- Colitis ulcerosa
- Enfermedad de Crohn
- Síndrome de poliposis familiar (**poliposis adenomatosa familiar [PAF]**)
- Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis previa.
- Factores medio-ambientales y dietéticos

Ann Intern Med 128 (11): 900-5, 1998

N Engl J Med 331 (25): 1669-74, 1994

CA Cancer J Clin 51 (1): 38-75; quiz 77-80, 2001 Jan-Feb

- Asintomáticos
- HDB
- Anemia Ferropénica
- Proctorragia franca
- Moco por recto (pólipos rectales bajos)

¿ PORQUE SE PRODUCE EL CANCER DE COLON ?

EL DESARROLLO DEL CA DE COLON ES COMPLEJO Y OCURRE EN PROCESOS

En la etapa temprana se producen cambios genéticos, estadio en el cual la **masa tumoral visible todavía no existe.**

Posteriormente: cambios microscópicos de las células o del epitelio de la pared intestinal luego de meses o años se pueden observar en la pared más interna del colon (**mucosa**)

La formación de pequeñas sobreelevaciones (**pólipos adenomatosos**)
Que después de 7 a 10 años de un crecimiento lento se transforman en cancer

- Inflamatorios
- Hiperplásicos
- Hamartomatosos
- Adenomatosos

Pólipos Inflamatorios

Son consecuencia del proceso regenerativo de un foco inflamatorio, por lo que **carecen de potencial de degeneración neoplásica.**

Pueden alcanzar un tamaño notable y se encuentran en diversas enfermedades del colon, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la esquistosomiasis crónica, la colitis amebiana o la disentería bacilar.

En la enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución, es importante el diagnóstico diferencial de neoplasias que pueden desarrollarse en este contexto.

Pólipos Hiperplásicos

Metaplásicos, constituyen el 10-30 % de todos los pólipos colónicos, lo que los convierte en los pólipos **no neoplásicos** más frecuentes.

- Más prevalentes en personas de edad avanzada
- Suelen localizarse en la parte distal del colon y en el recto.
- Son pequeños < 5 mm.

Su aspecto macroscópico es indistinguible del de los adenomas.

El desarrollo a *Serrated Adenoma* puede llevar a éste pólipo a degeneración maligna

Pólipos Hamartomatosos

Carecen de potencial maligno, los que se asocian con el síndrome de Peutz-Jeghers y la poliposis juvenil **sí** exponen al peligro de transformación maligna, y exigen una conducta más activa y un control más estricto.

Pólipos Adenomatosos o adenomas colorrectales

Constituyen una familia de neoplasias mucosas con diversidad de apariencia externa, pero que comparten características genéticas, fenotípicas y evolutivas esenciales.

Escasos en el intestino delgado, pero muy frecuentes en el colon.

Histológicamente son una proliferación no invasiva de células epiteliales

Y se clasifican en:

- Adenomas tubulares (85 %),
- Tubulovelloso (10 %) y
- Velloso (5 %).

Pólipos Adenomatosos

Porcentaje de degeneración en un cáncer:

Adenoma vellosos 40%

Adenoma tubular 5%

Adenoma tubulovellosos (mixto) 22%

Pólipos inflamatorios. 0%

Se ha considerado que para que un tumor polipoide se degenerare en cáncer pueden pasar de dos a cinco años

Pólipos Adenomatosos o adenomas colorrectales

Por anomalías citológicas y estructurales pueden ser :

- Bajo o
- Alto grado de displasia.

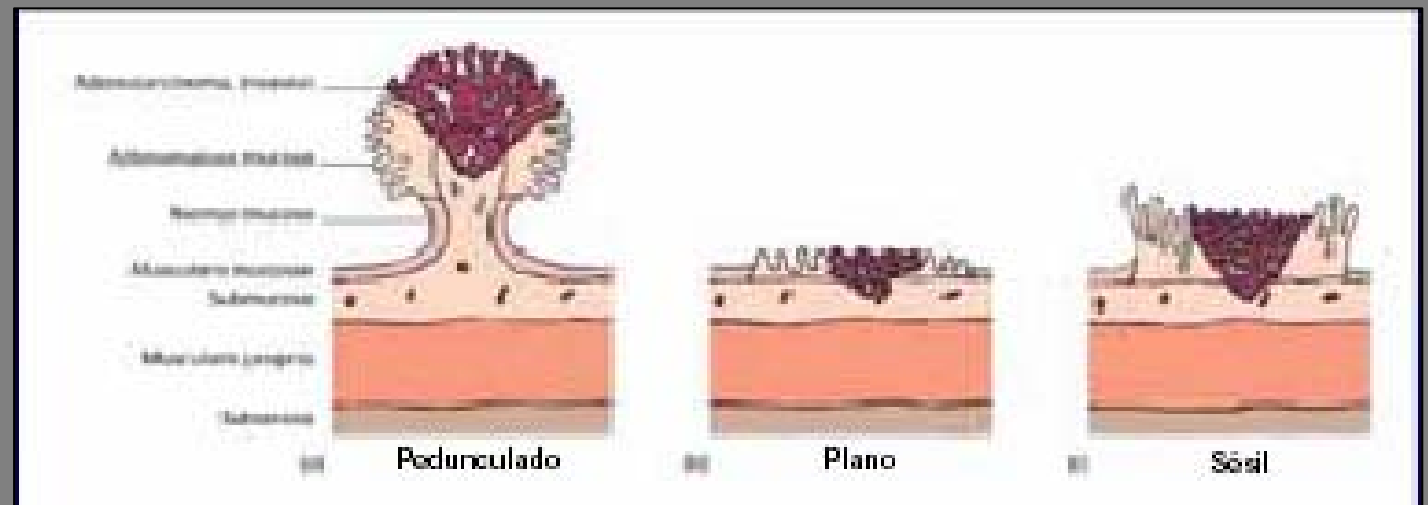
Esta última no es distinta del carcinoma in situ , en el cual los focos neoplásicos no superan la capa muscularis mucosae y posee una nula capacidad de diseminación.

Es importante diferenciar esta entidad del pólipo maligno, el cual representa un adenoma con áreas de transformación carcinomatosa que se extienden a la capa submucosa y, constituye un carcinoma invasivo precoz.

La clasificación de los pólipos

Pueden ser:

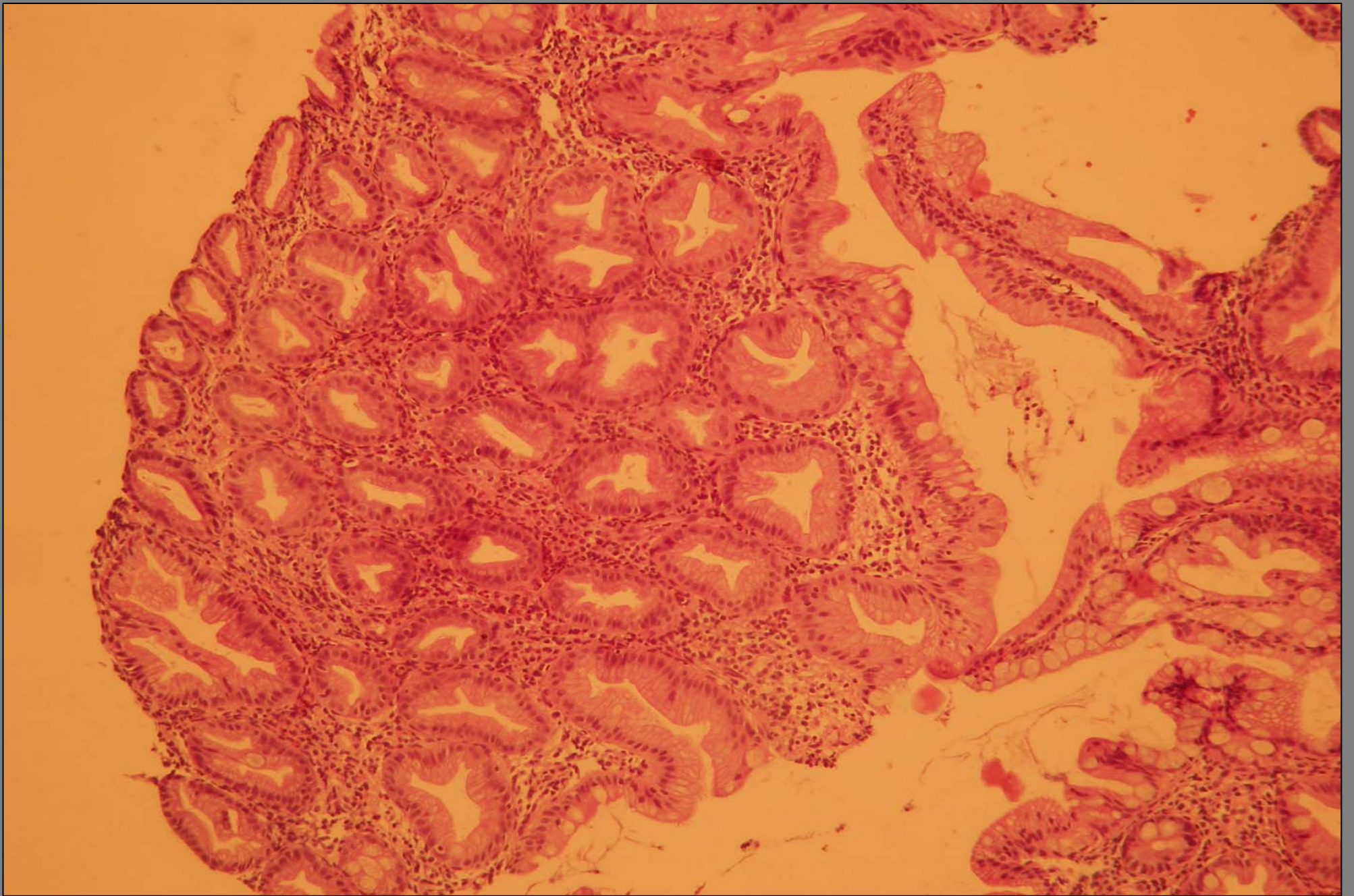
- Pólipos Pediculados,
- Pólipos Sesiles
- Pólipos Planos



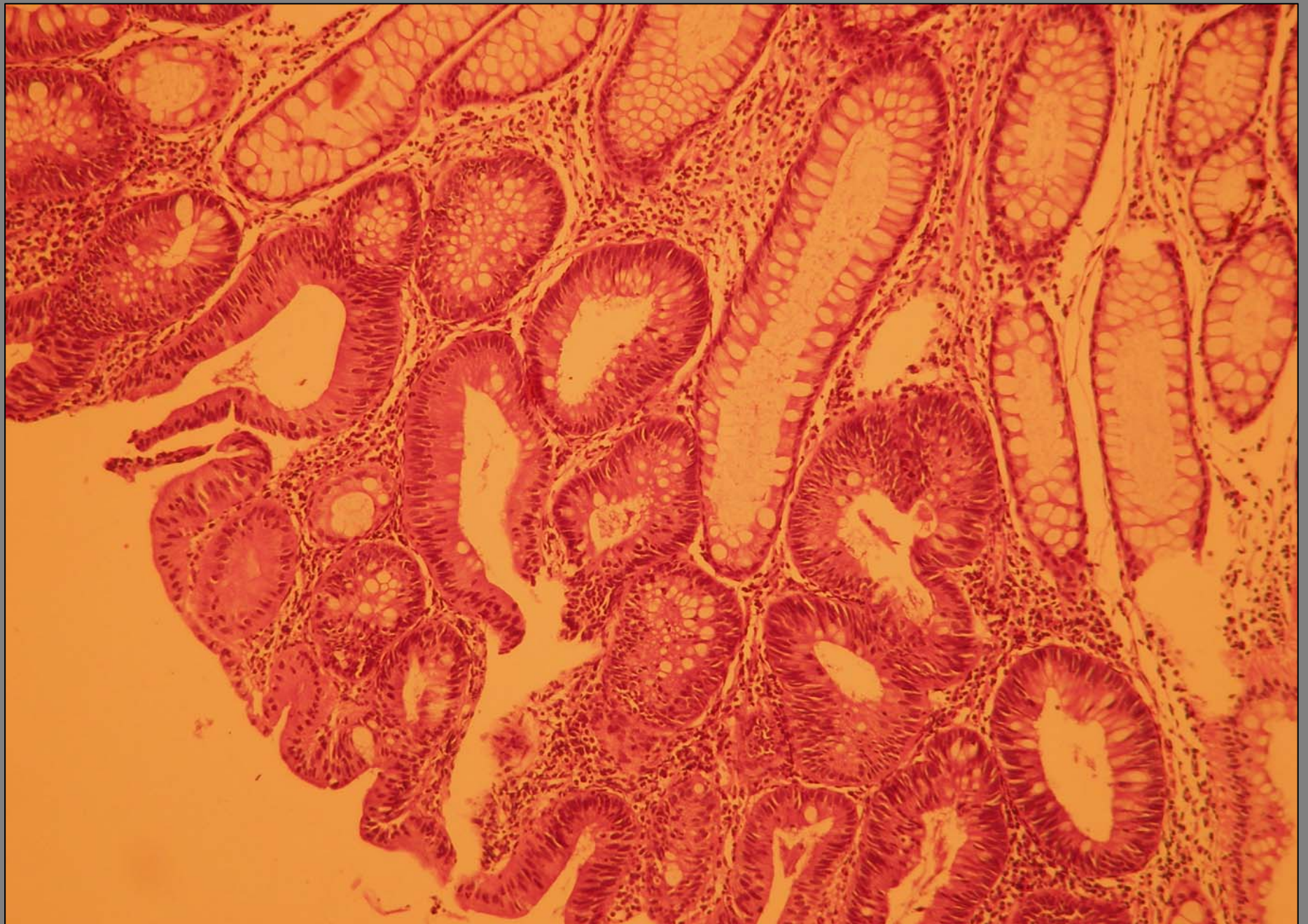
Clasificación de pólipos según histología

	Neoplásicos*	No Neoplásicos
Benignos	Adenomas - Tubulares - Tubulo-velloso - Velloso - Mixtos o serratos	Hiperplásticos Juveniles Peutz-Jeghers* Inflamatorios Agregados linfoides Hamartomas
Malignos	- Pólipo malignizado	

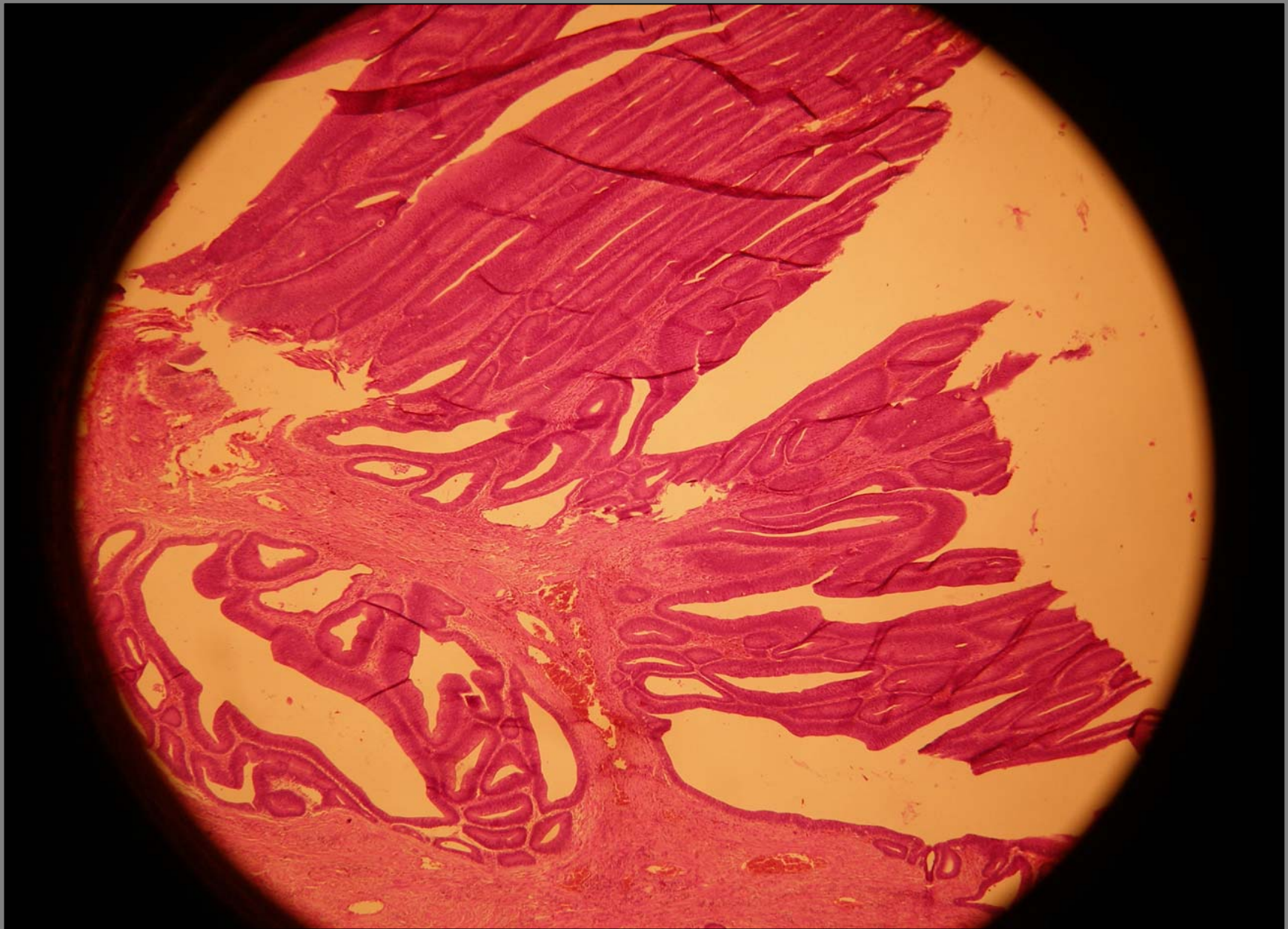
* Con potencial maligno.



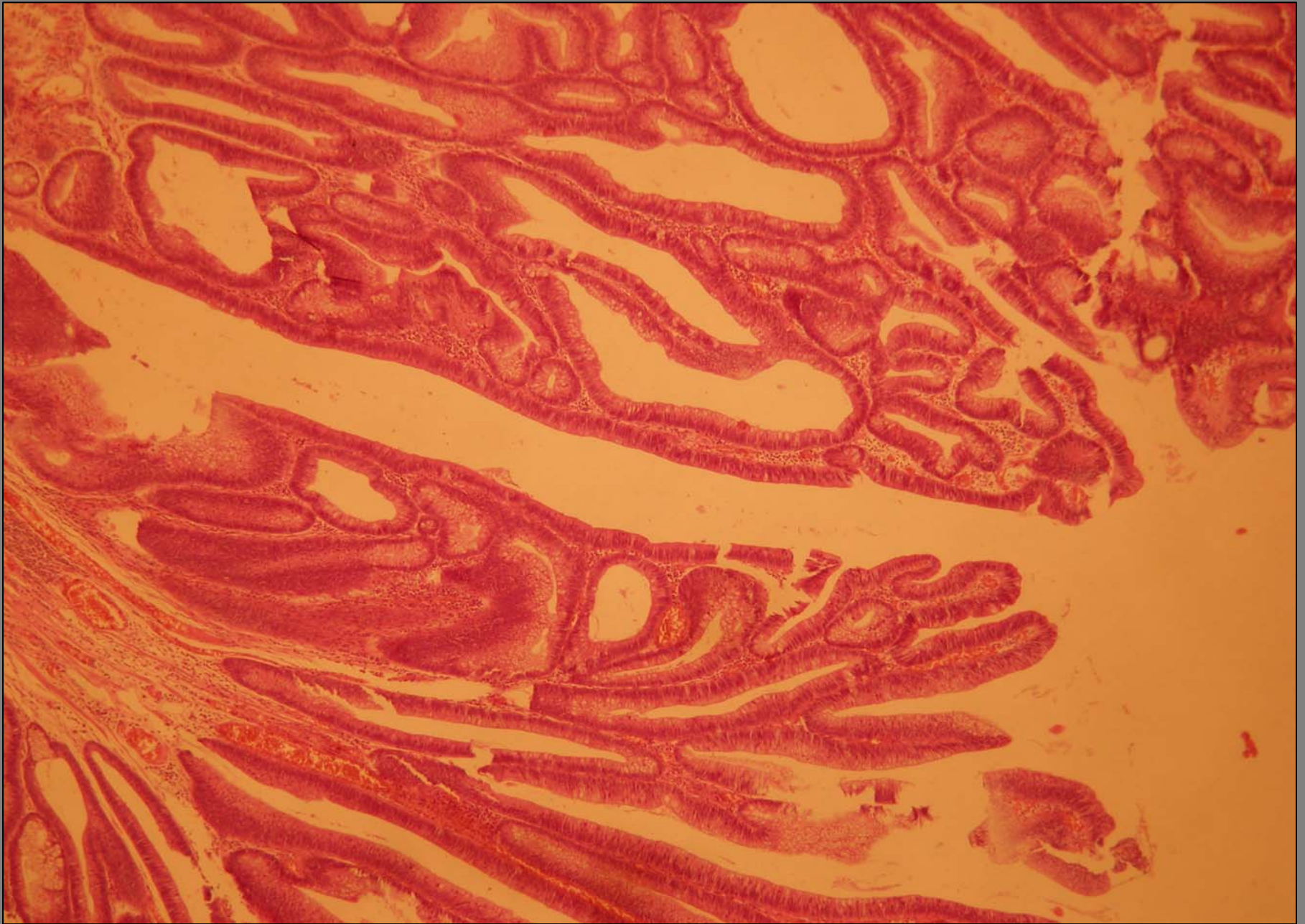
Pólipo Hiperplásico



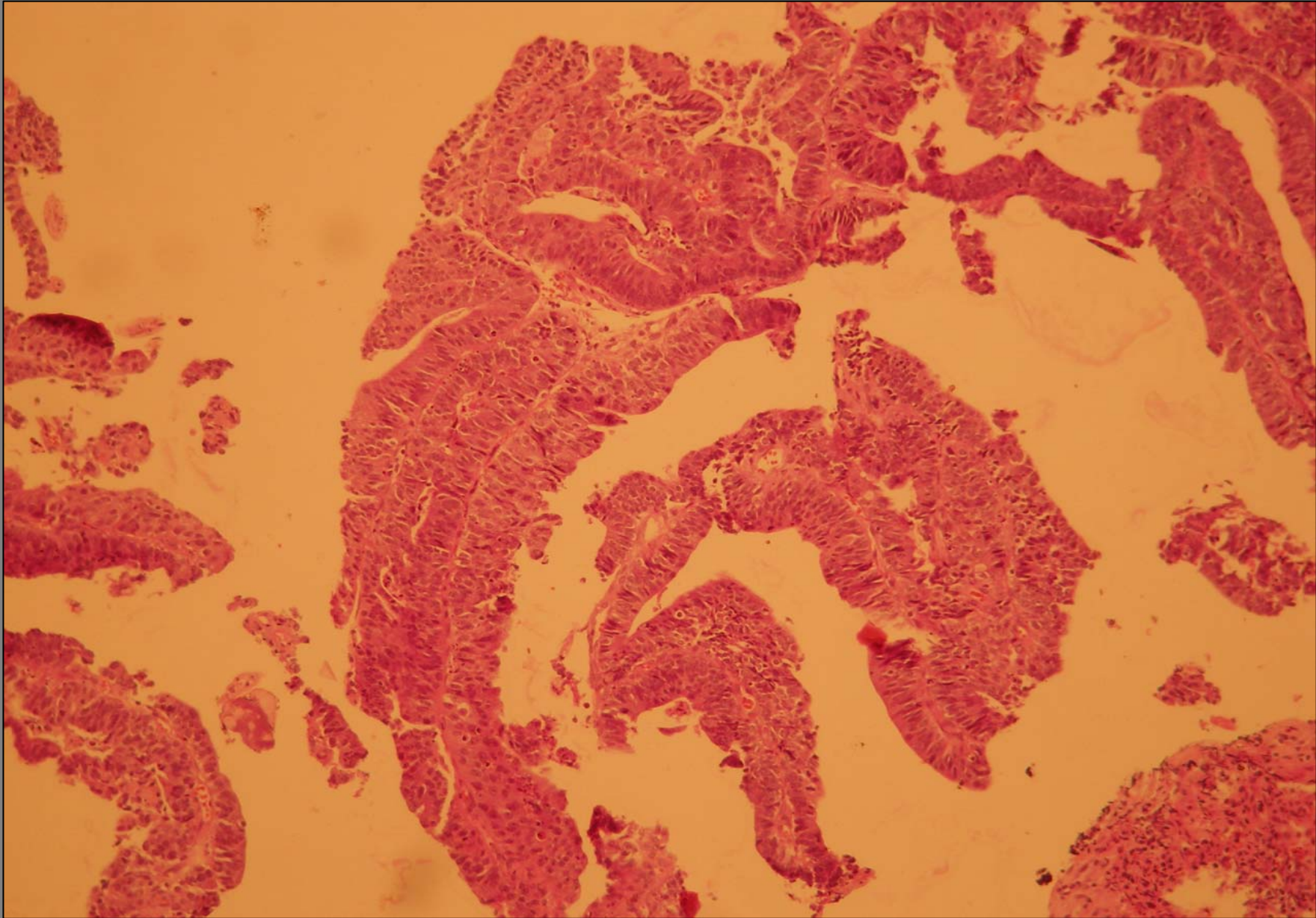
Configuración Adenomatosa tubular de bajo grado



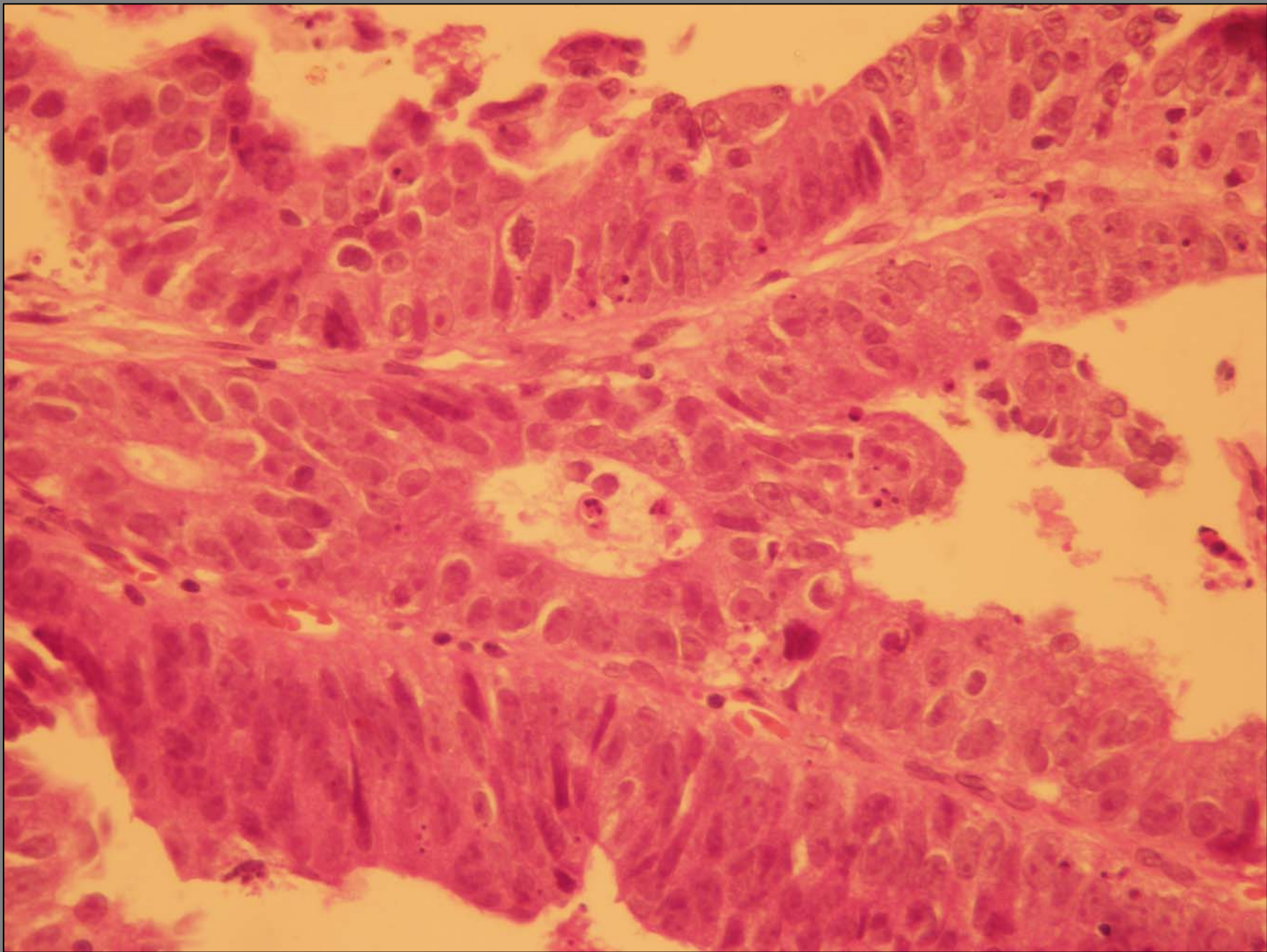
< aumento de Adenoma velloso



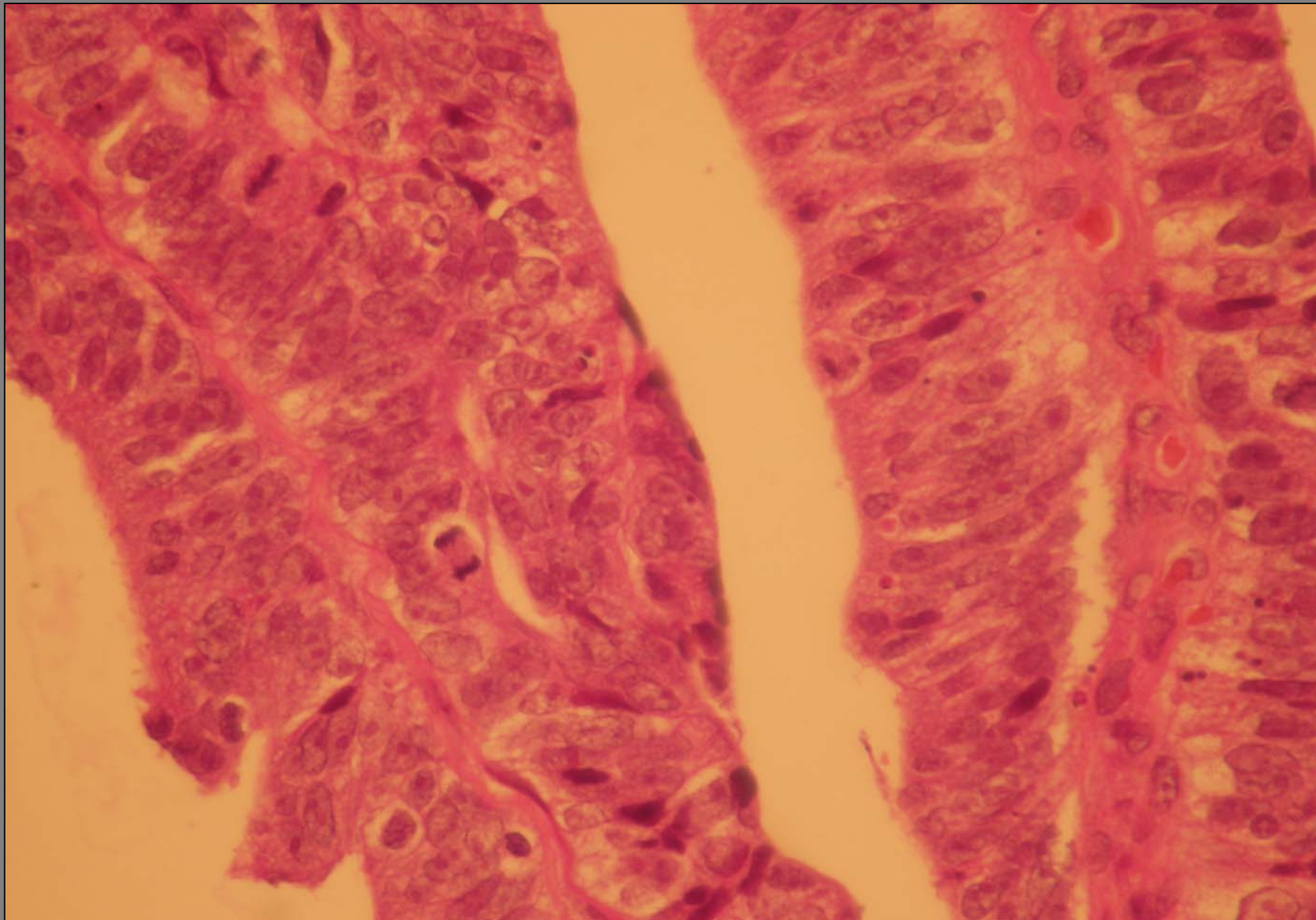
Adenoma tubulovelloso



Configuración papilar y tubular de alto grado



> Aumento de adenoma tubular de alto grado (Atipia?)



Pólipo Adenomatoso con displasia grave

En la actualidad, es incuestionable que el adenoma colónico constituye una lesión premaligna.

La probabilidad de transformación carcinomatosa aumenta en relación con:

- El tamaño de la lesión,
- La proporción del componente vellosos
- La edad

Adenomas tubulares < de 5 mm el riesgo de hallar un área de displasia de alto grado es < al 0,1 %,
Pólipos vellosos mayores de 1 cm éste supera el 40 %.



- SOMF
- Rectosigmoidoscopia
- Colonoscopia convencional
- Combinación colon x enema + rectosigmoidoscopia
- Colonoscopia virtual
- Magnificación y Croendoscopia
- Estudios genéticos de materia fecal

Pólipo Colónico

Colonoscopia Convencional

COLONOSCOPIA
75

POLIPO RECTAL

08/28/93
13:17:15



DR. MURRA SACA

UCOLON 1398
MAS 49

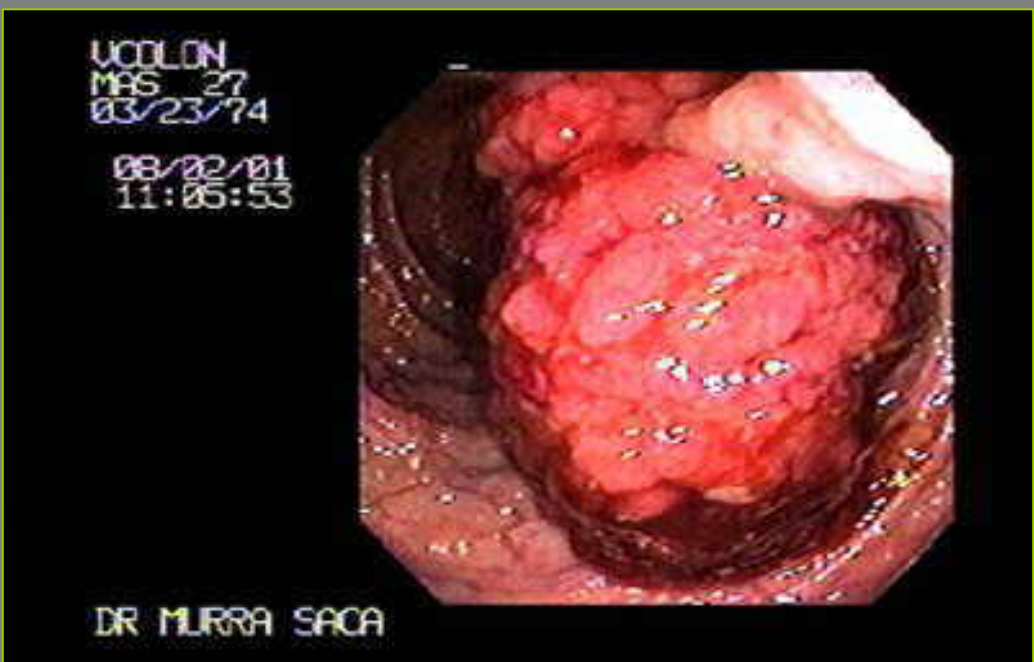
06/04/98
14:01:16



DR. MURRA SACA

Pólipo Colónico

Colonoscopia Convencional



Colonoscopy virtual

Pólipo colon

Viatronix 1000 - Colon Module Non-Physician User (Read-Only)

Program Study Bookmarks Report Help

Viatronix Colon Module reha, UMCS UNIV. MED. CTR. STONYBROOK CT1 DR. ANDERSON
Supine xxxxx M 61 2000-07-11

Standard Endo-Slice
Supine/Prone Dual Orthogonal Endo-Slice

34.8 cm from Rectum

Custom 17657-408 Value: 993 015
Custom 200070 Value: 000 110
Custom 200070 Value: 000 222
Custom 200070 Value: 000 135

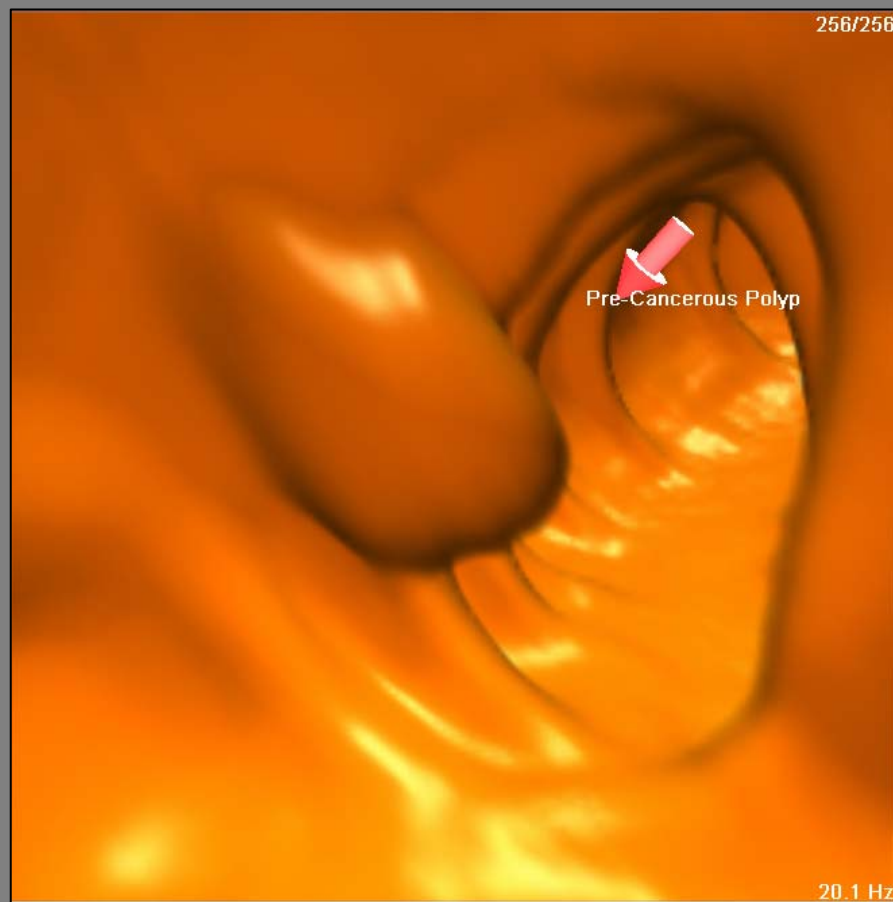
10.2 +/- 1mm

Lumen Coverage 4%

#	Location (cm)	Size (mm ²)
---	---------------	-------------------------

Study Browser Verification Navigation Report Study Complete Measure Delete Measure CTRL SHIFT

For Help, press F1 4:05 PM



	6 mm adenoma	7 mm adenoma	8mm adenoma	9 mm adenoma	> 10 mm adenoma
Patient Analysis					
VC Sens	88.70%	90.90%	93.90%	93.00%	93.80%
VC Spec	79.60%	87.40%	92.20%	94.90%	96.00%
OC Sens	93.30%	90.90%	91.50%	89.50%	87.50%
Polyp Analysis					
VC Sens	85.70%	89.50%	92.60%	91.80%	92.20%
OC Sens	90.00%	90.20%	89.50%	90.20%	88.20%
VC = virtual colonoscopy; OC = ocular or regular colonoscopy					

Ventajas

- Procedimiento mini-invasivo
- Muy bajo riesgo de perforación
- Mejor tolerado
- No requiere preparación
- Puede evitar la CVC total
- No requiere sedación
- Puede realizar actividad normal
- 5 % puede encontrar lesiones extraluminales

Desventajas

- Mínimo riesgo de perforación
- Exposición a RX (embarazadas)
- Procedimiento **solo** diagnóstico
- Requiere equipamiento y técnico
- Costosa
- Requiere tiempo



Magnificación con tinción con azul de metileno

Tratamiento

De elección para los adenomas colorrectales es la **polipectomía endoscópica**, constituye la aproximación más eficaz para la prevención del cáncer colorrectal.

Puede realizarse con asa o pinzas cauterizantes (hot biopsy) , **la exéresis completa de más del 90% de las lesiones.**

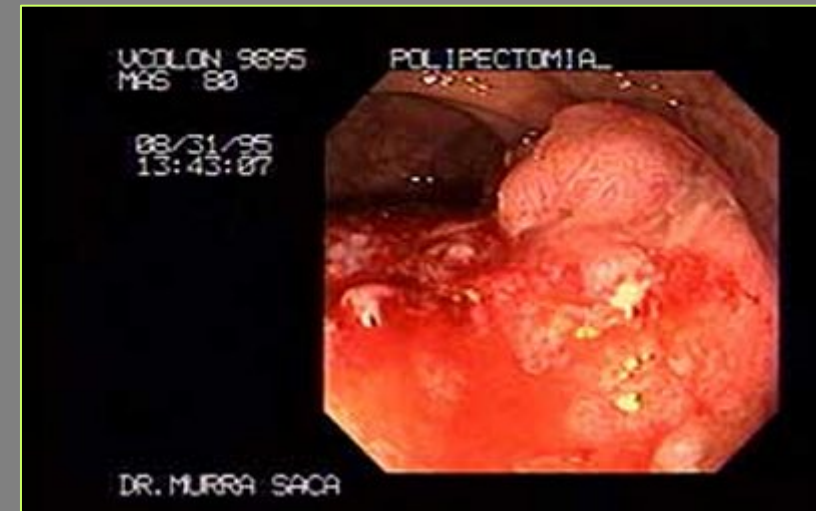
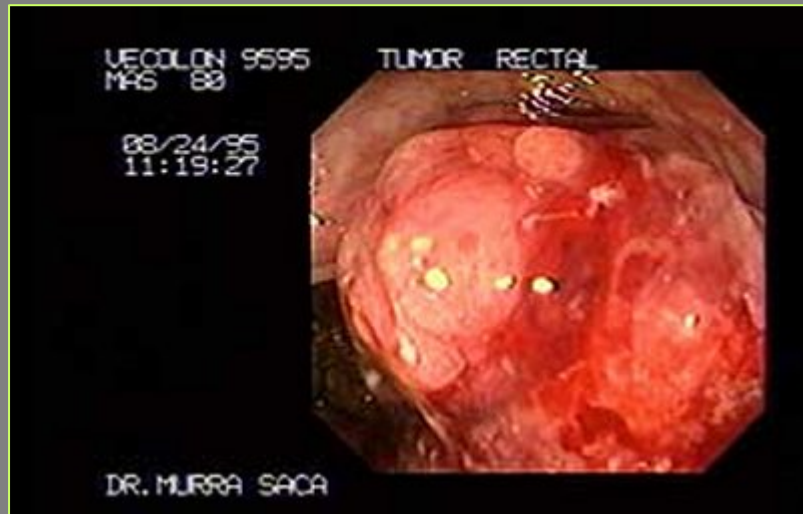


Tratamiento

Los pólipos hiperplásicos no constituyen una lesión premaligna por lo que su exéresis ofrece pocas ventajas. Sin embargo, dado que el diagnóstico diferencial entre ambas lesiones requiere su análisis histológico, habitualmente se extirpan mediante asa de polipectomía o pinzas de biopsia.

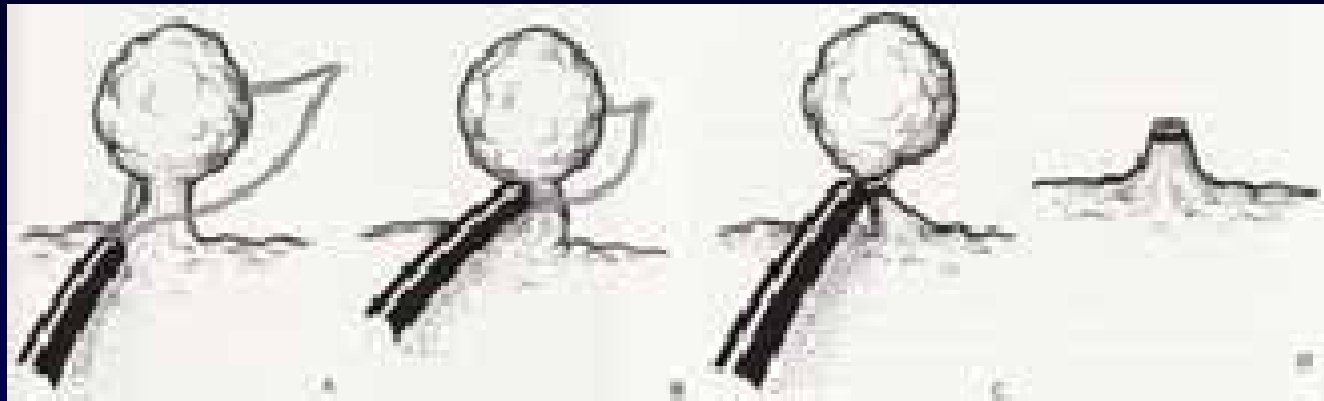
Pólipo Colónico

Polipectomía



Pólipo colónico maligno

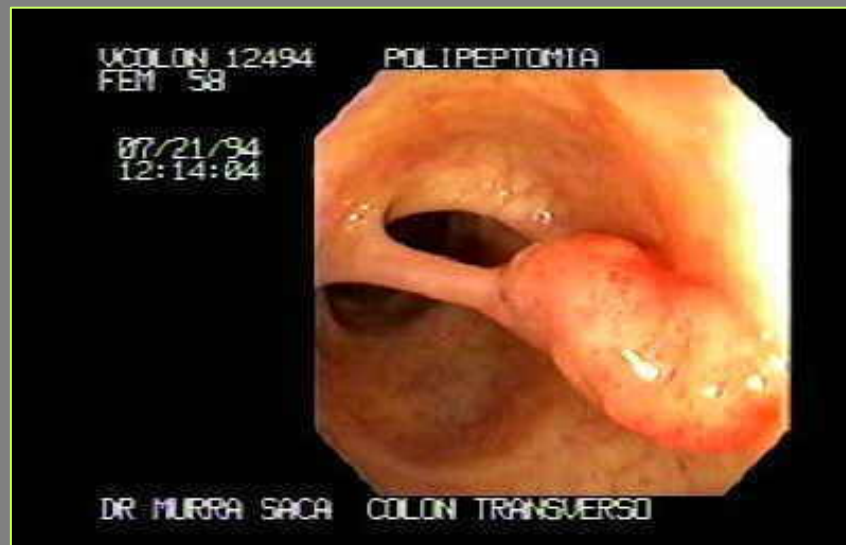
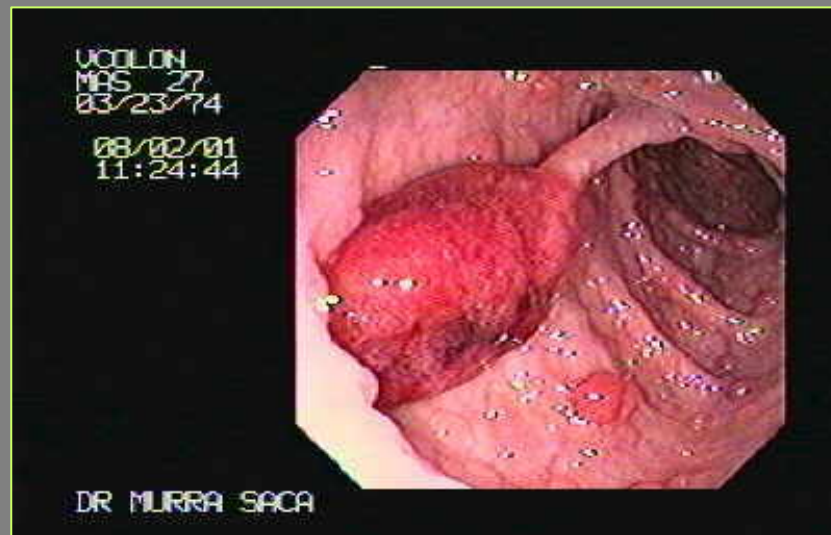
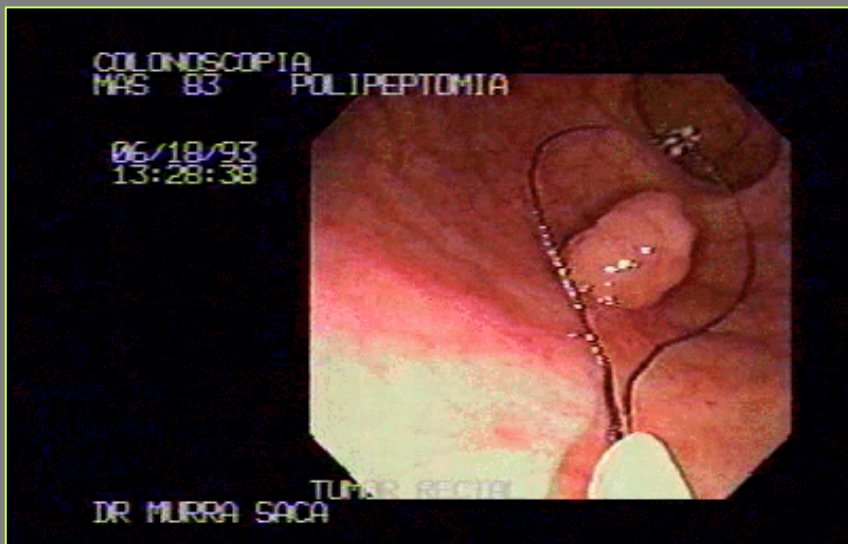
Diagrama polipectomía



Adenoma pedúnculado



Adenoma plano



Se deben de eliminar por su potencialidad de transformarse en un cáncer.

La técnica de la polipectomía endoscópica es un método de eliminar este tipo de tumores en una forma simple y en el consultorio.

Para esto contamos con tecnología de avanzada:

- Electro cauterio,
- Láser Argon Plasma Coagulador
- Endoloops Agujas de inyectar tejidos con soluciones especiales
- Clips especiales de Titanium, y
- Sutura endoscópica.

La combinación de ésta tecnología nos permite tener éxito en esta terapéutica

Incidencia general de complicaciones de 1 a 2%
Hemorragia es la complicación más común
Perforación intestinal libre en cavidad,
Microperforación,
Quemadura transmural con el electrocauterio,
Neumatosis cistoide (quística) intestinal,
Desgarro de la cápsula esplénica y
Avulsión de vasos sanguíneos mesentéricos.

SOMF sencillo, no invasivo, efectuado por médicos de atención primaria.

Realizado a intervalos anuales, si se lo combina con rectosigmoidoscopia, puede reducir la mortalidad del carcinoma colorrectal

El seguimiento adecuado con colonoscopia, es obligatorio en los pacientes con resultados +

- Siendo el método más exacto de detección de pólipos colónicos.
- Permite la extirpación simultánea de la mayoría de las lesiones.
- Es el método más común para pesquisar pólipos y cáncer de colon.

Recomendaciones actuales

- Pacientes que **no** son de **alto riesgo** (sin antecedentes familiares) iniciar a **colonoscopia** de rutina a la edad de 50 años
- La **fibrorrectosigmoidoscopia** (flexible) puede ser una alternativa razonable de la **colonoscopia**.
- Pólipo en la **fibrorrectosigmoidoscopia** tendrán que realizar una **colonoscopia completa**, y se los habrá tenido que someter a ambos estudios.
- Combinación del **colon por enema y rectosigmoidoscopia** es mejor aceptada, más económica y más segura que la **colonoscopia diagnóstica** de rutina, pero obliga a un 2º procedimiento para poder realizar terapéutica.

La **colonoscopia virtual**, efectiva para detectar pólipos, todavía no establecida como modalidad de vigilancia

Los **estudios genéticos** efectuados sobre materia fecal pueden detectar pólipos y cáncer de colon es no invasiva, pero deberán perfeccionarse mucho antes de que se los pueda aplicar a la práctica clínica de rutina.

La incidencia de hemorragia es importante y perforación es < a 1% para la colonoscopia, a diferencia de 0,01% para el estudio del colon con enema de bario.

Seguimiento

Recomendación

Grupo de Riesgo promedio 70- 80%	inicio	opciones	intervalo
A : Toda la población > 50 años Asintomática y sin factor de riesgo	50 años	1- SOMF 2- Tacto rectal + RSC 3- SOMF + Tacto rectal+ RSC	1- Anual si es(+) Estudio total de Colon 2- C/5 años , si es (+) Estudio total de colon 3- SOMF + RSC anual. Si es (+) estudio total de colon
B : Cáncer colorrectal en un fliar de 2º 0 3º Grado	50 años	IGUAL	IGUAL
C :Cáncer de colorrectal o pólipos adenomatosos en fliar de 1º Grado > de 60 años o en dos de 2º Grado	40 años	4- Estudio total de colon (a) Colon x enema + TR (b) CVC + TR	4- A) Cada 5 años B) Cada 10 años

Estudio total de colon: colonoscopia hasta ciego de elección

Vigilancia colonoscópica post - polipectomía

- Pólipos hiperplásicos rectales pequeños: cada 10 años
Sme Poliposis hiperplásica : control más intensivo
- N° 1 - 2 adenomas tubulares (< 1 cm) y displasia de bajo grado (No avanzado): control cada 5 – 10 años
- N° 3 - 10 adenomas, adenoma = o >1cm o vellosos, o displasia de alto grado (avanzado): cada 3 años
Si control normal o N° 1-2 adenomas No avanzados: cada 5 años

Vigilancia colonoscópica post-polipectomía

- N° > 10 adenomas: cada < 3 años (¿síndrome filiar?)
- Adenoma sesil resecado en trozos: cada 2 - 6 meses para asegurar resección completa. Luego de comprobar resección completa de acuerdo a criterio medico individualizar c / caso
- HNPPC portadores genes comprobados o potenciales: cada 2 años (desde 20 / 25 años hasta 40 años) y luego cada 1 año

- Examinar y clasificar
- Identificar base / bordes
- Fijación- extensión- sección en bloque
- Más la mucosa : AdenoCA invasivo
- Reportar: diferenciación, invasión linfática / vascular, volumen, profundidad de invasión, proximidad margen de resección, borde de resección

Pólipo Adenomatoso

Cirugía vs Seguimiento

Crterios	Comentarios	Recomendación
Bien diferenciado Margen limpio No linfático / vascular	Bajo riesgo tm residual Bajo riesgo Nodal < mortalidad vs cirugía	No cirugía Vigilancia
Mal diferenciado Invasión linfo- vascular	Signo ominoso	Cirugía
Resección completa	Borde limpio (sano)	Vigilancia
Resección incompleta	Criterio pobre resultado	Cirugía

Evaluation of polyp detection in relation to procedure time of screening or surveillance colonoscopy.

[Sanchez W](#), [Harewood GC](#), [Petersen BT](#). Mayo Clinic, Rochester, MN 55905, USA.

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Few studies have addressed the impact of colonoscopy duration on procedure yield. The aim of our study was to determine whether endoscopist-specific procedure times correlate with the number and clinical significance of polyps detected at screening or surveillance colonoscopy.

METHODS: Procedural data from screening or surveillance colonoscopies performed at Mayo Clinic Rochester MN, between 1996 and 2000, were reviewed. Individual endoscopists were characterized by their personal endoscopist procedure mean time (EPMT) to perform a negative colonoscopy. Procedure time included patient's consent and sedation. EPMT was then correlated with individual polyp detection rates.

RESULTS: Overall, 10,159 colonoscopies were reviewed of which 4,312 (42.4%) yielded polyps. Polyp detection varied among endoscopists between 19.0% and 62.3%. On multivariate analysis, longer mean endoscopist time was associated with colonic lesion detection. Longer mean procedure duration demonstrated a looser association with identification of polyps >10 mm, and polyps >20 mm.

CONCLUSIONS: **There is a direct correlation between colonoscopy procedure time and yield, with a three-fold variation of polyp detection rates.**

These results should prompt future prospective studies assessing the impact of colonoscopic withdrawal time on lesion detection.

- Explicar y mantener seguimiento.
- El riesgo de CRC aumenta en relación al tamaño extensión del componente vellosos del pólipo.
- La resección endoscópica de los polipos del colon ha permitido mejor conocimiento de su potencial maligno y de la reducción de incidencia de cáncer.

- El manejo adecuado de los pólipos de colon puede reducir el riesgo de morir de un ca colorrectal.
- Adenomas plano y pólipo rectal maligno, ameritan revisión aparte.
- Considerar factores de riesgo individuales de cada paciente.
- Manejo en equipo (Clínico, Cirujano, Patólogos).
- Discutir decisión con el paciente.
- Revisión histológica con patólogo.

MUCHAS GRACIAS...