



Popurrí de Pólipos Colónicos: Cómo el Diagnóstico Óptico determina la Técnica de Resección

**ANTONIO
MENDOZA LADD
MD, AGAF,
FACG, FASGE**

**PROFESOR
ASOCIADO DE
MEDICINA
UCDSOM**

**DIRECTOR DE
ENDOSCOPIA
UCDH**



CONFLICTOS DE INTERÉS

NESTLÉ: Conferencista

OLYMPUS: Consultor

BOSTON SCIENTIFIC: Consultor

OBJETIVOS

Repaso de las técnicas de resección

Indicaciones

Repaso de diagnóstico óptico como factor decisivo

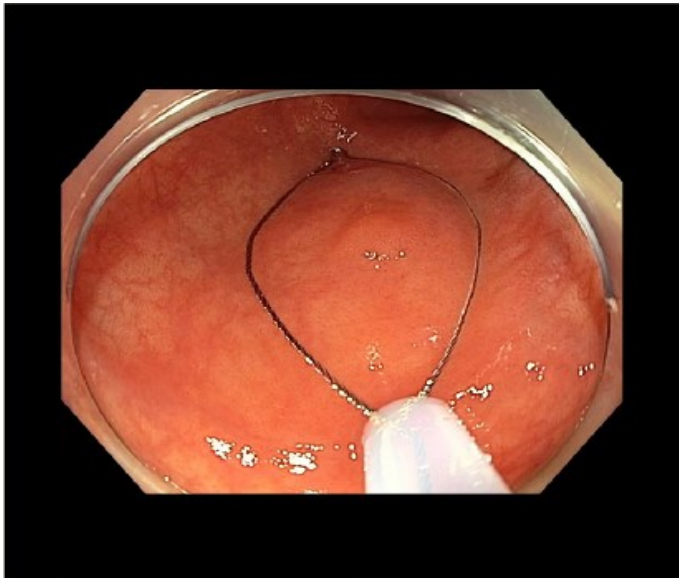
Interpretación de la Patología

TÉCNICAS DE RESECCIÓN

POLIPECTOMÍA CLÁSICA

Con aza fría o caliente.

La técnica más antigua.

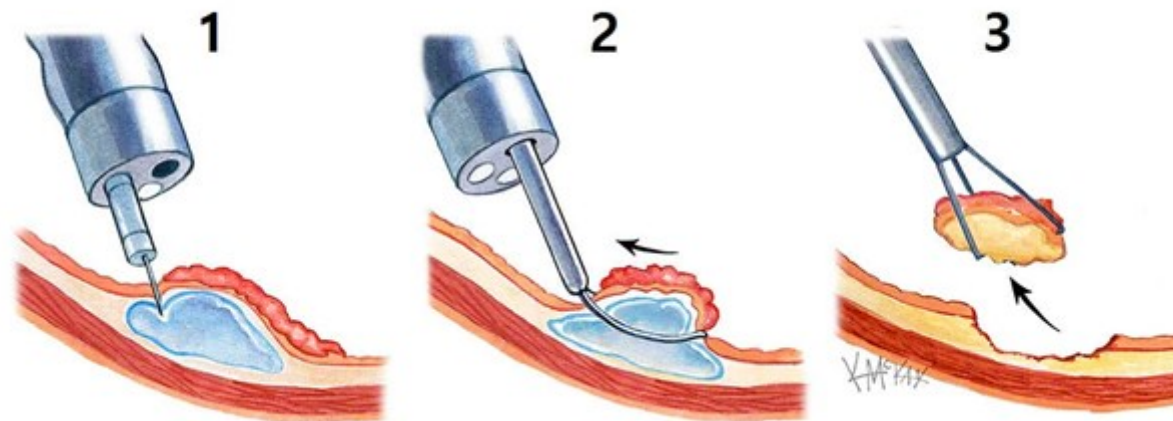


RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA (RME)

Técnica bien establecida

Lesión se reseca con aza (fría o caliente)

Con o sin inyección de la submucosa, bajo agua, asistida por bandas.

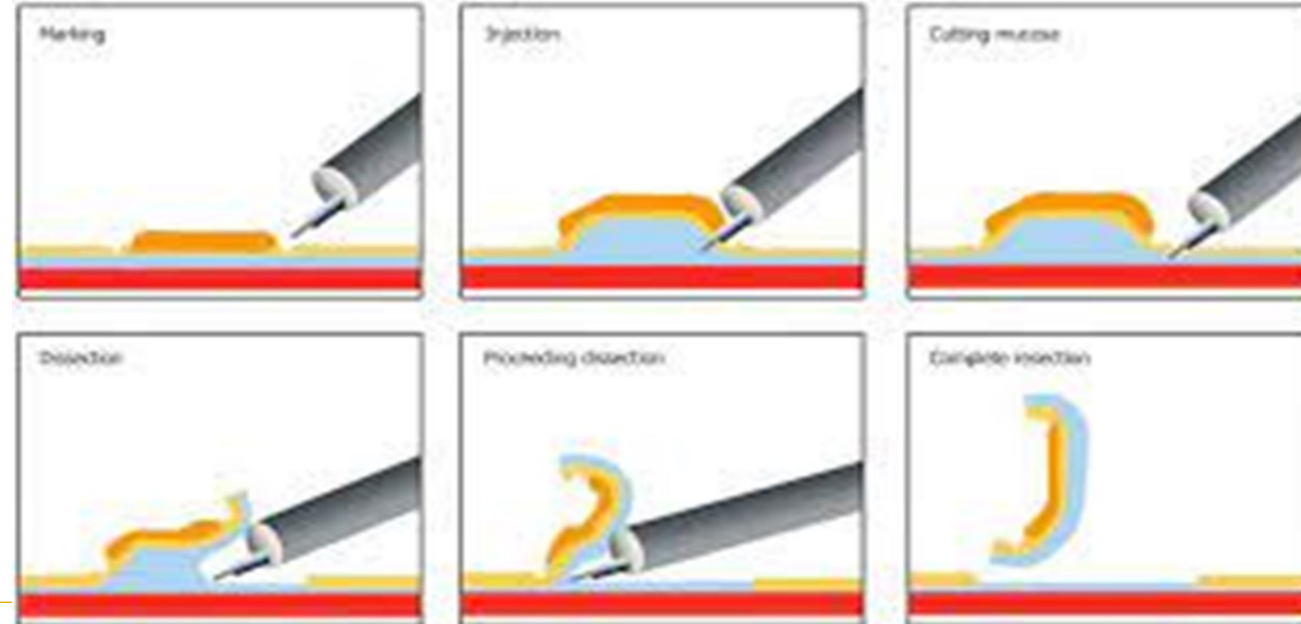


DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA (DSE)

Técnica bien establecida y en constante expansión.

Inicialmente ideada para resección de CA gástrico temprano.

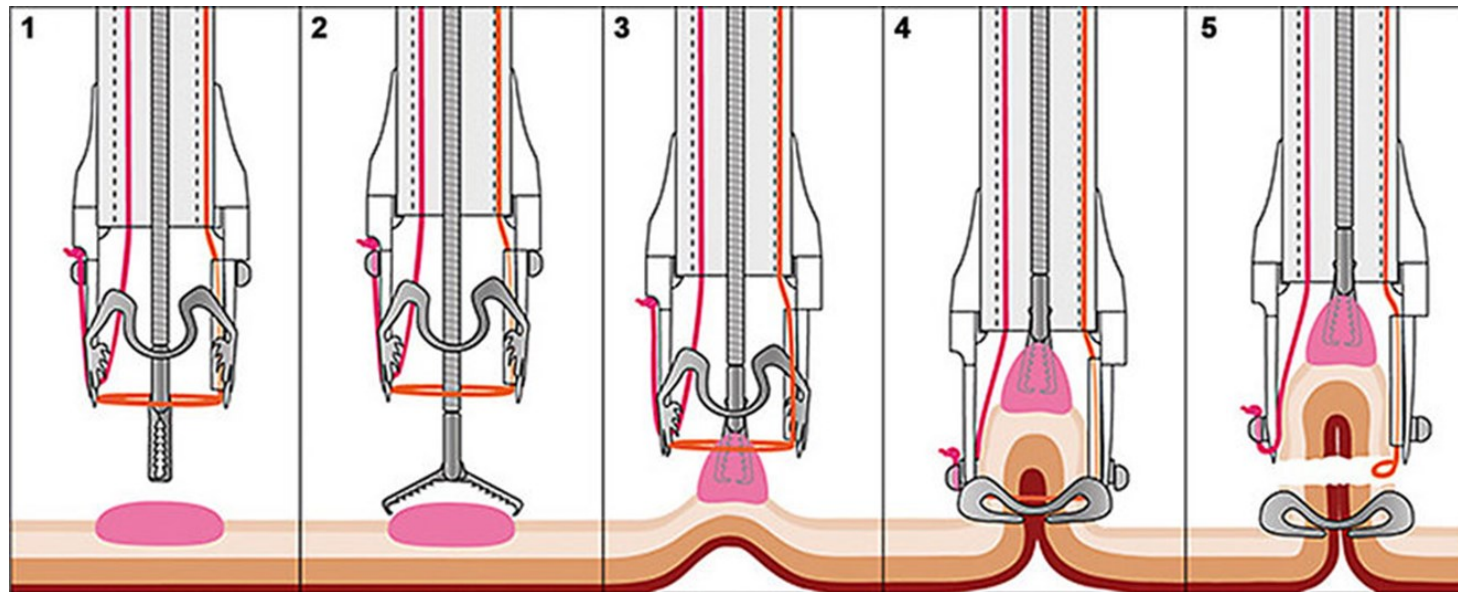
Lesión se reseca a través de instrumentos que disecan la submucosa.



Resección de Espesor Completo (FTR)

Permite remover lesiones que invaden MP

Kit prefabricado



POLIPECTOMÍA

VENTAJAS

Bien establecida.

Simple y rápida.

Disponible en la mayoría de centros.

Menor riesgo de eventos adversos.

DESVENTAJAS

Subóptima en lesiones grandes.

Eficacia limitada en lesiones fibroticas.

No brinda márgenes confiables.

RME

VENTAJAS

Bien establecida.

Relativamente simple y rápida.

Disponible en la mayoría de centros.

Menor riesgo de eventos adversos.

DESVENTAJAS

Resección fragmentada en lesiones grandes.

Inadecuada determinación de márgenes.

Mayor riesgo de recurrencia.

Eficacia limitada en lesiones fibróticas.

DSE

VENTAJAS

Resección en bloque de lesiones grandes con determinación de márgenes.

Menor riesgo de recurrencia.

Si no es curativa, estadifica.

Efectiva en lesiones fibróticas.

DESVENTAJAS

Tardada.

Técnica complicada.

Mayor riesgo de eventos adversos.

No disponible en todos los centros.

FTRD

VENTAJAS

Resección de lesiones fibroticas o invasivas.

Adecuada determinación de márgenes.

Menor riesgo de recurrencia.

Si no es curativa, estadifica.

DESVENTAJAS

Puede ser complicada.

Mayor riesgo de eventos adversos.

No disponible en todos los centros.

Suboptima en lesiones >2 cm

INDICACIONES

RME

- Lesiones sin evidencia de invasión submucosa.
- Lesiones que se pueden remover en bloque con aza.

DSE

- Lesiones con fibrosis submucosa (LST-NG, previamente resecadas).
- Lesiones en estados de inflamación crónica: Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
- Carcinomas tempranos o recurrentes especialmente RECTALES.
- LST G con nódulo/s predominante/s.

FTR

Lesiones con fibrosis de la SM

Lesiones previamente resecadas

Lesiones $\geq T1 \leq T3^*$

Lesiones ≤ 2 cm de diámetro

FACTORES DECISIVOS

DIAGNÓSTICO ÓPTICO

1. Morfología
2. Sistemas de clasificación
3. HD, near focus, NBI, cromoendoscopia
4. Tamaño



DIAGNÓSTICO ÓPTICO

Determinar si lesión es benigna o maligna así como su grado de invasión SM evaluando:

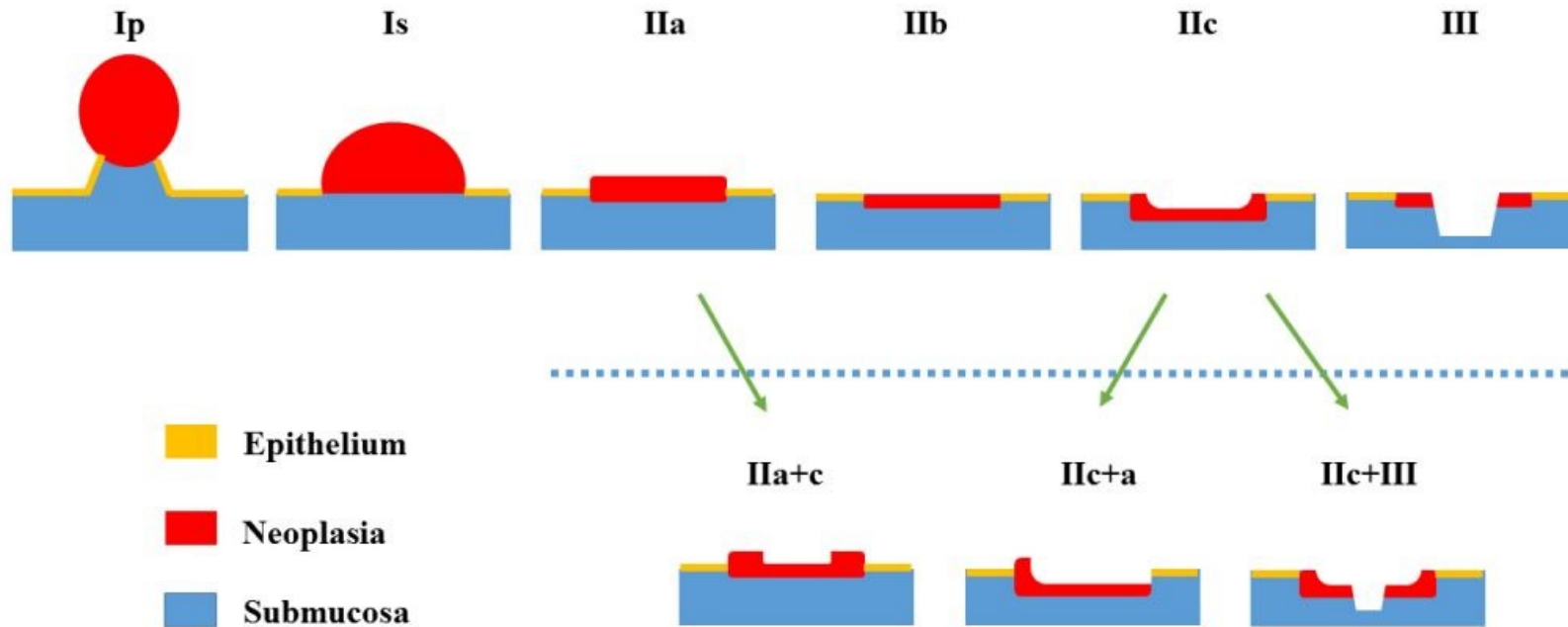
- Márgenes
- Patrón de superficie y crecimiento
- Ubicación (Cólon derecho)
- Relación a pliegues y curvaturas.

ESTUDIOS DE IMÁGENES

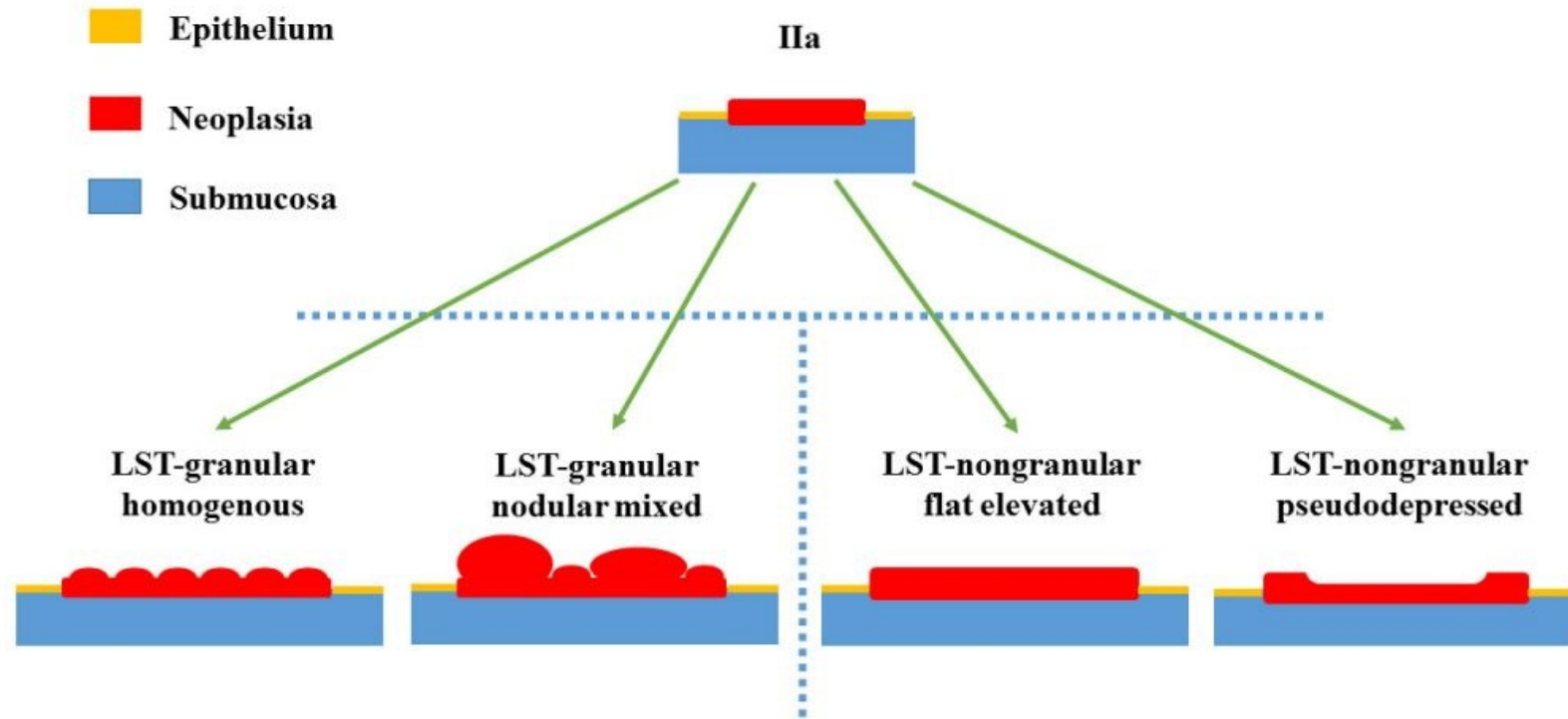
- Ecoendoscopia **NO** es necesaria para determinar resecabilidad si lesión es evaluada por experto utilizando técnicas como (HD, near focus, NBI, cromoendoscopia).
- CT, Ecoendo y/o MRI **NO** confiables para determinar invasión de la pared, y si se hace, hacerlo **ANTES** de cualquier intento de resección

Pimentel-Nunes P. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2022.

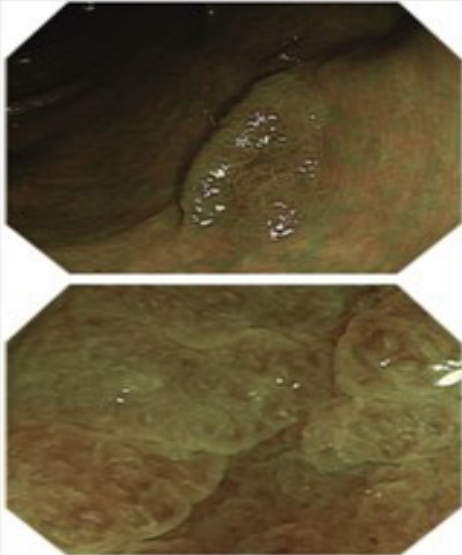
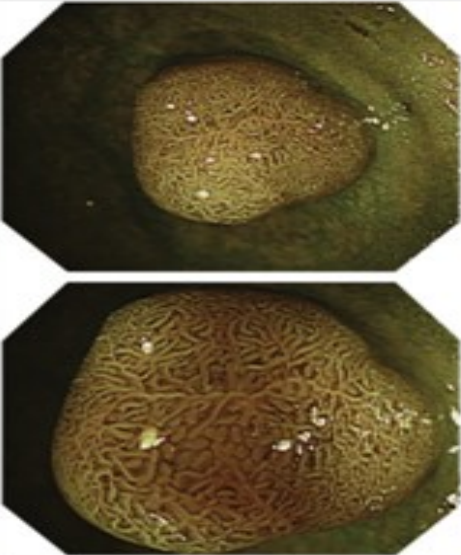
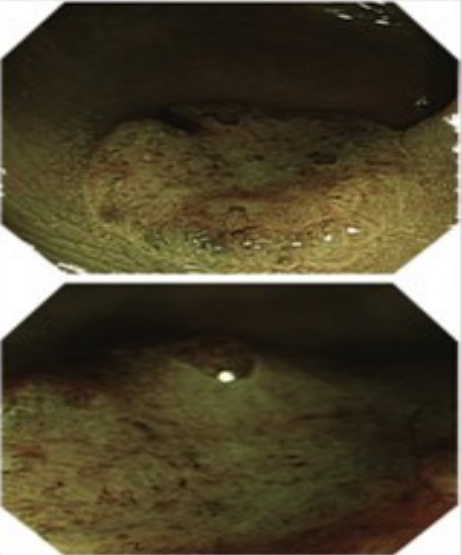
CLASIFICACIÓN DE PARIS

















CLASIFICACIÓN DE PARIS



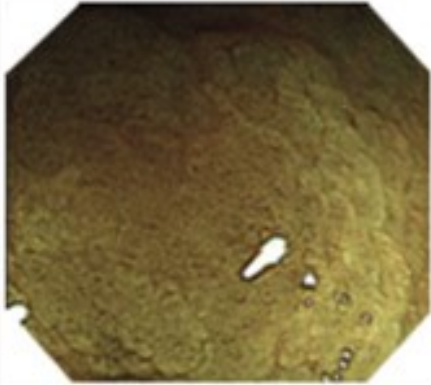
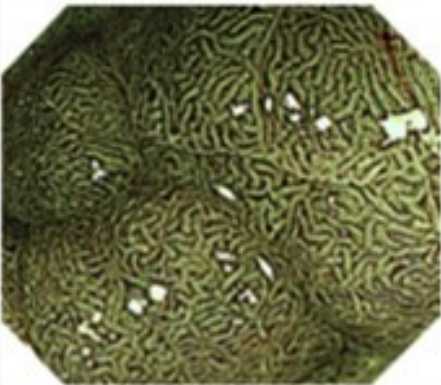
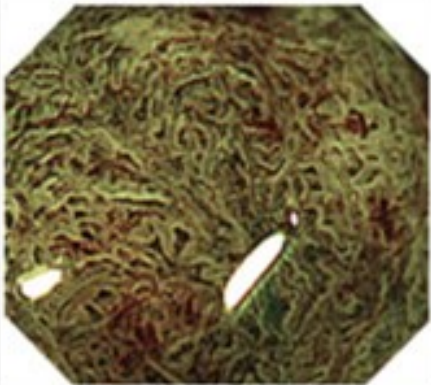
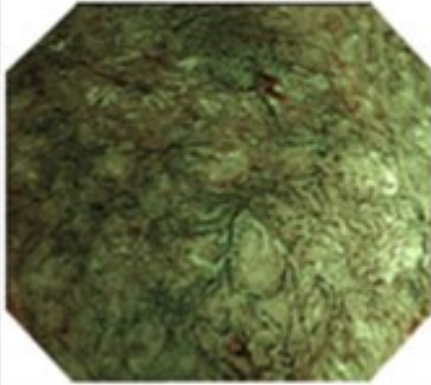
Narrow Band International Colorectal Endoscopic (NICE) Classification

	Type 1	Type 2	Type 3
Color	Same or lighter than background	Browner relative to background (verify color arises from vessels)	Brown to dark brown relative to background; sometimes patchy whiter areas
Vessels	None, or isolated lacy vessels coursing across the lesion	Brown vessels surrounding white structures**	Has area(s) of disrupted or missing vessels
Surface Pattern	Dark or white spots of uniform size, or homogeneous absence of pattern	Oval, tubular or branched white structure surrounded by brown vessels**	Amorphous or absent surface pattern
Most likely pathology	Hyperplastic	Adenoma***	Deep submucosal invasive cancer
Examples			

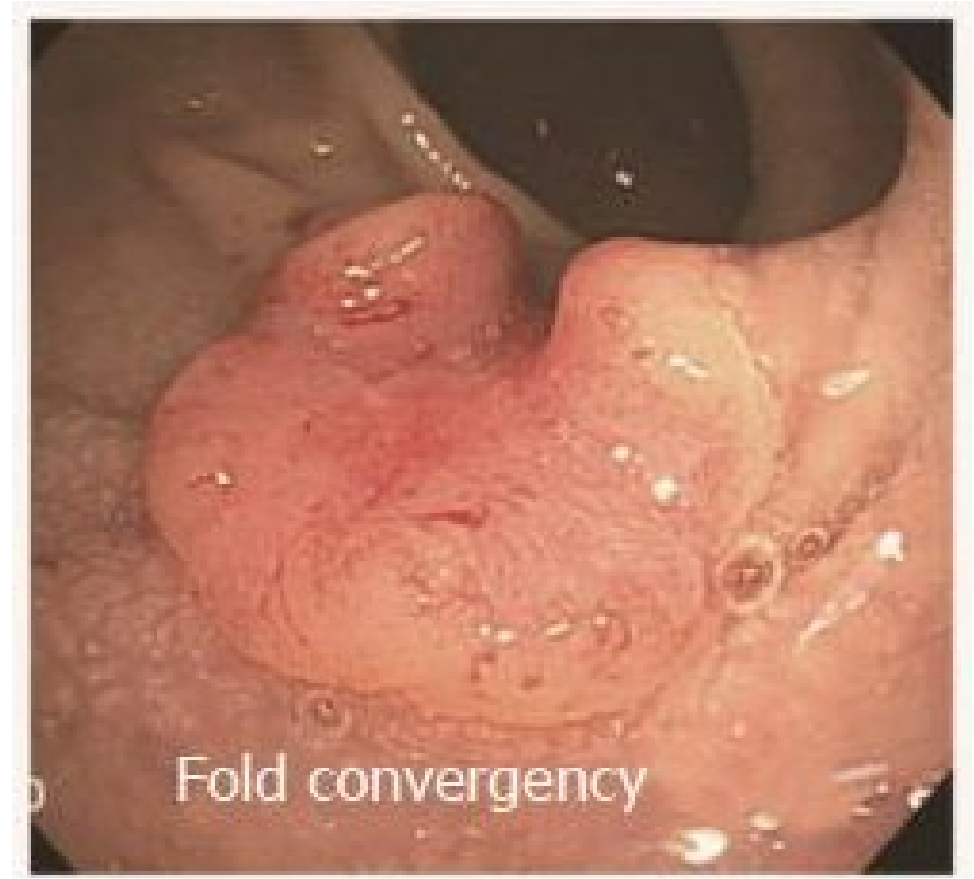
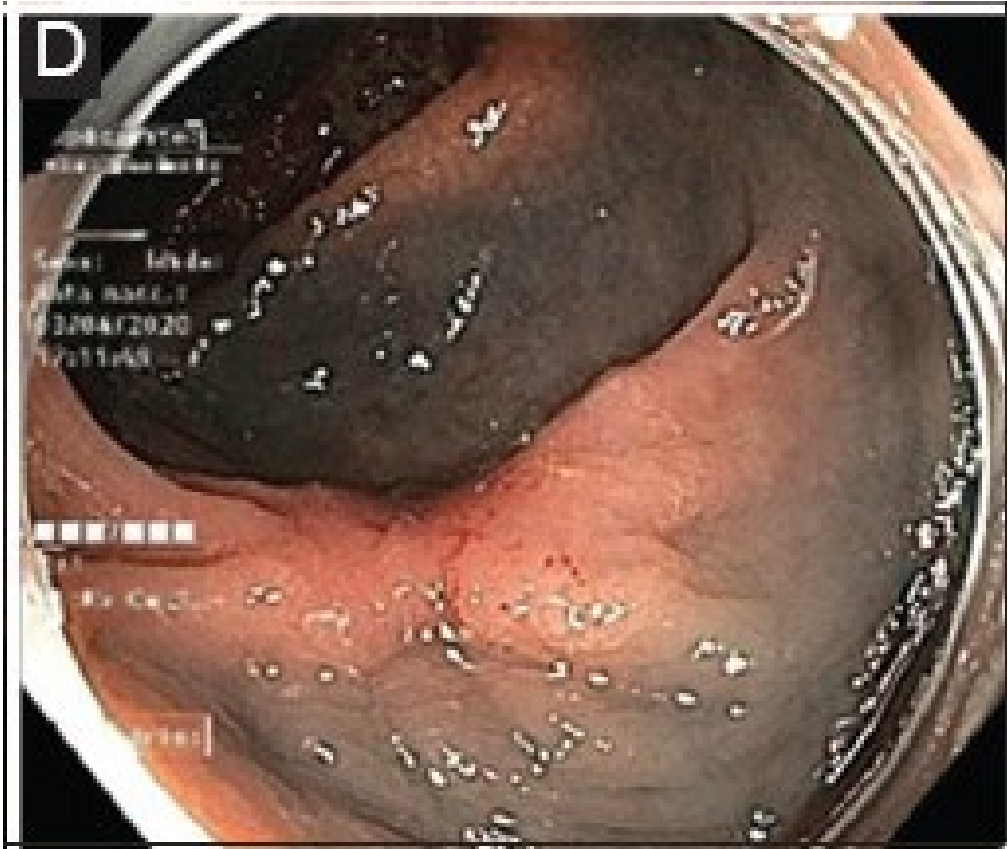
CLASIFICACIÓN DE KUDO

I		Round pit (normal pit)		Normal
II		Asteroid pit		Hyperplasic
III _s		Tubular or round pit that is smaller than the normal pit (type I)		Adenoma
III _l		Tubular or round pit that is larger than the normal pit (type I)		Adenoma
IV		Dendritic or gyrus-like pit		Adenoma
V _I		Irregular arrangement and sizes of III _s , III _l , IV type pit pattern		Carcinoma
V _H		Loss or decrease of pits with an amorphous structure		Carcinoma

Japanese NBI Expert Team (JNET)

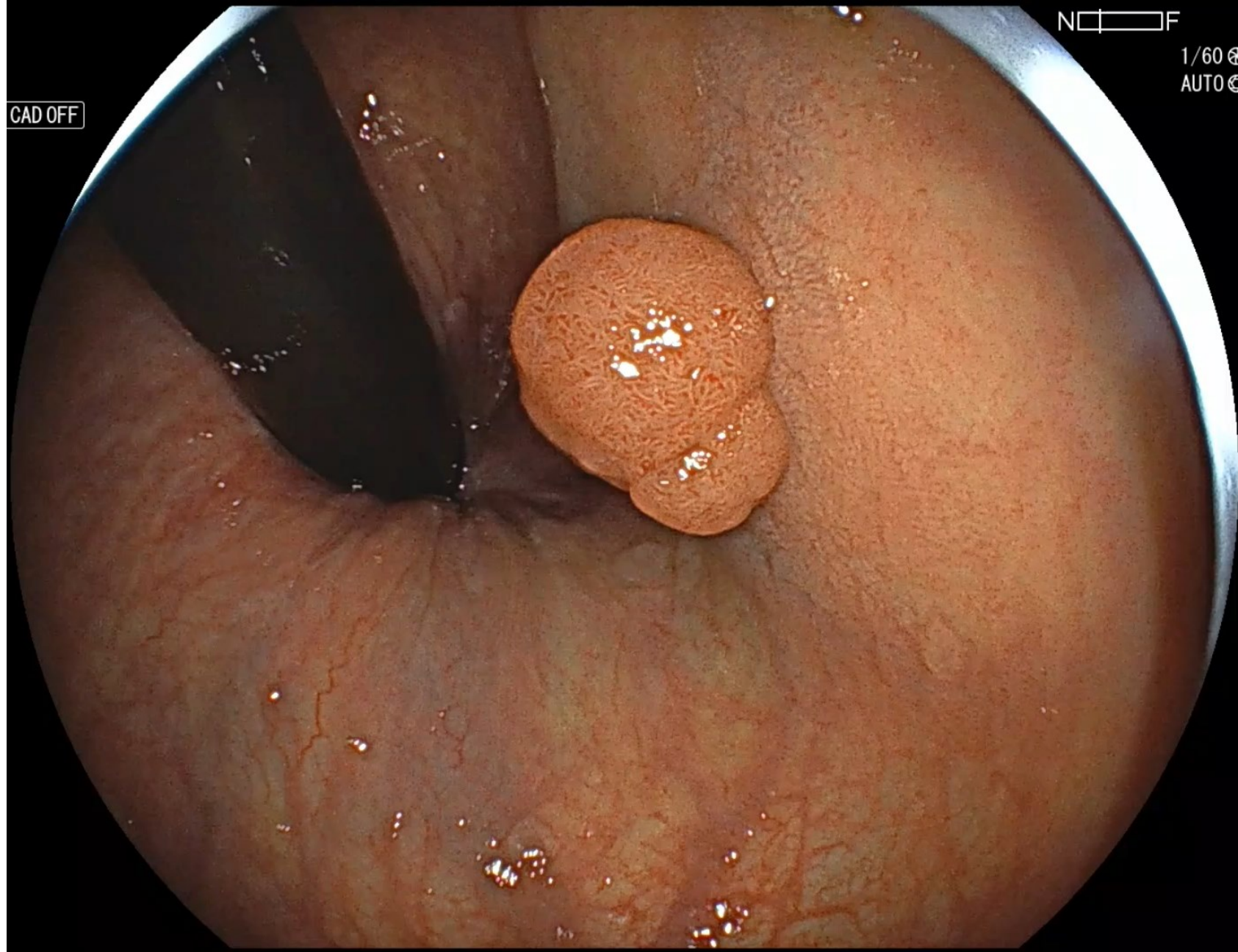
NBI	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Vessel pattern	<ul style="list-style-type: none"> • Invisible ^① 	<ul style="list-style-type: none"> • Regular caliber • Regular distribution ^② (meshed/spiral pattern) 	<ul style="list-style-type: none"> • Variable caliber • Irregular distribution 	<ul style="list-style-type: none"> • Loose vessel areas • Interruption of thick vessels
Surface pattern	<ul style="list-style-type: none"> • Regular dark or white spots • Similar to surrounding normal mucosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Regular (tubular/branched/papillary) 	<ul style="list-style-type: none"> • Irregular or obscure 	<ul style="list-style-type: none"> • Amorphous areas
Most likely histology	Hyperplastic polyp/ Sessile serrated polyp	Low-grade intramucosal neoplasia ^④	High-grade intramucosal neoplasia/ Superficial ^③ submucosal invasive cancer ^⑤	Deep submucosal invasive cancer
Examples				

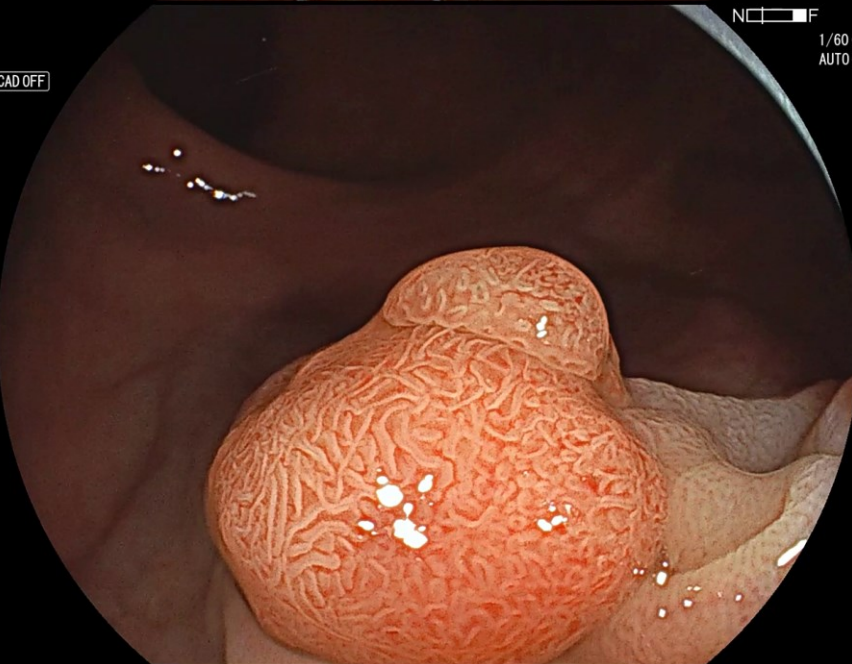
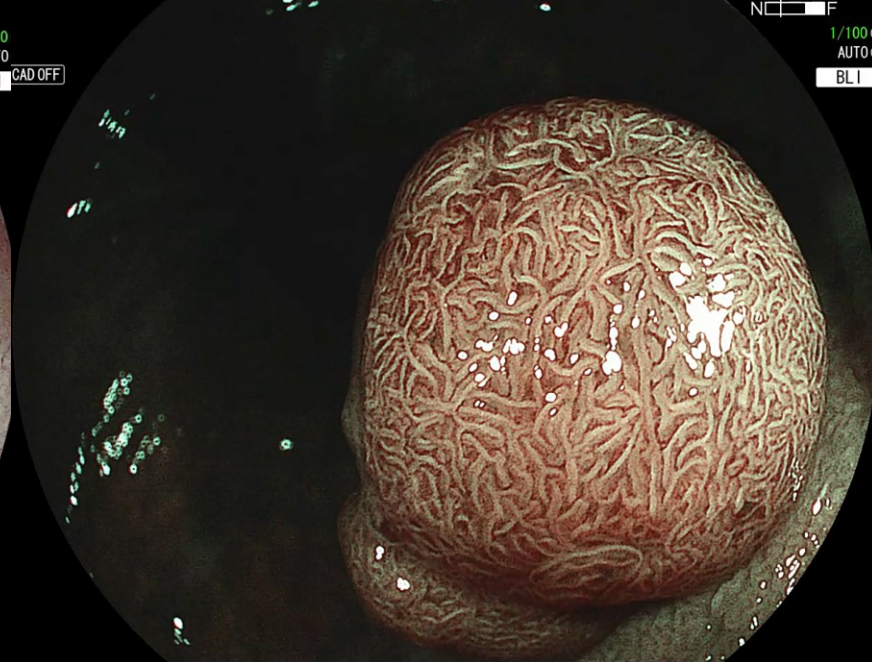
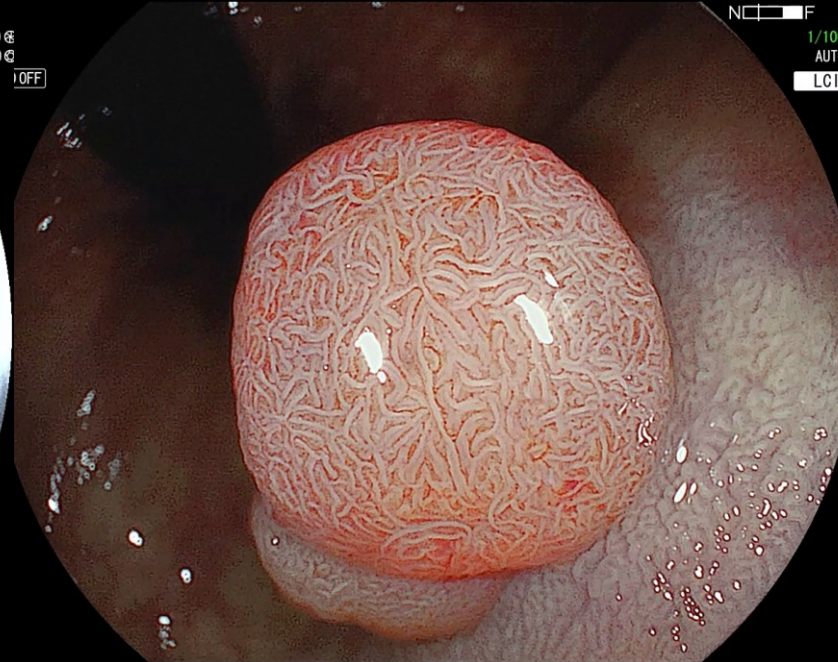
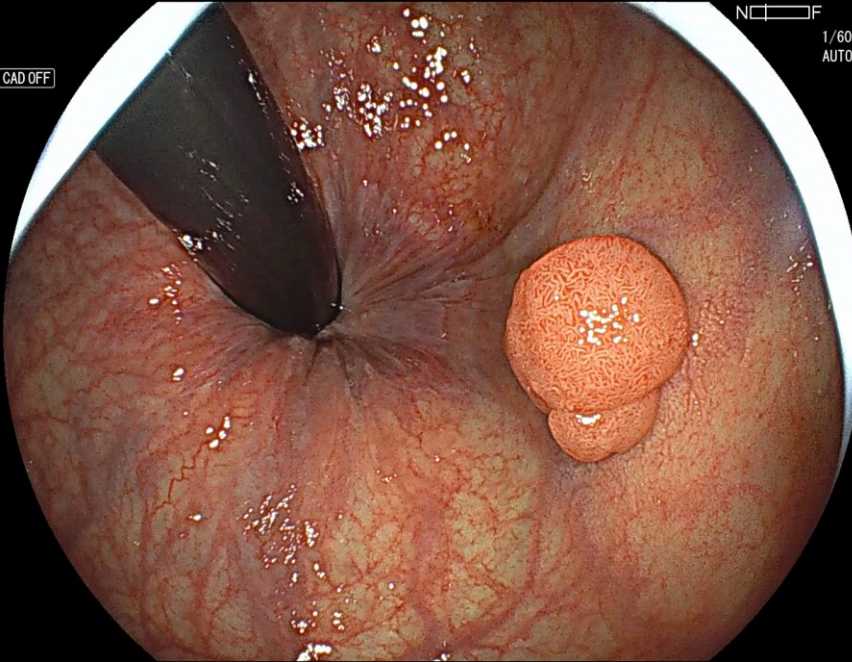
RELACION CON PLIEGUES



Case#1

Cortesía Dr.
Robert
Bechara

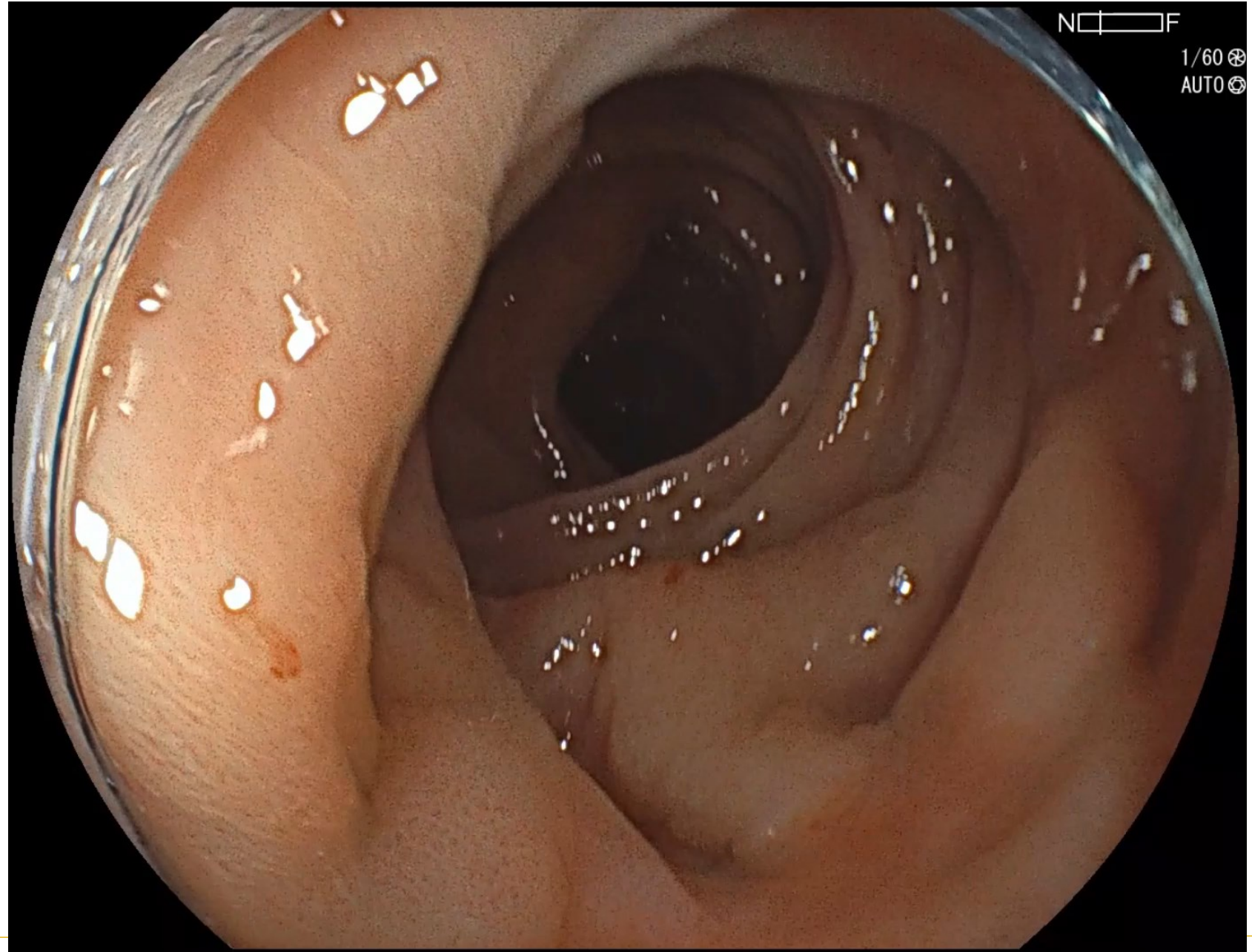


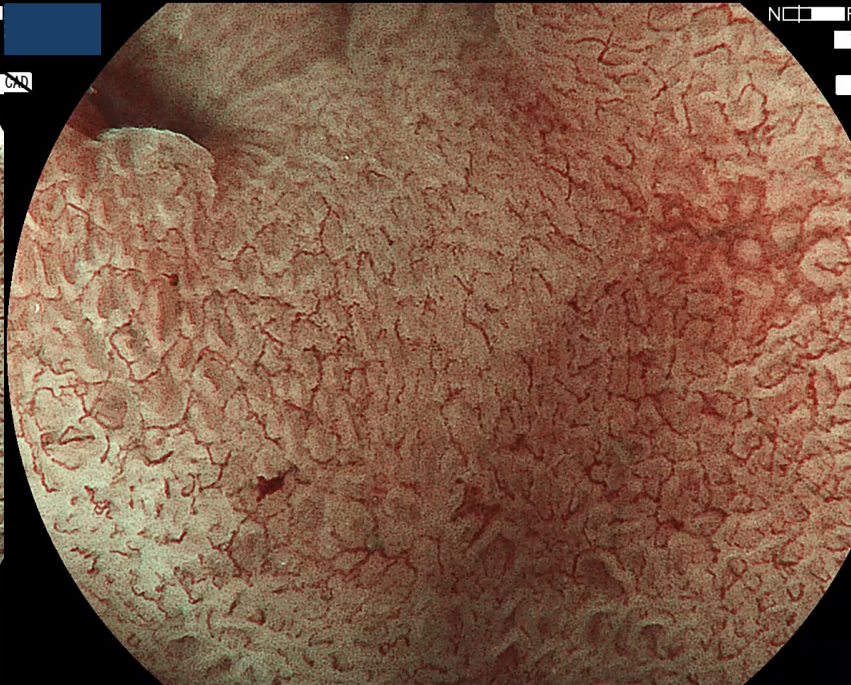
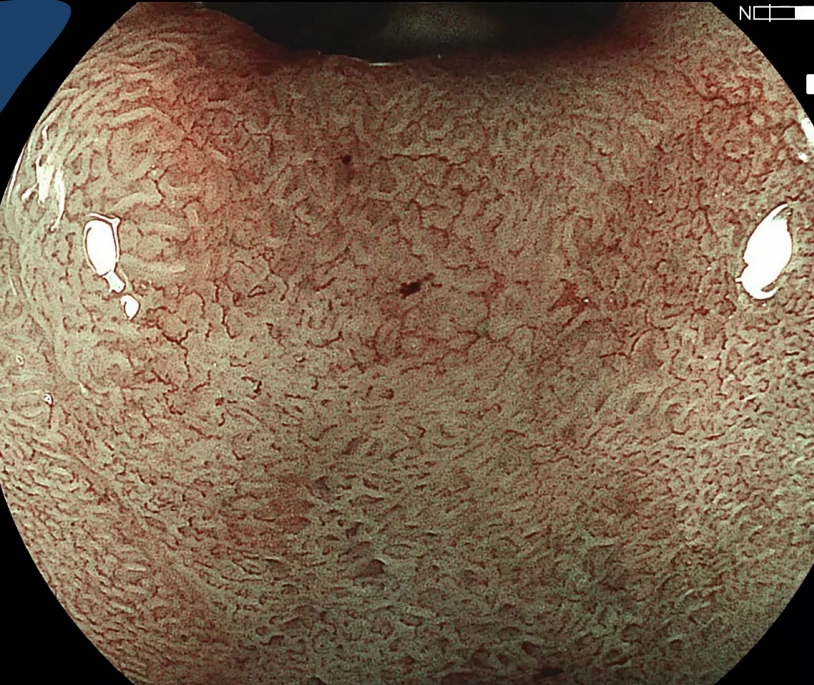
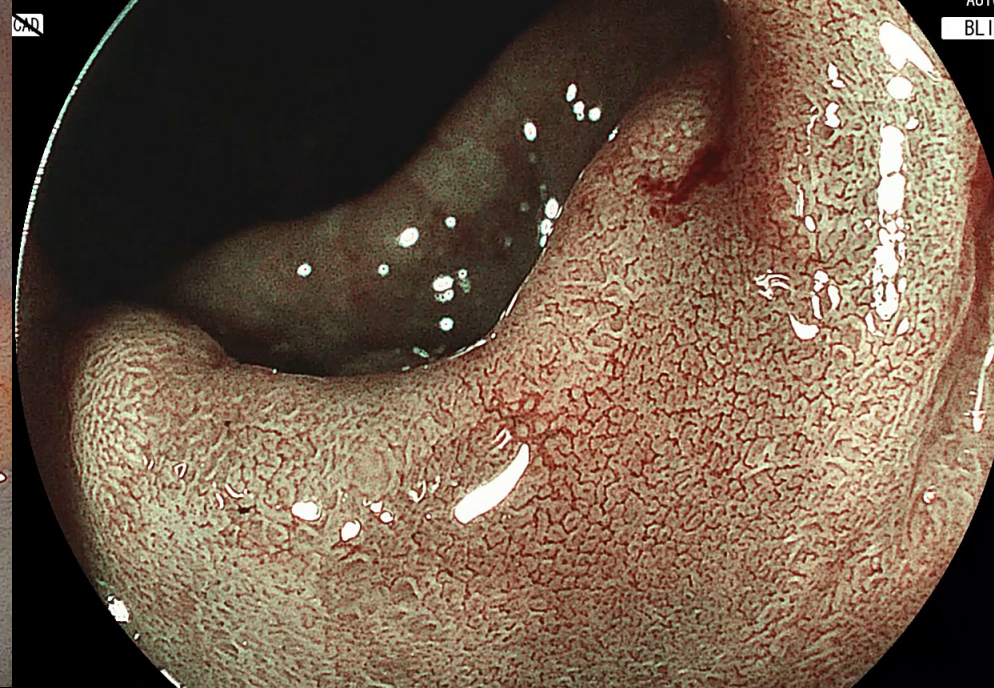
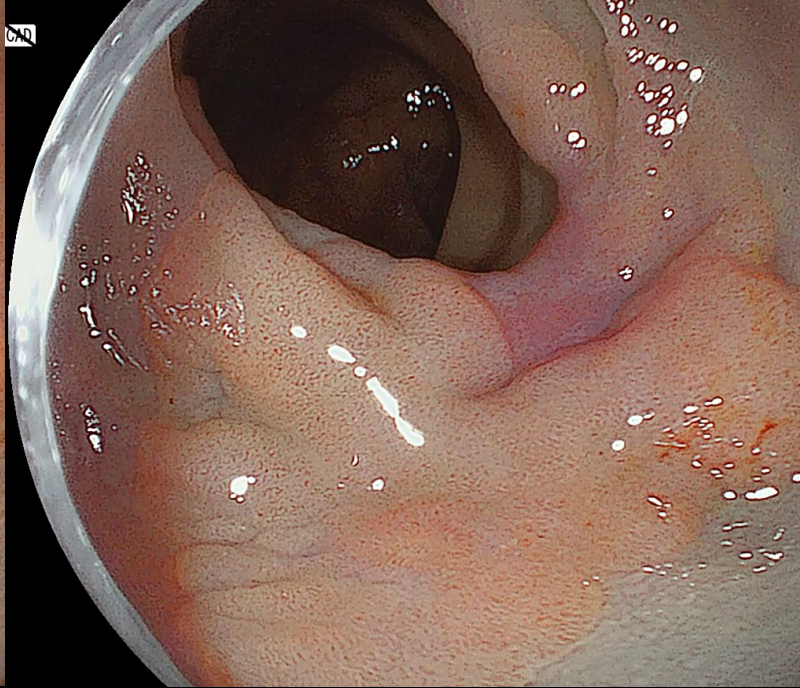
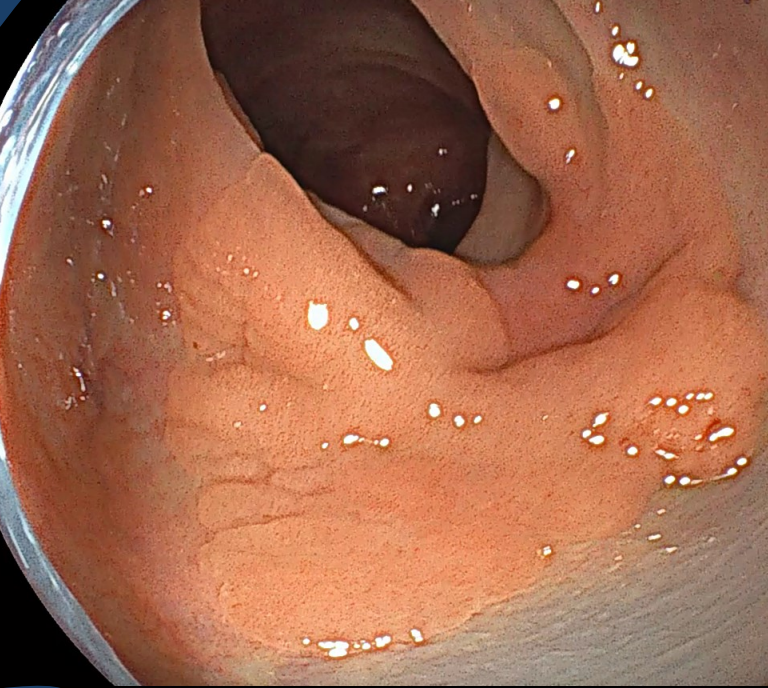


Adenoma tubular

Case#2

Cortesía Dr.
Robert
Bechara





A. HGD

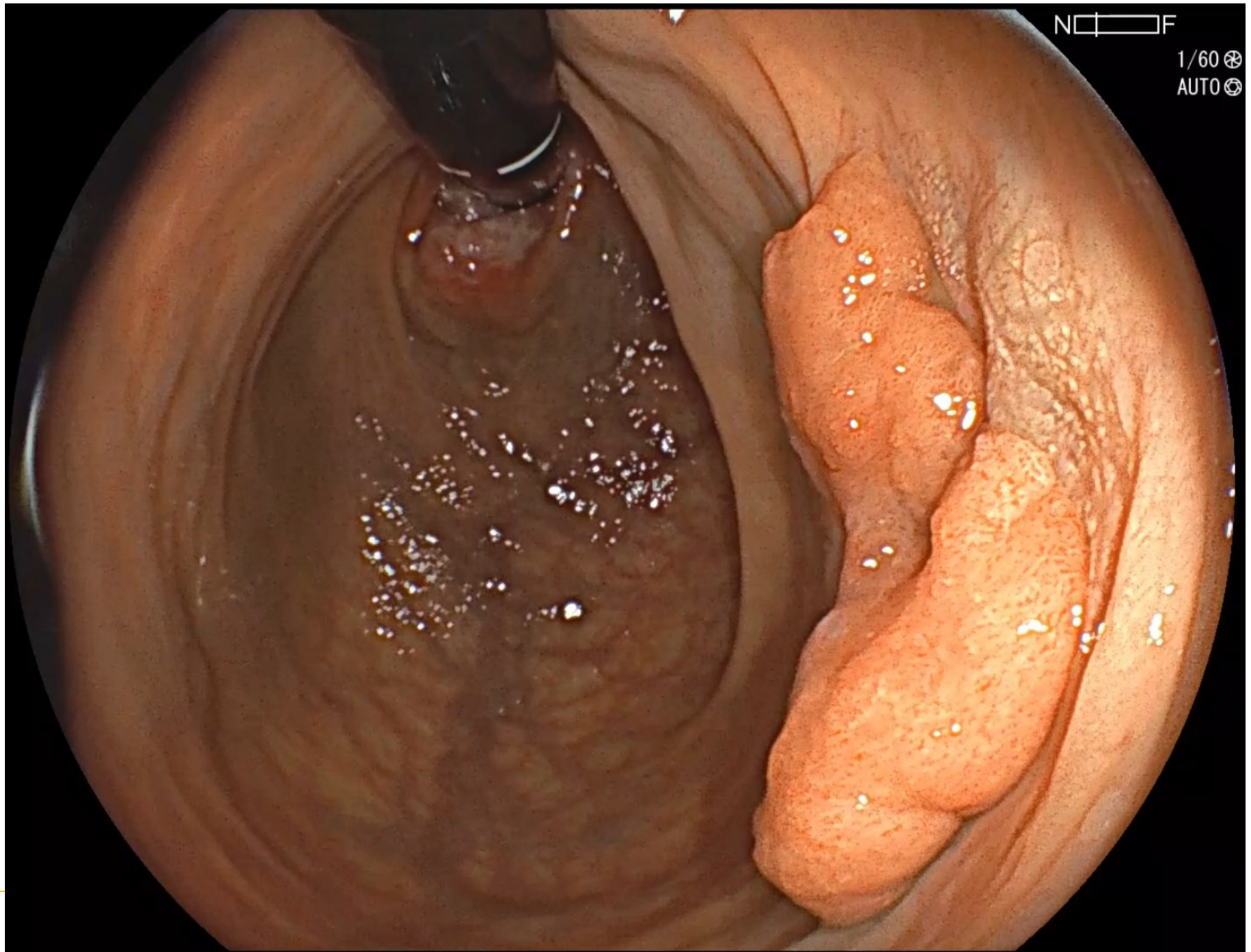
B. HGD-Sm1

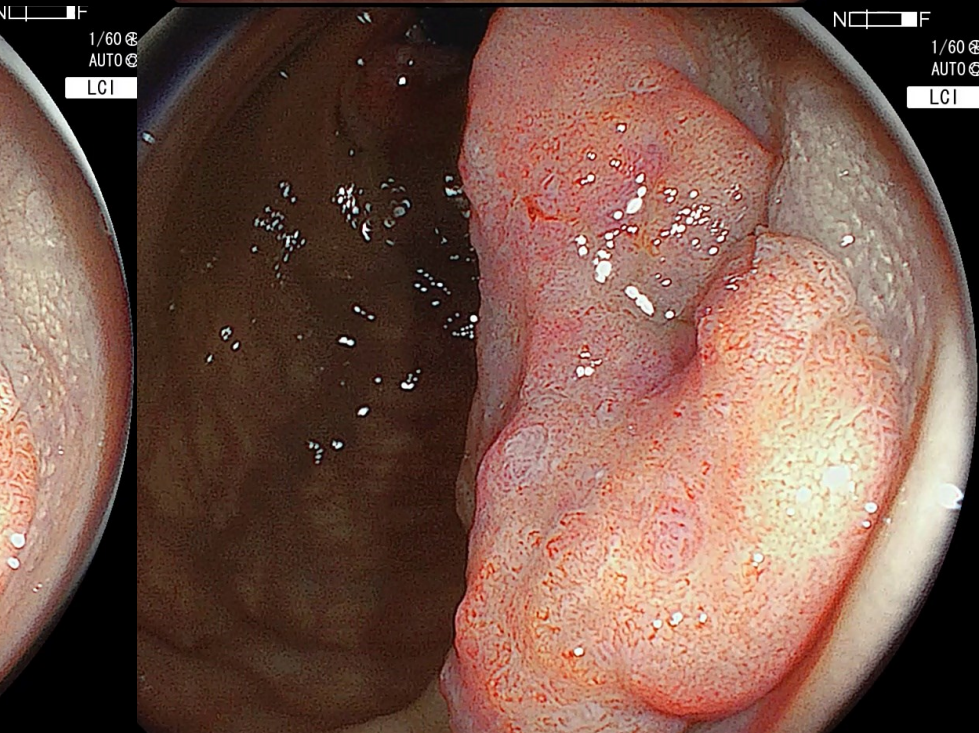
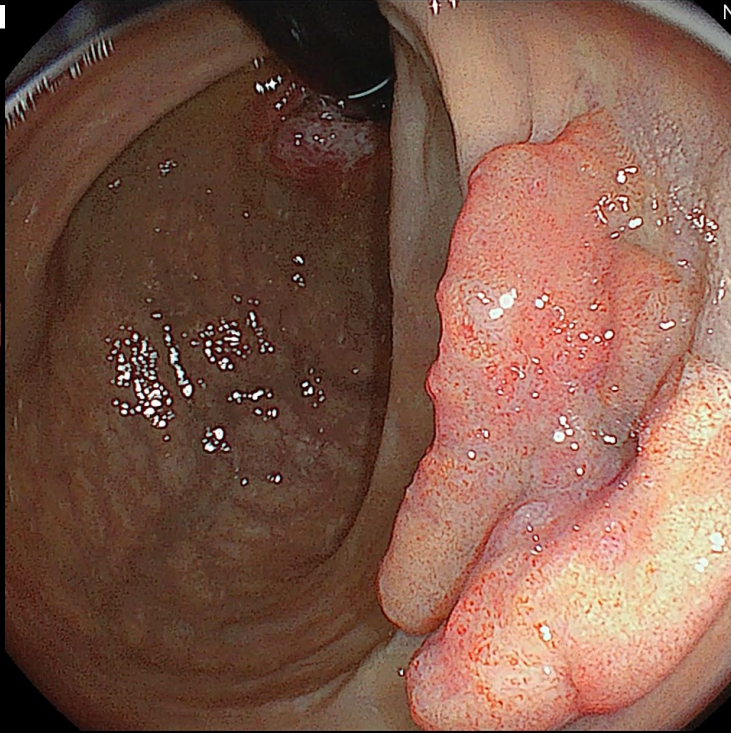
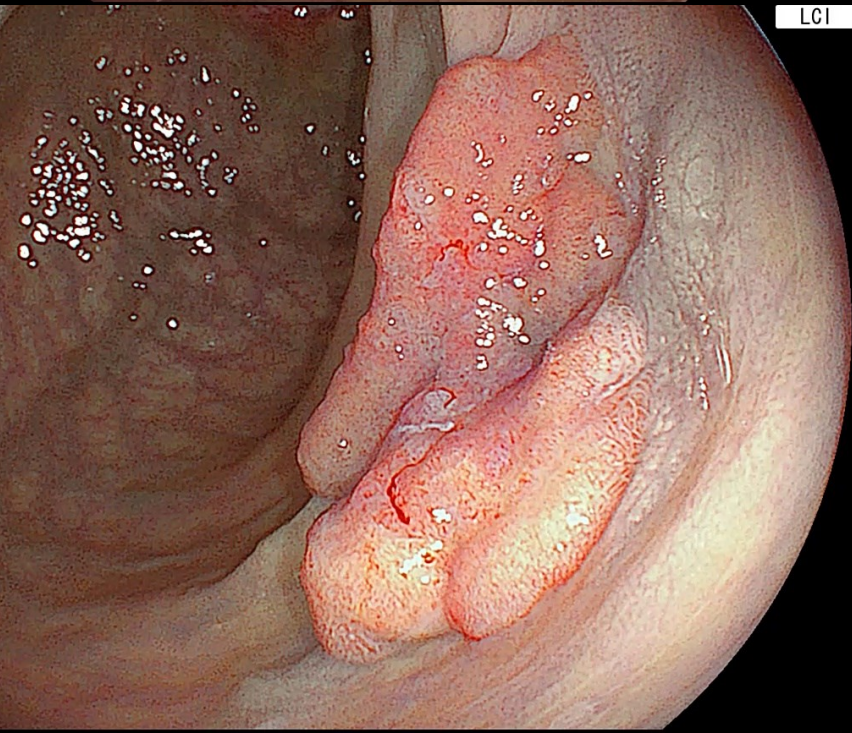
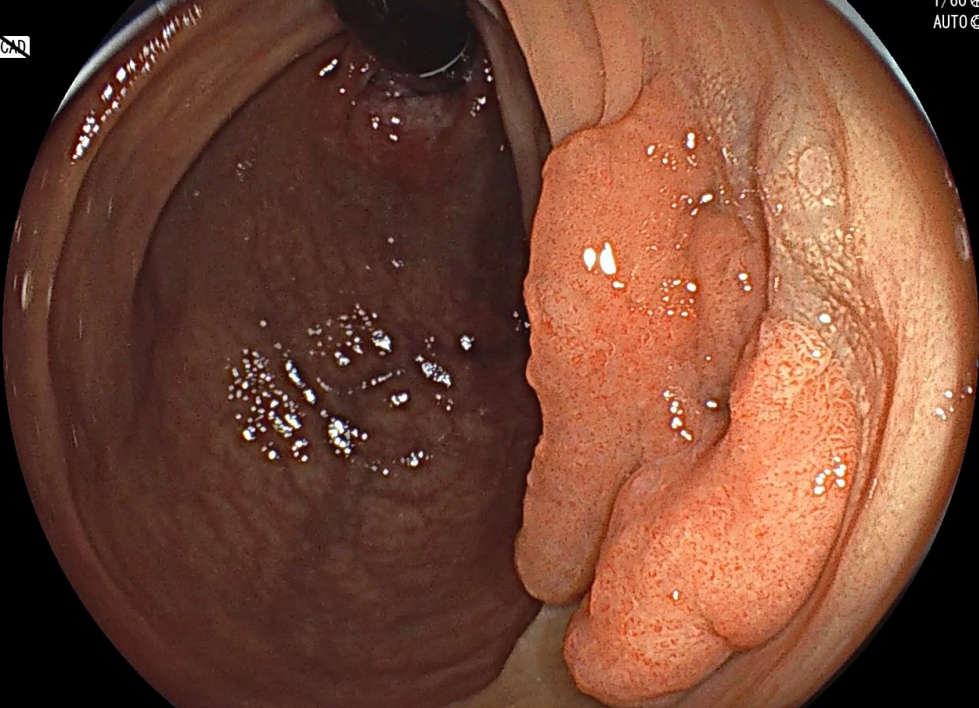
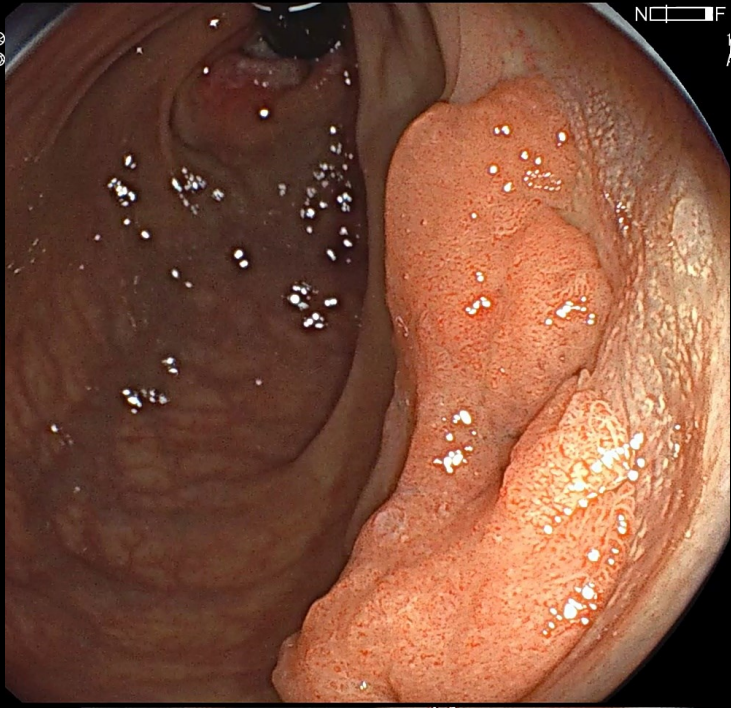
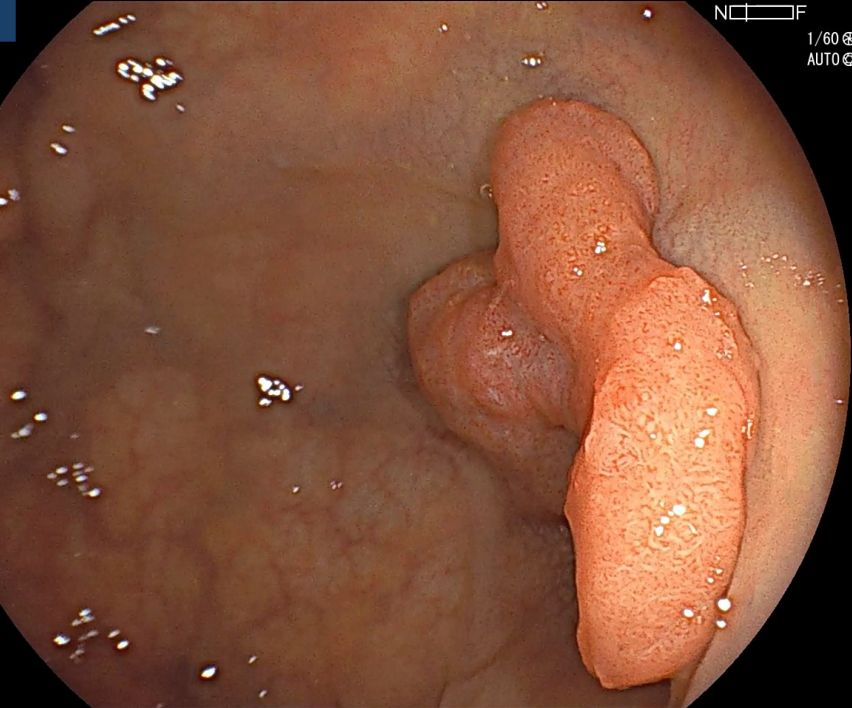
C. Deeply Invasive

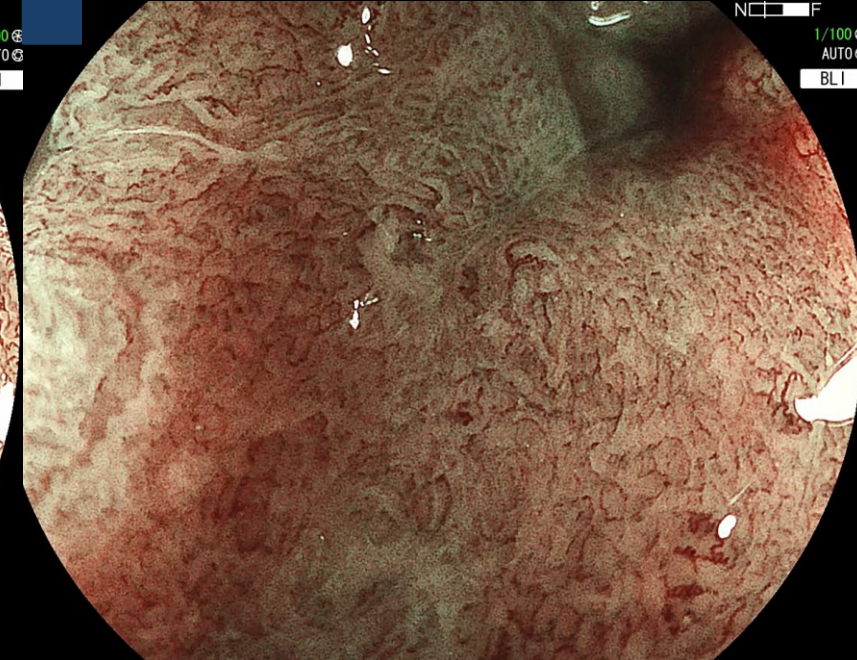
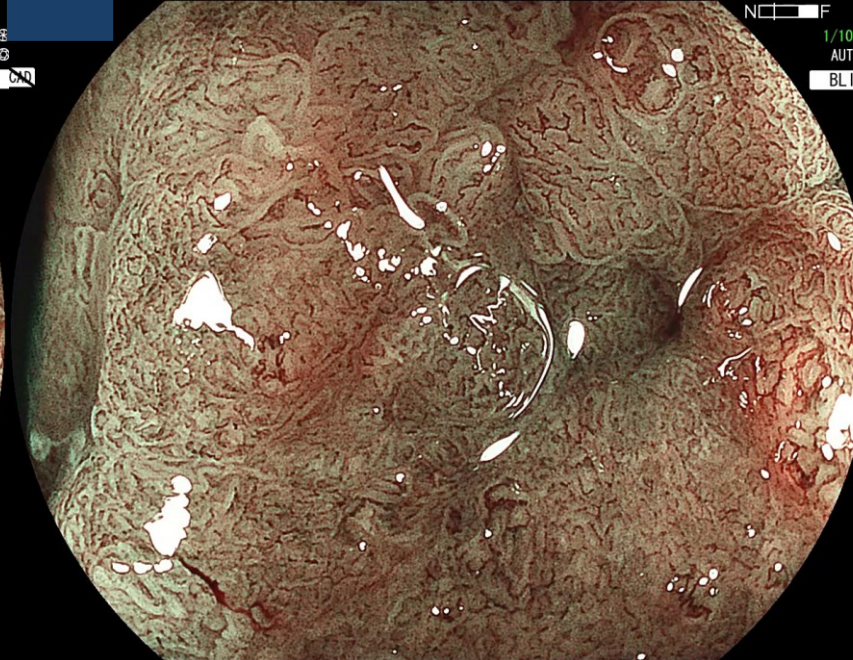
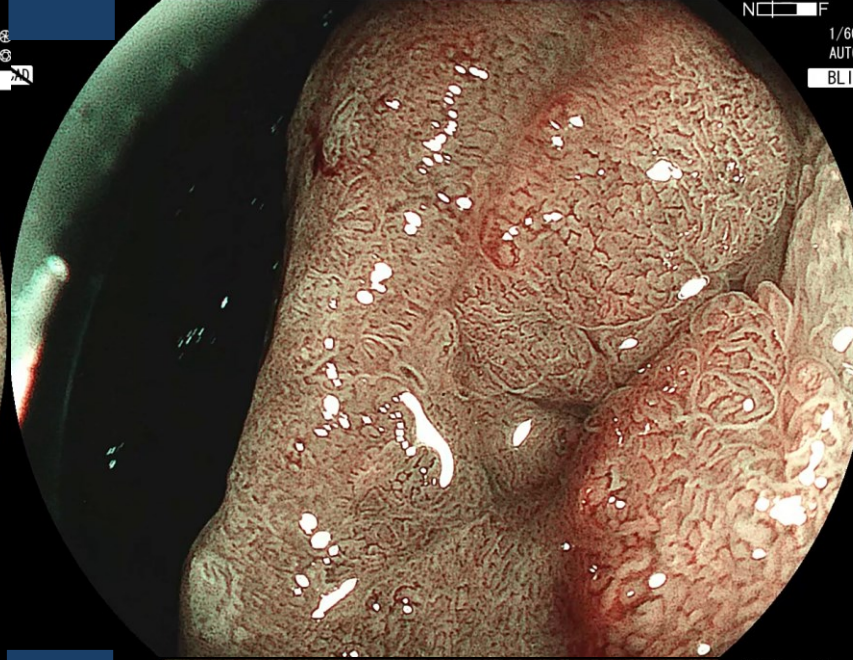
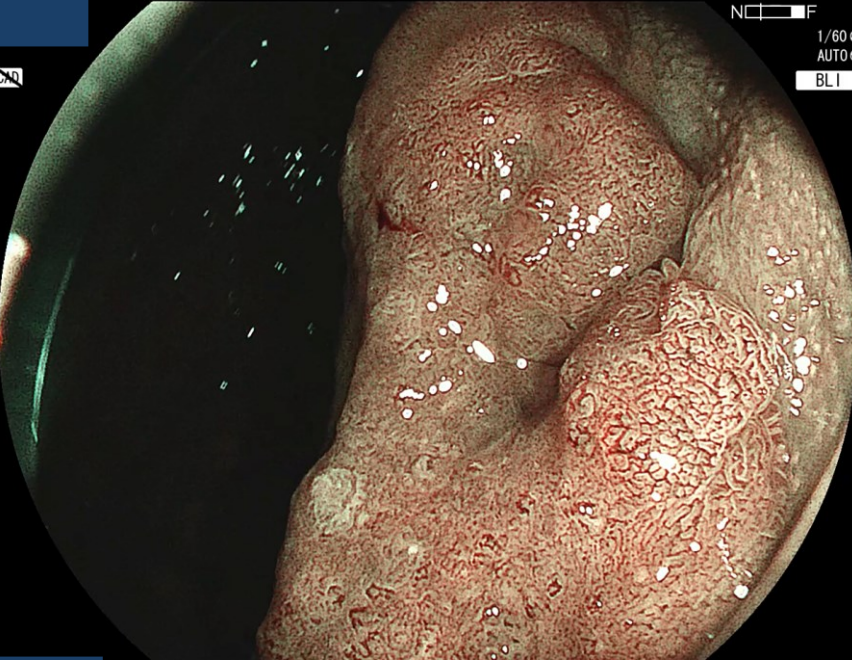
Adenoma tubular con áreas de displasia de alto grado/carcinoma T1b

Case#3

Cortesía Dr.
Robert
Bechara

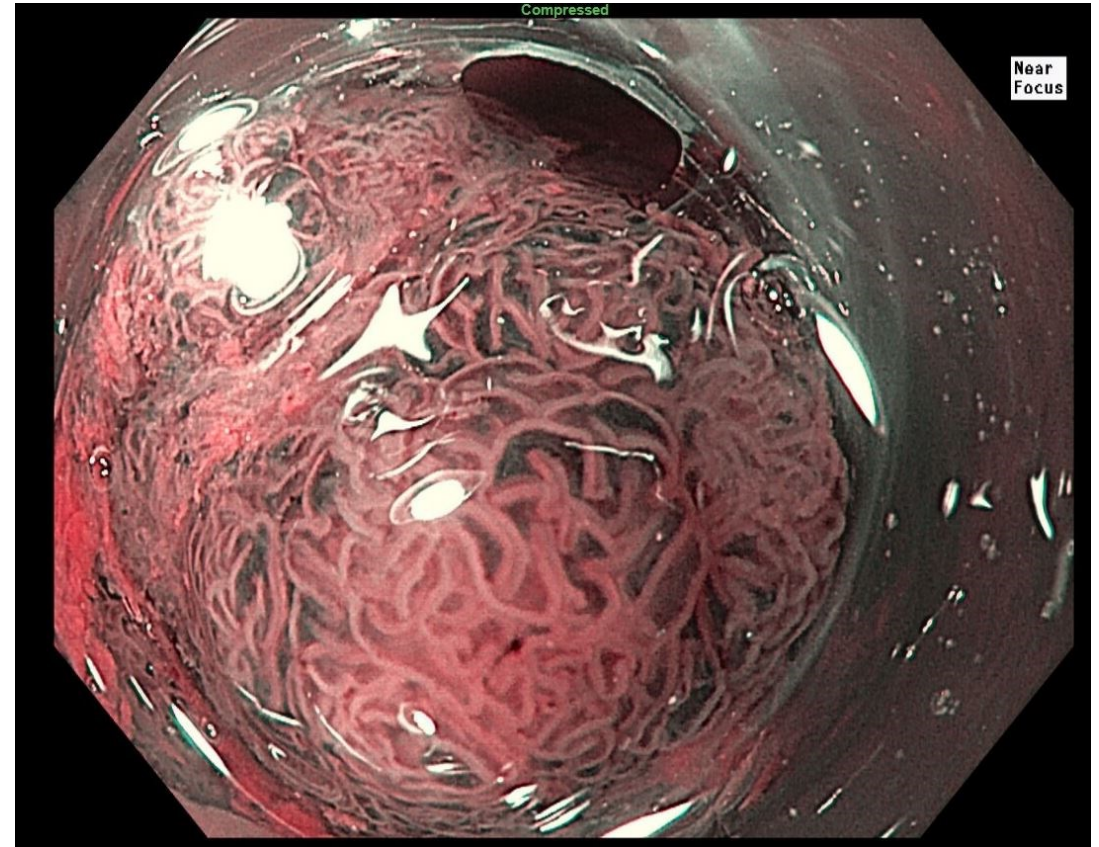
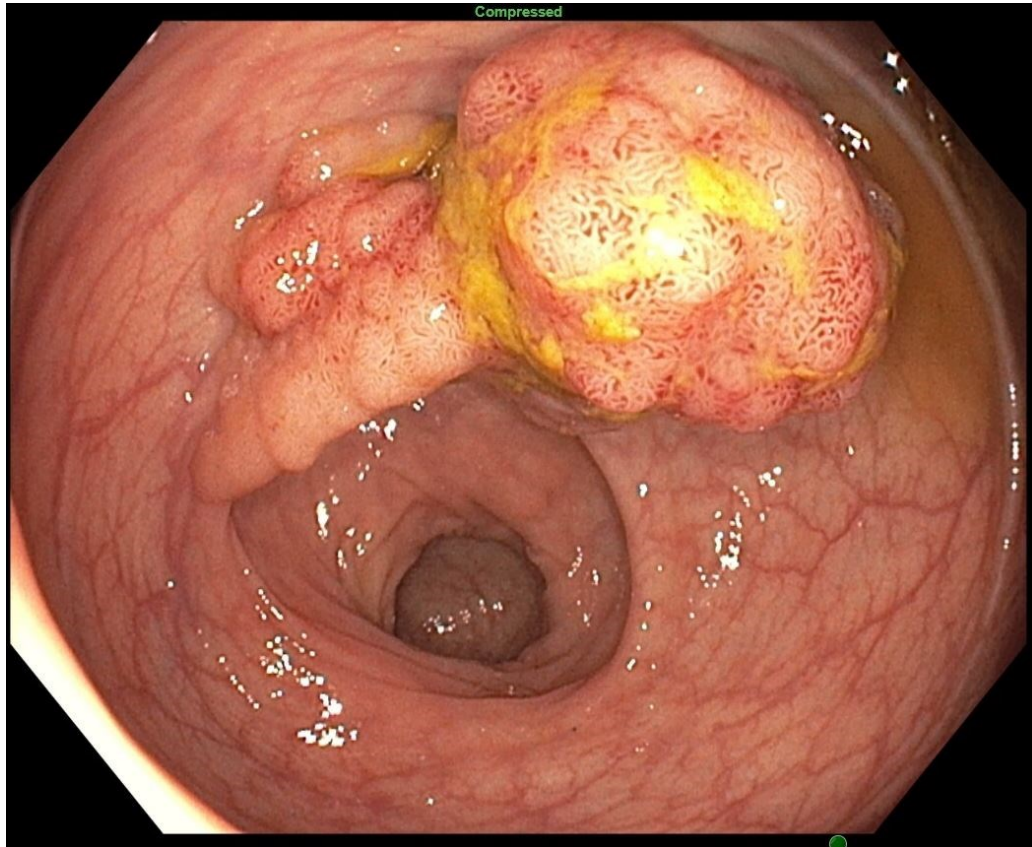






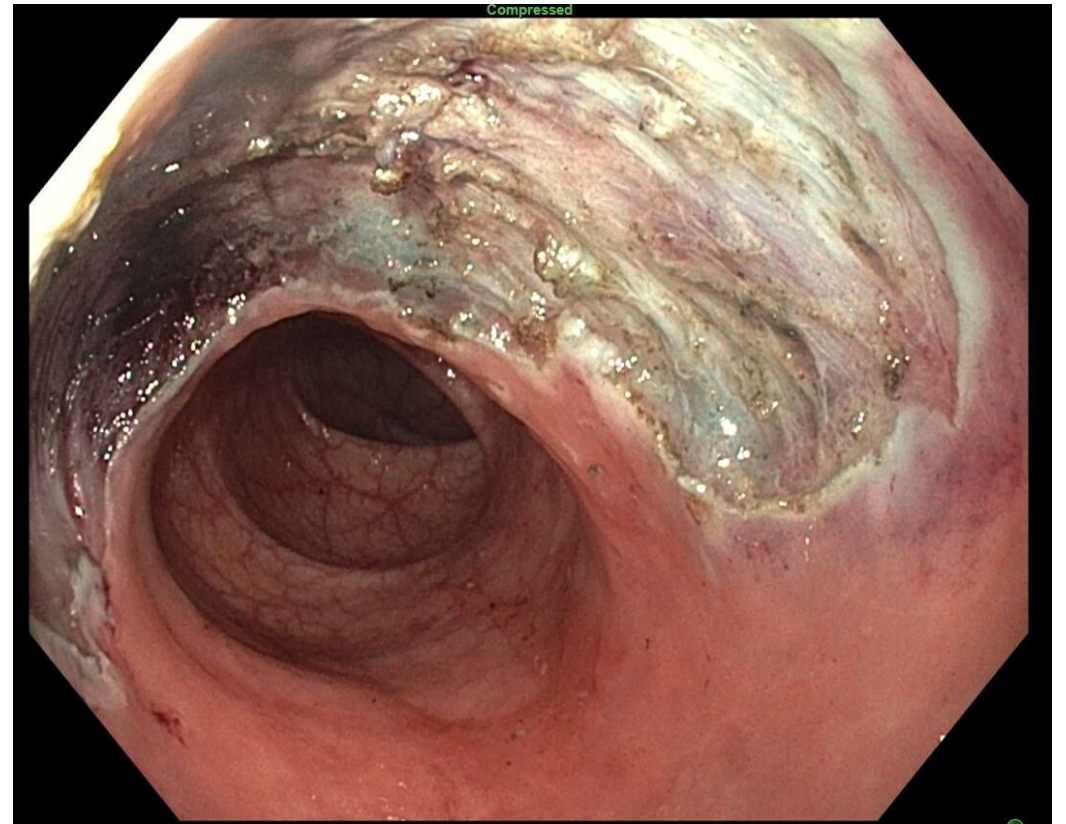
Adenocarcinoma Invasivo

SIGMOIDES, 20 cms

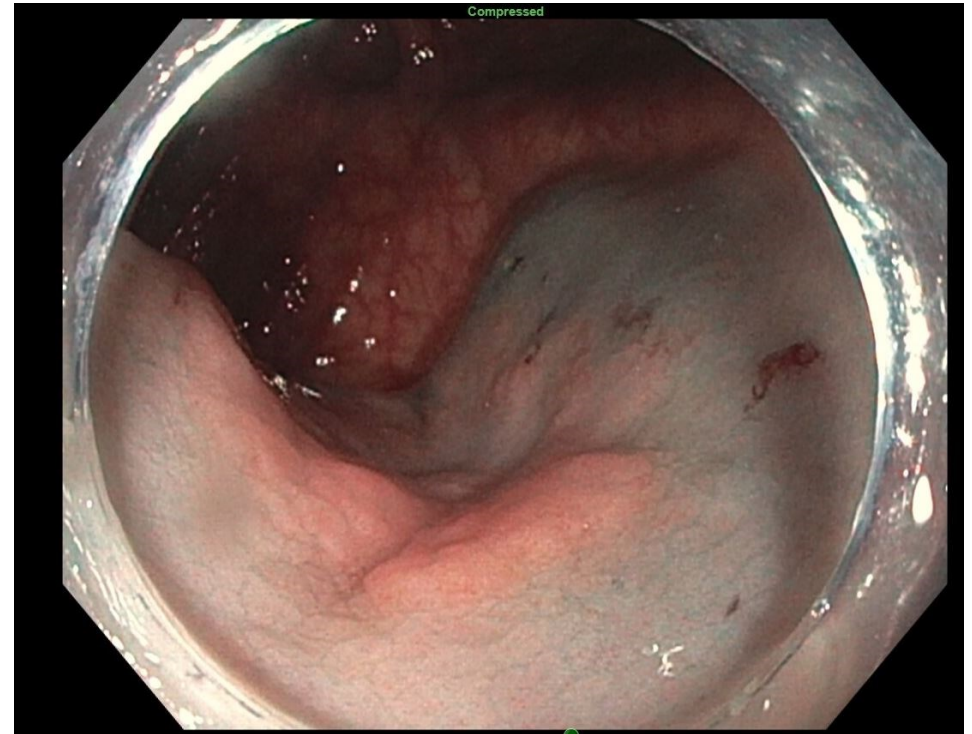
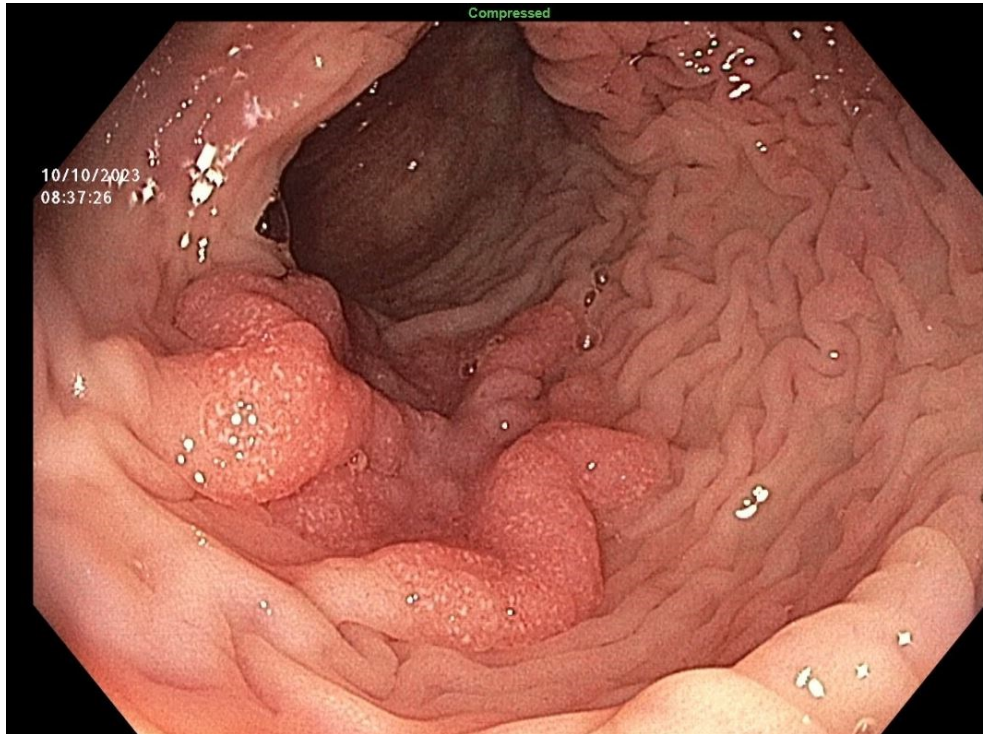


SIGMOIDES, 20 cms

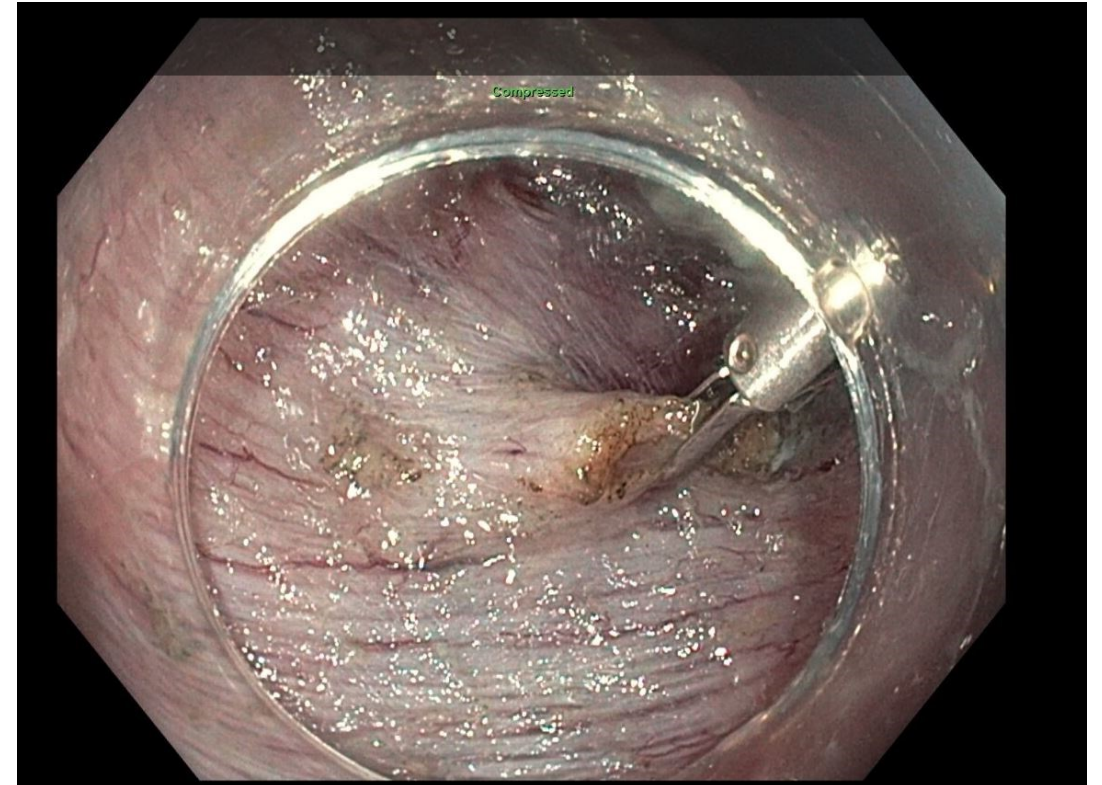
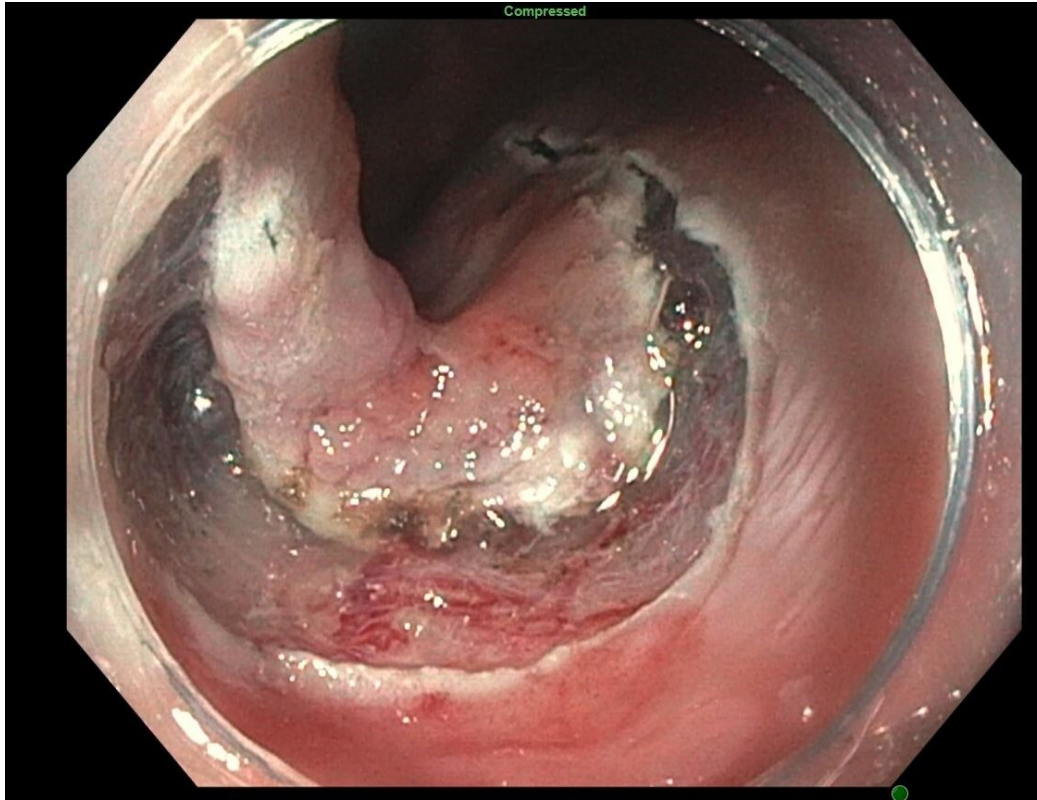
Adenoma tubular
con focos de displasia de bajo
grado.



TRANSVERSO

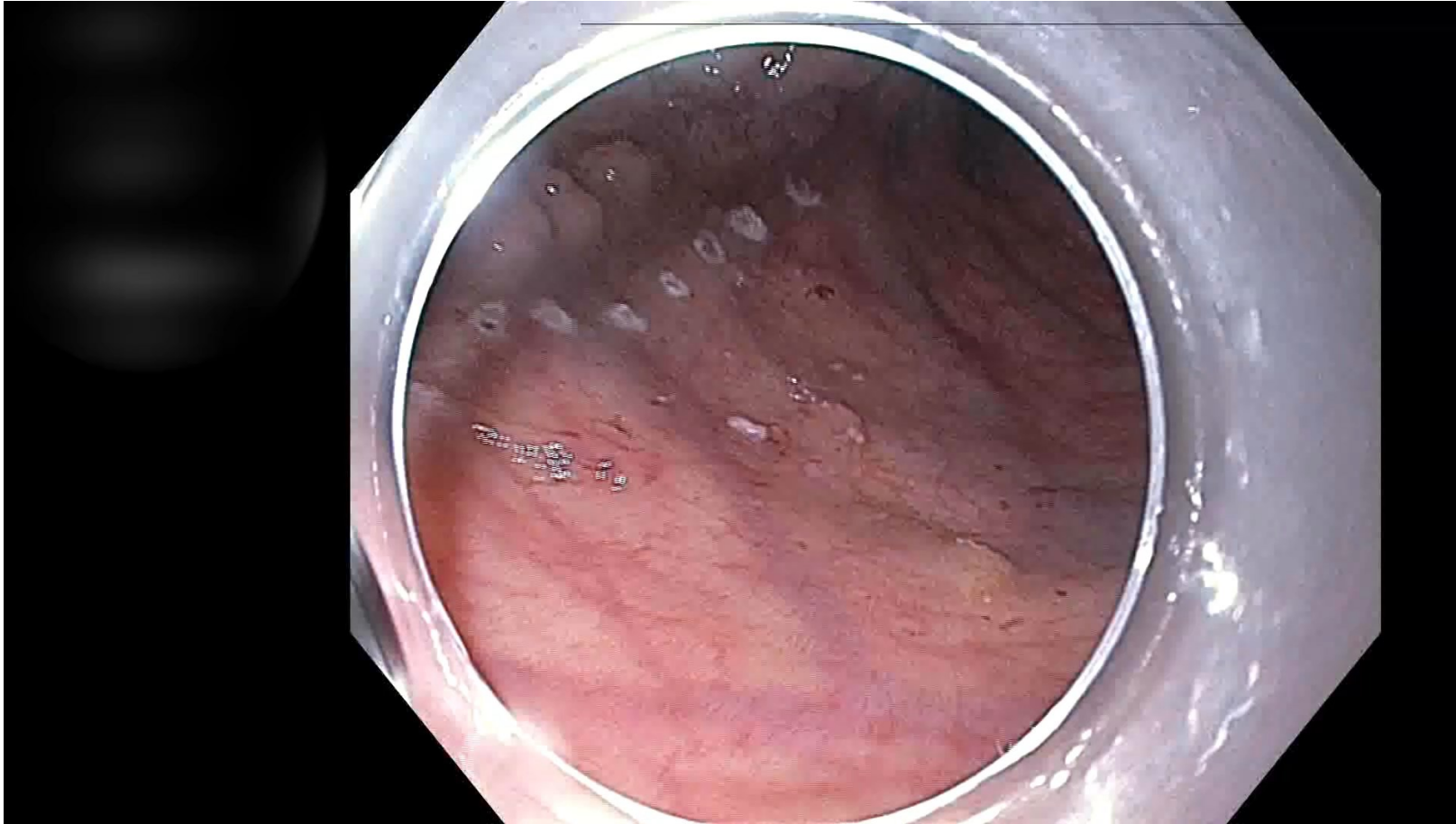


TRANSVERSO



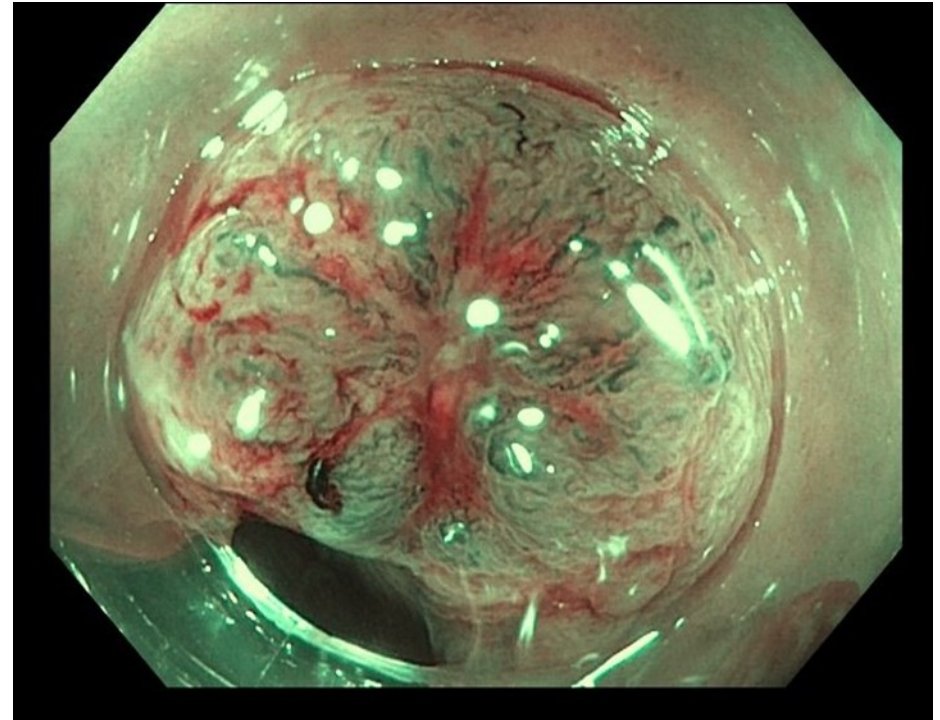
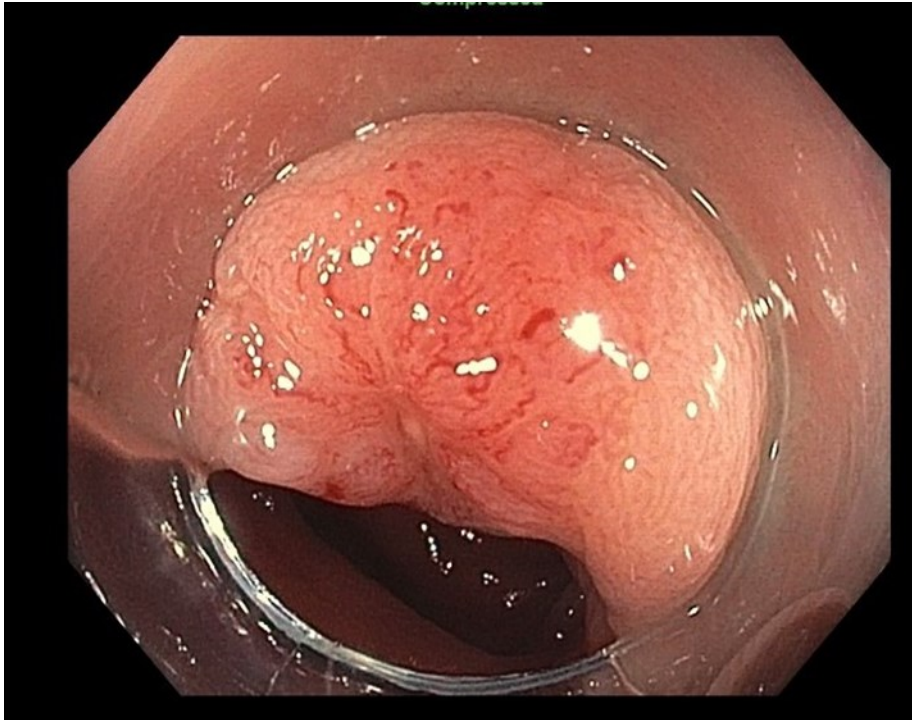
Adenocarcinoma bien diferenciado T1b

DSE RECTO

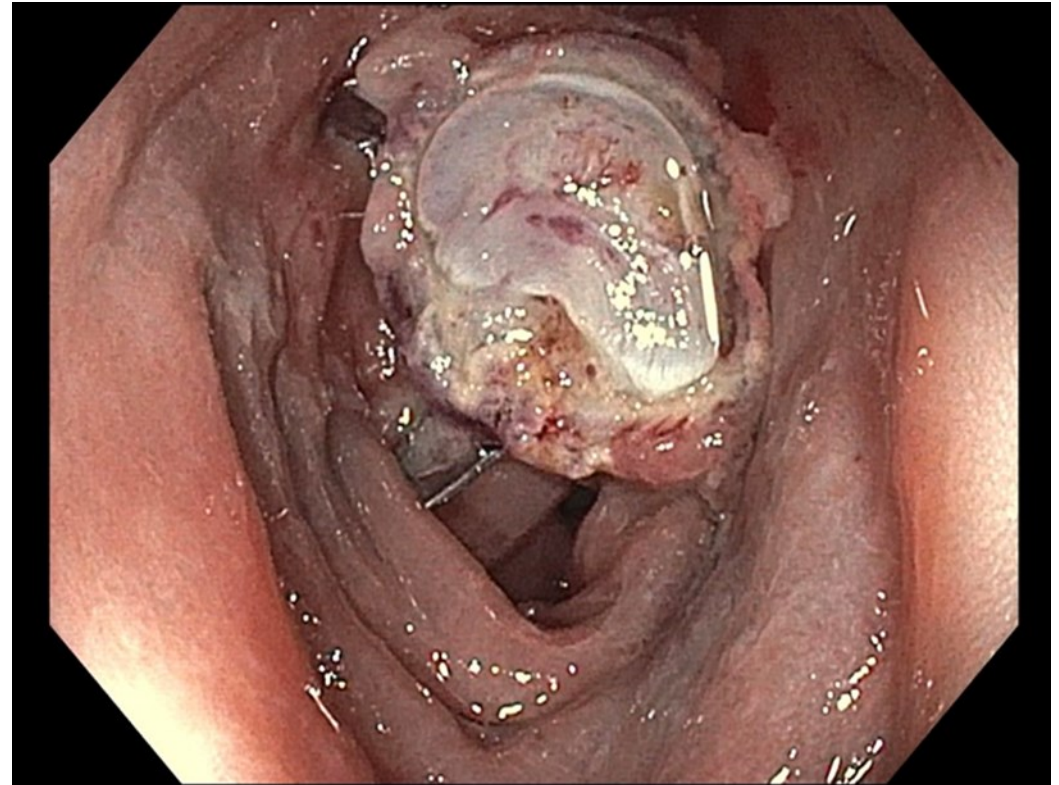


Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, T1b (1200 micrómetros de la MM) sin invasión perineural o linfovascular

FTR



Adenocarcinoma T3



SI LA LESIÓN ES CANDIDATA A POLIPECTOMÍA CLÁSICA O RME.....



NO ES CANDIDATO PARA RME....Y AHORA QUE?

DSE

- En bloc 91%
- R0 82%
- Resección curativa 81%

FTR

En bloc: 89%
R0 resection: 79%

CIRUGÍA

Siempre es una opción.....PERO:

- Mayor incidencia de eventos adversos serios
- Mayor costo y duración de hospitalización
- Mala calidad de vida, especialmente en lesiones RECTALES.

Lowe D et al. Role of Endoscopic Resection Versus Surgical Resection in Management of Malignant Colon Polyps: a National Cancer Database Analysis. J Gastrointest Surg. 2020

IMPLICACIONES DE/RME-DSE/FTR

Estar cómodo con la técnica, manejo de especímenes, y criterios patológicos de cura.

Asegurarse que patología conoce los protocolos de procesamiento y reporte de especímenes.

Estar cómodo con ser el responsable de dirigir el manejo post endoscopia (vigilancia, referencias, seguimiento, estudios posteriores).

INTERPRETACIÓN DE PATOLOGÍA

CONCEPTOS CRÍTICOS

Resección en bloque: una sola pieza

Resección fragmentada (piecemeal): varias piezas

Resección R0: márgenes laterales y verticales libres de tumor

Resección Curativa: resección en bloque, R0 y que cumple con criterios patológicos de cura.

CRITERIOS PATOLÓGICOS DE CURA CÁNCER DE CÓLON.

Bien diferenciado

Márgenes laterales y vertical libres de tumor:

(T1A o invasión $\leq 1000 \mu\text{m}$ desde el borde inferior DE LA MM).

Ausencia de invasión linfovascular y perineural.

Ausencia de tumor budding o si existe, que sea de bajo grado.

EVIDENCIA RECIENTE SOBRE LA INVASIÓN EN SM

1 Meta análisis y 1 retrospectivo de cohorte

Invasión SM por sí sola no es predictor confiable de metástasis ganglionares.

Factores fuertemente asociados:

- Pobre diferenciación
- Tumor budding de alto grado
- Invasión LV y perineural.

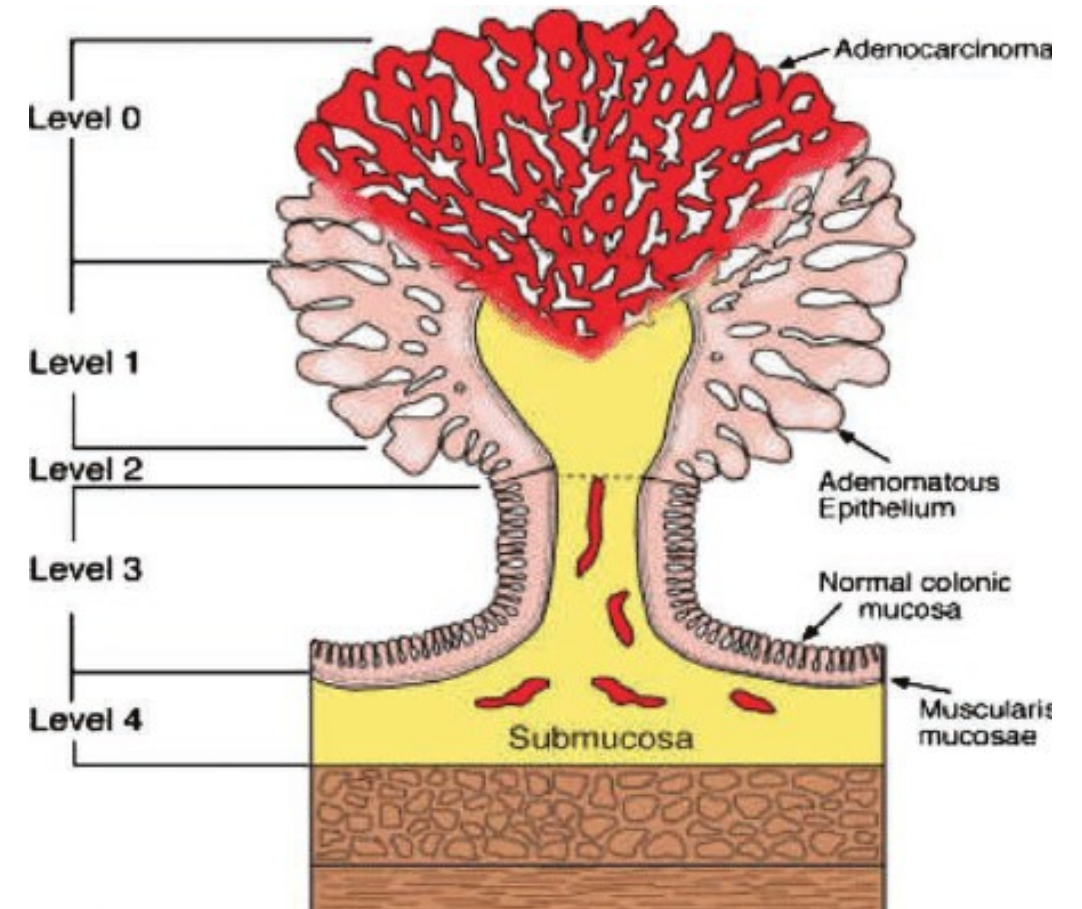
CLASIFICACIÓN DE HAGGIT

Nivel 1: invasión a SM limitada a la cabeza del pólipo.

Nivel 2: Invasión a SM en el cuello del pólipo.

Nivel 3: Invasión del tallo.

Nivel 4: Invasión de SM en la pared del colon por debajo del tallo pero por encima de la MP.



DESPUÉS DE RME-DSE-FTR EN COLON

Vigilancia con colonoscopia en 1 año es razonable.

Vigilar en 6 meses si la resección fue fragmentada o márgenes positivos/indeterminados.

En resección fragmentada: remover el área sospechosa de cancer en una sola pieza.

Recomendado no biopsiar/tatuar lesiones que van a ser referidas a resección por endoscopista intervencionista.

CONCLUSIONES

Todas las técnicas son aceptables pero hay que conocer sus indicaciones.

La técnica a utilizar se basa en el diagnóstico óptico

Imagenología o ecoendoscopia no es necesaria si la lesión es evaluada por endoscopista experto con tecnología de punta.

Conozca el protocolo de manejo y criterios patológicos para analizar los especímenes.

CONCLUSIONES

Estar preparado para liderar el manejo post endoscopia.

Verifique que patología conozca el protocolo de manejo, corte y reporte de especímenes.

Disponga de un equipo multidisciplinario para discusión pre y post resección.

No empiece lo que no puede terminar.



GRACIAS