H. "LLUÍS ALCANYÍS"

Evidencias en el manejo de los pólipos del colon

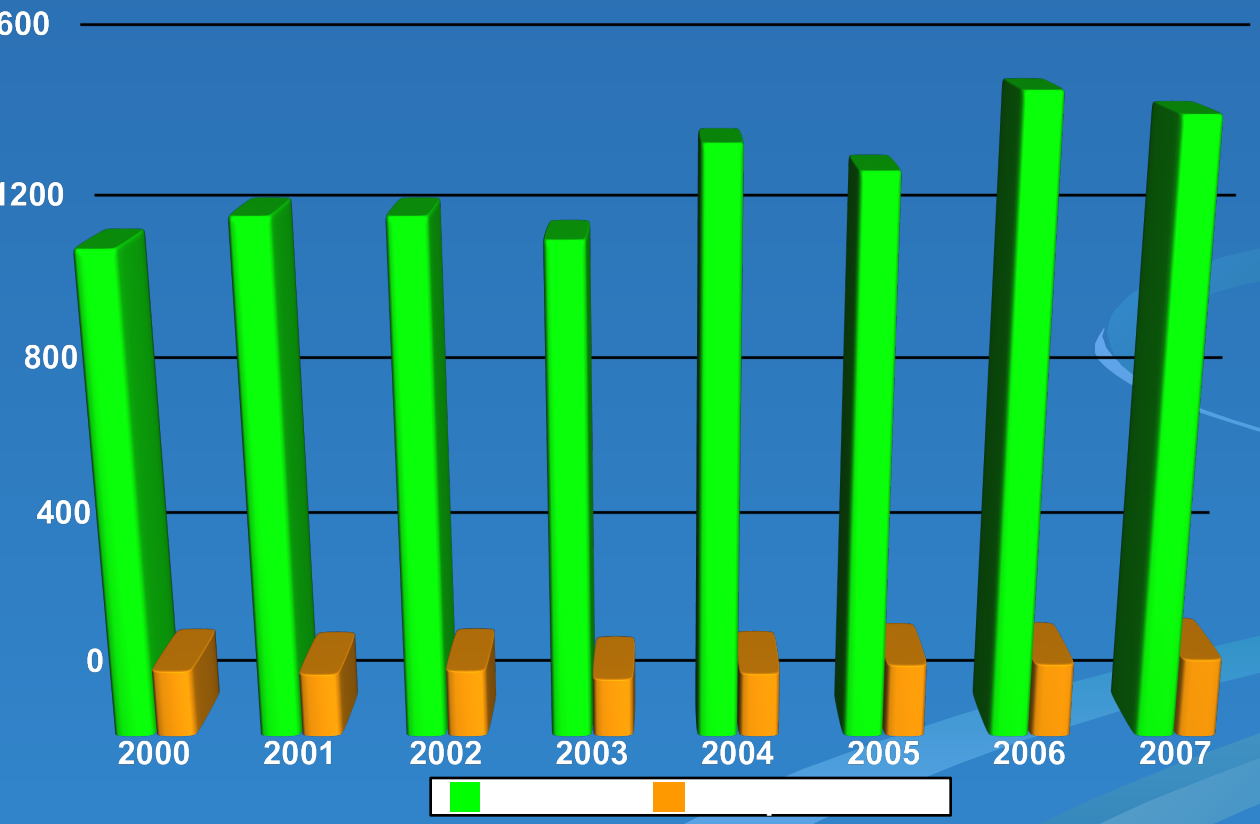
XXIII CURSO SOCIEDAD VALENCIANA DE CIRUGIA

POLIPOS COLORRECTALES
PROBLEMATICA ACTUAL

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

INCIDENCIA CRECIENTE

TERAPEUTICA y SEGUIMIENTO



1302 Colonos / año

164 Polipectomías / año

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS COLORRECTALES IMPORTANCIA

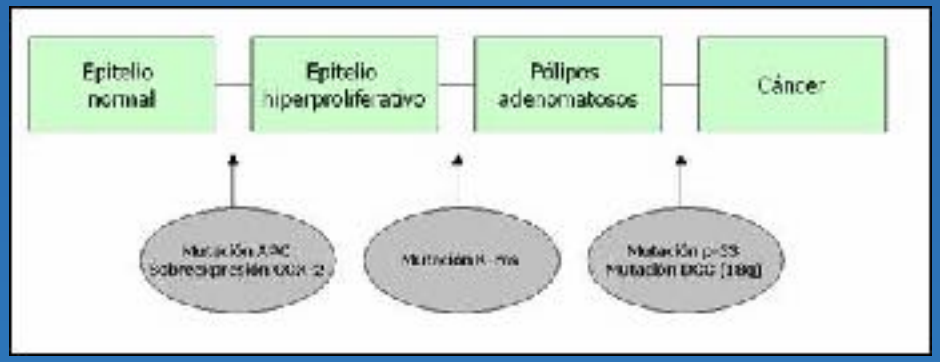
La mayoría de CCR (95%) se inician a partir de un adenoma y aunque no todos los adenomas colorrectales progresan a cáncer, esta lesión debería ser considerada premaligna.

GRADO DE RECOMENDACION A

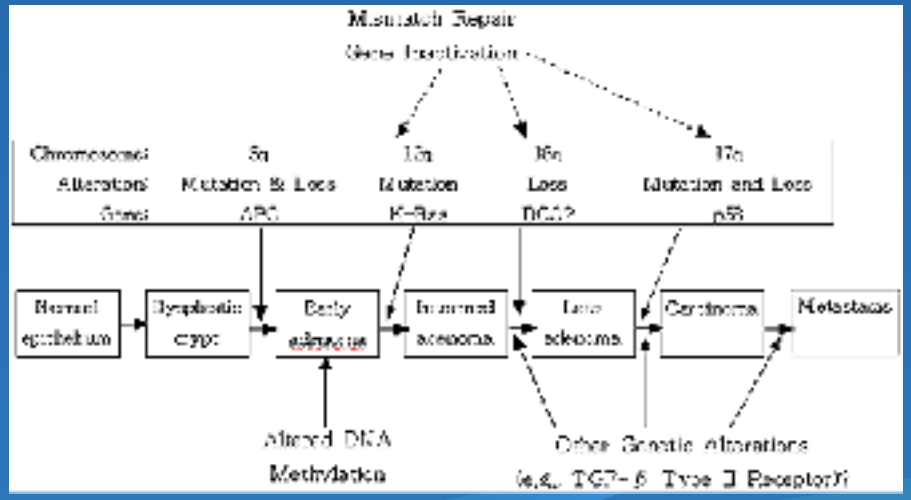
Guía clínica de prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

SECUENCIA ADENOMA-CARCINOMA



Modelo carcinogénesis colónica. Vogelstein



Modelo carcinogénesis colónica actual

VARIACIONES EN LA SECUENCIA DE MUTACION
INESTABILIDAD MICROSATELITE
FACTORES AMBIENTALES CARCINOGENICOS

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

ADENOMAS COLORRECTALES - INCIDENCIA

- *Al menos un tercio de los adultos de poblaciones industrializadas desarrolla un adenoma de colon.*

  Midgeley R, Kerr D. Colorectal cancer. Lancet 1999.

- *Se encuentran adenomas en el colon en un 30 % de las autopsias realizadas a personas de más de 60 años.*

  Williams AR. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. Gut. 1982.

- *La prevalencia de adenomas esporádicos comienza a aumentar considerablemente en las personas de edad 40-50 años.*

  Correa P. Epidemiology of polyps and cancer in the human intestine. Gastroenterology. 1979.

SCREENING CCR → ADULTOS > 50 AÑOS.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS COLORRECTALES CLASIFICACION

Según la World Health Organization

- Morfológicamente : Pediculados o Sesiles

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS COLORRECTALES CLASIFICACION

Según la World Health Organization

- Histopatológicamente :
  - No Neoplásicos : Hiperplásicos, hamartomas y pólipos inflamatorios
  - Neoplásicos : Adenomas
    - **(70% - 85%) Tubulares (0 – 25% T. velloso)**
    - **(10–25%) Túbulovellosos (25–75% T. velloso)**
    - **(5%) Vellosos (75%–100% T. velloso)**

Aproximadamente el 70% de los pólipos extirpados endoscópicamente son adenomas y un 10 % progresa a carcinoma invasivo.

Midgeley R, Kerr D. Colorectal cancer. Lancet 1999.

DISPLASIA - CARCINOMA

- En todos los adenomas hay displasia.

- DISPLASIA

  -Bajo grado (90 %)
  -Alto grado (5 - 7 %)

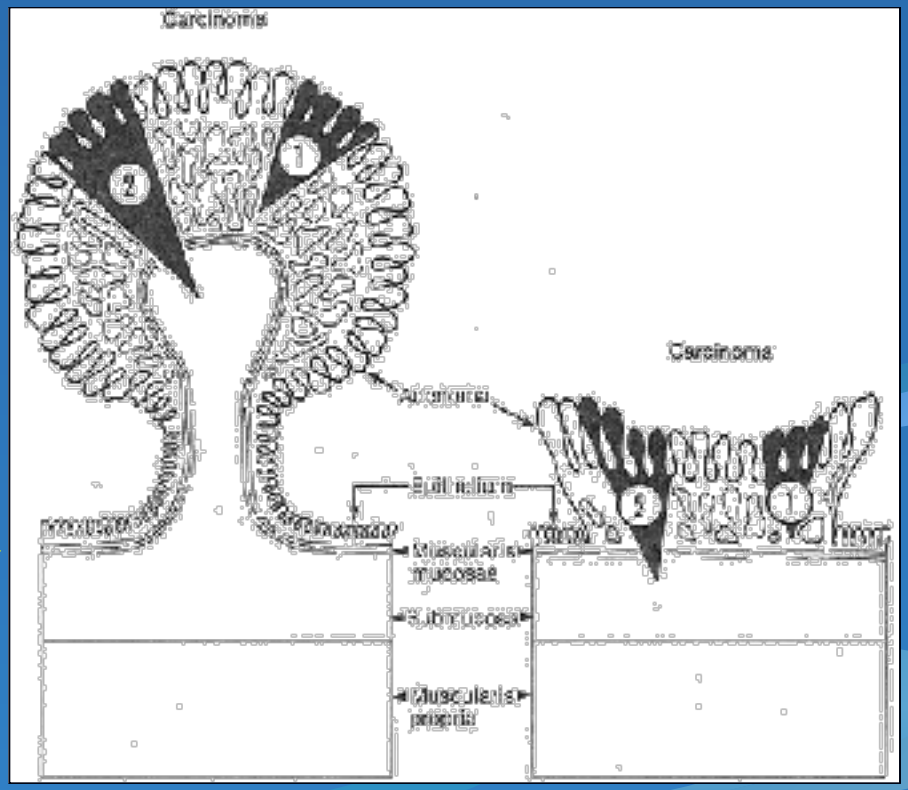
  - carcinoma in situ (intraepitelial)
  - carcinoma intramucoso

Muscularis mucosa

Tis

~~-Carcinoma invasor o pólipo maligno~~
(3 – 5 %)

T1NxMx



Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment, and surveillance for Patients With Colorectal Polyps Bond, M.D., Am J Gastroenterol 2000.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

FACTORES RIESGO MALIGNIZACIÓN ADENOMAS

- GRADO DE RECOMENDACIÓN A

El potencial de malignización de un adenoma se correlaciona directamente con el tamaño de la lesión, número de adenomas, componente velloso y grado de displasia.

Guía clínica de prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004.

Tamaño del Pólipo	
< 1 cm	2 %
1,5 – 2,5 cm	20 %
> 3,5 cm	75 %

Componente Velloso	
Tubulares	5 %
Túbulo - vellosos	22 %
Vellosos	40 %

Número de ADENOMAS ≥ 2

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

DIAGNOSTICO

GRADO DE RECOMENDACION A

- La colonoscopia (CC)constituye la técnica de elección para el diagnóstico y tratamiento de los pólipos colorrectales.

Guía clínica de prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004.

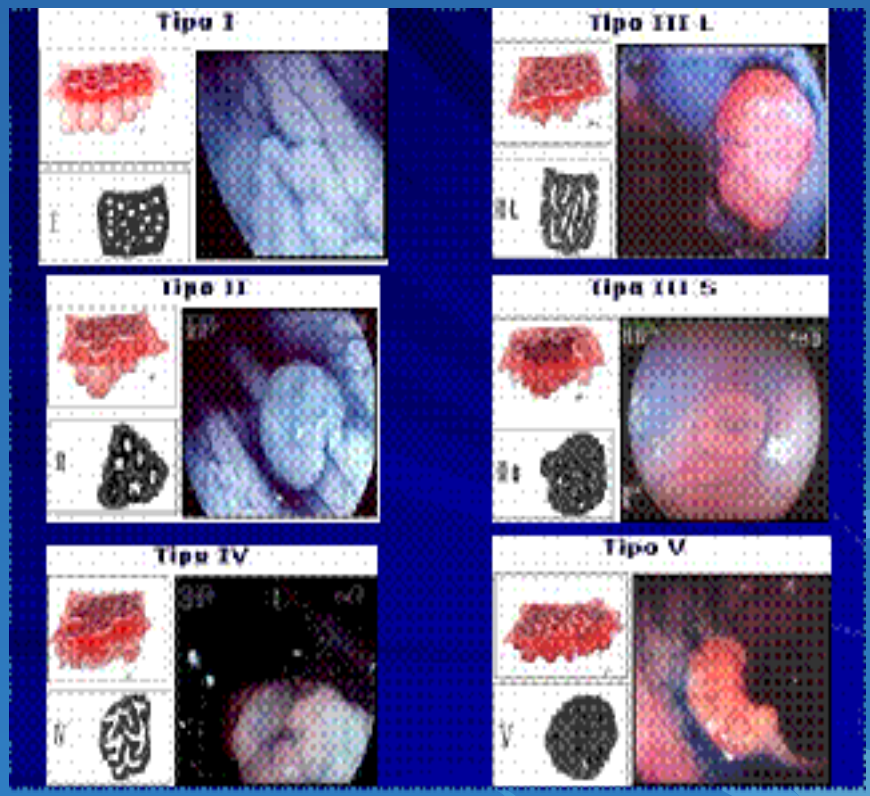
- Se recomienda la extirpación de los adenomas en la primera colonoscopia, y no el control periódico de los pólipos sin resección, ya que reduce la incidencia del cáncer colorrectal en pacientes con pólipos adenomatosos.

F Citarda.Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer ncidence Curr Gastroenterol Rep. 2006.

DIAGNOSTICO

Cromoendoscopia

Clasificación de Kudo
(patrón glandular o "pit pattern")



¿Influye la duración de una colonoscopìa en su capacidad diagnóstica ?

- ***6 minutos*** *es el periodo mínimo con el que se logra una inspección adecuada durante la retirada del instrumento.*

Robertt I. NEJM, 2006.

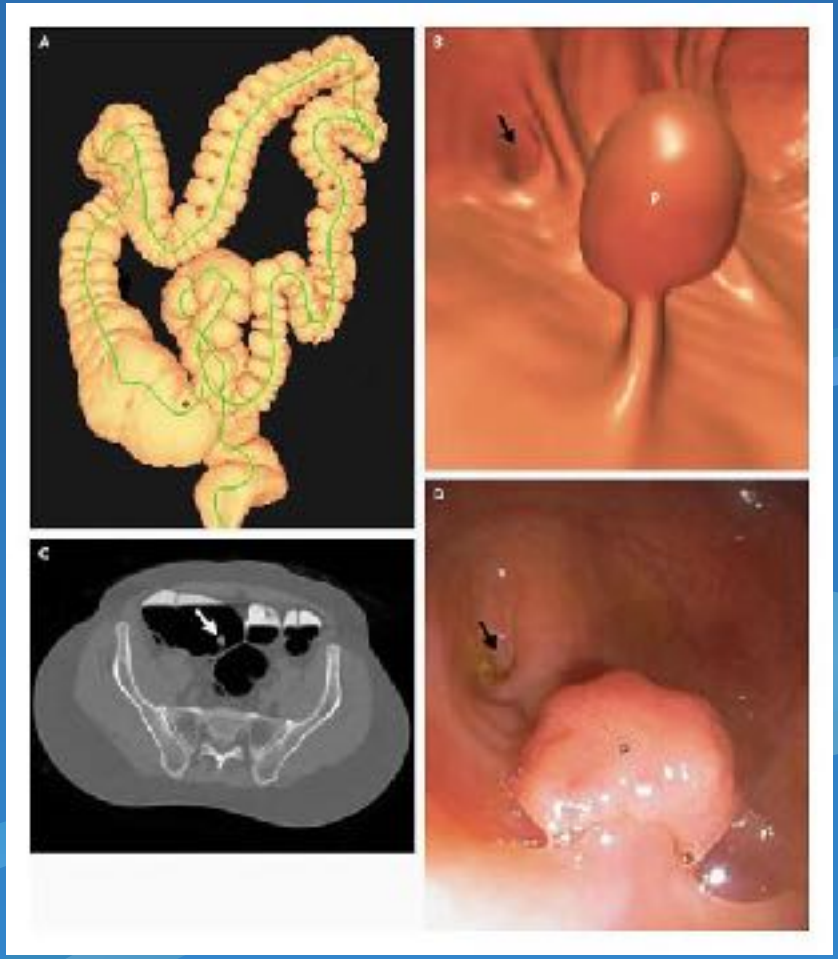
H. "LLUÍS ALCANYÍS"

DIAGNOSTICO

COLONOGRAFIA TC - COLONOSCOPIA VIRTUAL

- Sensibilidad 88% y especificidad 100% para lesiones ≥ 1 cm, pero menos sensible que la colonoscopia para lesiones menores.

  Mulhall, G.R. "Meta-Analysis: Computed Tomographic Colonography."Accuracy of CT Colonography (Virtual Colonoscopy) for Detecting Polyps A.I.M. April 2005



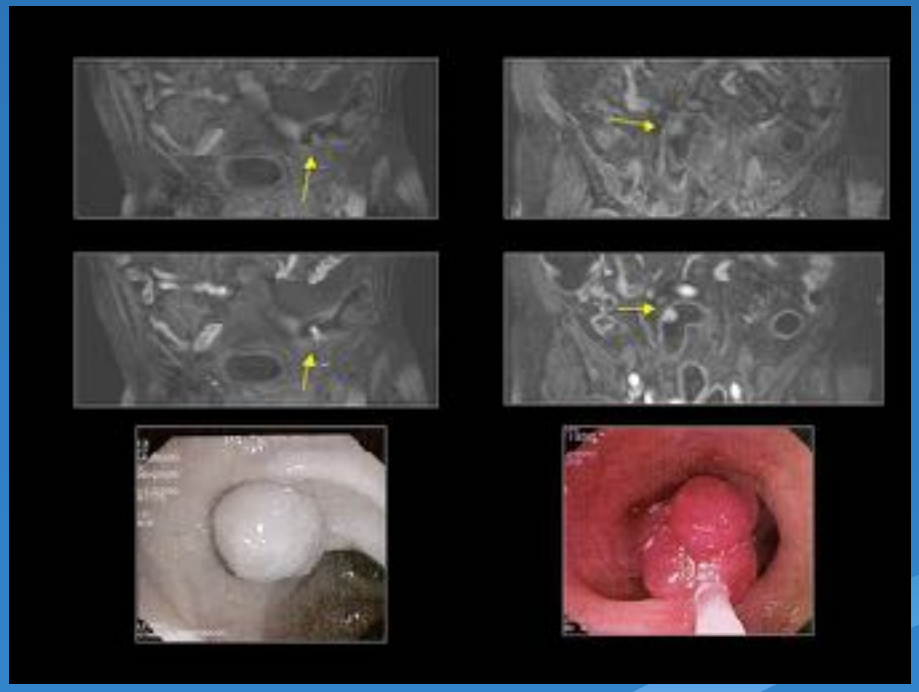
H. "LLUÍS ALCANYÍS"

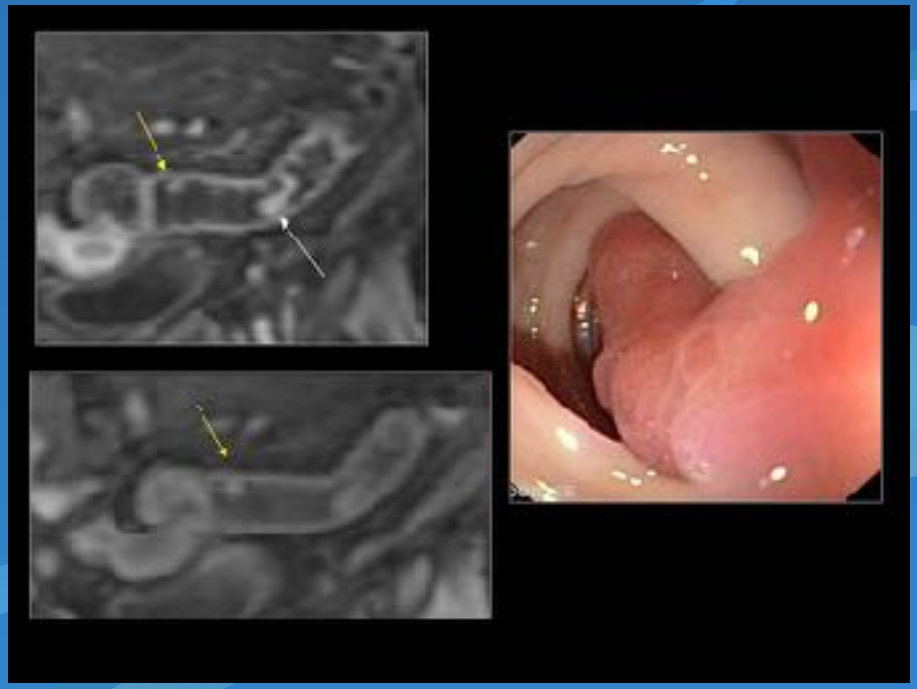
DIAGNOSTICO

COLONOGRAFIA POR RM

- Detecta el 100% de pólipos mayores de 1cm., pero es menos sensible que la CC e la detección de lesiones mas pequeñas.

Christiane A Magnetic resonance colonography without bowel cleansing: a prospective cross sectional study in a screening population. Gut 2007.





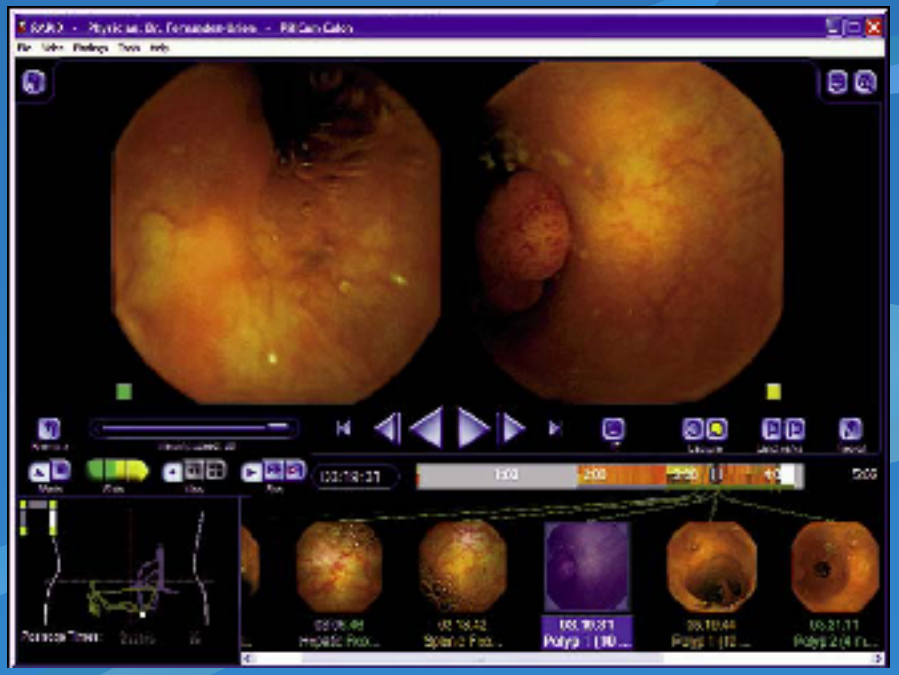
H. "LLUÍS ALCANYÍS"

DIAGNOSTICO

CAPSULA ENDOSCOPICA

- Detecta pólipos > 15 mm. No es tan útil para determinar su localización exacta.

Schoofs, N. PillCam COLON Capsule Endoscopy Compared With Colonoscopy in Detection of Colon Polyps and Cancers: Interim Analysis of a Prospective Multicenter Trial. Gastroenterology, 2007.



H. "LLUÍS ALCANYÍS"

TRATAMIENTO

GRADO DE RECOMENDACION A

- La polipectomía endoscópica constituye el tratamiento de elección de los adenomas colorrectales.
  Guia clinica de prevencion del cancer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004.

- La extirpación de pólipos pediculados debe incluir la base del tallo, marcándose con una aguja intradérmica para un correcto análisis histopatológico de la lesión.

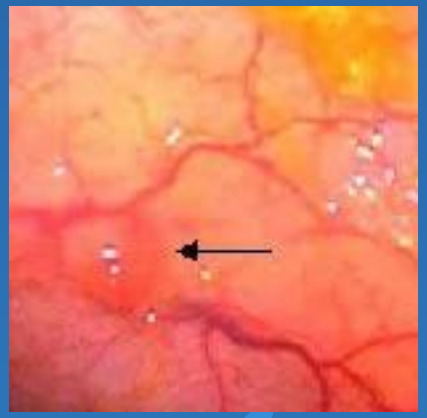
  En los pólipos sesiles o planos suele ser necesaria una mucosectomía para analizar con seguridad la extensión en profundidad a nivel de la submucosa.
  Shirai M, Nakamura T, Matsuura A, et al. Safer colonoscopic polypectomy with local submucosal injection of hypertonic saline-epinephrine solution. Am J Gastroenterol 1994.

- Fragmentación y tatuaje de las lesiones.

MANEJO PÓLIPOS PEQUEÑOS < 1 CM.

En los adenomas de < 0,5 cm., se detecta displasia de alto grado en un 3,4%.

Gschwantler.High-grade dysplasia and invasive carcinoma in colorectal adenomas: a multivariate analysis of the impact of adenoma and patient characteristics. ,Eur J Gastroenterol Hepatol. 2002.



SE RECOMIENDA EXTIRPAR LOS PÓLIPOS < 1 CM.
Y
REALIZAR COLONOSCOPIA COMPLETA PARA DETECTAR LESIONES SINCRÓNICAS.

En pacientes con adenoma/s colorectal la prevalencia de pólipos sincrónicos es de un 30 – 50%.

Bond JH. Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment, and Surveillance for Patients With Colorectal Polyps. A.J.G. 2000,

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

MANEJO DE POLIPOS SESILES > 2CM.

- *El grado de malignización de los pólipos > 2 cm. varía en un rango entre el 40 al 56%.*

  McDonald JM, Moonka R, Bell RH Jr. Pathologic risk factors of occult malignancy in endoscopically unresectable colonic adenomas. Am J Surg 1999.

- Pueden ser tratados mediante polipectomía endoscópica, con control endoscópico en 3 – 6 meses para confirmar la completa resección.

- Si tras dos o tres resecciones endoscópicas no es posible su exerésis completa, dado el alto riesgo de malignidad debe indicarse cirugía con carácter oncólogico.

  Bond JH. Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment, and Surveillance for Patients With Colorectal Polyps*. A.J.G. 2000

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

DISPLASIA DE ALTO GRADO

(CARCINOMA IN SITU / INTRAMUCOSO / NIVEL 0 DE HAGGITT)

¿ POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA O CIRUGIA ?

La ausencia de linfáticos en la muscularis mucosa en pólipos con displasia de alto grado, condiciona poco o ningún riesgo de metástasis ganglionar, siendo la polipectomía endoscópica el tratamiento definitivo.

Fenoglio CM,. Distribution of human colonic lymphatics in normal, hyperplastic, and adenomatous tissue: Its relationship to metastasis from small carcinomas in pedunculated adenomas. Gastroenterology 1973.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

SEGUIMIENTO

PÓLIPO HIPERPLASICO

No está indicado el seguimiento.
Colonoscopia / 10 años a partir de los 50.

ADENOMA

- **ALTO RIESGO** de adenomas metacrónicos (**> 2 , ≥ 1 cm, velloso o displasia de alto grado o antecedentes familiares de CCR**).

Colonoscopia / 3 años y tras una colonoscopia de vigilancia negativa, seguimiento / 5 años.

- **BAJO RIESGO** de adenomas metacrónicos (**1 o 2 adenomas, < 1 cm con displasia de bajo grado y sin antecedentes familiares de CCR**).

Colonoscopia / 5 años y tras una colonoscopia de vigilancia negativa, seguimiento / 10 años o no realizarlo en pacientes mayores con morbilidad asociada.

Bond JH. Polyp Guideline: Diagnosis, Treatment, and Surveillance for Patients With Colorectal Polyps*A.J.G. 2000

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

SEGUIMIENTO

- ***Are Physicians Doing Too Much Colonoscopy? A National Survey of Colorectal Surveillance after Polypectomy. Mysliwiec et al.*** **Ann Intern Med** ***2004***

- *Entre 1999 y 2000, registraron que el* ***24% de los gastroenterólogos y el 54% cirujanos generales entrevistados recomendaban colonoscopias de vigilancia cada tres o cinco años para los pólipos hiperplásicos.***

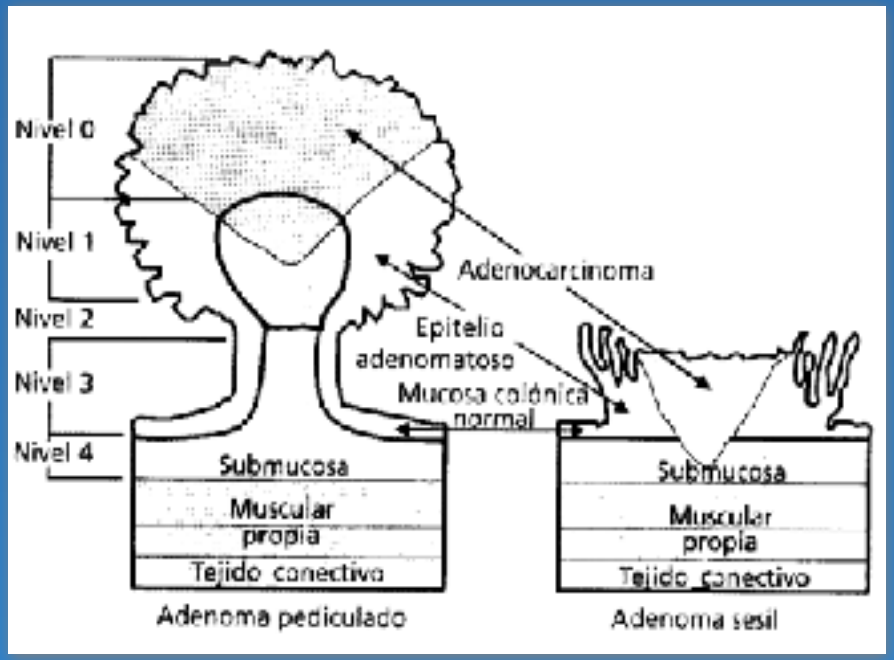
- *Aparte del* ***gasto*** *directo –una colonoscopia cuesta entre 1.200 y 1.400 euros en Estados Unidos- , los autores advierten que la* ***sobreutilización*** *del procedimiento limita el acceso a pacientes sintomáticos de cáncer de colon, además de someter a un* ***riesgo innecesario*** *a pacientes asintomáticos.*

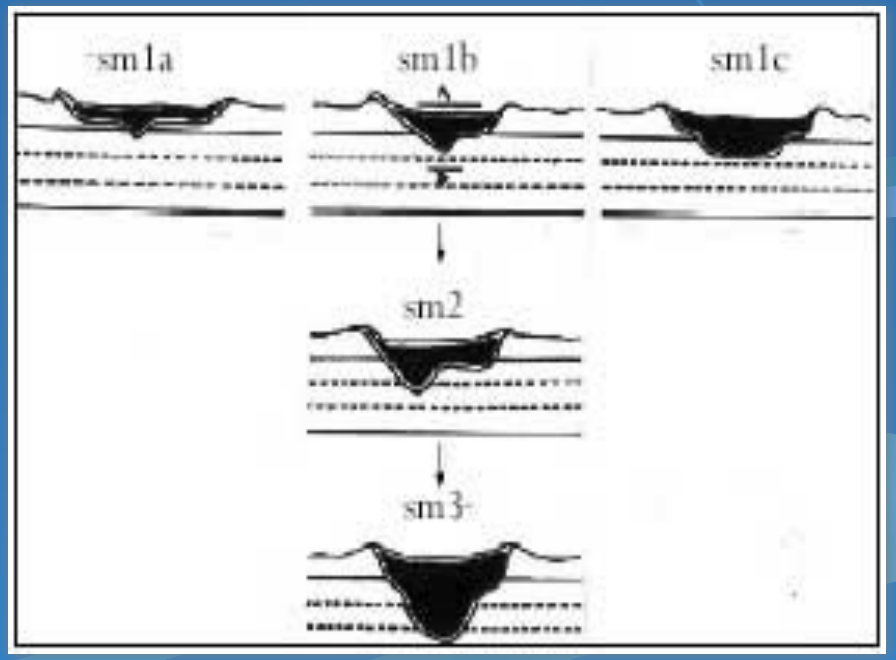
H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS MALIGNOS

NIVELES DE INFILTRACION DE HAGGITT Y SM EN CARCINOMA SOBRE ADENOMA

El sistema Sm es muy útil para lesiones sesiles y puede extrapolarse a la clasificación de Haggitt.





Nivel 1 – 2 – 3 = Sm1

Nivel 4 puede ser Sm1 – Sm2 – Sm3

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS MALIGNOS

Nivel 1 – 2 – 3 –4 HAGGITT / P. SESIL CON C. INVASIVO

¿ Qué factores influyen en el riesgo de recurrencia local o de metástasis ganglionares ?

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

PÓLIPOS MALIGNOS

Nivel 1 – 2 – 3 – 4 HAGGITT / P. SESIL CON C. INVASIVO

RIESGO DE RECURRENCIA LOCAL Y METASTASIS LINFATICAS

- Infiltración en la submucosa (Sm3)

-Canceres pobremente diferenciados.

- Invasión linfovascular de la submucosa

-Localización en tercio inferior del recto

- *Riesgo de metástasis linfáticas en pólipos malignos :*
  - *Nivel 1,2 o 3 de Haggitt < 1%*
  - *Nivel 4 o lesiones sesiles 12 a 25 %*

Coverlizza S. Colorectal adenomas containing invasive carcinoma. Pathologic assesment of lymph node metastatic potential. Cancer 1989.

- *El riesgo de recurrencia local y metástasis linfáticases es 30 – 50 % en cánceres pobremente diferenciados que infiltran la submucosa en el nivel Sm3, invasión linfovascular y localización en tercio inferior del recto.*

Nascimbeni R. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. Dis Colon Rectum.
Kikuchi R. Management of early invasive colorectal cancer. Risk of recurrence and clinical guidelines. Dis Colon Rectum. 1995.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS MALIGNOS

Nivel 1 – 2 – 3 –4 HAGGITT / P. SESIL CON C. INVASIVO

¿ Es suficiente la polipectomía endoscópica y vigilancia o por el contrario es necesaria la cirugía ?

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS MALIGNOS

Nivel 1 – 2 – 3 – 4 HAGGITT / P. SESIL CON C. INVASIVO

ES SUFICIENTE LA POLIPECTOMIA ENDOSCÓPICA

RECOMENDACIONES DEL A.C.G.

- Pólipo completamente extirpado y remitido en su totalidad para examen histopatológico.
- En el estudio A-P se asegura con exactitud, la profundidad de la invasión, el grado de diferenciación y la completa excisión del carcinoma.
- El cáncer no es pobremente diferenciado.
- No hay invasión linfovascular.
- El margen de sección libre ≥ 2mm.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

POLIPOS MALIGNOS

Nivel 1 – 2 – 3 – 4 HAGGITT / P. SESIL CON C. INVASIVO

ES NECESARIA CIRUGIA CON CRITERIO ONCOLOGICO

- Lesiones pediculadas o sesiles con invasión Sm3 o con invasión linfovascular.
- Lesiones pediculadas con invasión del tallo o sesiles con margen < 2 mm.
- Lesiones pediculadas o sesiles con adenocarcinoma pobremente diferenciado.
- Todas las lesiones sesiles del tercio inferior del recto.
  - *En pacientes con alto riesgo, se acepta la extirpación transanal con tratamiento adyuvante.*
- Infiltración Sm2
  - *Valorar individualmente.*

Nivel 1 – 2 – 3 – 4 HAGGITT / P. SESIL CON C. INVASIVO

POLIPOS MALIGNOS CON CRITERIOS PRONOSTICOS FAVORABLES

- Colonoscopia y biopsia a los tres meses para confirmar la resección completa de la lesión

  GRADO DE RECOMENDACIÓN A

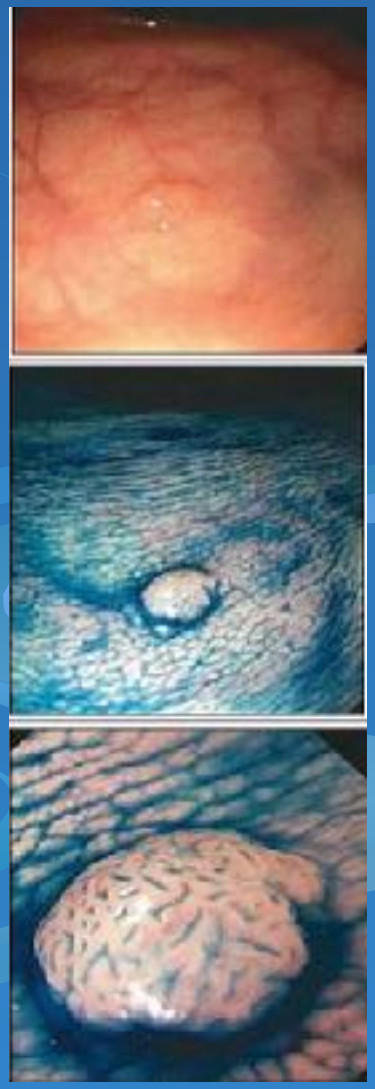
  Guía clínica de prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004.

  - Si hay enfermedad residual ----- Cirugía
  - Si el control es negativo, el seguimiento debe ser el mismo que para adenomas alto riesgo

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

LESIONES SUPERFICIALES

- Lesiones planas o ligeramente protuídas de < 1 cm
- Difícil diagnóstico endoscópico (índigo carmín)
- Localización frecuente en colon derecho
- Alto riesgo de degeneración neoplásica.
- Falsos negativos en la biopsia



- ADENOMAS PLANOS ------- infiltración submucosa rara
- LESIONES DEPRIMIDAS ---- infiltración submucosa frecuente.
  Carcinoma de novo (no siguen la ruta adenoma-carcinoma)

- Tratamiento: *MUCOSECTOMIA* si no hay infiltración submucosa o cirugía resectiva.

H. "LLUÍS ALCANYÍS"

PREVENCION PRIMARIA DE LOS ADENOMAS COLORECTALES

GRADO DE RECOMENDACIÓN B

La evidencia científica disponible no justifica la administración de fibra, suplementos de calcio, AAS, carotenos o vitamina E, para evitar la recurrencia de los adenomas colorrectales.

Guía clínica de prevención del cáncer colorrectal. Gastroenterol Hepatol 2004