

Vigilancia de los adenomas colorrectales tras la polipectomía endoscópica

F. Rodríguez-Moranta^a, J. Amador-Romero^b, P. Alonso-Coello^c y A. Castells-Garango^u

^aServicio de Gastroenterología. Hospital Clínic. Barcelona. España.

^bCentro de Salud Los Ángeles. Madrid. España.

^cCentro Cochrane Iberoamericano. Barcelona. España.

Puntos clave

- La mayoría de las neoplasias colorrectales se desarrolla a partir de un adenoma, por lo que se debe considerar a esta lesión premaligna y vigilarla endoscópicamente.
- El tratamiento de elección de los pólipos colorrectales es la polipectomía endoscópica.
- Se deben analizar todos los pólipos colorrectales resecaados. Se considera que un carcinoma es invasivo cuando afecta a la capa submucosa.
- La polipectomía de un adenoma con focos de carcinoma invasivo es suficiente si el carcinoma está bien o moderadamente diferenciado, los márgenes de resección están libres y no hay afección vascular o linfática (criterios de buen pronóstico).
- En caso contrario, debe proponerse una colectomía segmentaria adicional.
- Los pacientes con pólipos sésiles de gran tamaño resecaados en varios fragmentos deberían ser reevaluados mediante una nueva colonoscopia, con toma de biopsias de la base, en un intervalo de 3 a 6 meses.
- Si la exploración basal no fue completa (no alcanzó el ciego) o la preparación del colon fue deficiente, es recomendable repetir la exploración.
- Tras la resección de un adenoma, el intervalo entre exploraciones está determinado por la historia familiar de cáncer colorrectal y los hallazgos en la exploración previa (número de adenomas, tamaño e histología).
- En pacientes con adenomas múltiples (3 o más), un adenoma > 1 cm, componente vellosos o historia familiar de cáncer colorrectal, debería aconsejarse una nueva colonoscopia al cabo de 3 años.
- En pacientes con 1 o 2 adenomas tubulares de pequeño tamaño (< 1 cm) y displasia de bajo grado, sin historia familiar de cáncer colorrectal, se podrá realizar la siguiente exploración al cabo de 5 años.

Palabras clave: Adenoma • Pólipo • Cáncer colorrectal • Seguimiento • Vigilancia.

Adenomas colorrectales. Concepto y clasificación

Los adenomas colorrectales son neoplasias benignas del epitelio intestinal. Por su morfología, pueden dividirse en pediculados o sésiles¹. El examen histológico de su arquitectura glandular permite clasificarlos en 3 tipos: tubulares, tubulovellosos y vellosos. Los adenomas tubulares son los más frecuentes (87%), habitualmente son pediculados y caracteriza-

dos por formaciones glandulares muy ramificadas. Se los considera tubulares si están constituidos por menos de un 5% de componente vellosos. Los adenomas vellosos representan un 5% del total de adenomas, generalmente son sésiles y se caracterizan por formaciones glandulares alargadas y digitiformes que se proyectan desde la estroma del pólipo hacia su superficie con escasas ramificaciones. Se considera vellosos a los adenomas formados por más del 80% de componente vellosos. Finalmente, los adenomas tubulovellosos

TABLA 1. Relación entre el tipo histológico, tamaño y grado de displasia del adenoma

Tipo de adenoma	Tamaño del adenoma			Grado de displasia		
	< 1 cm	1-2 cm	> 2 cm	Leve	Moderada	Grave
Tubular (%)	77	20	4	88	8	4
Tubulovelloso (%)	25	47	29	58	26	16
Velloso (%)	14	26	60	41	38	21

Adaptado de Muto et al².

(8% del total) son aquellos con un componente velloso entre un 20 y un 80%, que comparten características de los 2 grupos previos.

En relación con el tamaño, los adenomas se han clasificado² en < 1 cm, de 1-2 cm y > 2 cm. La mayoría de los adenomas son < 1 cm, aunque existen importantes diferencias en relación con la población estudiada. En series necrópsicas, las cuales hacen referencia fundamentalmente a individuos asintomáticos que han fallecido por otras causas, sólo un 13-16% de los adenomas hallados son > 1 cm. En cambio, en series quirúrgicas y endoscópicas, que incluyen a pacientes que han sido diagnosticados a raíz del estudio de síntomas (rectorragia, dolor abdominal, etc.), alteraciones analíticas (anemia ferropénica) o forman parte de grupos de riesgo (antecedentes familiares de cáncer de colon), se observa un 26-40% de adenomas > 1 cm.

Por definición, todos los adenomas son displásicos, ya que el epitelio adenomatoso se define por presentar una serie de cambios histológicos característicos. Destaca la presencia de recambio y diferenciación celulares anormales con hiper celularidad de las criptas colónicas, células con cantidades variables de mucina y núcleos elongados e hiper cromáticos. Los adenomas muestran toda una gama de cambios displásicos que abarcan desde la displasia de bajo grado a la de alto grado³. El adenoma con displasia de alto grado (carcinoma *in situ*) se caracteriza por focos neoplásicos que no superan la capa *muscularis mucosae*; por tanto, su capacidad de diseminación es nula³. En cambio, el pólipo maligno está formado por un adenoma con áreas de transformación carcinomatosa que afectan a la capa submucosa, y es un carcinoma invasivo con capacidad de diseminación³.

La tabla 1 describe la distribución de los adenomas según su tamaño, tipo histológico y grado de displasia. La gran mayoría de ellos son < 1 cm, tubulares y con displasia leve².

Historia natural de los adenomas colorrectales

El conocimiento de la historia natural de los adenomas colorrectales es imprescindible para poder ofrecer un correcto tratamiento a estos pacientes. En la actualidad, está univer-

salmente aceptado que la gran mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan a partir de un epitelio adenomatoso. La hipótesis que describe el paso de epitelio normal a adenoma (displasia) y de éste a carcinoma, producto de la acumulación de múltiples alteraciones genéticas, se sostiene a partir de evidencias obtenidas en estudios epidemiológicos, clínicos y moleculares. La prueba más evidente de la asociación adenoma-carcinoma se deriva de los hallazgos obtenidos por el National Polyp Study⁴, en el que se demuestra una reducción de la incidencia de cáncer colorrectal en la población tratada mediante polipectomía endoscópica^{5,6}. Por otro lado, está bien documentado que, desde la transición de epitelio normal a adenoma y carcinoma, se sucede una acumulación de alteraciones genéticas que incluye la activación de oncogenes (*K-ras*) y la inactivación de genes supresores (*APC*, *DCC*, *p53*).

A partir de series endoscópicas o necrópsicas, se ha estimado que la prevalencia de adenomas entre poblaciones occidentales es del 25 y el 40%, respectivamente. A partir de estudios longitudinales de seguimiento de adenomas no resecados, se ha demostrado que los adenomas pueden aumentar de tamaño, permanecer estables o incluso llegar a desaparecer⁷. Globalmente, alrededor de un 5% de los adenomas presentará, si no se interviene, una transformación carcinomatosa. Se estima entre 5 y 10 años el tiempo necesario para que un pólipo de menos de 1 cm se transforme en un cáncer invasivo⁸. Los factores de riesgo para la aparición de un adenoma con displasia de alto grado son la edad del paciente, el tamaño de la lesión y la proporción de componente velloso^{1,9}.

La prevención del cáncer colorrectal debe concentrarse en la detección precoz de adenomas avanzados (lesiones > 1 cm, velloso o con displasia de alto grado), dado que son los que tienen una mayor probabilidad de progresar a cáncer.

Diagnóstico y tratamiento de los adenomas

Los adenomas colorrectales, en general, son clínicamente asintomáticos. Normalmente se diagnostican en el contexto de una endoscopia de cribado de cáncer colorrectal o acci-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3472606>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3472606>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)