

Colonoscopia

2ª edición



CÓDIGO QR



GASCTF21-49

Editores: • Enric Brullet
• Rafel Campo

Co-editor: • Carlos Dolz

Autores de Conceptos Generales / Gastroscopia: • Victòria Andreu¹ • Enric Brullet² • Claudia Consiglieri³ • Pilar García Iglesias²
• Esther García Planella⁴ • Montse García Retortillo⁵ • Jordi Guardiola³ • Manuela Hombrados⁶ • Gemma Ibáñez³ • Leticia Moreira⁷
• María Pellisé⁷ • Marta Piqueras⁸ • Veronica Pons⁹ • Ignasi Puig¹⁰ • Oriol Sendino⁷ • Francesc Vida¹⁰ • Rafel Campo²

Autores de Colonoscopia: • Cristina Álvarez⁵ • Montserrat Andreu⁵ • Victòria Andreu¹ • Francesc Balaguer⁷ • Xavier Bessa⁵ • Enric Brullet²
• Claudia Consiglieri³ • Henry Córdova⁷ • Esther García Planella⁴ • Montse García Retortillo⁵ • Jordi Guardiola³ • Manuela Hombrados⁶
• Gemma Ibáñez³ • Eva Martínez Bauer² • Laura Mora² • Leticia Moreira⁷ • Agustí Panadès¹¹ • María Pellisé⁷ • Marta Piqueras⁸
• Ignasi Puig¹⁰ • Francisco Rodríguez Moranta³ • Agustín Seoane⁵ • Xavier Serra² • Francesc Vida¹⁰ • Rafel Campo²

Revisores de la actualización de la 2ª edición de Colonoscopia (2019): Catalina Garau¹², Carlos Dolz¹²

Hospitales: ¹H. Viladecans, ²H. Sabadell (C.S.U. Parc Taulí), ³H.U. Bellvitge, ⁴H. San Pau, ⁵H. del Mar, ⁶H.U. Girona Dr. J. Trueta, ⁷H. Clínic, ⁸C.S.T. Terrassa, ⁹H.U. Vall d'Hebron, ¹⁰ALTHAIA X. A. Manresa, ¹¹C.I. Sagrada Família, ¹²H.U. Son Llatzer

©Fundación de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva
Edita: Ergon. C/ Arboleda, 1 - 28221 Majadahonda (Madrid)
ISBN: 978-84-17194-97-0
Depósito Legal: M-10739-2019



Casen Recordati no ha participado en la redacción de este material, por lo que el contenido, opiniones, afirmaciones o teorías expresados en él son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Preparación del colon

ESCALA DE BOSTON

	Colon derecho	Colon transverso	Colon izquierdo	Global
Grado de limpieza para cada segmento	0-3	0-3	0-3	0-9

- 0 Restos sólidos que impiden explorar toda la mucosa y no se pueden aspirar (exploración imposible).
- 1 Parte de la mucosa no explorada (exploración parcial).
- 2 Pequeños restos que permiten explorar toda la mucosa (exploración completa).
- 3 Ausencia de restos (exploración completa)

Lai E, et al. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2009; 60: 620-5.

ESCALA DE HAREFIELD

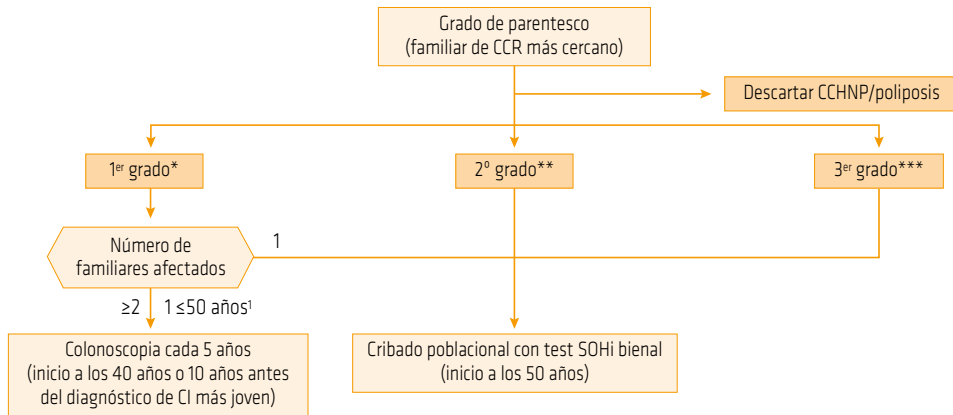
	Colon ascendente	Colon transverso	Colon descendente	Sigma	Recto
Grado de limpieza para cada segmento	0-4	0-4	0-4	0-4	0-4

- 0 Restos sólidos inaspirables.
- 1 Restos semisólidos parcialmente aspirables.
- 2 Pequeños restos semisólidos o líquido oscuro totalmente aspirables.
- 3 Restos líquidos claros
- 4 Colon vacío y limpio

Grado A: todos los segmentos con valoración 3 o 4 } Preparación aceptable
Grado B: un segmento o más con valoración 2 }
Grado C: un segmento o más con valoración 1 } Preparación inaceptable
Grado D: un segmento o más con valoración 0 }

Halphen M, et al. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2013; 78: 121-31.

Antecedentes familiares de CCR y/o adenoma colorrectal avanzado



*1er grado: padres, hermanos e hijos; **2º grado: tíos, abuelos, nietos y sobrinos. ***3er grado: primos y bisabuelos. CCR: cáncer colorrectal. CI: caso índice. CCHNP: cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis. SOHi: sangre oculta en heces inmunológica.

Pólipos y cáncer

Seguimiento de pólipos

Repetir a los 6 meses si:

- Sin intubación cecal
- Preparación insuficiente
- Resección incompleta
- Lesión de ≥ 20 mm sésil o plana con resección en fragmentos

Resección de lesiones colónicas

CAR si:

- ≥ 10 adenomas
- ≥ 5 pólipos serrados proximales
- ≥ 2 pólipos serrados ≥ 10 mm
- ≥ 10 pólipos con $\geq 50\%$ serrados
- SPS
- CCR pT1 resecado endoscópicamente

No requieren vigilancia endoscópica:¹

- 1-4 adenomas < 10 mm con DBG
- 1 lesión serrada < 10 mm sin displasia

Requieren vigilancia endoscópica:¹

- ≥ 1 adenoma ≥ 10 mm o con DAG
- ≥ 5 adenomas
- ≥ 1 lesión serrada ≥ 10 mm o con displasia

Circunstancias especiales:

- Lesión sésil o plana ≥ 20 mm, con resección fragmentada
- CCR resecado

- Cribado poblacional (preferentemente a los 10 años)
- Colonoscopia a los 10 años (si no hay cribado)

Colonoscopia a los 3 años

Colonoscopia al año y a los 4 años

Colonoscopia a los 5 años

Lesiones que requieren vigilancia

Colonoscopia a los 3 años

2 colonoscopias sin lesiones que requieran vigilancia

Fin de vigilancia

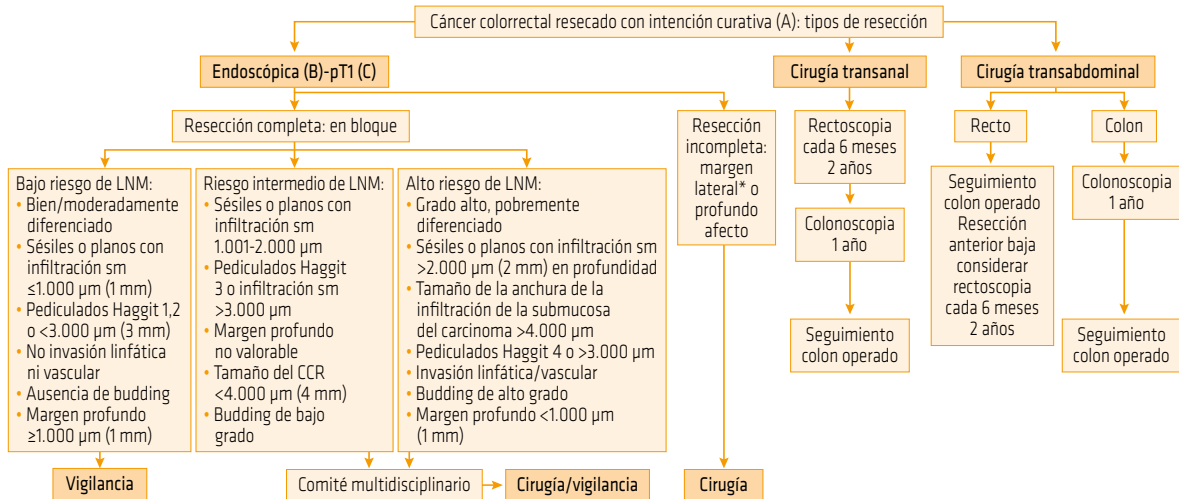
80 años (o 75 años si comorbilidad)

CAR: consulta de alto riesgo. CCR: cáncer colorrectal. DAG: displasia de alto grado. DGB: displasia de bajo grado. SPS: síndrome de poliposis serrada. *Guía de prevención y diagnóstico del cáncer colorrectal. Actualización 2018. Recomendaciones de vigilancia postpolipectomía de la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y la Sociedad Española de Epidemiología.*

¹Post-polypectomy colonoscopy surveillance: ESGE Guideline - Update 2020.

Pólipos y cáncer

Seguimiento de CCR resecado



(A) Si la colonoscopia diagnóstica no es completa se debe hacer colono-TAC antes de la cirugía o colonoscopia a los 3-6 meses después de la cirugía. (B) Hay que realizar tatuaje durante la colonoscopia o no más allá de dos semanas de la polipectomía. (C) Carcinoma limitado a la submucosa (pT1). LNM: Lymphoid Nodule Metastasis. Bajo riesgo LNM deben cumplirse todos los criterios. *En caso de margen lateral afecto se podría considerar seguimiento.

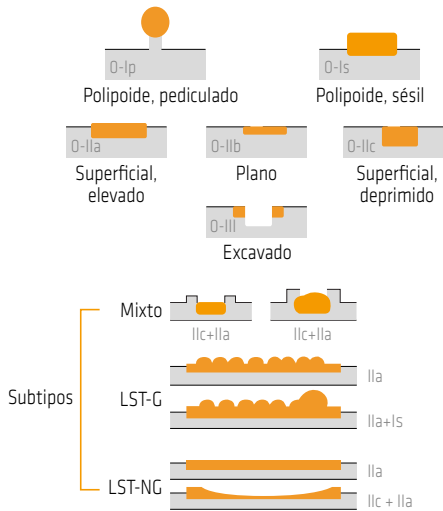
Pólipos y cáncer

CLASIFICACIÓN NICE

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Color	Igual o más claro que el entorno de la lesión 	Más amarronado que el entorno de la lesión 	Marrón a marrón oscuro en relación con el entorno y zonas más blancas a veces irregulares 
Vasos	Ninguna, o pueden estar presentes de forma aislada, puntiformes, a través de la lesión 	Vasos marrones que envuelven las estructuras blancas 	Área(s) de interrupción o vasos desaparecidos 
Patrón superficial	Manchas oscuras o blancas de tamaño uniforme o ausencia de patrón 	Oval, tubulares o estructuras blancas ramificadas rodeadas por vasos marrones 	Ausencia de patrón superficial 
Patología probable	Hiperplasia	Adenoma	Invasión SM profunda o cáncer
Tratamiento	Seguimiento	Polipectomía (REM/DES)	Cirugía

Pólipos y cáncer

CLASIFICACIÓN DE PARÍS



Gastrointest Endosc. 2003; 58: S3-43. *Gastrointest Endosc.* 2008; 68: S3-47.

PATRONES DE KUDO

Tipos	Esquema	Endoscopia	Descripción	Diagnóstico probable	Tratamiento
I			Criptas redondas y regulares	No neoplásico	Endoscópico o ninguno
II			Estrelladas o papilares	No neoplásico	Endoscópico o ninguno
III _L			Tubular grandes	Neoplásico	Endoscópico
III _s			Tubulares o redondas pequeñas	Neoplásico	Endoscópico
IV			Surcos, circunvalaciones, ramificadas o dentadas	Neoplásico	Endoscópico
VI			Distribución irregular de los tipos III _s , III _L y IV	Neoplásico (invasivo)	Endoscópico o quirúrgico
V _N			Irregulares, desestructurados	Neoplásico (invasión masiva submucosa)	Quirúrgico

Shin-ei Kudo, et al. Gastrointest Endosc. 1996; 44: 8-14. *Tanaka S, Gastrointest Endosc.* 2006; 64: 604.

Enfermedad inflamatoria intestinal

ÍNDICE SES-CD (E. CROHN)

	0	1	2	3
Tamaño de las úlceras	No	Aftas (Ø 0,1-0,5 cm)	Úlceras grandes (Ø 0,5-2 cm)	Úlceras muy grandes (Ø >2 cm)
Superficie ulcerada	Ninguno	<10%	10-30%	>30%
Superficie afectada	Ninguna	<50%	50-75%	>75%
Estenosis	No	Única, permite el paso	Múltiples, permiten el paso	No permiten el paso

SES-CD = LLI + colon derecho + colon transversal + colon izquierdo + recto

Daperno M, et al. *Gastrointest Endosc.* 2004; 60: 505-12.

ÍNDICE DE RUTGEERTS (RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA E. CROHN)

Grado	Hallazgos endoscópicos
i0	No lesiones en el íleon distal
i1	≤5 lesiones aftosas
i2	>5 lesiones aftosas con mucosa normal o lesiones dispersas más grandes, o lesiones confinadas a la anastomosis
i3	Ileítis aftosa difusa con mucosa difusamente inflamada
i4	Inflamación difusa con úlceras, nódulos o estenosis

Rutgeerts P, et al. *Gastroenterology.* 1990; 99: 956-63.

Enfermedad inflamatoria intestinal

ÍNDICE DE MAYO (COLITIS ULCEROSA)

Puntos	Lesiones
0	Normal o enfermedad inactiva
1	Enfermedad leve (eritema, disminución del patrón vascular, friabilidad leve)*
2	Enfermedad moderada (eritema evidente, ausencia de patrón vascular, friabilidad, erosiones)*
3	Enfermedad grave (hemorragia espontánea, ulceraciones)*

*Hallazgos en la rectosigmoidoscopia.

Schroeder KW, et al. *N Engl J Med.* 1987; 317: 1625-9.

ÍNDICE CDEIS (E. CROHN)

	Recto	Sigma y colon izquierdo	Colon transverso	Colon derecho	Íleon	TOTAL
Úlceras profundas (no = 0; sí = 12)						Total 1
Úlceras superficiales (no = 0; sí = 12)						Total 2
Superficie afectada por la enfermedad (en cm)						Total 3
Superficie afectada por úlceras (en cm)						Total 4

CDEIS <6: remisión endoscópica, <3: remisión endoscópica completa, disminución >5: respuesta

Total 1 + Total 2 + Total 3 + Total 4 = Total A

Número de segmentos explorados = n

Total A/n = Total B

Si estenosis ulcerada sumar 3 = C

Si estenosis no ulcerada sumar 3 = D

Total B + C + D = CDEIS.

Schroeder KW, et al. *N Engl J Med.* 1987; 317: 1625-9.

Colitis microscópica: linfocítica y colágena

- Colon ascendente (≥ 2), colon transversal (≥ 2), colon descendente (≥ 2) y colon sigmoide (≥ 2) + biopsias de lesiones endoscópicas visibles.

Enfermedad inflamatoria intestinal

Diagnóstico inicial:

- Íleoncolonoscopia: ≥ 2 biopsias de los 6 segmentos (íleon, colon ascendente, colon transversal, colon descendente, colon sigmoide y recto).
- Si hay sospecha de afectación alta (esofagogastroduodenal): ≥ 2 biopsias de esófago, ≥ 2 de estómago y ≥ 2 de duodeno.

Cribaje de displasia:

- Las lesiones endoscópicamente visibles se han de biopsiar o resear.
- Dos aproximaciones:
 - A. Cromoendoscopia con tinción pancolónica y biopsias dirigidas.
 - B. Colonoscopia convencional (si no se dispone de cromosendoscopia): biopsias de 4 cuadrantes cada 10 cm desde el ciego hasta el recto, con un mínimo de 33 biopsias.

Pouchitis:

- Múltiples biopsias del reservorio y asa aferente.