

LESIONES PREMALIGNAS DEL COLON

Dra. Marjori Cjuno Mendoza
Medico Gastroenteróloga IREN SUR

LESIONES PREMALIGNAS

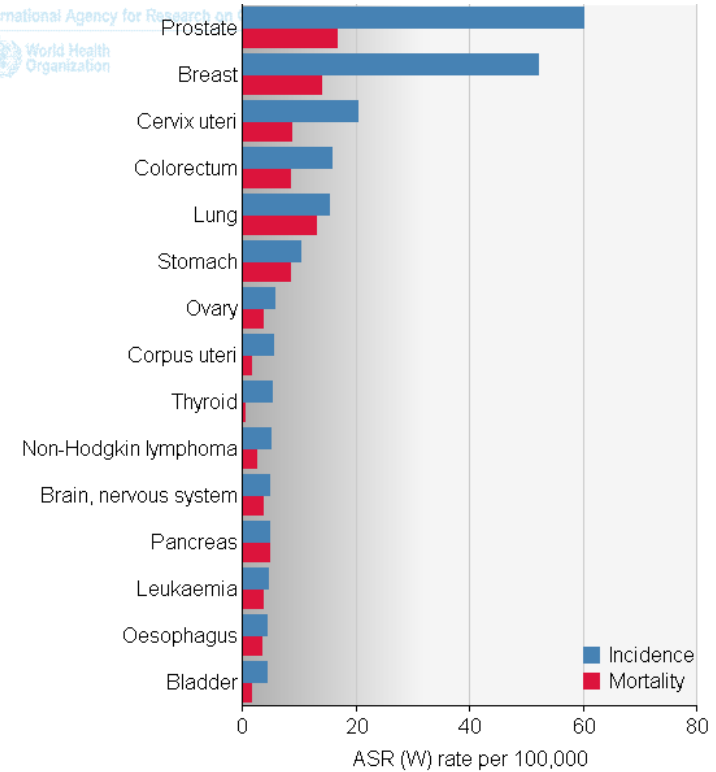
- **DEFINICION:**
- **Patologías (lesiones) subyacentes en las que puede desarrollarse el cáncer**

IMPORTANCIA

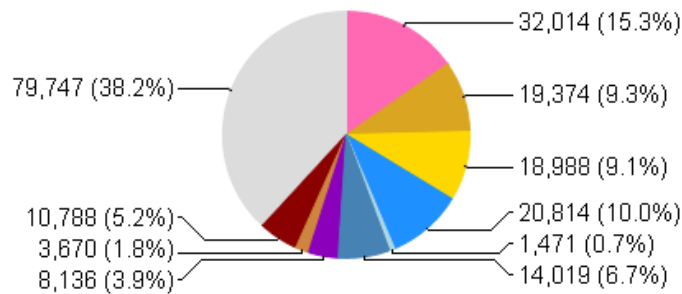
- La **identificación y vigilancia** de estas lesiones, permiten la **detección oportuna y tratamiento temprano** de las neoplasias malignas del tubo digestivo.

CANCER DE C

- Sudamérica: 4° lugar en incidencia y mortalidad (ambos sexos)

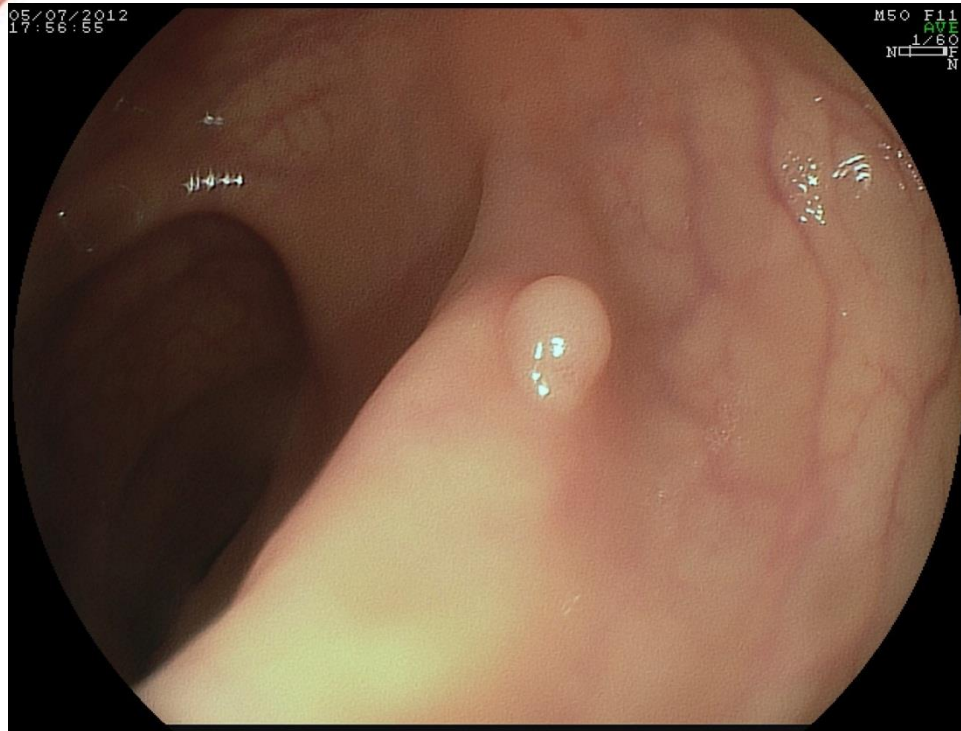
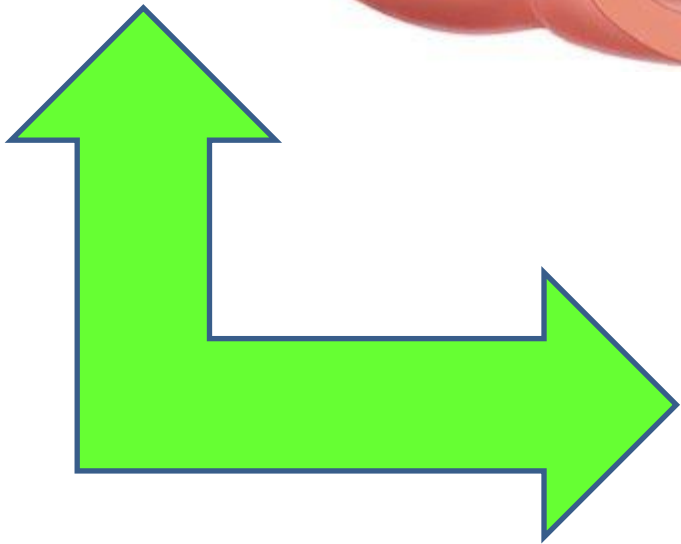
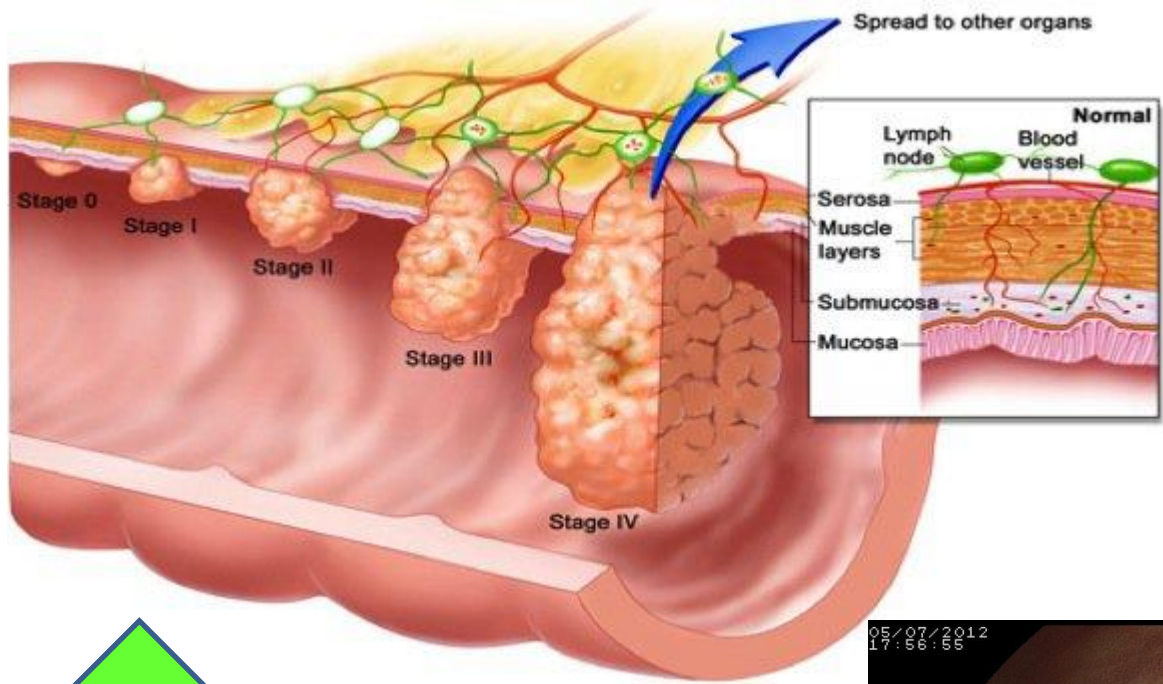


Mortality



- Breast
- Cervix uteri
- Colorectum
- Lung
- Thyroid
- Stomach
- Ovary
- Corpus uteri
- Pancreas
- Other and unspecified



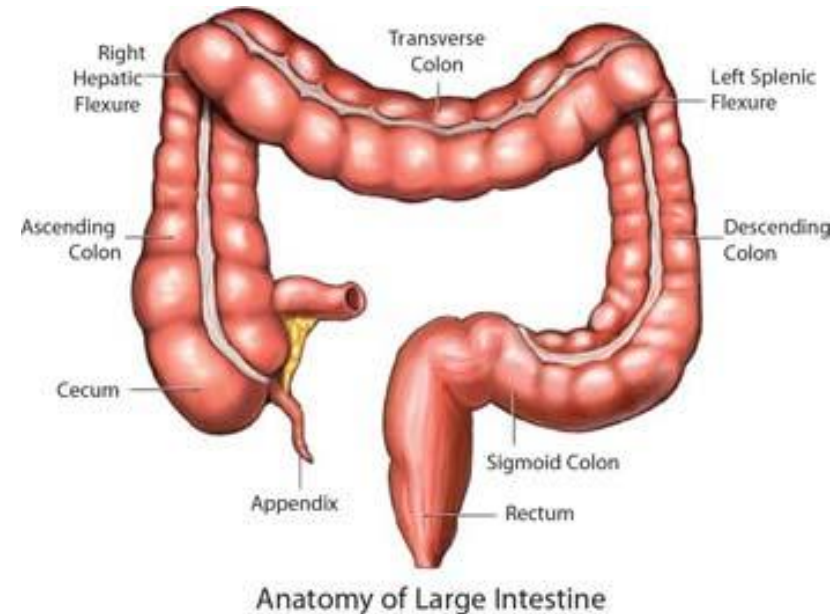
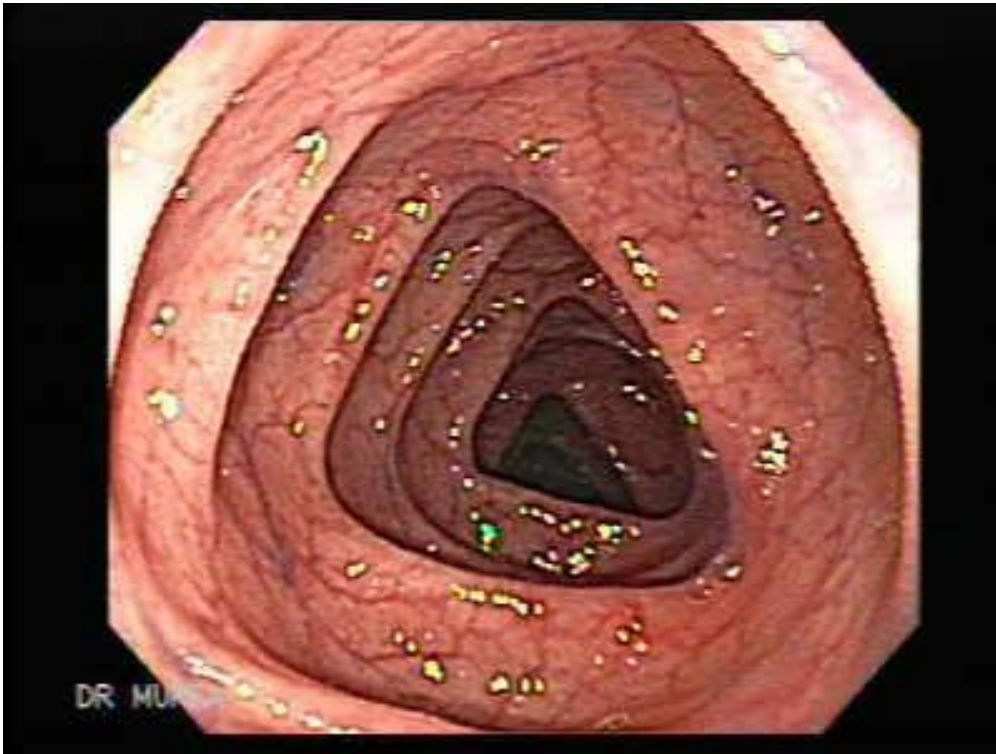


- . El cancer Colorectal (CCR) es un tumor que se desarrolla de la progresion de lesiones premalignas (hereditarias o adquiridas).
- - 70% de los CCR son esporadicos (factores geneticos no identificados)
- - Personas > de 50 años, tienen un riesgo de desarrollar CCR de 5%
- - Riesgo aumenta a 10-15% si: Historia de adenomas/polipo serrato sesil, enf inflamatoria intestinal o historia familiar

- El screening de CCR **reduce la incidencia y/o mortalidad**, por lo que **es recomendable**. Screening a **los 50 años, o 40 años** si hay antecedentes familiares.
- Colonoscopia, (Gold Estándar) mecanismos:
 - 1.- **Remoción** de pólipos adenomatosos y detección temprana de CCR.
 - 2.- **Estratificación del Riesgo**: Alto y Bajo riesgo.

COLONOSCOPIA DE CALIDAD:

- Colonoscopia completa con inspección minuciosa.
- Limpieza colonica adecuada
- Lesiones completamente **removidas** y enviadas para examen histológico (EMR_ESD)



Lesiones precancerosas (PREMALIGNAS) en el colon

- 1.- POLIPOS O ADENOMAS: Lesión mas frecuente
- 2.- Condiciones potencialmente premalignas:
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis Ulcerativa, Crohn
 - Síndromes hereditarios: Poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Peutz-Jeghers, poliposis Juvenil

POLIPO:

lesión de crecimiento
localizado que protruye
hacia la luz intestinal.



TIPOS DE POLIPOS

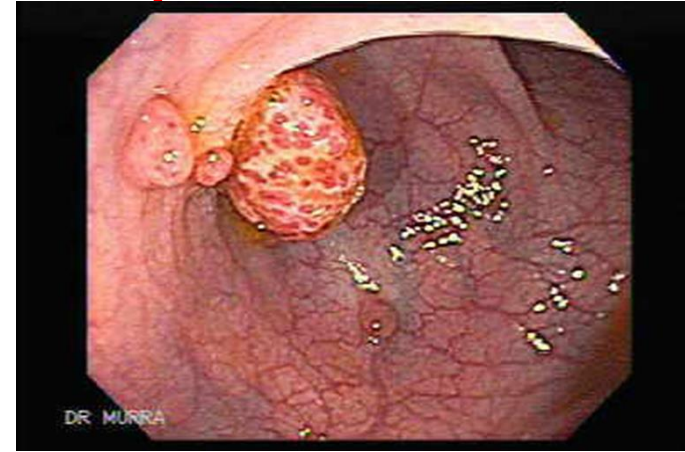
1.-ADENOMA CONVENCIONAL(85-90%)

2.- ADENOMAS SERRATOS (10-15%)

- POLIPOS HIPERPLASICOS (80-90%)
- ADENOMA SERRATO TRADICIONAL (1-5%)
- ADENOMA SERRATO SESIL (15-20%)
- POLIPOS MIXTOS (1%)

POLIPOS ADENOMATOSOS (ADENOMA CONV)

- Es el precursor de casi todos los CCR esporadico
- Neoplasia de la mucosa con **potencial maligno**. Todos los adenomas tienen un grado de **DISPLASIA**.
- Son asintomaticos
- Prevalencia 15-30 %, en screening, población general. Hasta 40% en > de 60 años
- Histologicamente : Tubular, tubulo veloso, Vellosos
- Mas de 90% no progresan a cancer



- **Riesgo de transformacion a cáncer** es 0.25 % por año.
- - Tamaño:
- 1% en adenomas < 1cm
- 10% en 1 – 2 cm
- 50% en > 2 cm
- - Histología: tubulovelloso; veloso y displasia de alto grado riesgo 50%
- «adenoma avanzado»

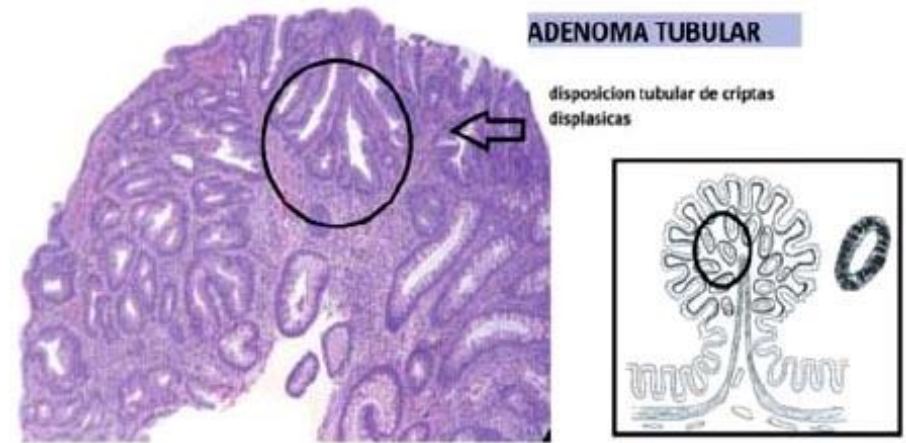


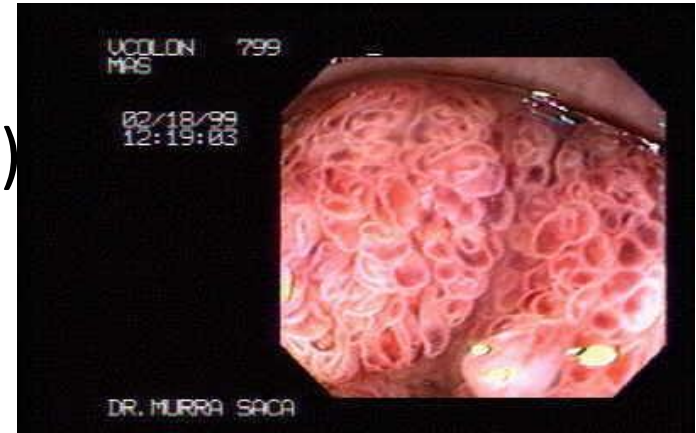
Fig 2.- Adenoma tubular

POLIPOS SERRATOS

Originan 10-15 % CCR esporadicos

Subtipos:

- 1.- Polipos hiperplasicos (80-90%)
- 2.- Polipos sésiles serrados
- 3.- Polipos Mixtos
- 4.- Adenomas serrados tradicionales



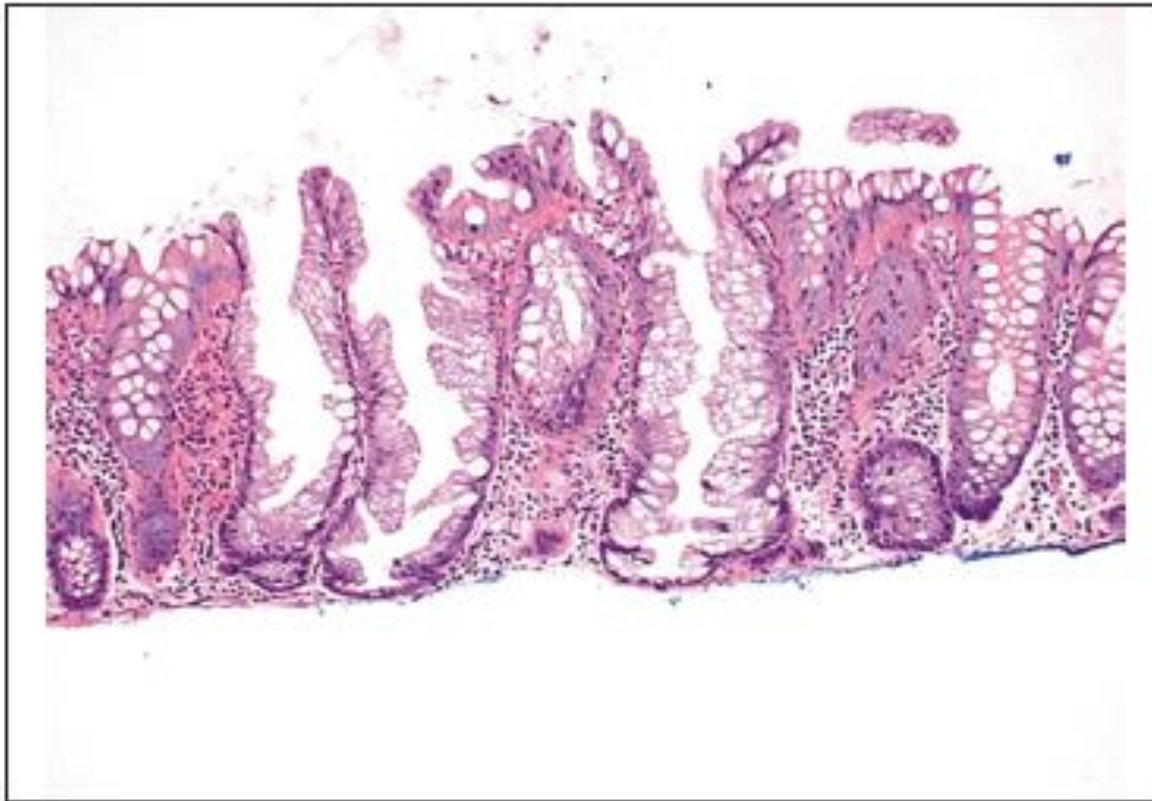
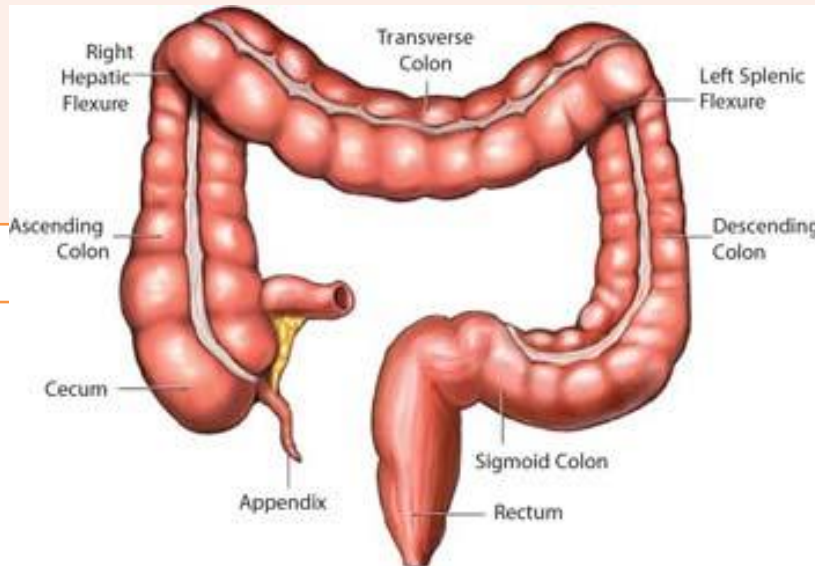


Figure 2. Sessile serrated adenoma.

Glands are serrated, branching laterally along muscularis mucosa. The glands are dilated down to the crypt base (hematoxylin–eosin, original magnification 10×).

CARACTERISTICAS DE LOS POLIPOS

TIPO DE POLIPO	LOCALIZACION	TAMAÑO	CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	RIESGO DE CANCER
ADENOMA CONVENCIONAL	COLON IZQUIERDO Y RECTO	VARIABLE	TUBULAR TUBULO VELLOSO VELLOSO GRADO DE DISPLASIA VARIABLE	BAJO RIESGO (1%): <1CM, ≤2pol/tubular/d isplasia de bajo grado ALTO RIESGO (30-50%): ≥1cm/>3pol/velloso/displasia de alto grado



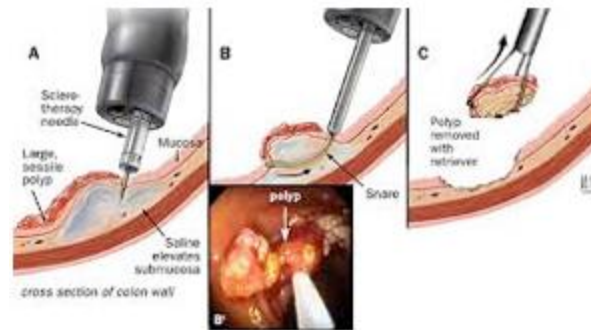
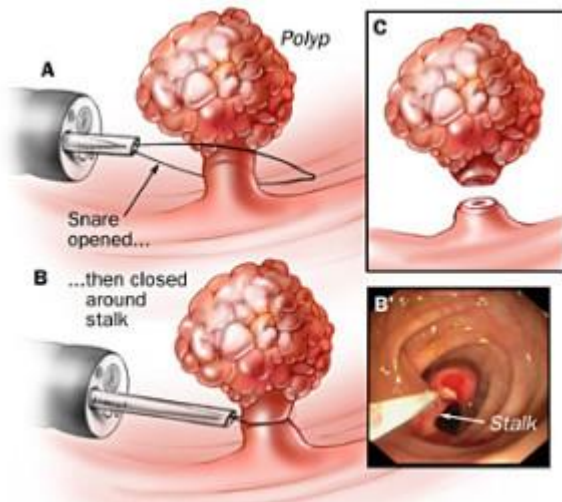
Anatomy of Large Intestine



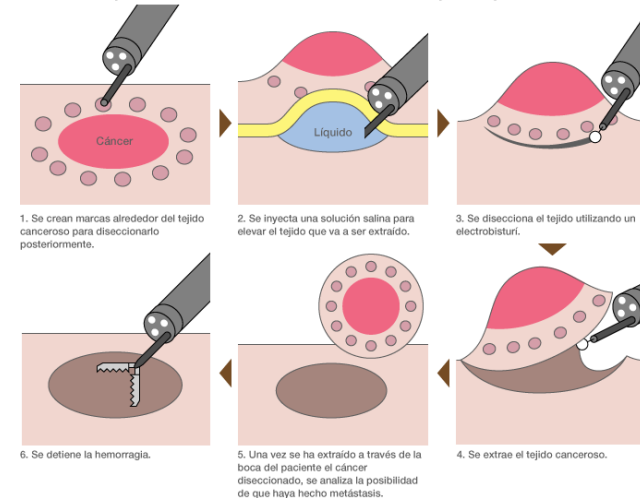
TIPO DE POLIPO	LOCALIZACION	TAMAÑO	CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS	RIESGO DE CANCER
ADENOMA SERRATOS				
POLIPO HIPERPLASICO (80-90%)	COLON IZQUIERDO Y RECTO	<5 MM	SIN ATIPIA NI DISPLASIA	NO
ADENOMA SERRATO TRADICIONAL(1-5%)	COLON IZQUIERDO Y RECTO	VARIABLE	PEDICULADOS, PRESENCIA DISPLASIA O NEOP INTRAEPITELIAL	IGUAL A ADENOMA CONVENCIONAL
ADENOMA SERRATO SESIL(15-20%)	COLON DERECHO	>5 MM	SESIL, NO DISPLASIA	RIESGO PRESENTE, GRADO DESCONOCIDO
POLIPOS MIXTOS(1%)	COLON DERECHO	VARIABLE	COMBINACION DE ADENOMA CONVENCIONAL Y SERRATO	VARIABLE

COLONOSCOPIA

- Screening a **los 50 años, o 40 años** si hay antecedentes familiares.
- Colonoscopia, (Gold Estándar) mecanismos:
 - 1.- **Remoción** de pólipos adenomatosos y detección temprana de CCR.
 - 2.- **Estratificación del Riesgo**: Alto y Bajo riesgo.

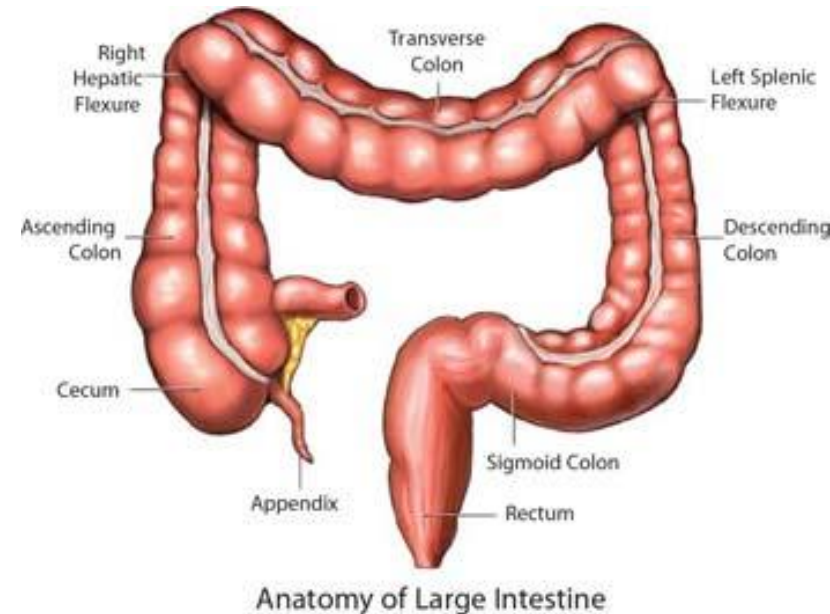
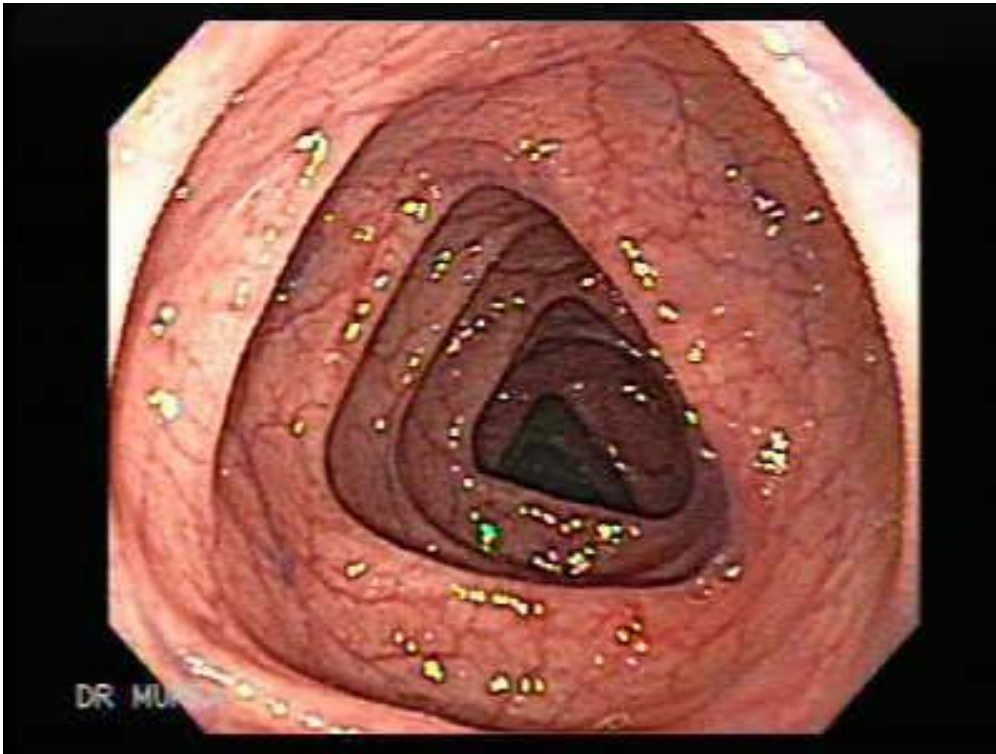


La Disección Submucosa Endoscópica aumenta la posibilidad de tratar el cáncer en una etapa temprana



COLONOSCOPIA DE CALIDAD:

- Colonoscopia completa con inspección minuciosa.
- Limpieza colonica adecuada
- Lesiones completamente **removidas** y enviadas para examen histológico (EMR_ESD)



BAJO RIESGO:

- 1-2 adenomas tubulares < 10 mm , con displasia de bajo grado
- Pólipos serrados <10 mm sin displasia

ALTO RIESGO

- Adenoma con histología vellosa “O” Displasia de alto grado “O” $\geq 10\text{mm}$
- ≥ 3 adenomas
- Pólipos serrados ≥ 10 mm O con displasia.

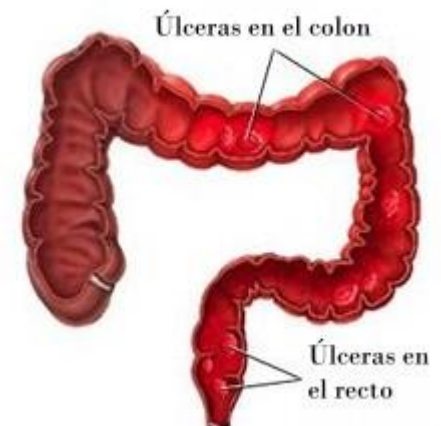
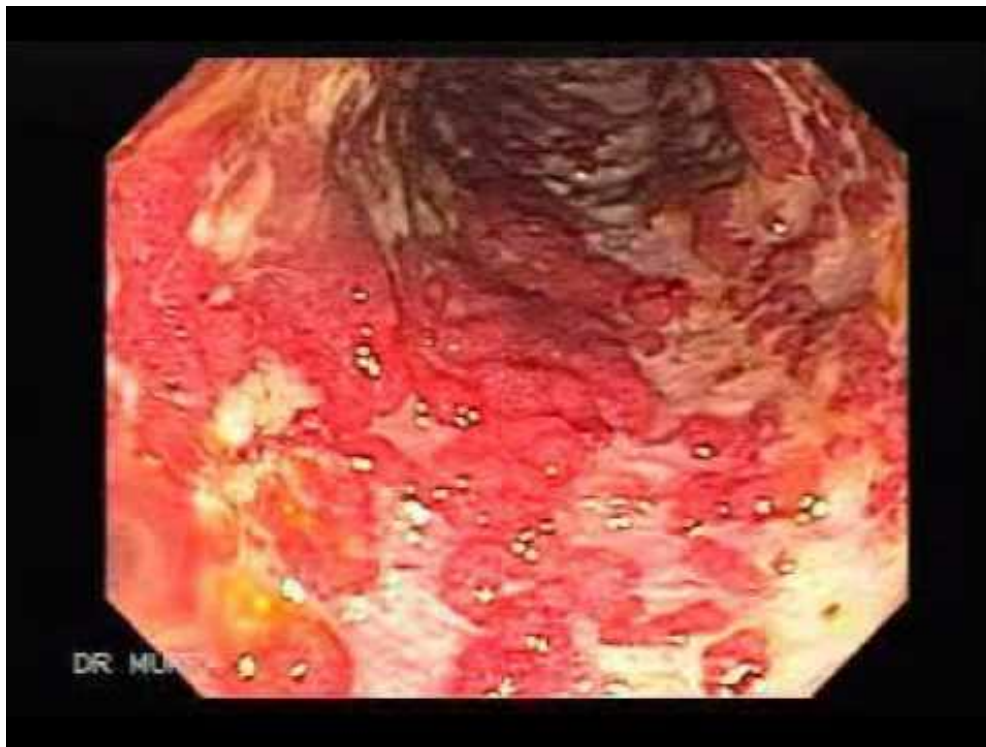
VIGILANCIA

- Sin antecedente:s Colonoscopia C/10 AÑOS, thevenon anual
- BAJO RIESGO: Colonoscopia c/5 años
- ALTO RIESGO: 3 años, si es negativo luego c/5 años

Lesiones precancerosas en el colon

- 1.- ADENOMAS: Lesion mas frecuente
- 2.- Condiciones potencialmente premalignas:
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis Ulcerativa, Crohn
 - Sindromes hereditarios: Pliposis adenomatosa familiar, Sindrome de Peutz-Jeghers, poliposis Juvenil

- Enfermedad inflamatoria intestinal: Colitis Ulcerativa, Crohn, mayor riesgo depende de extensión y duración.
- Vigilancia :8-10 año del inicio de los síntomas y anual



- POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

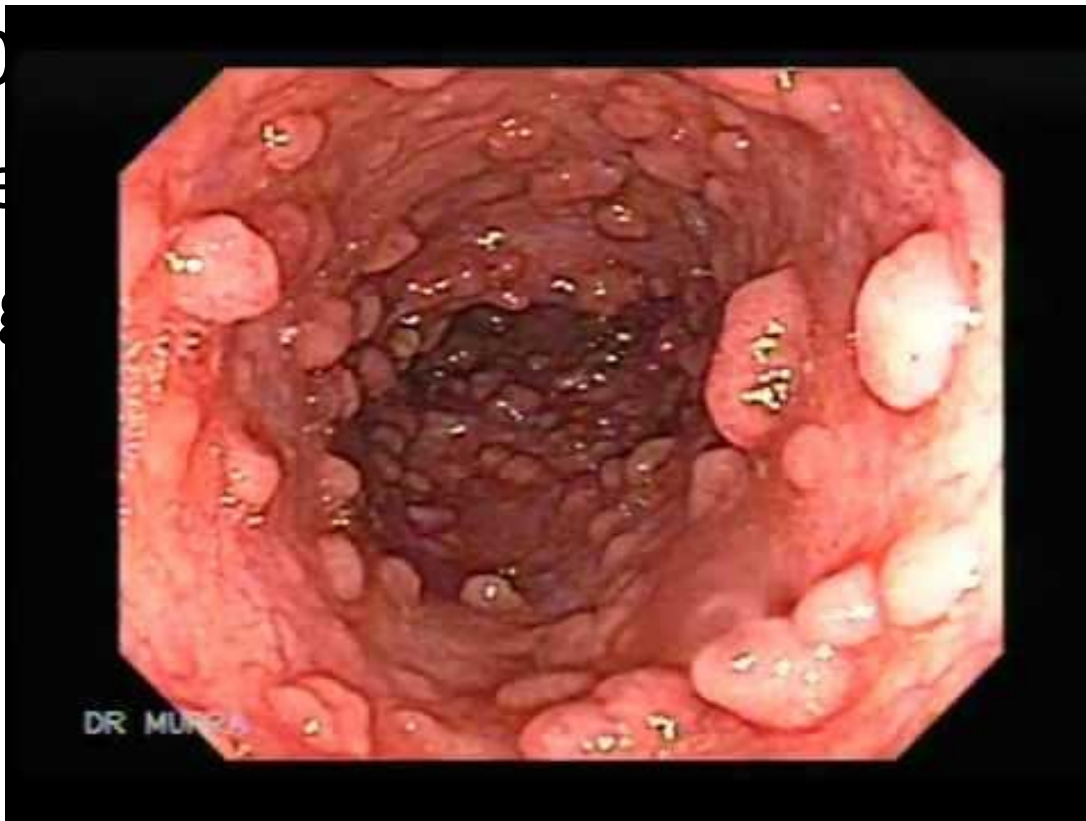
- Prevalencia 1/10 000

- Riesgo de cancer hasta 100% sin colectomia

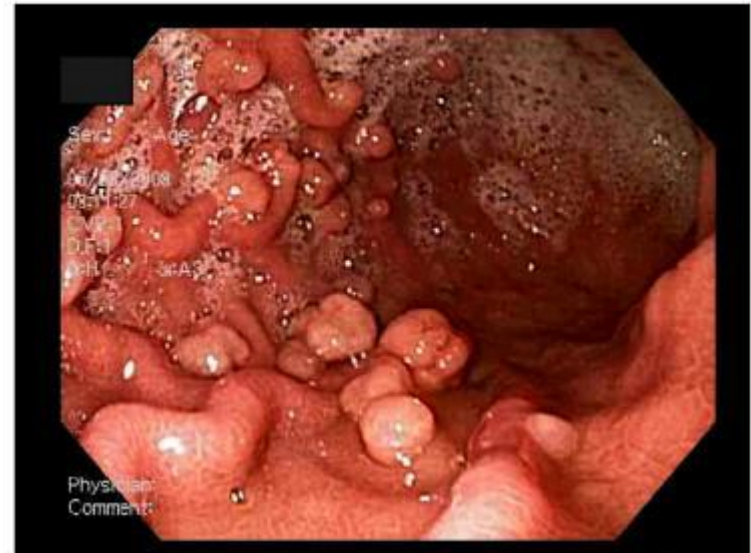
- 10

- De

- Vigilancia y anual



- SINDROME DE PEUTZ JEGHERS, SINDROME DE POLIPOSIS JUVENIL
- POLIPOS HAMARTOMATOSOS
- AUMENTO DE RIESGO DE CANCER DE COLON Y OTROS
- Vigilancia: inicia a los 15-20 años , c 2-3 años



- Gracias

