

NBI Y POLIPOS DE COLON.

Gustavo E. Yasin L.
Gastroenterología, Endoscopia Biliopancreática
Hospital Salamanca,
Centro Médico El Valle
Nueva Esparta, Venezuela.

La innovación tecnológica representa una herramienta esencial para mejorar el acierto diagnóstico de la endoscopia digestiva. La evolución de la endoscopia muestra el uso de equipos de luz blanca halógena, luz potente de xenon, endoscopios con magnificación óptica², el uso de tinción con colorantes (cromoscopia¹) para lograr el realce de elementos estructurales de la mucosa, magnificación digital electrónica^{2,3,4}, combinación de cromoscopia con magnificación óptica o electrónica y en la actualidad, los principales fabricantes han innovado todas estas prestaciones tecnológicas incorporándolas a equipos de alta definición de imagen, lo que a su vez ha permitido apreciar in vivo, mayor detalle de las estructuras normales y de sus alteraciones⁵, permitiendo al endoscopista detectar precozmente signos sugestivos de malignidad potencial antes de obtener el reporte histopatológico de una lesión, así como la correcta demarcación⁶ de las lesiones y su diferenciación de la mucosa sana. Adicionalmente hoy se ha logrado por medio de filtros, seleccionar las longitudes de onda de la luz con que se expone el área a estudiar y observar mejor las capas de la mucosa según su profundidad y la penetración de la luz, logrando sin aplicar ningún colorante, resaltar detalles vasculares, angiogénesis, estructuras glandulares, mediante cromoscopia óptica y electrónica⁴, combinada o no con magnificación (Fujinon FICE, Olympus NBI, Pentax i-scan).

El primer estudio clínico sobre el diagnóstico de tumores gastrointestinales con tecnología NBI (narrow band image) fue reportado por Sano⁹ et al en 2001. Sus observaciones

mostraron la mejor visualización del patrón vascular de los pólipos colo-rectales con NBI que con endoscopios de luz blanca, dando bases a un estudio piloto¹⁰.

El cáncer colorectal es una importante causa de mortalidad⁷ por cáncer y su incidencia en algunos países se ha incrementado recientemente. Para el eficaz despistaje de lesiones cancerosas o potencialmente malignas de colon es necesaria la evaluación detallada de la mucosa⁸, con la adecuada preparación del colon antes de la colonoscopia, el conocimiento de la estructura y distribución microvascular mucosal, su patrón criptico y glandular, así como sus alteraciones y correlación patológica. La detección precoz de estas lesiones permite al endoscopista ofrecerle mejores opciones terapéuticas y de sobrevida a los pacientes.

Por otro lado, la caracterización cada vez más detallada de las lesiones mucosales del tracto digestivo ha permitido señalar algunas lesiones como sospechosas y a otras se les ha restado esta peculiaridad. Los endoscopios de luz blanca permiten discriminar menor cantidad de lesiones neoplásicas de colon que el sistema de NBI¹⁰. Esta es la base actual de las biopsias dirigidas, en esófago de Barrett¹¹, y la selección de áreas con posible displasia para muestreo de lesiones sospechosas. En cáncer de colon, el tratamiento y prevención de lesiones precoces consiste en su resección mediante polipectomía o resección mucosal. Cualquier procedimiento de endoscopia terapéutica lleva adheridos riesgos. En polipectomía¹² de colon, estos riesgos dependen del tamaño de

la lesión, su ubicación (recto, colon izquierdo, colon derecho), la habilidad del endoscopista, la técnica empleada y los accesorios. La resección de las lesiones sin potencial maligno, también llevan consigo los mismos riesgos. Es decir, una lesión benigna puede sangrar o ser asiento de perforación durante su resección endoscópica, sin que esto tenga atenuantes al revisar la histología sin malignidad. La tecnología NBI^{13,14}, disponible hoy en día en casi toda Venezuela, permite categorizar lesiones de colon y diferenciar su posible carácter neoplásico o no, desistiendo durante la colonoscopia de la indicación de reseccarlas, omitiendo los riesgos, que justificablemente se asumen con las lesiones verdaderamente sospechosas, también identificables in vivo con las imágenes de estos endoscopios.

El aprovechamiento óptimo de la tecnología será mejor en la medida en que el entrenamiento visual con cada técnica sea apropiado y se respeten los estándares y clasificaciones vigentes. Aunque es fácil reconocer las estructuras vasculares y los patrones cripticos con estas ópticas, es muy necesario el dominio de la micro estructura mucosal (vascular y glandular), de las clasificaciones actuales y de los métodos propiamente dichos. La tecnología moderna, sin la adecuada interpretación de sus extraordinarias imágenes resultará en un desperdicio y posiblemente en confusión, mientras que su uso con conocimiento y soporte con respeto de la nomenclatura, dará buenos aciertos en materia de diagnóstico y selección de lesiones susceptibles de ser extirpadas endoscópicamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kida M, Kobayashi K, Saigenji K. Routine chromoendoscopy for gastrointestinal diseases: indications revised. *Endoscopy*. 2003;35:590-596.
2. Goda K, Tajiri H, Ikegami M, Yoshida Y, Yoshimura N, Kato M, Sumiyama K, Imazu H, Matsuda K, Kaise M, et al. Magnifying endoscopy with narrow band imaging for predicting the invasion depth of superficial esophageal squamous cell carcinoma. *Dis Esophagus*. 2009;22:453-460.
3. Kuraoka K, Hoshino E, Tsuchida T, Fujisaki J, Takahashi H, Fujita R. Early esophageal cancer can be detected by screening endoscopy assisted with narrow-band imaging (NBI) Hepatogastroenterology. 2009;56:63-66.
4. Nakayoshi T, Tajiri H, Matsuda K, Kaise M, Ikegami M, Sasaki H. Magnifying endoscopy combined with narrow band imaging system for early gastric cancer: correlation of vascular pattern with histopathology (including video) *Endoscopy*. 2004;36:1080-1084.
5. Tajiri H, Niwa H. Proposal for a consensus terminology in endoscopy: how should different endoscopic imaging techniques be grouped and defined? *Endoscopy*. 2008;40:775-778.
6. Kaise M, Kato M, Urashima M, Arai Y, Kaneyama H, Kanzazawa Y, Yonezawa J, Yoshida Y, Yoshimura N, Yamasaki T, et al. Magnifying endoscopy combined with narrow-band imaging for differential diagnosis of superficial depressed gastric lesions. *Endoscopy*. 2009;41:310-315.
7. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for colorectal cancer: a targeted, updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008;149:638-658.
8. Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, Levin B, Byers T, Rothenberger D, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. Also: update 2001--testing for early lung cancer detection. *CA Cancer J Clin*. 2001;51:38-75.
9. Sano Y, Saito Y, Fu KI, Matsuda T, Uraoka T, Kobayashi N, Ito H, Machida H, Iwasaki J, Emura F, et al. Efficacy of Magnifying chromoendoscopy for the differential diagnosis of colorectal lesions. *Dig Endosc*. 2005;17:105-116
10. Machida H, Sano Y, Hamamoto Y, Muto M, Kozu T, Tajiri H, Yoshida S. Narrow-band imaging in the diagnosis of colorectal mucosal lesions: a pilot study. *Endoscopy*. 2004;36:1094-1098
11. Anagnostopoulos GK, Yao K, Kaye P, Hawkey CJ, Ragunath K. Novel endoscopic observation in Barrett's oesophagus using high resolution magnification endoscopy and narrow band imaging. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007 Aug 1;26(3):501-7.
12. Consolo P, Luigiano C, Strangio G, Scaffidi MG, Giacobbe G, Di Giuseppe G, Zirilli A, Familiari L. Efficacy, risk factors and complications of endoscopic polypectomy: ten year experience at a single center. *World J Gastroenterol*. 2008 Apr 21;14(15):2364-9.
13. Emura F, Saito Y, Ikematsu H. Narrow-band imaging optical chromocolonoscopy: Advantages and limitations. *World J Gastroenterol*. 2008 Aug 21;14(31):4867-72.
14. Uraoka T, Saito Y, Matsuda T, Ikehara H, Mashimo Y, Kikuchi T, Saito H, Sano Y and Saito D. Detectability of Colorectal Neoplastic Lesions Using Narrow-Band Imaging (NBI) System: A Prospective Pilot Study. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008;23:1810-1815