

Clasificación de París de las lesiones superficiales del tracto digestivo

Eduardo Maiza R.¹

The Paris classification of superficial lesions in the digestive tract

Introducción

Las lesiones superficiales del estómago fueron inicialmente clasificadas en la década del 1960 por la escuela japonesa para el cáncer gástrico incipiente. La rigurosidad japonesa las validó para cáncer gástrico en su país y, posteriormente, la aplicaron al tubo digestivo bajo. No obstante, no fue adoptada en occidente, debido a que esta subdivisión parecía artificial, compleja, y sólo válida para las lesiones que serían propias de los orientales.

Sin embargo, esa afirmación se sostenía en las llamadas diferencias oriente- occidente de las neoplasias digestivas, que se basaban en diferencias endoscópicas e histopatológicas.

Primero, los endoscopistas occidentales fundamentaban la toma de decisiones en sus enfermos basándose en el tamaño, localización e histología de las lesiones. En cambio, en Oriente lo que determinaba la toma de decisiones era el análisis cuidadoso de las características endoscópicas. Para ello describían el carácter elevado, plano o deprimido de las lesiones; la observación era facilitada mediante el uso de colorantes (cromoendoscopia) y magnificación.

Segundo, las diferencias de diagnósticos histopatológicos. En Oriente el diagnóstico de cáncer se hacía según caracteres citológicos, y en Occidente, con aquellos más bien arquitecturales, por lo que el diagnóstico de las lesiones neoplásicas intramucosas era diferentes.

Dos hechos vinieron a modificar este paradigma: 1) La clasificación de Viena¹ que fue un consenso histopatológico, definiendo los criterios de invasión para las lesiones intramucosas digestivas; y 2) La detección en población occidental de las lesiones precoces descritas en Oriente².

Es así que en diciembre del 2002, un grupo de expertos de Occidente y Oriente, se reúne en París para concordar una terminología común, la que se publica en la revista *Gastrointestinal Endoscopy* un año más tarde, siendo conocida como la Clasificación endoscópica de París de las lesiones superficiales del tracto digestivo^{3,4} (LSTD). Destaca que es aplicable

a todo el tubo digestivo, con algunas singularidades para cada órgano, definiendo conductas terapéuticas en función de la descripción endoscópica. Esta clasificación se complementa con el análisis del patrón de orificios glandulares^{5,6} (Patrón de Kudo, o en inglés “*pit-pattern*”) y del patrón vascular de las lesiones elevadas detectadas por NBI o FICE, que no serán discutidos en esta revisión.

Descripción de la clasificación de las lesiones superficiales del tracto digestivo³

Las lesiones superficiales de tracto digestivo (LSTD) son aquellas surgidas de la mucosa, que se extienden en la mucosa o por debajo de ella hasta la submucosa.

Las lesiones neoplásicas del tracto digestivo se dividen macroscópicamente en precoces y avanzadas, siendo el límite la submucosa. Las precoces se denominan grado 0, al igual que la clasificación para lesiones precoces gástricas de los japoneses del siglo pasado. Las avanzadas se denominan según Borrmann en grado I al V. El compromiso submucoso implica el riesgo de metástasis ganglionares regionales o a distancia, que es mayor a medida que se acerca a la muscular propia. Así, la clasificación y la denominación, reflejan la evolución y progresión natural de estas lesiones desde su estado más precoz al avanzado, discriminando y alertándonos de morfologías más agresivas, por ejemplo, las lesiones deprimidas.

Las lesiones superficiales se separan en tres grupos (Figura 1), denominados 0-I, 0-II, 0-III, si son **elevadas, planas o deprimidas**, respectivamente. Para ser **elevadas**, éstas deben tener una altura mayor de 2,5 mm por encima de la mucosa (comparar con pinzas de biopsias cerrada). Las **deprimidas** tienen una depresión que es dos veces mayor que el grosor de la mucosa. Esto es verdadero para las lesiones de Barrett, estómago y colon. En esófago las lesiones elevadas son menores, de sólo 1,2 mm (1 paleta de la pinza), y las deprimidas de 0,6 mm (la mitad de la paleta de una pinza estándar de biopsias).

¹Profesor Adjunto
Facultad de Medicina
Universidad de Chile.
Jefe Departamento de
Gastroenterología y
Endoscopia
Clínica Las Lilas,
Santiago de Chile.

Recibido: 29 de abril
de 2011
Aceptado: 09 de mayo
de 2011

Correspondencia a:

Dr. Eduardo Maiza
Rodríguez
Eliodoro Yáñez 2087,
Santiago.
Teléfono:
(02) 352 15 74
E-mail: endoscopia@
clinalilas.cl

Clasificaciones en Gastroenterología

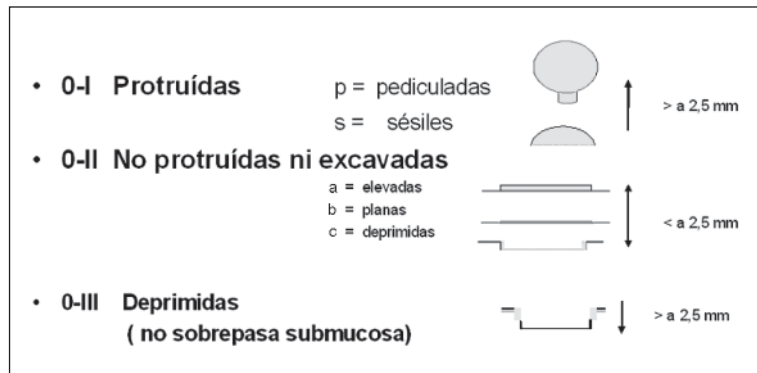


Figura 1. Clasificación macroscópica de las lesiones superficiales del colon. Con permiso de Sociedad Chilena de Gastroenterología; de Maiza E⁹. *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades digestivas: Lesiones superficiales del colon, incluyendo los pólipos colónicos*. 2008. pp. 224.

Las **lesiones protruidas (0-I)** pueden ser descritas como pediculadas (p) o sésiles (s), siendo definidas por la relación entre la altura (eje vertical) y la base (eje horizontal). Si es > 2 son pediculadas y si es < 2 , es sésil. Las formas intermedias no son significativas y se tratan como sésiles.

Las **lesiones planas (0-II)** del esófago de Barrett, estómago y colon pueden ser planas o levemente elevadas (menor de 2,5 mm), o deprimidas (menor de 2,5 mm). Las lesiones 0-II c son frecuentes en los tres órganos.

Las **lesiones deprimidas (0-III)** presentan una depresión que alcanza hasta la submucosa próxima a la muscular propia, $> 2,5$ mm, siendo muy frecuentes en esófago y en estómago, pero inexistentes en colon. (Figuras 1 y 2).

También pueden observarse combinaciones de estos tipos, siendo nombrada primero la característica predominante ej: IIa + IIc, o IIc + IIa.

La **cro-moendoscopia** es el uso de colorantes, especialmente útil en la caracterización de las lesiones planas, delimitando su "cartografía": altura, bordes, límites, tipo de depresión y textura de su superficie. En el caso del esófago se usa Lugol al 1,5 a 2% para definir los bordes. En esófago, estómago y colon se usa índigo carmín al 0,2 o 0,4 % .

En estómago y colon –incluyendo el esófago de Barrett– la cro-moendoscopia acoplada a magnificación es fundamental para determinar el patrón de Kudo, y en las lesiones 0-II c, el tipo de depresión, las que sugieren el tipo histológico y la mayor probabilidad de compromiso submucoso, que al ser diagnosticadas, desaconsejaría la resección endoscópica⁶.

Las clasificaciones de las lesiones superficiales no son aplicables a lesiones inflamatorias, ni a metaplasia intestinal.

Utilidad de la clasificación de LSTD

En primer lugar establece un lenguaje común de acuerdo a los estándares mínimos de la nomenclatura en endoscopia. En segundo lugar, define por el aspecto macroscópico de riesgo de progresión neoplásica y de invasión submucosa^{7,8}, y finalmente nos señala las limitaciones y contraindicaciones de la resección endoscópica de lesiones superficiales. Es así que lesiones pequeñas del tipo II c no deberían ser resecadas sin electrocoagulación.

El reconocimiento de estas lesiones define el lugar a biopsiar para obtener el diagnóstico de carcinoma. Por ejemplo, en las lesiones 0-II c, la biopsia debe ser en el lecho lesional, en cambio en las lesiones 0-III debe tomarse de los bordes de la lesión. Hay que recordar que las biopsias no deben ser perpendiculares, para evitar la fibrosis del lecho lesional, que podría impedir o dificultar su resección endoscópica.

Validación

A pesar a la resistencia a su uso, esta clasificación ha demostrado que las lesiones incipientes existen también en occidente, y que el reconocimiento de las lesiones planas levemente deprimidas conlleva un riesgo aumentado de evolución carcinomatos⁷.

Limitantes

Aunque no señaladas en forma expresa, las lesiones lateralmente extendidas no son consideradas en esta clasificación y no todos los conceptos vertidos aquí son aplicables a los pólipos serratos⁷.

El uso de la clasificación endoscópica de las lesiones superficiales requiere cierta disciplina, rigurosidad y entrenamiento, especialmente, en cro-moendoscopia; las formas mixtas son las más difíciles de diagnosticar. La técnica de coloración retarda escasamente el procedimiento, lo que realmente toma tiempo es poder observar adecuadamente la lesión, para poder decidir si es neoplásica o no.

En Chile se dispone de índigo carmín en ampolla, que tiene un valor elevado, especialmente considerando que se usan fácilmente 20 cc por lesión. Sin embargo, en los últimos años, una cadena de farmacias lo ha incorporado a "granel", preparando una solución madre al 4%, la que se puede llevar a 0,2 ó 0,4% .



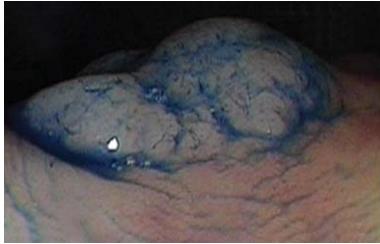




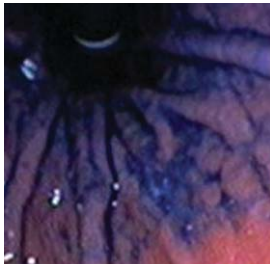



Nomenclatura	Tipo	Colon	Estómago
Elevadas	0-I p Pediculadas		
	0-I s Sésiles		
Planas	0-II a		
	0-II b		
	0-II c		
Deprimidas	0-III	No hay imagen disponible	

Figura 2. Aspecto endoscópico de lesiones superficiales del tubo digestivo.

Clasificaciones en Gastroenterología

Conclusión

Las clasificación endoscópica de lesiones superficiales del tracto digestivo es una herramienta que permite normalizar el lenguaje entre endoscopistas

del todo el mundo. Una vez adquirida, permite describir lesiones riesgosas de evolución hacia carcinoma avanzado, y tomar decisiones terapéuticas en función de los hallazgos endoscópicos finos y no sólo por el tamaño de la lesión.

Referencias

- 1.- Schlemper RJ, Riddell RH, Kato Y, Borchard F, Cooper HS, Dawsey SM, et al. The Vienna classification of gastrointestinal epithelial neoplasia. *Gut* 2000; 47: 251-5.
- 2.- Hurlstone DP, Cross SS, Adam I, Shorthouse A, Brown S, Sanders DS, et al. Efficacy of high magnification chromoscopy colonoscopy for the diagnosis of neoplasia in flat and depressed lesions of the colorectum: a prospective analysis. *Gut* 2004; 53: 284-90.
- 3.- Participants in the Paris workshop. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach and colon. *Gastrointest Endosc* 2003; 58 (suppl): S3-43.
- 4.- Endoscopic classification review group. Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy* 2005; 37: 570-8.
- 5.- Kudo S, Rubio C, Teixeira R, Kashida H, Kogure E. Pit pattern in colorectal neoplasia: magnifying view. *Endoscopy* 2001; 33: 367-73.
- 6.- Rubio C, Jaramillo A, Lindblom A, Fogt F. Classification of colorectal polyps: Guidelines for endoscopist. *Endoscopy* 2002;34:226-36.
- 7.- Lambert R, Kudo S, Vieth M, Allen JI, Fuji T, et al Pragmatic classification of superficial neoplastic colorectal lesions. *Gastrointest Endosc* 2009; 70: 1182-99.
- 8.- Sano Y, Iwadata M. The importance of the macroscopic classification of colorectal neoplasms *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2010; 20: 461-9.
- 9.- Maiza E. Lesiones superficiales del colon, incluyendo los pólipos colónicos. En: Weitz JC, Berger Z, Sabah S, Silva H, editores. *Diagnóstico y tratamiento de enfermedades digestivas*. Santiago: Editorial Iku; 2008. pp. 224-32.