

Lesiones planas gastrointestinales y displasia, un par endoscópico-histológico en la dinámica del cáncer digestivo

Jesús Romero Madero¹ , Milay Bello Núñez¹

¹ Hospital General Docente "Iván Portuondo". Artemisa, Cuba.

RESUMEN

El empleo de novedosas técnicas endoscópicas de imagen y tinciones respectivas de la mucosa digestiva junto al trabajo colegiado de endoscopistas y patólogos ha permitido mejorar el rendimiento diagnóstico de estas lesiones; así como, ha sido fuente de nuevas clasificaciones para tener una concepción más completa e integral de la dinámica: lesiones premalignas-cáncer digestivo. Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica empleando los descriptores: lesiones planas de la mucosa y displasia; con el objetivo de identificar la relación en la dinámica del cáncer gastrointestinal de las lesiones planas de la mucosa y la presencia de displasia. La estrategia de búsqueda fue: lesiones planas AND displasia y lesiones planas AND cáncer precoz. Se presentaron en forma tabulada los aspectos más novedosos de las clasificaciones actuales que involucran ambos aspectos: endoscópicos e histológicos. Se concluyó que el conocimiento profundo de los aspectos relacionados con el par: lesiones planas-displasia, a la luz de las nuevas tecnologías endoscópicas, constituye uno de los factores medulares que puede contribuir a una mayor sospecha y detección más precoz del cáncer de origen digestivo, un tratamiento eficaz y el seguimiento oportuno de estos pacientes, con vistas a disminuir la morbimortalidad por el mismo en Cuba.

Palabras claves: cáncer digestivo, clasificación endoscópica; displasia; lesión plana

Los tumores gastrointestinales malignos se encuentran entre los más frecuentes junto a los localizados en próstata, pulmón y mama, constituyendo causas importantes que aportan a las estadísticas de mortalidad y morbilidad en el mundo y también en nuestro país¹.

La secuencia metaplasia-displasia-adenoma a nivel histológico, constituye un modelo el cual se puede considerar precursor del cáncer digestivo y los adenomas planos acompañados de cierto grado de displasia "progresiva" principalmente están involucrados cada vez más en esta relación.

Las lesiones planas del colon se definen por la endoscopia como aquellas lesiones no exofíticas, en pe-

queñas placas o deprimidas de la mucosa cuya altura es menor a la mitad del diámetro de la lesión².

Los adenomas intestinales son focos bien delimitados de displasia y los criterios de diagnóstico y gradación de los adenomas son los mismos que los de la displasia plana.

Las lesiones planas gastrointestinales, descritas por investigadores japoneses desde hace más de 20 años, son difíciles de identificar durante la realización de los estudios endoscópicos convencionales y no invasivos. Kudo et al.³, consideran que los adenomas planos pequeños pueden crecer hacia la luz colónica (crecimiento exofítico) para convertirse en pólipos pediculados o de manera horizontal, para originar lesiones planas de extensión lateral. Las lesiones deprimidas o excavadas crecen en profundidad (crecimiento endofítico) y habitualmente se asocian con tumores invasivos, incluso cuando el tamaño de la lesión es muy pequeño.

A los efectos de la práctica clínica, se considera que las lesiones planas, ulceradas o de extensión lateral, son de alto riesgo y de difícil identificación⁴. La incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico endoscópico como la endoscopia de alta resolución con magnificación de imagen, el uso de tinciones (cromoendoscopia), la cromoendoscopia digital (FICE) Narrow-band imaging (NBI), la tomografía por coherencia óptica (OCT) y la espectroscopia óptica, entre otras, permiten perfeccionar el rendimiento diagnóstico.

 OPEN ACCESS

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5199-5525>

Correspondencia a: Jesús Romero Madero. Correo electrónico: jromero@info-med.sld.cu

Recibido: 27/06/2017; Aceptado: 09/12/2019

Como citar este artículo:

Romero Madero J, Bello Núñez M. Lesiones planas gastrointestinales y displasia, un par endoscópico-histológico en la dinámica del cáncer digestivo. 16 de Abril (Internet). 2019 (fecha de consulta): 58 (273): 83-89. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/560/pdf_217

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

El objetivo trazado fue identificar la relación en la dinámica del cáncer gastrointestinal de las lesiones planas de la mucosa y la presencia de displasia.

DESARROLLO

En las etapas iniciales, el proceso tumoral se restringe a las capas superficiales de la pared del tracto digestivo, por lo que para prevenir el cáncer en estos casos se requiere de una detección temprana cuando la lesión se considera curable⁵.

La displasia, o neoplasia intraepitelial, es una proliferación celular neoplásica de carácter no invasivo, que puede preceder o acompañar a una neoplasia invasiva. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en criterios histológicos, que incluyen alteraciones celulares y estructurales (arquitectura de la mucosa), ya que frecuentemente no da lugar a lesiones reconocibles macroscópicamente y constituyen la base para su gradación histológica. Estos criterios son los mismos en cualquier localización, en el epitelio nativo o metaplásico y en presencia o ausencia de una enfermedad inflamatoria crónica.

La escuela japonesa es pionera en el estudio del cáncer gástrico (JGCA) y la prevención es para ellos una prioridad por la elevada incidencia de esta enfermedad en Japón. Los miembros de la Sociedad Japonesa de Endoscopía Digestiva definen al carcinoma gástrico precoz como aquel limitado a la mucosa o a la submucosa, independiente de la existencia de metástasis ganglionares. La clasificación morfológica de las lesiones superficiales de estómago que utiliza la escuela japonesa, se comienza a aplicar en lesiones similares de esófago y colon⁶ (Tabla 1).

Ante la necesidad de unificar criterios de clasificación endoscópica e histológica para las lesiones mu-

cosales digestivas, un grupo de patólogos de Asia, Europa y América en años recientes dieron a conocer la clasificación histopatológica de las neoplasias epiteliales en la mucosa del tracto digestivo (Clasificación de Viena)⁷, con ello se persiguió resolver las diferencias de criterios entre los términos displasia, adenoma, cáncer temprano y cáncer avanzado. La clasificación de las neoplasias epiteliales en la mucosa del esófago, estómago y colon recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye una guía útil para distinguir las lesiones susceptibles de tratamiento endoscópico de las que no lo son.

Con el objetivo de asegurar criterios confiables endoscópicos que permitan un diagnóstico precoz, se han adoptado nuevas normas o directrices internacionales a través de las que se clasifican las lesiones planas digestivas, teniendo en cuenta su morfología por la apariencia endoscópica.

La Clasificación de París de las neoplasias digestivas superficiales se propuso en el año 2003 como una aceptación de la Clasificación Japonesa, con pequeñas modificaciones para facilitar su aplicación constituye la guía a seguir en nuestro país en el manejo de dichas lesiones.

En Cuba de forma general el cáncer constituye la primera causa de muerte, representando en el 2012 el 25 % del total de defunciones en la isla. De las mismas el 59 % ocurrió en personas menores de 75 años, consideradas como mortalidad prematura⁸. Por consiguiente, dado que las lesiones planas del tracto gastrointestinal poseen un alto potencial maligno que las convierte en precursoras de cáncer avanzado, si contamos con la posibilidad de aplicar las nuevas técnicas de imagen endoscópica y tinciones; así como, aplicamos las clasificaciones actuales de las mismas, podemos realizar la mejor caracterización de estas lesiones premalignas, lo cual garantizaría un tratamiento eficaz y ello conllevaría un impacto positivo en la prevención del cáncer de origen digestivo.

CON RESPECTO A LAS DEFINICIONES

En las neoplasias epiteliales digestivas se considera que conceptualmente las lesiones displásicas forman parte del proceso neoplásico y se ha definido la displasia epitelial como una proliferación celular inequívocamente neoplásica, no invasiva. La cualidad de no invasiva significa que la proliferación celular está limitada por la membrana basal del epitelio, por tanto, cumple los criterios de neoplasia intraepitelial (igual que los establecidos en otros órganos no digestivos y en cualquier tipo de epitelio). Según las clasificaciones actuales la displasia se divide en dos categorías, bajo y alto grado, con el propósito de intentar evaluar el riesgo y orientar la actitud terapéutica (Tabla 2).

TABLA 1. Clasificación macroscópica en el estudio del cáncer gástrico del tracto digestivo según la JGCA	
Subtipos	Características endoscópicas
Tipo 0 superficial	Lesiones superficiales prominentes o no prominentes
Tipo 1 avanzado	Carcinoma prominente unido por una base amplia
Tipo 2 avanzado	Carcinoma ulcerado con bordes elevados
Tipo 3 avanzado	Carcinoma ulcerado sin límites definidos
Tipo 4 avanzado	Carcinoma difusamente infiltrante no ulcerado
Tipo 5 avanzado	Carcinoma avanzado no clasificable

Fuente: Gastroenterol Endoscopy 2007; 65 (4): 859-61.

TABLA 2. Alteraciones displásicas según su gradación (por las alteraciones celulares y de la arquitectura tisular)

Grado de displasia	Alteraciones celulares	Alteraciones de la arquitectura
Bajo	Seudoestratificación del epitelio glandular, con núcleos elongados, hiper cromáticos, localizados predominantemente en la porción basal, y una escasa actividad mitótica	La lesión puede afectar la porción superficial de las glándulas o a toda su longitud. Las glándulas están individualizadas, raramente ramificadas
Alto	Células con un notable aumento de la relación núcleo/citoplasma, con núcleos grandes, vesiculares, y presencia de nucléolos prominentes. Pérdida completa de la polaridad nuclear. Actividad mitótica alta con posible presencia de mitosis atípicas.	La lesión suele afectar a todo el grosor de la mucosa. Las glándulas displásicas muestran una clara desestructuración, con adosamientos glandulares, gemaciones, ramificaciones y zonas de patrón cribiforme

Fuente: Gastroenterol Hepatol. 2012; 30 (11): 602-11.

En el epitelio glandular la displasia de bajo grado incluye las categorías leve y moderada de la gradación clásica, y la de alto grado se corresponde con la displasia grave. Por el contrario, en el epitelio escamoso la displasia de bajo grado queda restringida a la forma leve del sistema clásico y los grados moderado y grave se han fusionado en el grupo de displasia de alto grado. La displasia que afecta todo el espesor del epitelio sin evidencia de maduración en la superficie se puede definir como displasia de alto grado o carcinoma in situ. El consenso actual es no separar la displasia de alto grado del carcinoma in situ, ya que su comportamiento y con ello la actitud terapéutica, no difieren. El concepto de carcinoma in situ (que no rompe la membrana basal del epitelio) sigue vigente; pero no tiene mucha utilidad práctica como término diagnóstico. En el aparato digestivo, la evaluación de la displasia epitelial tiene especial relevancia en cuatro circunstancias: Esófago de Barrett, Gastritis crónica, Enfermedad inflamatoria intestinal y Adenomas colorrectales. Los criterios de diagnóstico y gradación de la displasia son iguales en todas ellas, pero la orientación terapéutica puede variar en función del órgano y el contexto clínico-patológico. Las neoplasias gastrointestinales se catalogan superficiales cuando su apariencia endoscópica sugiere que la invasión está limitada a la mucosa y la submucosa. Dentro de estas lesiones se incluyen las neoplasias sin invasión de la lámina propia y carcinoma con invasión de la lámina propia. Los tumores epiteliales que se desarrollan en el tracto digestivo incluyen a las neoplasias intraepiteliales (adenomas, displasias) y a las lesiones invasivas clasificadas como carcinomas intramucosos o submucosos. La progresión de la neoplasia intraepitelial a carcinoma invasivo puede ocurrir en un plazo variable⁹.

El cáncer temprano es un tumor superficial con pronóstico de curación favorable después de su total resección. Existen dos criterios importantes a tener en cuenta en estas lesiones: la profundidad de la

invasión y la infiltración a nódulos linfáticos. Mediante la clasificación Tumor Nódulo Metástasis (TNM) de muestras quirúrgicas, estas lesiones se corresponden con el tumor mucosal N0 del epitelio escamoso estratificado del esófago y al tumor intramucosal o submucosal N0 o N1 en el epitelio columnar del estómago o del colon. Se usa además el término de cáncer temprano cuando no existe evidencia en la descripción endoscópica de invasión a linfonodos o nódulos linfáticos¹⁰.

CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO

Para lograr un diagnóstico definitivo de las lesiones superficiales en la mucosa digestiva se precisa de la observación endoscópica y del análisis histopatológico del tejido tumoral. Por tanto, el primer paso es identificar las áreas de la mucosa que presenten cambios en la coloración, irregularidades en la superficie o alteraciones en la red microvascular. Con estos fines se han desarrollado nuevos equipos de endoscopia a través de los que se logra una magnificación de la imagen como la endoscopia de alta resolución. Además, se han implementado diferentes técnicas de coloración de la mucosa con el uso de tinciones (cromoendoscopia), la cromoendoscopia digital (FICE, NBI), o la OCT (tomografía por coherencia óptica)¹¹. Los equipos de videoendoscopia de alta resolución de imágenes permiten aportar no solo criterios desde el punto de vista histológico; sino que además favorecen la exploración del patrón microvascular. A continuación se hará referencia a algunos métodos que se emplean actualmente en el manejo de esta enfermedad.

Estudio por Cromoendoscopia: es la técnica de teñir la superficie mucosa del tracto gastrointestinal y se le reconoce con los nombres de coloración vital, tinción cromoendoscópica y cromoscopia electrónica. Dentro de sus ventajas o utilidades se encuentran: la fácil identificación de la lesión, favorece la clasificación

macroscópica ayudando en el diagnóstico diferencial y establecer con más seguridad los límites de la lesión¹².

Otro de los métodos empleados es la Cromoendoscopía electrónica a partir de la introducción de la óptica electrónica dentro del videoendoscopio lo cual hizo mejorar la precisión del diagnóstico a través de un procesador de imágenes y tecnología digital. Una de las técnicas más recientes es la NBI, en la que se involucra el uso de filtros de interferencia para iluminar el objetivo con un espectro de colores rojo, verde y azul. Esto resulta en la obtención de imágenes diferentes en distintos niveles de la capa mucosa e incrementa el grado de contraste entre la superficie epitelial y la red microvascular¹³. La NBI puede combinarse con la técnica de magnificación de imagen endoscópica y se emplea para demostrar la desorganización del patrón microvascular en las lesiones de esófago, estómago y colon. Dos de las principales aplicaciones de este proceder son la detección de la metaplasia intestinal en el esófago de Barrett¹⁴ y para la clasificación de Pit-pattern en el epitelio colónico, de acuerdo con el patrón críptico de Kudo^{15, 16}.

A través de la NBI con magnificación de imagen se ha establecido una clasificación del patrón vascular de las lesiones de la mucosa del tracto intestinal. Con ello se reconocen dos patrones, el primero es el no neoplásico que se refiere al patrón vascular normal y el otro constituye un patrón neoplásico que abarca las formas densas, irregulares y esparcidas¹⁷. Otras técnicas estandarizadas son: la cromoendoscopía virtual computada, técnicas de estimación espectral, imágenes espectrales por reflectancia y la FICE-Multiband^{18,19, 20}.

La endomicroscopía láser confocal es una herramienta de reciente introducción. Con ella es posible realizar el examen microscópico confocal de la mucosa durante la endoscopía. Diferentes tipos de tejidos y patologías se pueden identificar de forma inmediata, con lo que se facilita el diagnóstico temprano del cáncer gastrointestinal. Un microscopio confocal en miniatura se integra en el extremo distal de un endoscopio convencional, logrando una imagen de alta resolución in vivo que permite la evaluación histológica de la lesión^{21, 22}.

Con el empleo de algunas de estas técnicas y apoyados en los estudios de la Asociación Japonesa para el estudio del cáncer gastrointestinal (JGCA) se llevó a efecto la Clasificación de París para las lesiones tumorales de la mucosa del tracto digestivo (Tabla 3). La clasificación para las lesiones superficiales, planas ó "precoces" en el colon siguen la metodología de Kudo y colaboradores del año 2001^{23, 24, 25} a la que también se le conoce como clasificación de Pit-Pattern (PP), empleando la siguiente división: tipo I y II (no neoplásico); tipo IIIS, IIIL y IV (neoplasia intramucosa de alto y bajo

grado); tipo V (carcinoma con sospecha de invasión submucosa).

TABLA 3. Clasificación de París para las lesiones tumorales de la mucosa del tracto digestivo

Tipo de lesión tumoral de la mucosa digestiva	Aspecto morfológico (endoscópico)
Lesiones tipo 0-I Lesiones tipo: 0-Ip Lesiones tipo: 0-Is	Polipoideas Protruidas/pedunculadas Protruidas/sésiles
Lesiones tipo 0-II Lesiones tipo: 0-IIa Lesiones tipo: 0-IIb Lesiones tipo: 0-IIc	No polipoideas y no excavadas (planas) Plana elevada Plana Plana deprimida
Lesiones tipo 0-III:	Excavadas
Lesiones mixtas (0-II-c+0-IIa)	La mayor parte de la superficie es deprimida, la elevación solo está presente en la periferia
Lesiones mixtas (0-IIa+0-IIc)	Hay una depresión central en una lesión elevada
Lesiones mixtas (0-III+IIc u 0-IIc+III)	Lesiones excavadas y deprimidas
Fuente: Endoscopy. 2005;37(6):570-8	

Esta clasificación se pudo establecer gracias al uso de la colonoscopia con tecnología de estimación espectral y magnificación de imagen. La descripción de cada tipo de lesión superficial del colon según el patrón críptico de Kudo y su relación con el hallazgo histológico^{26,27}.

Según la Clasificación de París, una lesión es llamada superficial cuando su aspecto endoscópico sugiere que la profundidad de su compromiso no es superior a la submucosa. Comprende, por lo tanto, lesiones neoplásicas sin invasión de la lámina propia y carcinomas con invasión de la lámina propia, con profundidades de compromiso limitadas a la mucosa (estómago y esófago) o a la submucosa (colon). El término superficial y el de cáncer precoz llevan implícita la idea de que la lesión puede ser curable con la resección local. Por ello y debido a la biología de las lesiones de cada localización, las lesiones esofágicas y gástricas se consideran superficiales si se encuentran circunscritas a la mucosa y las colónicas hasta la submucosa (dependiendo de la morfología de la lesión y de la profundidad de la invasión junto a otros criterios histológicos).

La clasificación modificada de Viena^{28, 29, 30} (adoptada en su totalidad por la clasificación de París) para la neoplasia epitelial gastrointestinal logró un consenso mayoritario para ordenar las neoplasias a lo largo de todo el trayecto gastrointestinal.

TABLA 4. Clasificación revisada de Viena para las neoplasias epiteliales del esófago, estómago y colon

Categoría	Características
Categoría 1	Negativo para displasia ó neoplasia intraepitelial (NIP)
Categoría 2	Indefinido para NIP o displasia
Categoría 3	NIP de bajo grado no invasiva (Adenoma/displasia de bajo grado)
Categoría 4	NIP de alto grado (intraepitelial o intramucosal): 4.1 Adenoma /displasia de alto grado 4.2 Carcinoma no invasivo(carcinoma in situ) 4.3 Sospechoso de carcinoma invasivo. 4.4 Carcinoma intramucoso (invasión de la lámina propia ó de la muscularis mucosae).
Categoría 5	Neoplasia invasiva (Carcinoma con compromiso de la submucosa ó más)

Fuente: Gastroenterol Endoscopy 2007; 65 (4): 859-61.

La misma tiene su sustento en el hallazgo de la severidad del daño en la arquitectura del tejido y del aspecto citológico; así como, también de la profundidad de la lesión^{31, 32, 33}.

La relevancia clínica del diagnóstico de displasia radica en que las lesiones displásicas son el marcador de que un cáncer invasivo puede desarrollarse en un futuro próximo o aún más importante, que ya está presente. El hallazgo de displasia de alto grado obliga a descartar la coexistencia de un carcinoma invasivo y adoptar las medidas necesarias para erradicar o prevenir la neoplasia. Lo que se persigue en el esfuerzo de diagnosticar, tipificar y gradar las lesiones displásicas es llegar a encontrar algún cambio claramente identificable que nos informe de manera objetiva de que el riesgo de un carcinoma actual o futuro es lo suficientemente importante como para adoptar decisiones clínicas que pueden tener gran trascendencia para el paciente³⁴.

Conceptualmente, se ha considerado que las alteraciones celulares producidas durante el proceso neoplásico dan lugar a cambios fenotípicos progresivos que se pueden identificar en el estudio histológico como lesiones displásicas, que evolucionan de bajo a alto grado, hasta terminar en el carcinoma invasivo. Aunque este modelo evolutivo es atractivo y es el que se ha adoptado como hipótesis de trabajo, también podría ser que tanto la displasia como el cáncer invasivo fueran alteraciones celulares finales y que su coexistencia reflejara simplemente la predisposición individual a desarrollar neoplasias epiteliales debido a una combinación de factores genéticos y ambientales. De hecho, no se dispone de datos concluyentes de la evolución en el tiempo de un foco concreto de displasia de alto o bajo grado. Por tanto, la displasia es un claro indicador de riesgo

de carcinoma, pero no hay pruebas definitivas de que sea la lesión precursora en todos los casos. Cuando se afianzó el concepto de carcinoma in situ se asumió que todos los cánceres evolucionaban a través de grados progresivos de displasia hasta hacerse invasivos. Aunque en muchos casos esto puede ser cierto, no es un proceso obligado. En algunos carcinomas invasivos sólo se encuentran lesiones de displasia de bajo grado asociadas, por lo que la secuencia del espectro completo de lesiones displásicas no es un prerrequisito para la invasión³⁵.

CON RESPECTO AL TRATAMIENTO

La opción endoscópica de tratamiento para estas lesiones de la mucosa incluirá en sentido general: para lesiones polipoideas pediculares: Polipectomía total con empleo de asa de polipectomía; para lesiones sésiles o en placas elevadas y planas no deprimidas: Resección Mucosa Endoscópica; mientras que para lesiones deprimidas (con probable crecimiento lateral): Disección Submucosa Endoscópica^{15, 35, 36}.

CONCLUSIONES

El conocimiento de todos los aspectos de clasificación: endoscópicos e histológicos relacionados con el par: lesiones planas – displasia, es uno de los factores que puede ayudar en la temprana sospecha y diagnóstico positivo del cáncer de origen digestivo; así como al tratamiento eficaz y seguimiento de estos pacientes, a partir del vertiginoso desarrollo alcanzado a nivel mundial de las nuevas técnicas de diagnóstico endoscópico y la interacción del médico endoscopista y el patólogo; todo lo cual puede contribuir en Cuba a disminuir la morbimortalidad por esta causa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario estadístico de salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos. La Habana, 2016.
2. Parra Blanco A, Nicolás-Pérez D, Gimeno-García AZ, Fu KI, Hernández N, Quintero E. An early flat depressed lesion in the cecum progressing to an advanced cancer in 20 months. *Gastrointest Endosc.* 2012; 66(4): 859-61.
3. Kudo S, Kashida H, Tamura S, Nakajima T. The problem of "flat" colonic adenoma. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1997; 7(1):87-98.
4. Liang H, Zhong Y, Zhou S, Peng L. Knockdown of RAGE expression inhibits colorectal cancer cell invasion and suppresses angiogenesis in vitro and in vivo. *Cancer Letters* 2015; 313: 91-8.
5. YU J, ZHAO Q. The Demographic Characteristics of Histological types of Gastric Cancer with Gender, Age, and Tumor Location. *J Gastrointest Canc.* 2013; 40: 98-100.
6. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma. 2nd English Edition. *Gastric Cancer.* 1998; 1:10-24.
7. Morales E, Rojas R A, Monasterio V, González I, Figueroa I, Manques B, Romero J, Llanos J, Valdés E, Cofré C. Lesiones gástricas en pacientes infectados con *Helicobacter pylori*: expresión de RAGE (receptor de productos de glicosilización avanzada) y otros inmunomarcadores. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1240-1248
8. Guzmán P, Araya J, Villaseca M, Roa I, Melo A, Muñoz S. Expresión inmunohistoquímica del complejo E-caderina-catenina en cáncer gástrico. *BMC Gastroenterology* 2014; 10 (1): 91.
9. Siani LM, Ferranti F, De Carlo A, Marzano M, Quintiliani A. Modulation of the extent of lymphadenectomy in early gastric cancer. Review of the literature and role of laparoscopy. *Chir Ital.* 2016; 61(5-6): 551-8.
10. Ruiz-Tova J, Jiménez Miramón J, A. Valle, Limones M. Resección endoscópica de cáncer colorrectal temprano como único tratamiento. *Rev Española de Enferm Diag.* 2016; 102(7): 435-441.
11. Teixeira CR, Torresini RS, Canali C, Figueiredo LF, Mucenic M, Pereira Lima JC. Endoscopic classification of the capillary-vessel pattern of colorectal lesions by spectral estimation technology and magnifying zoom imaging. *Gastrointest Endosc.* 2009; 69(3 Pt 2): 750-6
12. Taghavi SA, Membari ME, Eshraghian A, Dehghani SM, Hamidpour L, Khademalhosseini F. Comparison of chromoendoscopy and conventional endoscopy in the detection of premalignant gastric lesions. *Can J Gastroenterol.* 2014; 23(2): 105-8
13. Huang LY, Cui J, Wu CR, Liu YX, Xu N. Narrow-band imaging in the diagnosis of early esophageal cancer and precancerous lesions. *Chin Med J (Engl).* 2012; 122(7): 776-80
14. Kuznetsov K, Lambert R, Rey JF. Narrow-band imaging: potential and limitations. *Endoscopy.* 2016; 38(1): 76-81
15. Spechler SJ, Davila R. Endoscopic therapy in Barrett's esophagus: when and how? *Surg Oncol Clin N Am.* 2009; 18(3): 509-21
16. Emura F, Saito Y, Ikematsu H. Narrow-band imaging optical chromo-colonoscopy: advantages and limitations. *World J Gastroenterol.* 2008; 14(31): 4867-72
17. Lambert R, Kudo SE, Vieth M, Allen JI, Fujii H, Fujii T. Pragmatic classification of superficial neoplastic colorectal lesions. *Gastrointest Endosc.* 2015; 70(6):1182
18. Kiesslich R, Burg J, Vieth M, Gnaendiger J, Enders M, Delaney P. Confocal laser endoscopy for diagnosing intraepithelial neoplasias and colorectal cancer in vivo. *Gastroenterology.* 2014; 127(3): 706-13
19. Kara MA, Peters FP, Rosmolen WD, et al. High-resolution endoscopy plus chromoendoscopy or narrow-band imaging in Barrett's esophagus: a prospective randomized crossover study. *Endoscopy* 2016; 37: 929-936
20. Pech O, Rabenstein T, Manner H, Petrone MC, Pohl J, Vieth M, et al. Confocal laser endomicroscopy for in vivo diagnosis of early squamous cell carcinoma in the esophagus. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014; 6(1): 89-94.
21. Huang LY, Cui J, Wu CR, Liu YX, Xu N. Narrow-band imaging in the diagnosis of early esophageal cancer and precancerous lesions. *Chin Med J (Engl).* 2016; 122(7): 776-80.
22. YU J, ZHAO Q. The Demographic Characteristics of Histological types of Gastric Cancer with Gender, Age and Tumor Location. *J Gastrointest Canc.* 2015; 40: 98-100.
23. Kudo SE, Takemura O, Ohtsuka K. Flat and depressed types of early colorectal cancers: from East to West. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2012; 18(3): 581-93.
24. Rubio CA, Kumagai J, Kanamori T, Yanagisawa A, Nakamura K, Kato Y. Flat adenomas and flat adenocarcinomas of the colorectal mucosa in Japanese and Swedish patients. Comparative histologic study. *Dis Colon Rectum.* 2010; 38(10): 1075-9
25. Kudo SE, Mizuno K. Endoscopic diagnosis of early colorectal cancer. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 2017; 104(7): 1008-17
26. Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy.* 2015; 37(6): 570-8
27. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc.* 2013; 58 (6): 33-43.
28. Yin JX, Oda I, Suzuki H, Gotoda T, Shimoda T, Saito D. Endoscopic diagnosis of gastric cancer invasion depth. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 2017; 106(11): 1603-9.
29. Tanaka K, Toyoda H, Kadowaki S, Hamada Y, Kosaka R, Matsuzaki SI. Surface pattern classification by enhanced-magnification endoscopy for identifying early gastric cancers. *Gastrointest Endosc.* 2016; 67(3):430-7
30. Davila RE. Chromoendoscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 2015;19(2): 193-208.
31. Matsuda T, Fujii T, Saito Y, Nakajima T, Uraoka T, Kobayashi N, et al. Efficacy of the invasive/non-invasive pattern by magnifying chromoendoscopy to estimate the depth of invasion of early colorectal neoplasms. *Am J Gastroenterol.* 2014;103(11): 2700-6.
32. Bulois P. Virtual chromoendoscopy. *Gastroenterol Clin Biol.* 2014;33,10-11.
33. Yao K, Anagnostopoulos GK, Ragnath K. Magnifying endoscopy for diagnosing and delineating early gastric cancer. *Endoscopy.* 2016;41(5): 462-7
34. Salas Caudevilla A. Evaluación de la displasia en las enfermedades digestivas. *ELSEVIER. Gastroenterol Hepatol [Internet].* 2012 [Consultado 30 abril 2018]; 30 (11): 602-11. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/2009/12/28/diseccion-endoscopica-mucosa-util-lesiones-planas-17459.html>
35. Díaz Oviedo C. La disección endoscópica de la mucosa, útil en lesiones planas. *D Medicina [Internet].* 2015 [Consultado el 25 de noviembre

2018]; 12(6): 36-44. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-evaluación-displasia-las-enfermedades-digestivas-13112598>

[gia-hepatologia-14-articulo-evaluación-displasia-las-enfermedades-digestivas-13112598](http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-evaluación-displasia-las-enfermedades-digestivas-13112598)

36. Bornschein J, Kandulski A, Selgrad M, Malfertheiner P. From gastric inflammation to gastric cancer. Dig Dis. 2015; 28 (4-5): 609-14.

Flat gastrointestinal lesions and displasia, an endoscopic-histological couple in the dynamics of the digestive cancer

ABSTRACT

The use of novel endoscopic imaging techniques and respective stains of the digestive mucosa together with the collegiate work of endoscopists and pathologists has improved the diagnostic performance of these lesions; as well as, it has been the source of new classifications to have a more complete and integral conception of the dynamics: premalignant lesions-digestive cancer. An exhaustive literature review was performed using the descriptors: flat mucosal lesions and dysplasia; with the aim of identifying the relationship in the dynamics of gastrointestinal cancer of flat mucosal lesions and the presence of dysplasia. The search strategy was: flat lesions AND dysplasia and flat lesions AND early cancer. The most novel aspects of the current classifications that involve both aspects were presented in tabular form: endoscopic and histological. It was concluded that the in-depth knowledge of the aspects related to the pair: flat lesions-dysplasia, in the light of the new endoscopic technologies, constitutes one of the core factors that can contribute to a greater suspicion and earlier detection of cancer of digestive origin, an effective treatment and timely follow-up of these patients, with a view to reducing morbidity and mortality in the same country in Cuba.

Keywords: digestive cancer; endoscopic classification; dysplasia; flat lesions



Este artículo de Revista 16 de Abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de Abril.