

# Colonoscopia

2ª edición



CÓDIGO QR



**CASEN RECORDATI**  
www.casenrecordati.es



**SEED**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
ENDOSCOPIA DIGESTIVA

FUNDACIÓN  
**SEED**



CASCTF19-05

**Editores:** • Enric Brullet  
• Rafel Campo

**Co-editor:** • Carlos Dolz

**Autores de Conceptos Generales / Gastroscopia:** • Victòria Andreu<sup>1</sup> • Enric Brullet<sup>2</sup> • Claudia Consiglieri<sup>3</sup> • Pilar García Iglesias<sup>2</sup>  
• Esther García Planella<sup>4</sup> • Montse García Retortillo<sup>5</sup> • Jordi Guardiola<sup>3</sup> • Manuela Hombrados<sup>6</sup> • Gemma Ibáñez<sup>3</sup> • Leticia Moreira<sup>7</sup>  
• María Pellisé<sup>7</sup> • Marta Piqueras<sup>8</sup> • Veronica Pons<sup>9</sup> • Ignasi Puig<sup>10</sup> • Oriol Sendino<sup>7</sup> • Francesc Vida<sup>10</sup> • Rafel Campo<sup>2</sup>

**Autores de Colonoscopia:** • Cristina Álvarez<sup>5</sup> • Montserrat Andreu<sup>5</sup> • Victòria Andreu<sup>1</sup> • Francesc Balaguer<sup>7</sup> • Xavier Bessa<sup>5</sup> • Enric Brullet<sup>2</sup>  
• Claudia Consiglieri<sup>3</sup> • Henry Córdova<sup>7</sup> • Esther García Planella<sup>4</sup> • Montse García Retortillo<sup>5</sup> • Jordi Guardiola<sup>3</sup> • Manuela Hombrados<sup>6</sup>  
• Gemma Ibáñez<sup>3</sup> • Eva Martínez Bauer<sup>2</sup> • Laura Mora<sup>2</sup> • Leticia Moreira<sup>7</sup> • Agustí Panadès<sup>11</sup> • María Pellisé<sup>7</sup> • Marta Piqueras<sup>8</sup>  
• Ignasi Puig<sup>10</sup> • Francisco Rodríguez Moranta<sup>3</sup> • Agustín Seoane<sup>5</sup> • Xavier Serra<sup>2</sup> • Francesc Vida<sup>10</sup> • Rafel Campo<sup>2</sup>

**Revisores de la actualización de la 2ª edición de Colonoscopia (2019):** C. Garau<sup>12</sup>, C. Dolz<sup>12</sup>

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

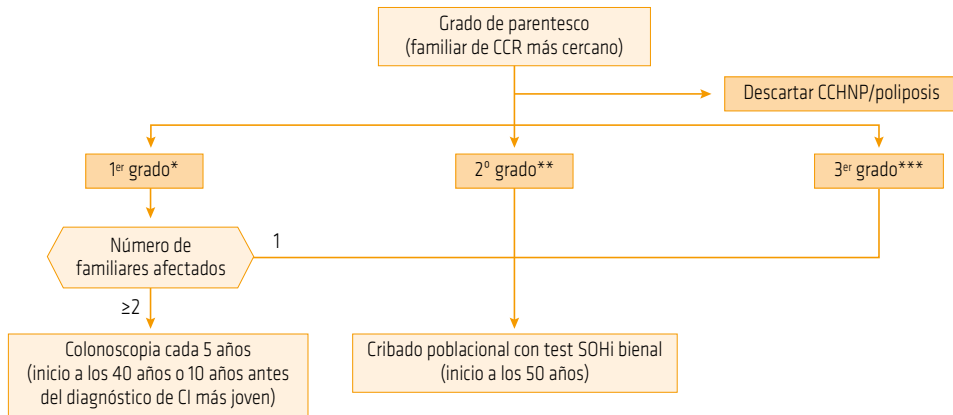
- 0 Restos sólidos inaspirables.
- 1 Restos semisólidos parcialmente aspirables.
- 2 Pequeños restos semisólidos o líquido oscuro totalmente aspirables.
- 3 Restos líquidos claros
- 4 Colon vacío y limpio

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

} Preparación aceptable  
} Preparación inaceptable

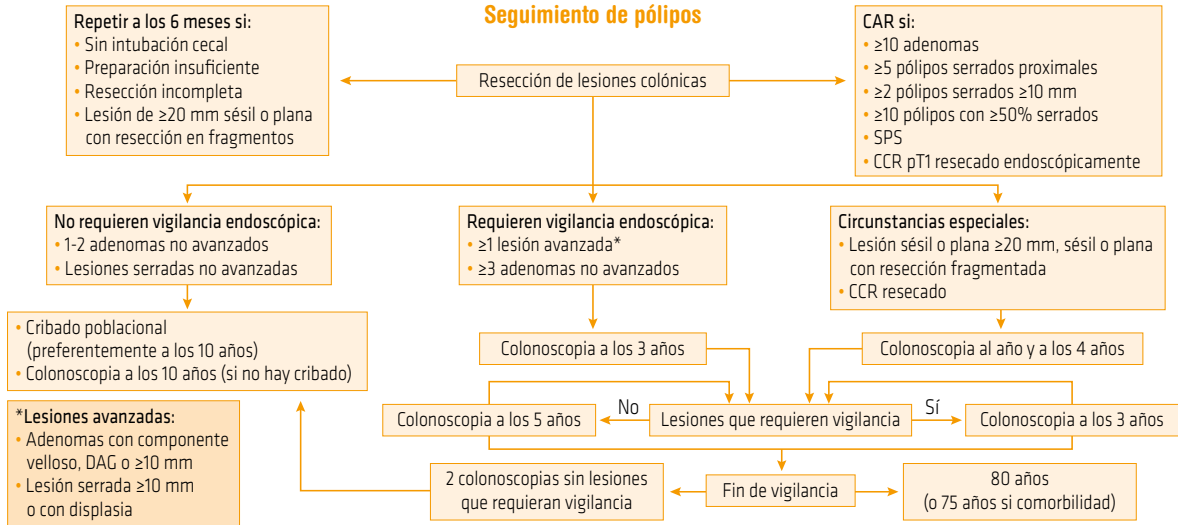
Halphen M, et al. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2013; 78: 121-31.

## 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

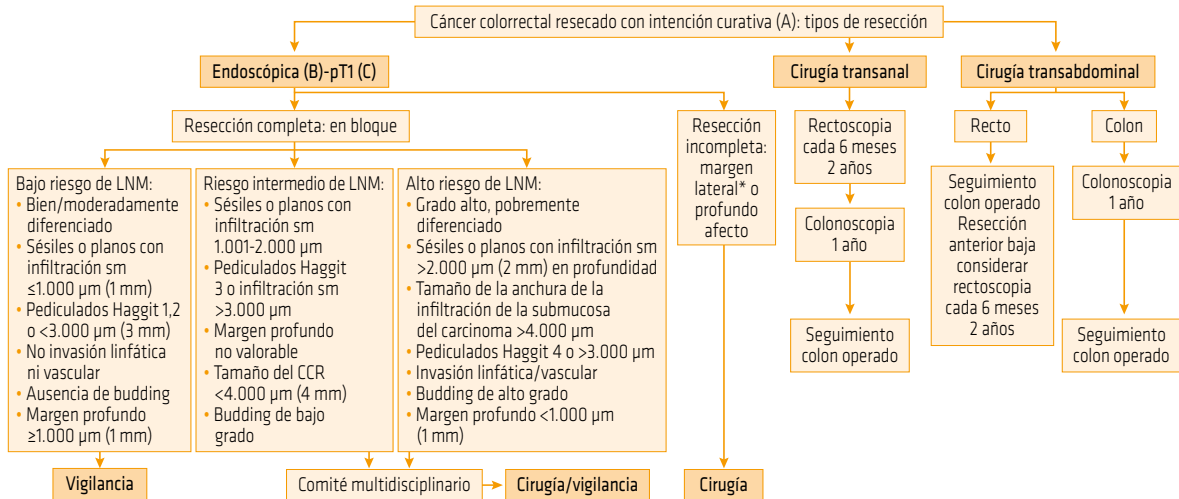


CAR: consulta de alto riesgo. CCR: cáncer colorrectal. DAG: displasia de alto grado. SPS: síndrome de poliposis serrada.

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.

# 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.

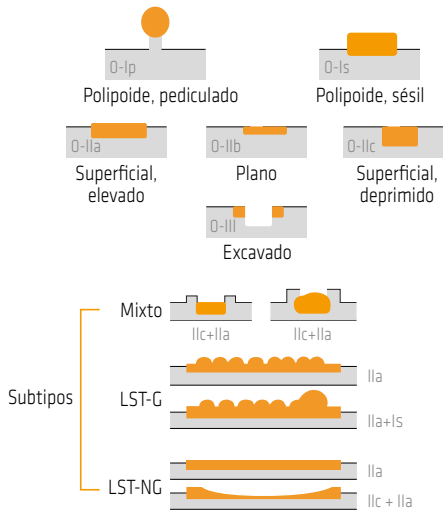
# Pólipos y cáncer

## CLASIFICACIÓN NICE

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
<b>Color</b>	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 
<b>Vasos</b>	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 
<b>Patrón superficial</b>	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 
<b>Patología probable</b>	Hiperplasia	Adenoma	Invasión SM profunda o cáncer
<b>Tratamiento</b>	Seguimiento	Polipectomía (REM/DES)	Cirugía

# Pólipos y cáncer

## CLASIFICACIÓN DE PARÍS



## 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 <sub>L</sub>			Tubular grandes	Neoplásico	Endoscópico
III <sub>s</sub>			Tubulares o redondas pequeñas	Neoplásico	Endoscópico
IV			Surcos, circunvalaciones, ramificadas o dentadas	Neoplásico	Endoscópico
VI			Distribución irregular de los tipos III <sub>s</sub> , III <sub>L</sub> y IV	Neoplásico (invasivo)	Endoscópico o quirúrgico
VN			Irregulares, desestructurados	Neoplásico (invasión masiva submucosa)	Quirúrgico



# 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 ( $\geq 2$ ), colon transversal ( $\geq 2$ ), colon descendente ( $\geq 2$ ) y colon sigmoide ( $\geq 2$ ) + biopsias de lesiones endoscópicas visibles.

### Enfermedad inflamatoria intestinal

#### Diagnóstico inicial:

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