

Método Sherlock Holmes

Diagnóstico óptico de lesiones colónicas



JOAQUÍN RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
MÓNICA SÁNCHEZ ALONSO



Endoscopia & Mentoring

Método Sherlock Holmes

Diagnóstico óptico de lesiones colónicas

JOAQUÍN RODRÍGUEZ SÁNCHEZ
MÓNICA SÁNCHEZ ALONSO



Endoscopia & Mentoring

Método Sherlock Holmes

Diagnóstico óptico de lesiones colónicas

Primera edición: Junio 2021

ISBN: 9798545845125

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información ni transmitir alguna parte de esta información, cualquiera que sea el medio empleado, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de propiedad intelectual.

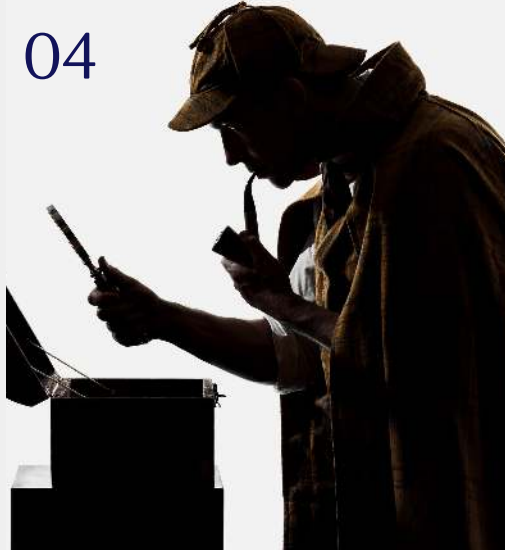
(c) Endoaula, 2021

Índice

02



04



13



02

¿Para quien es?

Sea o no tu método, disfrútalo

03

¿Por qué un método?

Si los demás no lo usan, ¿por qué debo complicarme la vida usándolo?

04

El Método

Descubre el pensamiento estructurado para describir lesiones colónicas y predecir su potencial de malignidad

13

Aplicalo

Comprende como se usa el método en casos reales y después llévalo a tu día a día

Antes de indicar o no un tratamiento debemos asegurarnos de que las probabilidades de éxito son las adecuadas. Todo tratamiento tiene un área de incertidumbre que no podemos evitar, pero tenemos la obligación de acotarla todo lo que podamos. Este método te permitirá elaborar un razonamiento lógico y estructurado para que no olvides ningún detalle relevante a la hora de describir y emitir un juicio diagnóstico sobre cualquier lesión colónica.



¿Para quién es?

Antes de empezar, permite que te pida que dejes atrás cualquier complejo que limite tu pensamiento o cualquier esquema preestablecido que te hayan contado. Todos somos alumnos y todos maestros en algún momento de la vida. Ahora toca que te relajes y disfrutes al sentir que todos los conocimientos que tienes almacenados en algún cajón de "sastre" de tu cabeza, comiencen a cobrar sentido y estructura.

Piensa por un momento, en una biblioteca tras un terremoto. Un enorme archivo bibliográfico, todo devastado donde miles de libros se apilan en montañas, rodeados de estanterías completamente vacías. Si te pidiera un libro concreto, ¿podrías encontrarlo?. Con suerte, acabarías dando con él tras horas o días de búsqueda. Por desgracia hoy en día no tenemos tanto tiempo. Piensa en este sistema como un mecanismo para ordenar tu basta biblioteca y apuntes de endoscopia.

No es un método fruto del capricho o de la improvisación. Nace del estudio de la evidencia científica y de su aplicación en la práctica en miles de casos. Con frecuencia, cuando los seres humanos no sabemos como razonar, solemos complicar las cosas y créeme, todo, incluso la cromoendoscopia puede ser algo muy sencillo.

Al escribir este método, no pensé en ningún grupo concreto de endoscopistas a quien dirigirlo. Simplemente, describí que factores que valoro en mi proceso de toma de decisiones a la hora de indicar o no una resección endoscópica. Piensa que cuando intentamos resolver un acertijo, nos basamos en pistas o indicios que se comportan como elementos clave para decidir una opción o la contraria. Nadie como Sherlock Holmes para ayudarnos ¿no crees?.



¿Por qué un método?



Todo método se caracteriza por ser un modo ordenado y sistemático de proceder para alcanzar un fin concreto. Normalmente el problema no radica en la cantidad de conocimiento que podemos almacenar, sino en la manera que somos capaces de utilizarlo.

Aprender consiste en acumular experiencias (almacenar), reutilizables en el futuro (recuperar). Si sólo almacenamos y no nos preocupamos de ordenar lo adquirido, estaremos perdiendo un tiempo precioso. Además todo aprendizaje depende de 3 factores:

- Motivación: querer aprender
- Tiempo: poder aprender
- Práctica: poder utilizarlo

Por tanto, esta pequeña guía no pretende enseñarte todos los secretos de la cromoendoscopia, descripción de patrones y otros elementos específicos del diagnóstico por imagen. Debes tomarla como un Check-list de aspectos que a recordar, para que de esta forma te sea más sencilla la toma de decisiones.

El método

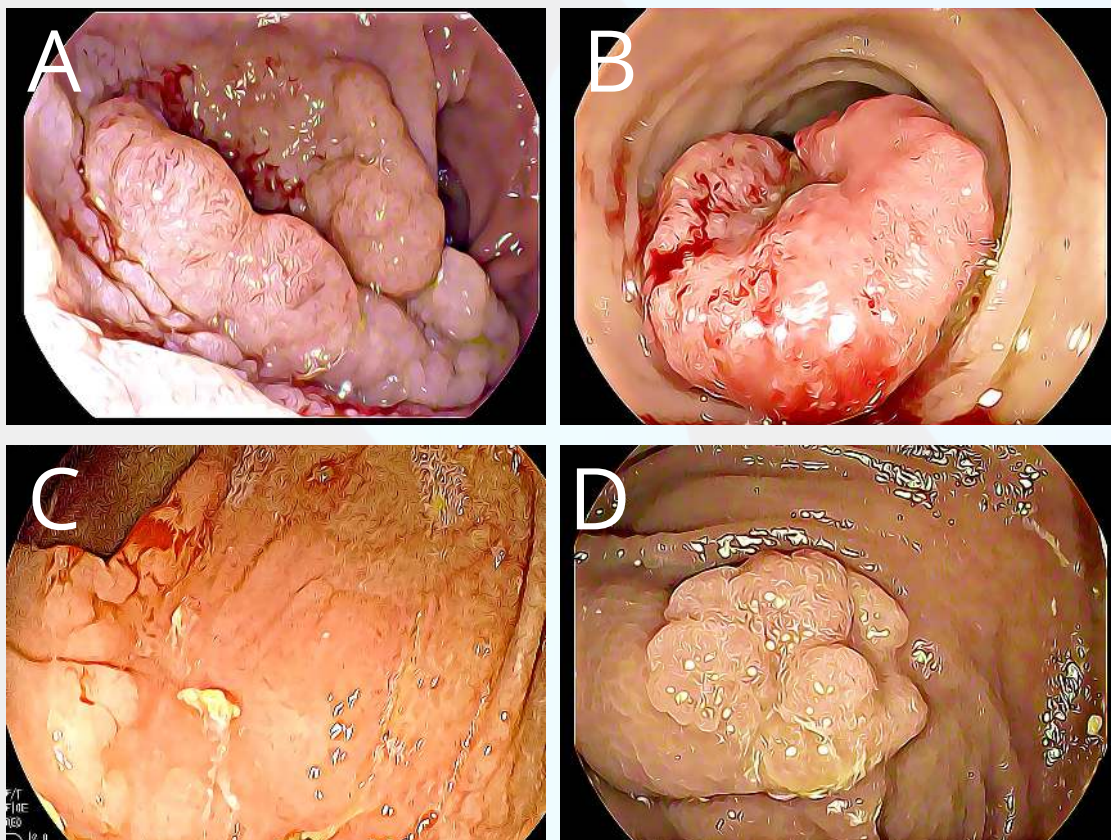
Nadie pondría en duda que Sherlock Holmes era un personaje muy **inteligente**. Todo el mundo recuerda como basándose en una serie de indicios, aparentemente imperceptibles al ojo no entrenado, era capaz de elegir entre la opción de culpable o inocente con un margen muy estrecho de error. Etimológicamente la palabra inteligente procede del término latino **intelligere**, que es la combinación de: inter (entre) y legere (escoger). Es decir, el endoscopista inteligente es aquel capaz de escoger correctamente. Combinando una serie de elementos inconscientes, sabemos escoger entre una lesión sospechosa de ser culpable (irresecable) o inocente (resecable).

Hagamos un simple experimento:

A continuación te planteamos dibujos de 4 lesiones: una de ellas es una lesión claramente irresecable y por tanto culpable, otra es claramente benigna o inocente y hay otras dos que van a generar en tí incertidumbre, las llamaremos "sospechosos" y serán en las que el buen detective deberá mostrar sus habilidades.

Analízalas detalladamente y una vez te decantes por el culpable, el inocente y los sospechosos, piensa detenidamente en qué características has tenido en cuenta (aunque sea de forma inconsciente) y anótalas en un papel. Intenta ser lo más simple que puedas. Al tratarse de dibujos te será muy difícil distinguir ningún patrón típico de cromoendoscopia.

Una vez finalices el método, amoldarás lo que de manera inconsciente has realizado, a un conocimiento ahora sí, consciente, recuperable y por tanto efectivo.



Pista 1



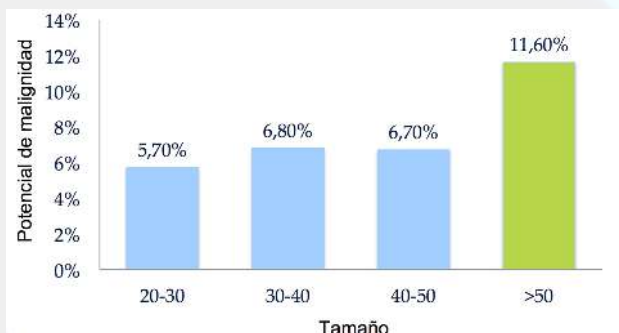
Extensión

Simulemos la extensión de la lesión, a la estatura de nuestro sospechoso, por una simple aplicación de las leyes de la física, a mayor estatura, mayor virulencia potencial poseerá. La lesiones colónicas se comportan de la misma forma. A pesar de que los estudios no son de una calidad óptima, se estima que por cada centímetro que una lesión crece, el riesgo relativo de malignidad se incrementa un 1,16%. Si bien, esta progresión es lineal hasta los 2 cm, a partir de aquí permanece constante hasta los 5 cm, a partir de donde el riesgo se dispara de forma desmesurada.

Si sólo atendiéramos a este aspecto, nuestro culpable sería el pólipo A, pero probablemente no sea el que has designado como culpable. Esto es lógico, puesto que el tamaño sólo nos orientará, pero no es ni mucho menos el aspecto más importante para indicar la resecabilidad.

Mira el siguiente gráfico y completa toda la información leyendo el siguiente enlace.

[Haz clic aquí](#)



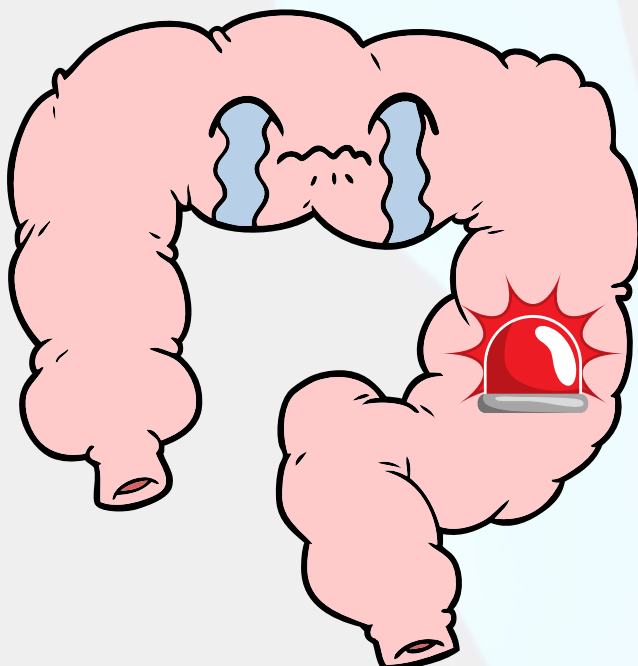
Pista 2



Lugar del crimen

La localización de nuestra lesión, es otro de los factores significativos a tener en cuenta para determinar su potencial de malignidad. El escenario del crimen resulta determinante para resolver cualquier caso. A este respecto, Burgess y colaboradores publicaron en 2017, el que es hasta la fecha el estudio más importante que responde a esta pregunta (ver enlace). Sobre un total de 1.712 lesiones determinaron que la localización en colon izquierdo, por sí misma suponía un factor de riesgo significativo de encontrar cáncer invasivo en las lesiones .

[Haz clic aquí](#)



Pista 3



Forma

Son las lesiones planas o 0-II de la clasificación de París las que poseen el mayor potencial de malignidad. Estas lesiones, cuando alcanzan un tamaño superior a 10 mm se subclasifican como lateral spreading tumors o más conocidos como LSTs. Es muy interesante comprobar, como a pesar de llevar más de 5 años utilizando a diario esta clasificación, su variabilidad inter-observador aun no ha sido evaluada. Por tanto, a pesar de ser una excelente clasificación pronóstica desconocemos si existe correlación entre la descripción de diferentes endoscopistas. Con el fin de simplificar la descripción de las lesiones, las asemejaremos a tres platos fácilmente identificables.

La autentica clasificación LST, la podrás encontrar en el siguiente enlace, familiarízate con ella, pero adáptala a tu realidad.

[Haz clic aquí](#)



LST-Granular

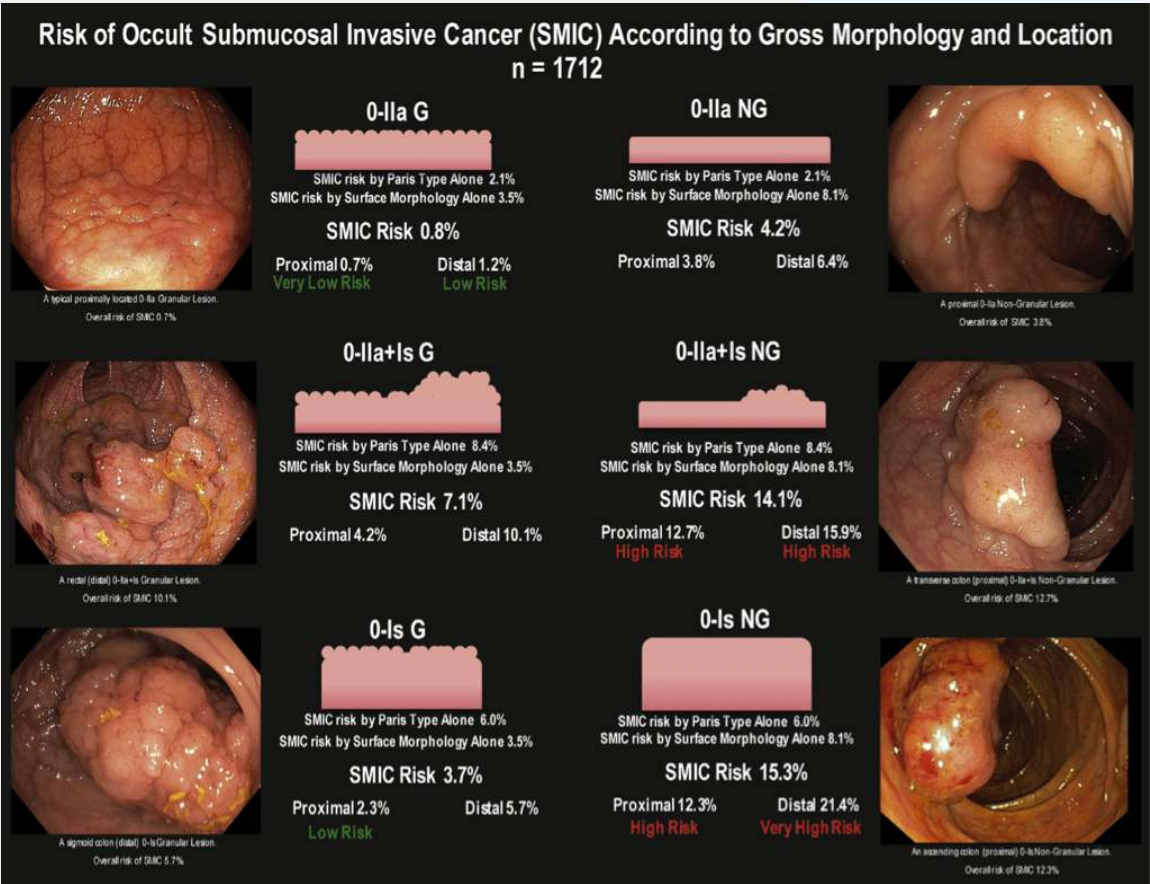


LST-Mixto



LST-NG

Una vez que somos capaces de identificar las tres formas básicas de LST, estaremos preparados para estudiar el siguiente diagrama, extraído del estudio de Burgess y cols, (enlace) que previamente hemos mencionado. Como se puede ver, aquellas lesiones mixtas o no granulares poseen por sí mismas un mayor potencial de degeneración. Como podéis comprobar, en ocasiones resulta muy complicado el poder clasificar un pólipo dentro de una morfología concreta. Por ello, debemos intentar simplificar al máximo los conceptos. Debemos tener mucho cuidado con los nódulos > 2 cm (en nuestro caso el pólipo A y el B). En un principio se pensó que las lesiones no granulares también presentaban muy alto riesgo, pero como podemos comprobar en el gráfico siguiente, este riesgo se sitúa en torno al 4%.



[Enlace 3: Haz clic aquí](#)

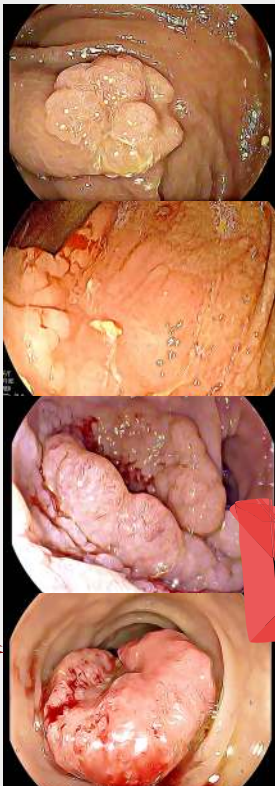
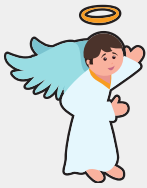
Pista 4



Color

A poco que tengas un poco de experiencia habrás notado que hay lesiones con una coloración rojiza (A y B) y otras con una coloración más pálida (C y D). ¿Si te dijera que simplemente atendiendo a esta distinción estarás cribando la mayor parte de lesiones con potencial de degeneración?. Posiblemente no me creerías, pero es cierto. La coloración roja, nos está indicando que la lesión tiene un incremento de la trama vascular, hecho que siempre ocurre cuando una lesión se encuentra en proceso de degeneración. Además si esta trama vascular comienza a ser irregular, estará traduciendo que las glándulas a las que sigue, también estarán haciéndose irregulares. Lo cual nuevamente es dar un paso más en el proceso de degeneración. Desde hace años, los sistemas de cromoendoscopia, han intentado mediante filtros de luz o métodos informáticos, remarcar este aspecto, seleccionando la longitud de onda reflejada de la luz reflejada por la hemoglobina. Esto nos ha ayudado a trazar un mapa vascular y glandular que desemboca hace más de 15 años en la clasificación de Kudo, y que posteriormente se ha ido adaptando a las necesidades occidentales mediante la clasificación de NICE y posteriormente JNET.

Probemos a colocarlas entonces en orden creciente de coloración rojiza. ¿Percibes como es el color lo que te hizo decantarte por el orden?. De forma inconsciente, tu cerebro había percibido lo "rojo" como potencialmente maligno. No se equivocaba. Percibe esta pista como una verdadera señal de alarma.



Clasificación de Kudo

[Haz clic aquí](#)

Clasificación NICE

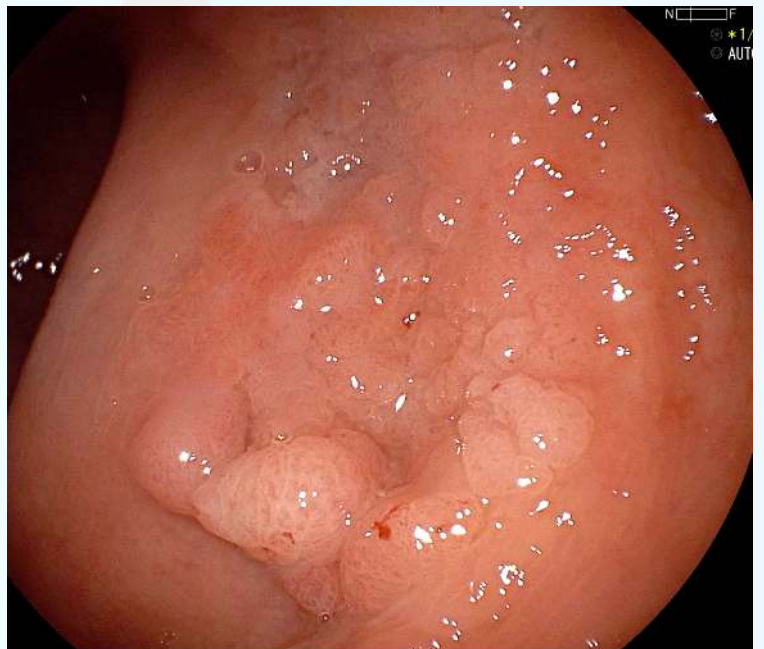
[Haz clic aquí](#)

Clasificación JNET

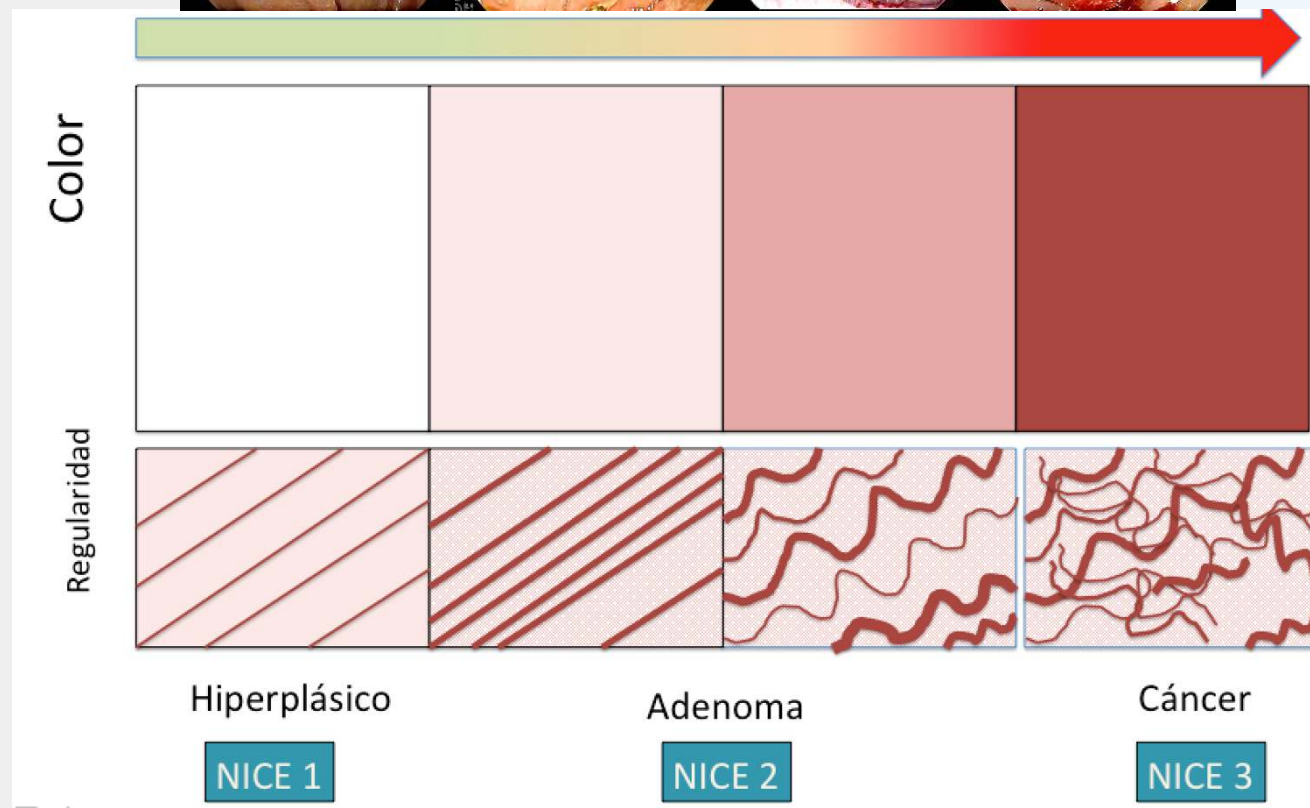
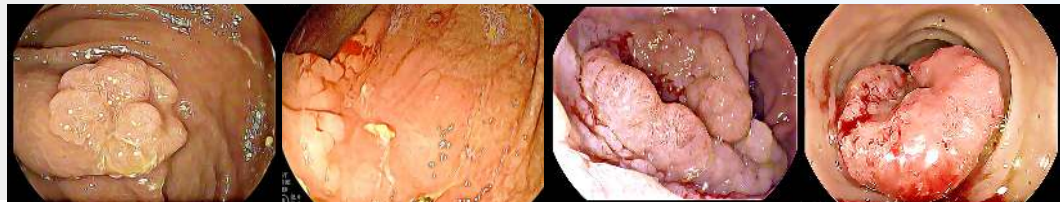
[Haz clic aquí](#)

Más información...

La coloración de las lesiones puede no ser homogénea y presentar zonas eritematosas bien diferenciadas del resto. Este signo nuevamente debe ponernos alerta, ya que podemos estar ante una lesión con focos de adenoma avanzado, coincidiendo con estas regiones. Mira estos ejemplos:



Cromo fácil...

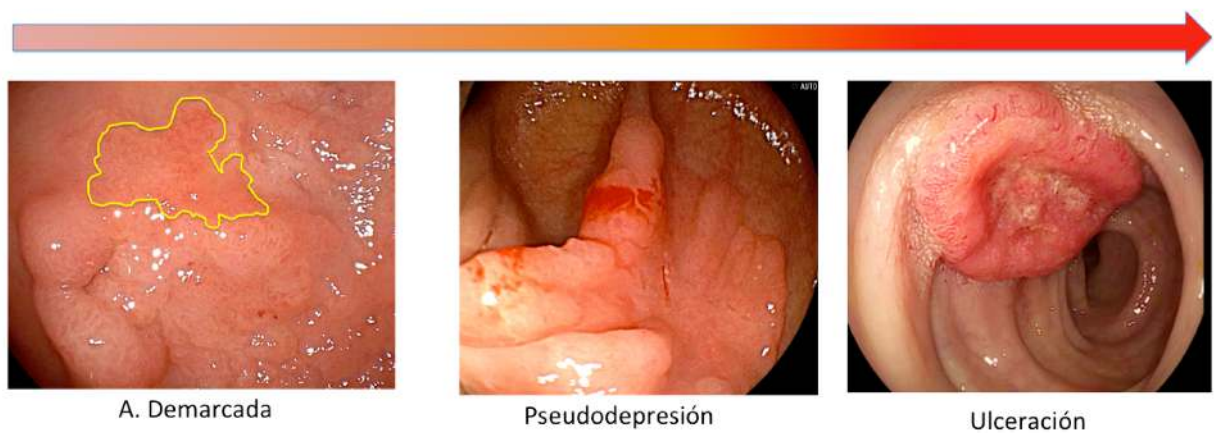


Pista 5

Úlceras



Las marcas características es lo que en endoscopia denominamos áreas demarcadas. Este concepto hace referencia a una zona de diferenciada dentro de un mismo epitelio, que tiene como principal premisa el paso de una zona regular a una zona irregular. Estas áreas demarcadas constituyen las zonas de mayor potencial de degeneración. Tal y como se ilustra en el gráfico de abajo, el área demarcada actuará como el precursor de una úlcera, por tanto a efectos prácticos la consideraremos una úlcera en potencia.



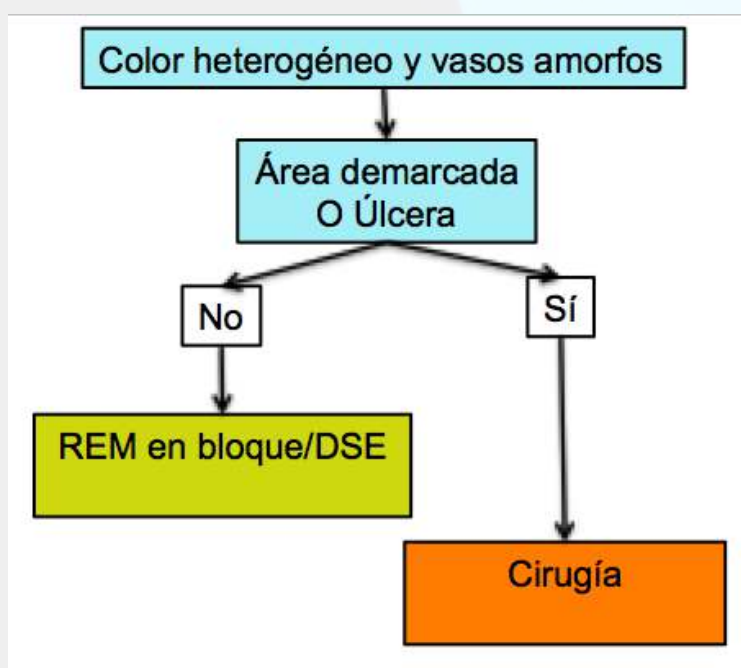
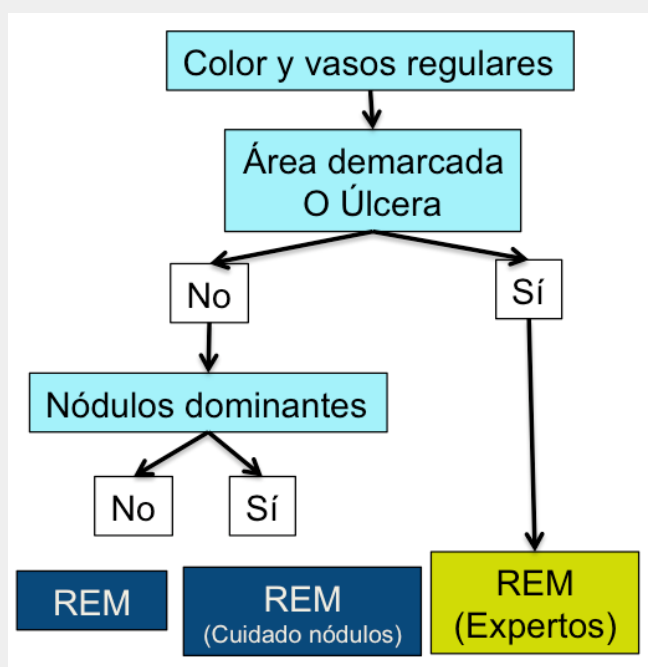
Resumen del método



Paso	Regla nemotécnica	Significado	Alto riesgo en
1	L	Localización	Colon izquierdo
2	E	Estatura (tamaño)	> 5 cm
3	FO	Forma	LST-NG y LST-Mixto
4	C	Color	Intenso-irregularidad
5	US	ÚlceraS	Áreas demarcadas

Aplicalo

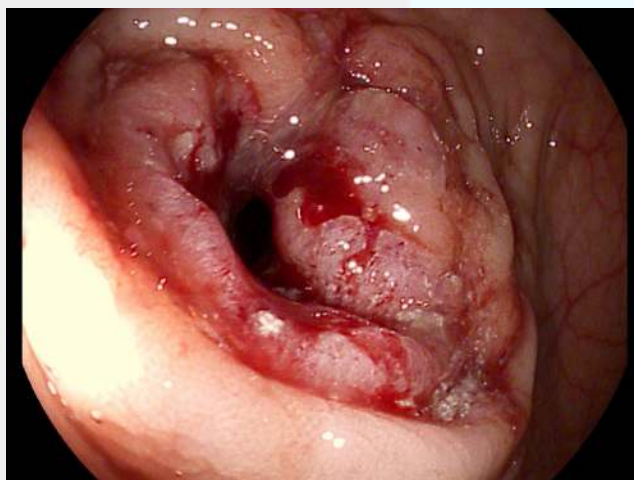
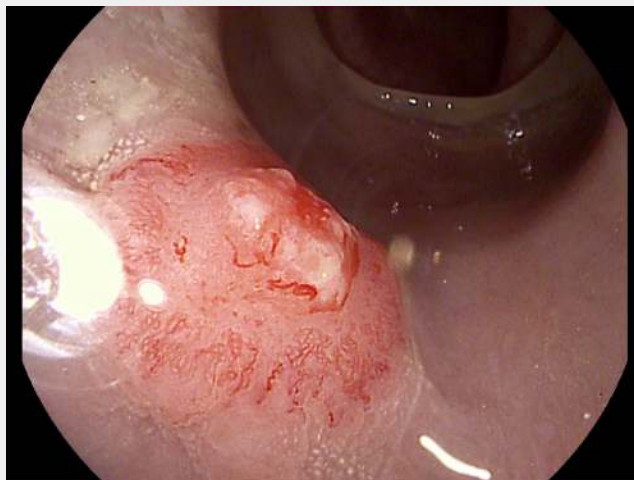
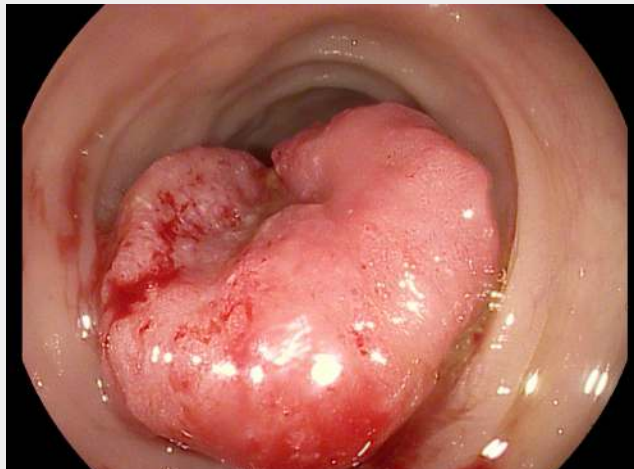
Todo lo que has aprendido hasta ahora, no tendría ningún sentido si no pudieras ayudarte con ello en la toma de decisiones. Por este motivo, te facilitamos estos dos algoritmos para que sepas como continuar una vez hayas clasificado tu lesión. Memorízalos y sobre todo aplícalos



El grupo EndoCAR de la Asociación Española de Gastroenterología, publicó en 2018 un estudio que ha supuesto un antes y un después en el proceso de toma de decisiones, combinando los datos morfológicos y cromoendoscópicos. Estos dos algoritmos están basados en este trabajo.

[Haz clic aquí](#)

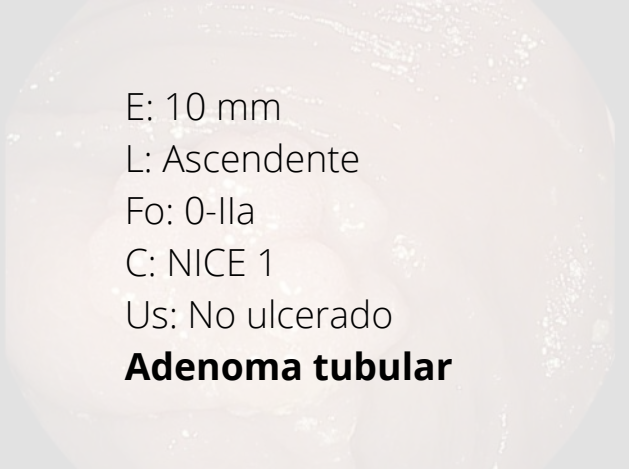
Practica



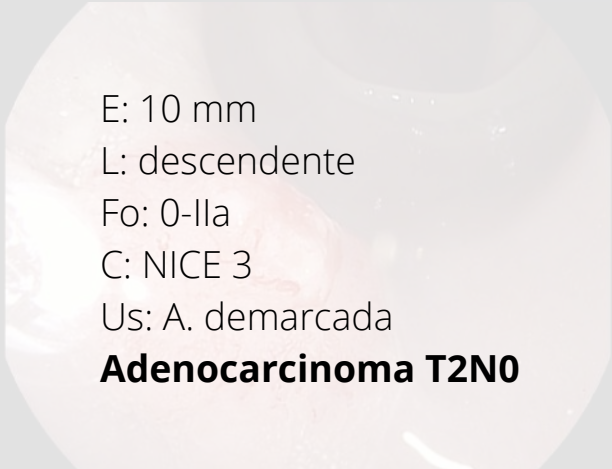
Practica



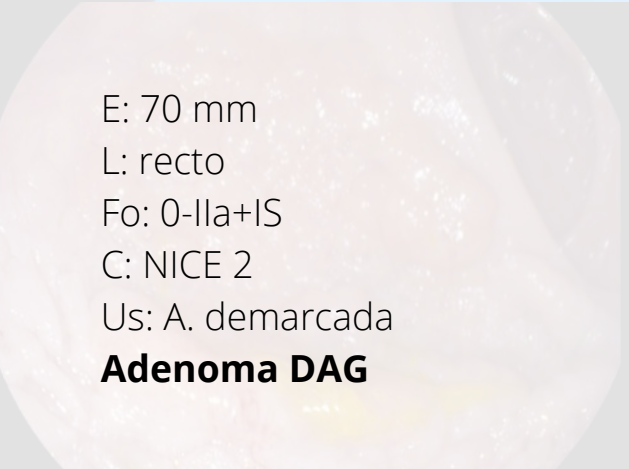
E: 40 mm
L: descendente
Fo: 0-Is+Ilc
C: NICE 3
Us: Ulcerado
Adenomcarcinoma T3N1



E: 10 mm
L: Ascendente
Fo: 0-IIa
C: NICE 1
Us: No ulcerado
Adenoma tubular



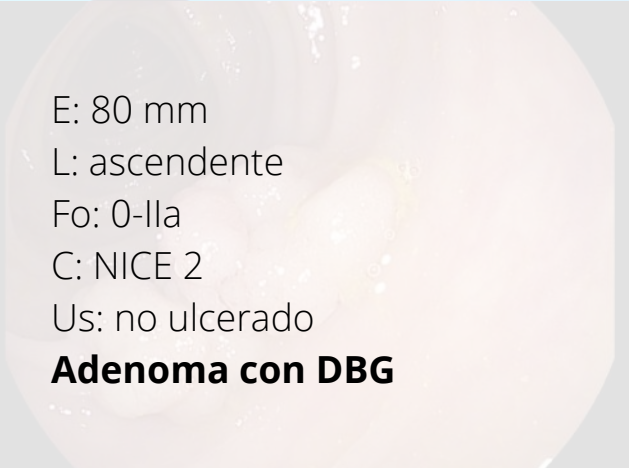
E: 10 mm
L: descendente
Fo: 0-IIa
C: NICE 3
Us: A. demarcada
Adenocarcinoma T2N0



E: 70 mm
L: recto
Fo: 0-IIa+IS
C: NICE 2
Us: A. demarcada
Adenoma DAG



E: 80 mm
L: descendente
Fo: 0-IIa + Ilc
C: NICE 3
Us: Ulcerado
Adenocarcinoma T2N0



E: 80 mm
L: ascendente
Fo: 0-IIa
C: NICE 2
Us: no ulcerado
Adenoma con DBG

