



Hospital Universitario
de La Princesa

CLASIFICACIONES Y ESCALAS ENDOSCÓPICAS



**Servicio de Aparato Digestivo
2014**

Elaborado por:

Verónica Martín Domínguez

Revisado y corregido por:

Adjuntos del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital
de la Princesa

Enero 2015

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA



GRADO I: Por deslizamiento

UEG intratorácica y el hiato puede o no estar ensanchado



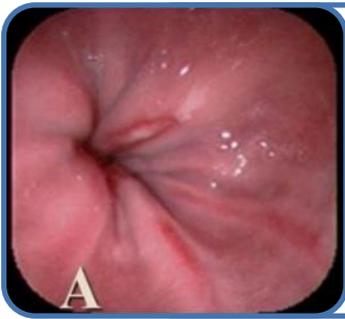
GRADO II: Paraesofágica

UEG intrabdominal y el hiato está ensanchado y permite el paso de todo o parte del estómago al tórax



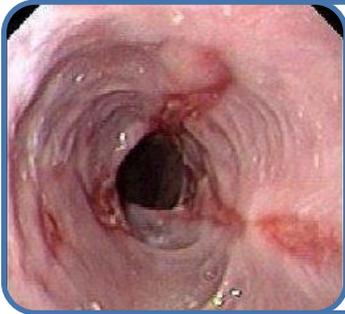
GRADO III: Mixta

La combinación de las dos anteriores



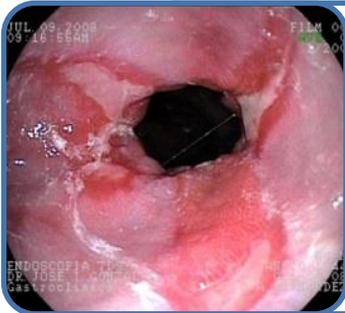
GRADO A

- Una o más erosiones de < 5 mm, limitadas a los pliegues mucosos



GRADO B

- Por lo menos una erosión de > 5 mm, limitada a los pliegues mucosos



GRADO C

- Por lo menos una lesión que se extiende por 2 pliegues, sin ser circunferencial

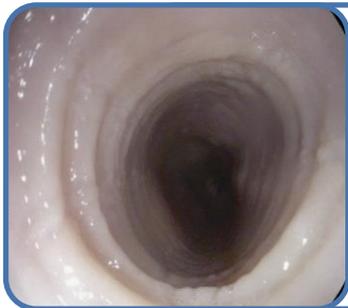


GRADO D

- Lesión circunferencial de la mucosa

Amstrong. Gastroenterology 1996

Esofagitis péptica **Clasificación de los Ángeles**



Anillos concéntricos múltiples

Se extienden en toda la longitud del esófago (difuso) o en un segmento



Surcos lineales

Pérdida del patrón vascular de la mucosa normal



Exudados blanquecinos



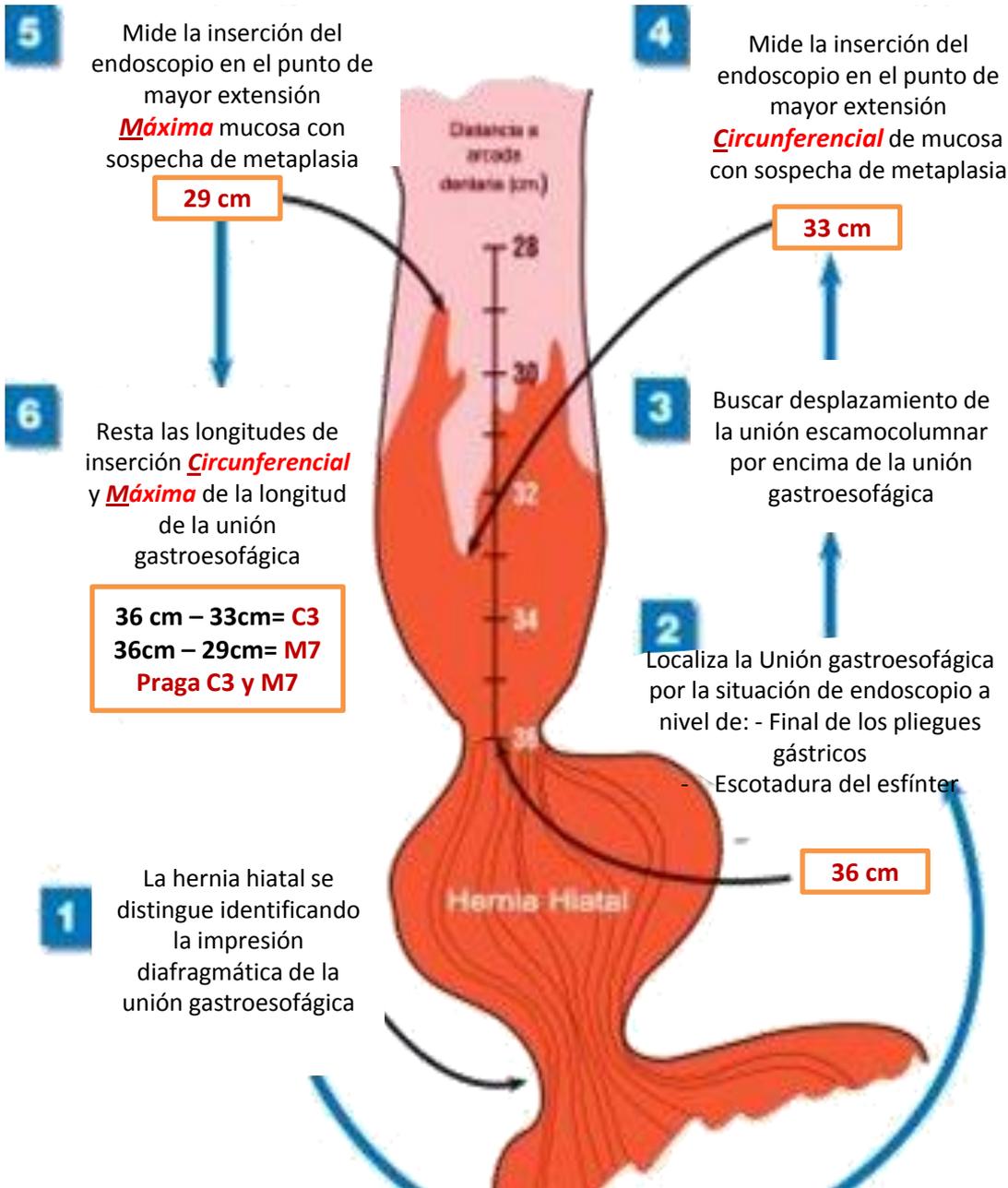
Mucosa corrugada

Aspecto de “papel crepe”

Friabilidad al paso del endoscopio

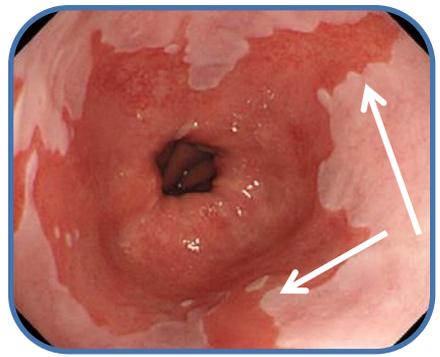
Gastrointestinal Endoscopy. 2012

Esofagitis eosinofílica
Hallazgos endoscópicos

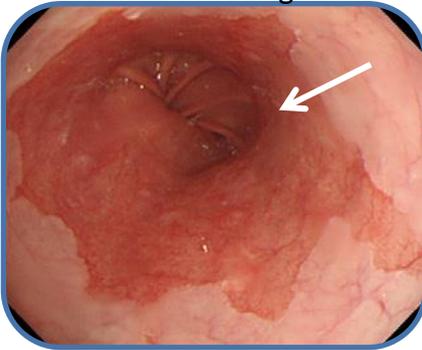


Consenso de Montreal. 2006. Criterios C y M de Praga, 2006

Metaplasia esofágica sospechada endoscópicamente- MESE



Lengüetas e islotes de mucosa sana y afecta

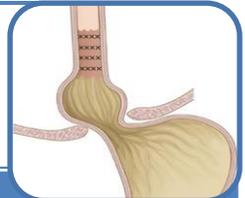


Hernia de hiato



Mapeo de biopsias

- **Biopsia para descartar cambios neoplásicos**
- **Mapeo:** toma de biopsias de los 4 cuadrantes en el segmento del EB, cada 1 - 2 cm



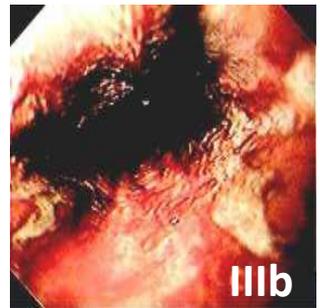
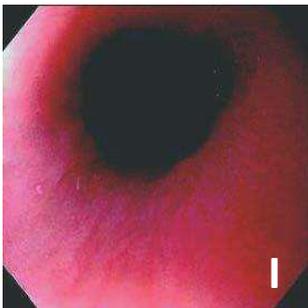
Displasia	Intervención*
Ausente	Vigilancia. Endoscopia cada 3-5 años (+mapeo)
Indeterminada	Repetir endoscopia + mapeo. Intensificación de IBP
Bajo grado	Repetir endoscopia en 6 meses (+mapeo)
Alto grado y carcinoma intramucoso	Repetir endoscopia INMEDIATAMENTE + confirmación con 2º patólogo experto. Si se confirma → Realizar USE. Considerar resección endoscópica Vs HALO Vs Cirugía

*Adaptado de Guyatt, BMJ 2008

Esófago de Barrett

Hallazgos endoscópicos y seguimiento

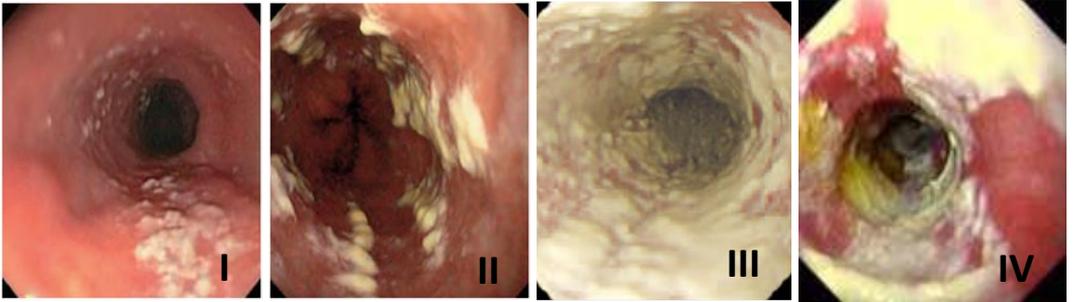
Grado	Hallazgos endoscópicos	
0	Normal	
I	Edema e hiperemia de la mucosa	
II a	Hemorragias, erosiones, exudados y úlceras superficiales	
II b	Úlceras circunscritas profundas o circunferenciales	Riesgo de estenosis esofágica 70-100%
III a	Necrosis focal	
III b	Necrosis extensa	



Esofagitis caustica
Clasificación de Zargar y col.

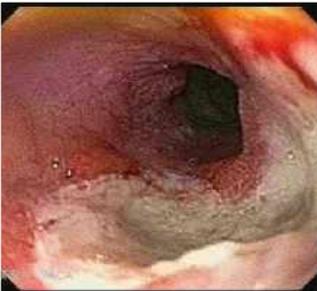
Esofagitis candidiásica (Kodsi)

- I Pseudomembranas escasas de <2 mm. Hiperemia leve
- II Pseudomembranas escasas de >2 mm. Hiperemia intensa
- III Placas confluyentes y sobreelevadas Hiperemia intensa y ulceraciones
- IV Grado III + friabilidad de la mucosa y estenosis de la luz



Esofagitis herpética

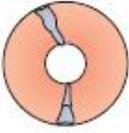
- Vesículas o úlceras solas o coalescentes, bien delimitadas con bordes sobreelevados



Esofagitis por CMV

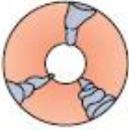
- Erosiones de bordes serpiginosos y no sobreelevados
- Úlceras profundas y longitudinales

Esofagitis infecciosa



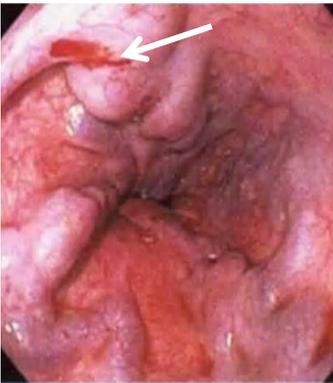
Pequeñas

Venas ligeramente congestivas no tortuosas, que no protruyen hacia la luz y/o desaparecen con la insuflación



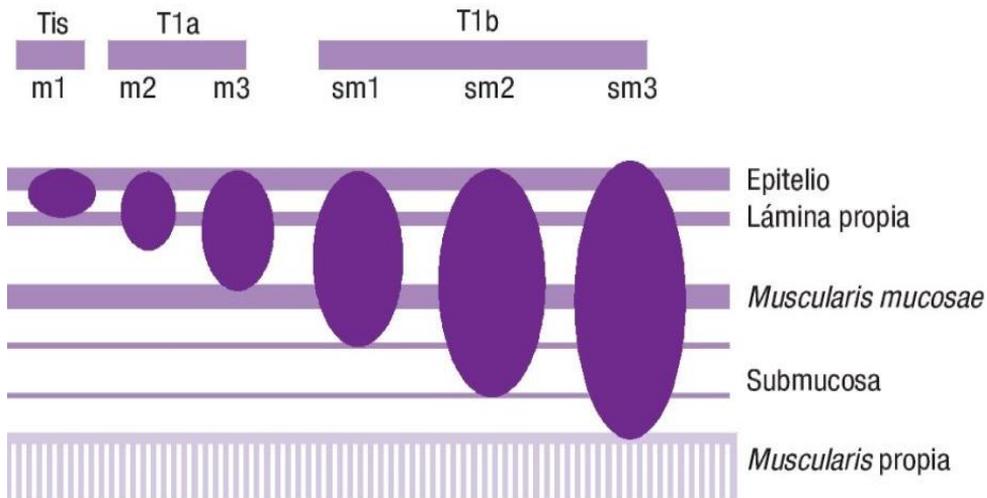
Grandes

Venas tortuosas que protruyen hacia la luz ocluyéndola o no



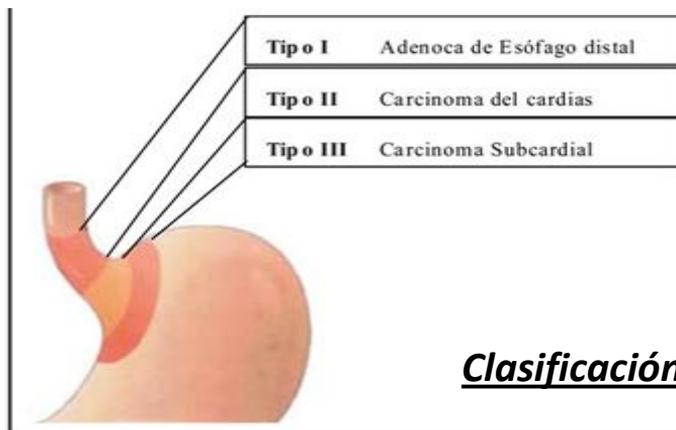
Signos inminentes de sangrado

- Erosiones longitudinales
- Puntos "rojo cereza"
- Eritema difuso



Cáncer esofágico precoz

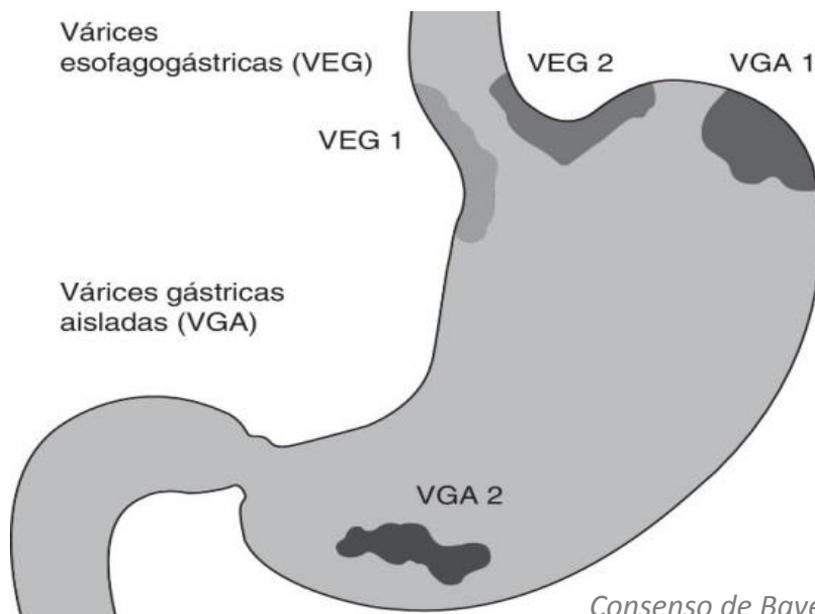
- **Tipo I:** Es la lesión en la que el centro del tumor se localiza desde 1 cm. por arriba de la línea Z (zona donde la mucosa del esófago, rosado pálido, se convierte a un color rojo salmón propio de la mucosa gástrica), hasta de 5 cm. en sentido oral. También se denomina adenocarcinoma del esófago distal.
- **Tipo II:** Se localiza desde 1cm. por arriba de la línea Z hasta 2 cm. por debajo de esta. También se conoce como Cáncer de Cardias propiamente dicho.
- **Tipo III:** Se localiza desde los 2cm. por debajo de la línea Z hasta 5 cm. en sentido caudal. También se denomina cáncer subcardial.



Clasificación de Siewert-Stein

Clasificación de los tumores de la UEG

Clasificación	Localización	Tasa Hemorragia
VEG 1	Curvadura Menor	118%
VEG 2	Fundus	55%
VGA 1	Fundus	78%
VGA 2	Cuerpo, antro, píloro	9%



Consenso de Baveno III. 2012

Varices esofagogástricas **Clasificación de Sarin**

Moderada

- Puntos rojizos y finos (*rash* escarlatiforme)
- Pliegues eritematosos superficiales
- **“Patrón mosaico”** (patrón fino reticulado que separa áreas rojizas o edematosas de la mucosa gástrica)



Grave

- **Puntos rojos** similares a los observados en el esófago con várices esofágicas
- Lesiones similares a la gastritis hemorrágica difusa

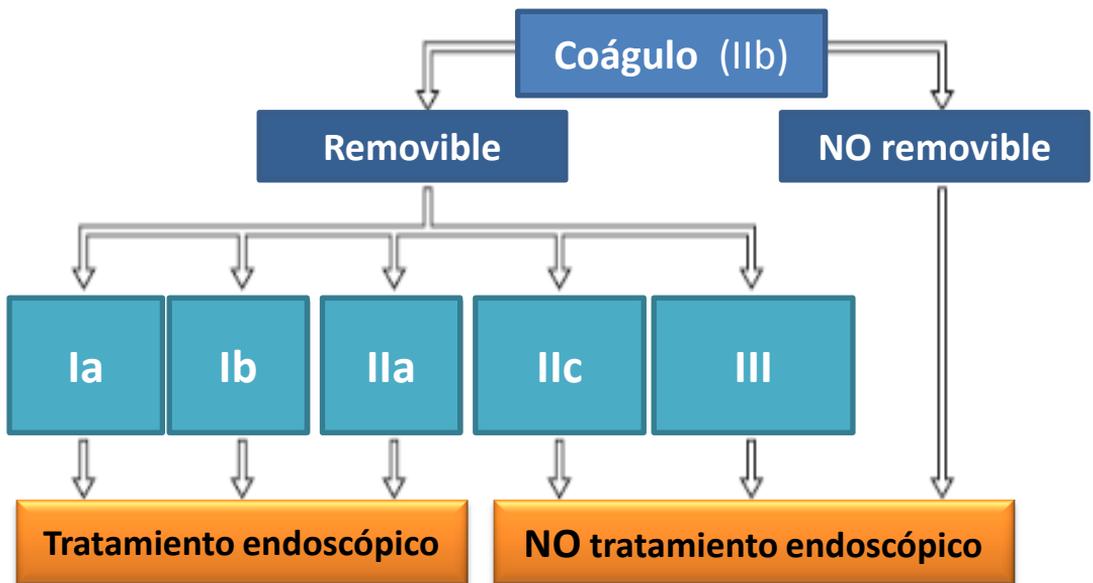


Ectasia vascular antral (GAVE)

- Alteraciones vasculares longitudinales que confluyen en el antro **“estómago en Sandía”**



Grado	Descripción endoscópica	Riesgo de Resangrado sin Tto.
Ia	Sangrado en <i>jet</i>	55%
Ib	Sangrado en sábana	
IIa	Vaso visible en fondo de ulcera	43%
IIb	Coágulo rojo adherido	22%
IIc	Base cubierta de hematina	7%
III	Base cubierta de fibrina	2%



Úlcera sangrante **Clasificación de Forrest**

GRADO I Edema con aumento de espesor de los pliegues mucosos

GRADO II Mucosa hiperémica de color rojo intenso que puede presentar friabilidad

GRADO III Hemorragia petequeal de la mucosa

GRADO IV Erosiones asociadas a equímosis y/o hemorragia petequeal que da lugar al aspecto de **“Sal y Pimienta”**

Grados de Duodenitis

- Patrón en mosaico de la mucosa
- Surcos profundos en la mucosa
- Pliegues duodenales festoneados
- Mucosa nodular
- Pérdida de los pliegues circulares duodenales
- Vasos submucosos visibles con
- Pérdida de los pliegues duodenales
- Erosiones múltiples duodenales

Hallazgos endoscópicos de atrofia vellositaria

Criterios endoscópicos

- Gastritis eritematosa/exudativa
- Gastritis erosiva superficial
- Gastritis polipoidea con erosiones
- Gastritis atrófica
- Gastritis hemorrágica
- Gastritis biliar
- Gastritis de grandes pliegues

Clasificación según localización

- Pangastritis
- Gastritis del cuerpo
- Gastritis antral

The updated Sydney System. Am J Surg Pathol 1996

Clasificación de Sydney Actualizada

Tipo de pólipo	Riesgo de cáncer	Tratamiento y seguimiento
Pólipo de glándula fúndica	Riesgo de displasia en la poliposis adenomatosa familiar	Polipectomía si tamaño > 1 cm. Considerar suprimir IBP Gastroscopia cada 3 años a partir de los 30 años de edad (poliposis adenomatosa familiar) Si displasia en pólipos de glándula fúndica, gastroscopia anual
Pólipo hiperplásico	Displasia en el 2% de pólipos, en especial los pólipos > 2 cm	Considerar erradicación de <i>H. pylori</i> . Polipectomía endoscópica si > 1 cm Realizar biopsias gástricas múltiples
Pólipo adenomatoso	Adenocarcinoma en el 50% de los pólipos > 2 cm	Polipectomía endoscópica Biopsias gástricas múltiples Descartar AG sincrónico (hasta en un 30% de pacientes) Gastroscopia anual si numerosos (PAF)
Pólipo hamartomatoso	Riesgo de cáncer gástrico en el 30% de pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers	Gastroscopia cada 2-3 años a partir de los 18 años de edad
Poliposis juvenil	Riesgo de cáncer gástrico en el 15-20% de pacientes	Gastroscopia cada 1-2 años Ofrecer colonoscopia simultánea para detección
Pólipo fibroide inflamatorio	Desconocido, probablemente ninguno	Polipectomía endoscópica. No precisa seguimiento
Xantoma	Ninguno	No precisa tratamiento. Puede asociarse a gastritis crónica
Páncreas heterotópico (cardial, antral)	Ninguno	Sólo tratar las lesiones astrales que produzcan obstrucción o pancreatitis. No precisa seguimiento

BP: inhibidores de la bomba de protones. AG: adenocarcinoma gástrico; PAF: poliposis adenomatosa familiar.

Manejo de los pólipos gástricos

T: tumor primario

Tx: no puede ser evaluado

T0: no evidencia de tumor primario

Tis: displasia de alto grado (neoplasia epitelial no invasiva)

T1: tumor invade la lámina propia, *muscularis mucosae* o submucosa

T1a: tumor invade la lámina propia o *muscularis mucosae*

T1b: tumor invade la submucosa

T2: tumor invade *muscularis* propia

T3: tumor invade adventicia

T4: tumor invade estructuras adyacentes

T4a: tumor resecable que invade pleura, pericardio o diafragma

T4b: tumor irreseccable que invade otras estructuras adyacentes como la aorta, cuerpo vertebral, tráquea, etc.

N: ganglios linfáticos regionales

Nx: no pueden ser evaluados

N0: no metástasis en ganglios linfáticos regionales

N1: metástasis en 1-2 ganglios linfáticos regionales

N2: metástasis en 3-6 ganglios linfáticos regionales

N3: metástasis en 7 o más ganglios linfáticos regionales

M: metástasis a distancia

M0: no metástasis a distancia

M1: metástasis a distancia

G: grado histológico

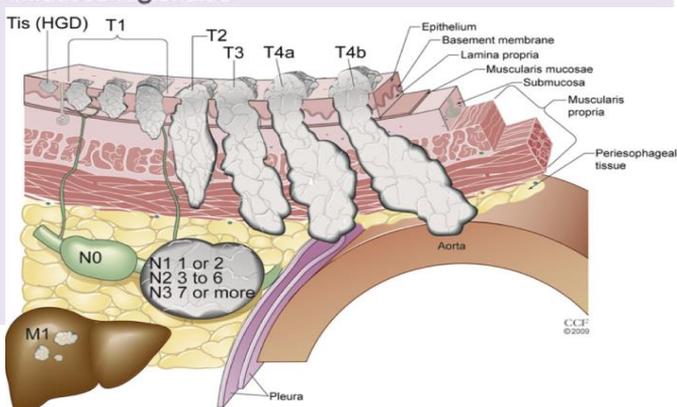
Gx: no puede ser evaluado

G1: bien diferenciado

G2: moderadamente diferenciado

G3: pobremente diferenciado

G4: indiferenciado



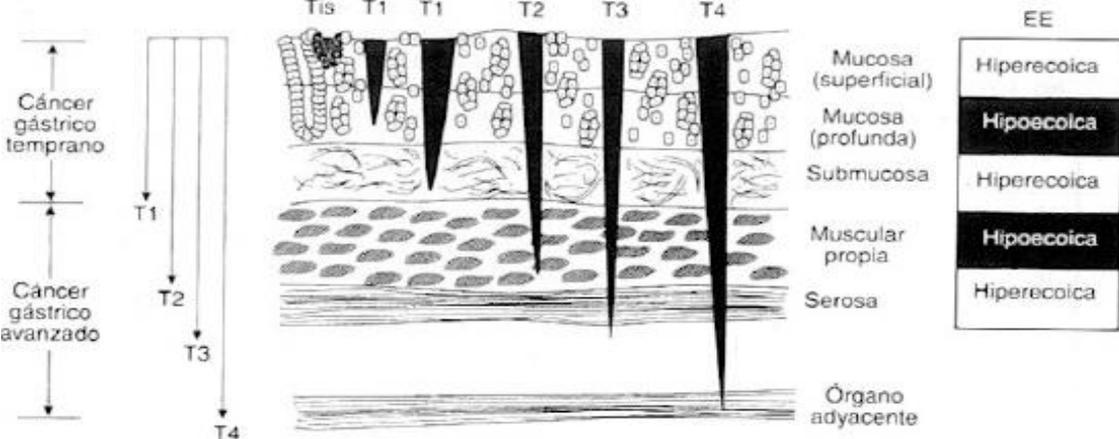
Estadios del tipo escamoso

Estadios del adenocarcinoma

Estadio	T	N	M	Grado	Localización tumoral
0	Tis (DAG)	N0	M0	1, x	Cualquier
IA	T1	N0	M0	1, x	Cualquier
IB	T1	N0	M0	2, 3	Cualquier
	T2-3	N0	M0	1, x	Bajo, x
IIA	T2-3	N0	M0	1, x	Alto, medio
	T2-3	N0	M0	2, 3	Bajo, x
IIB	T2-3	N0	M0	02-mar	Alto, medio
	T1-2	N1	M0	Cualquier	Cualquier
IIIA	T1-2	N2	M0	Cualquier	Cualquier
	T3	N1	M0	Cualquier	Cualquier
	T4a	N0	M0	Cualquier	Cualquier
IIIB	T3	N2	M0	Cualquier	Cualquier
IIIC	T4a	N1-2	M0	Cualquier	Cualquier
	T4b	Cualquier	M0	Cualquier	Cualquier
IV	Cualquier	N3	M0	Cualquier	Cualquier
	Cualquier	Cualquier	M1	Cualquier	Cualquier

Estadio	T	N	M	Grado
0	Tis (DAG)	N0	M0	1, x
IA	T1	N0	M0	1-2, x
IB	T1	N0	M0	3
	T2	N0	M0	1-2, x
IIA	T2	N0	M0	3
	T3	N0	M0	Cualquier
IIB	T1-2	N1	M0	Cualquier
	T1-2	N2	M0	Cualquier
IIIA	T3	N1	M0	Cualquier
	T4a	N0	M0	Cualquier
	T3	N2	M0	Cualquier
IIIB	T4a	N1-2	M0	Cualquier
IIIC	T4b	Cualquier	M0	Cualquier
	Cualquier	N3	M0	Cualquier
IV	Cualquier	Cualquier	M1	Cualquier

Estadificación TNM del Cáncer esofágico



Estadificación ecoendoscópica del cáncer gástrico

Grado de afectación transmural (T)

- Tis Tumor intraepitelial que no invade la lámina propia (carcinoma *in situ*, displasia de alto grado)
- T1 El tumor invade la lámina propia o submucosa (T1a: invasión de lámina propia; T1b: invasión de submucosa)
- T2 El tumor invade la capa muscular propia
- T3 El tumor afecta a la subserosa
- T4 El tumor perfora la serosa (T4a) o afecta órganos adyacentes (T4b)^{a, b, c}

T3. lig. gastrocolico o gastrohepatico o epiplon mayor o menor

Grado de afectación de ganglios linfáticos (N)

- N0 No están afectados los ganglios regionales^d
- N1 Afectación de 1 a 2 ganglios regionales
- N2 Afectación de 3 a 6 ganglios regionales
- N3 Afectación de 7 a 15 ganglios regionales (N3a) o más de 15 ganglios (N3b)

T4b Bazo, colon, intestino delgado, diafragma, páncreas, pared abdominal, riñón y retroperitoneo

Metástasis (M)^e

- M0 Ausencia de metástasis a distancia
- M1 Presencia de metástasis a distancia

Metástasis a distancia incluye siembre peritoneal, citología peritoneal positiva y afectación tumoral del epiplon sin continuidad con el Tu. primario

Estadificación del cáncer gástrico

0	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	IV
Tis N0 M0	T1 N0 M0	T2 N0 M0	T3 N0 M0	T4a N0 M0	T4a N1 M0	T4b N0-1 M0	T4a N3 M0	M1
	T1 N1 M0	T2 N1 M0	T3 N1 M0	T3 N2 M0	T4a N2 M0	T4b N2-3 M0		
		T1 N2 M0	T2 N2 M0	T2 N3 M0	T3 N3 M0			
			T1 N3 M0					

Estadificación TNM del Cáncer gástrico

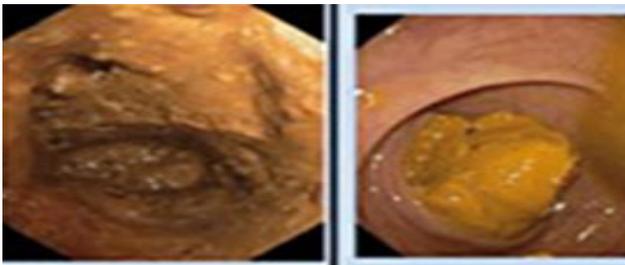
LESIÓN	BIOPSIA	LOCALIZACIÓN	NÚMERO	OTROS
MUCOSA NORMAL	NO	-	-	Salvo sospecha E. Eosinofílica
ESOFAGITIS POR REFLUJO	NO	-	-	-
BARRETT	SI	4 cuadrantes	2 por cuadrante cada 2 cm.	Cada 1 cm Dirigida con Narrow Band
ESTENOSIS/A NILLO	En función aspecto mucosa	Anormalidades de la mucosa	Al menos 2	-
ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA	SI	Esófago proximal y medio. Antro gástrico y duodeno	5 Esófago 2 antro 2 duodeno	-
ESOFAGITIS POR CÁNDIDA	SI	Lesión	2	Cultivo para microbiología
ESOFAGITIS HERPÉTICA	SI	Borde lesión	2	Cultivo para virus
ESOFAGITIS MEDICAMENTOSA	NO	-	-	Salvo duda diagnóstica
CA. DE ESÓFAGO	SI	Lesión y sus bordes	6-8	-

Indicaciones de biopsias esofágica

LESIÓN	BIOPSIA	LOCALIZACIÓN	NÚMERO	OTROS
GASTRITIS CRÓNICA	SI	Antro, incisura y cuerpo gástrico	2 antro 1 incisura 2 cuerpo	Sidney actualizado
INFECCIÓN H. PYLORI	SI	Antro IBPs: Antro, incisura y cuerpo	1 test ureasa +/- 2 antrales IBPs: 2 antro, 1 incisura, 1 cuerpo	Enviar histología en caso de ureasa negativa
ÚLCERA DUODENAL	SI	Antro	1 test ureasa	-
ÚLCERA GÁSTRICA	SI	Bordes úlcera	6 biopsias	Cepillado úlcera Test ureasa
POLIPOSIS GÁSTRICA	SI	Pólipos menores	-	Polipectomía a pólipo mayor tamaño
CA. GÁSTRICO	SI	Lesión	Al menos 6-8 lesión y bordes	-
LINITIS PLÁSTICA	SI	Pliegues engrosados	6-8	Macrobiopsia Ecoendoscopia
ANEMIA / SOSPECHA CELIAQUÍA	SI	Segunda porción duodenal	2	-

Indicaciones de biopsias gástricas

ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA



0

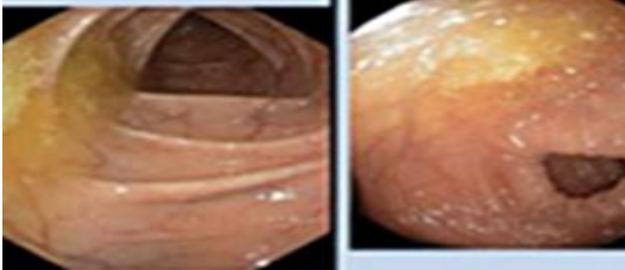
No preparado

Mucosa no visualizada por presencia de heces sólidas



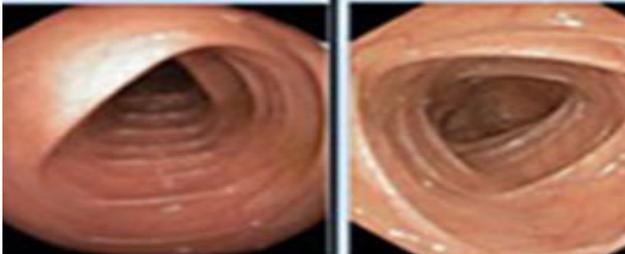
1

Áreas no vistas por presencia de contenido fecal líquido y semisólido



2

Escaso contenido fecal líquido que se puede aspirar, buena visualización de la mucosa



3

Excelente

visualización de la mucosa, sin presencia de restos líquidos

Se puntúa cada segmento del colon: izquierdo, transverso, derecho

Puntuación máxima: 9

Puntuación mínima aceptable: 6

Gastrointestinal Endoscopy 2010

Preparación de Colonoscopia

Escala de Boston (validada en 2010)

Historia familiar de CCR

Poliposis/CCHNP

Parentesco familiar
afecto más próximo

1^{er} grado

2^o grado

3^{er} grado

Número de
familiares
afectos

Número de
familiares
afectos

1

≥ 2

1

≥ 2

≤ 60

Años al
diagnóstico

> 60

Inicio a los 40 años:¹

- Colonoscopia/5 años

Inicio a los 40 años:

- SOHi anual o bienal y/o
- Sigmoidoscopia/5 años, o
- Colonoscopia/10 años

Inicio a los 50 años:

- SOHi anual o bienal y/o
- Sigmoidoscopia/5 años, o
- Colonoscopia/10 años

Diagnóstico de CCR²

Colectomía
segmentaria

Colonoscopia de seguimiento al año y luego:

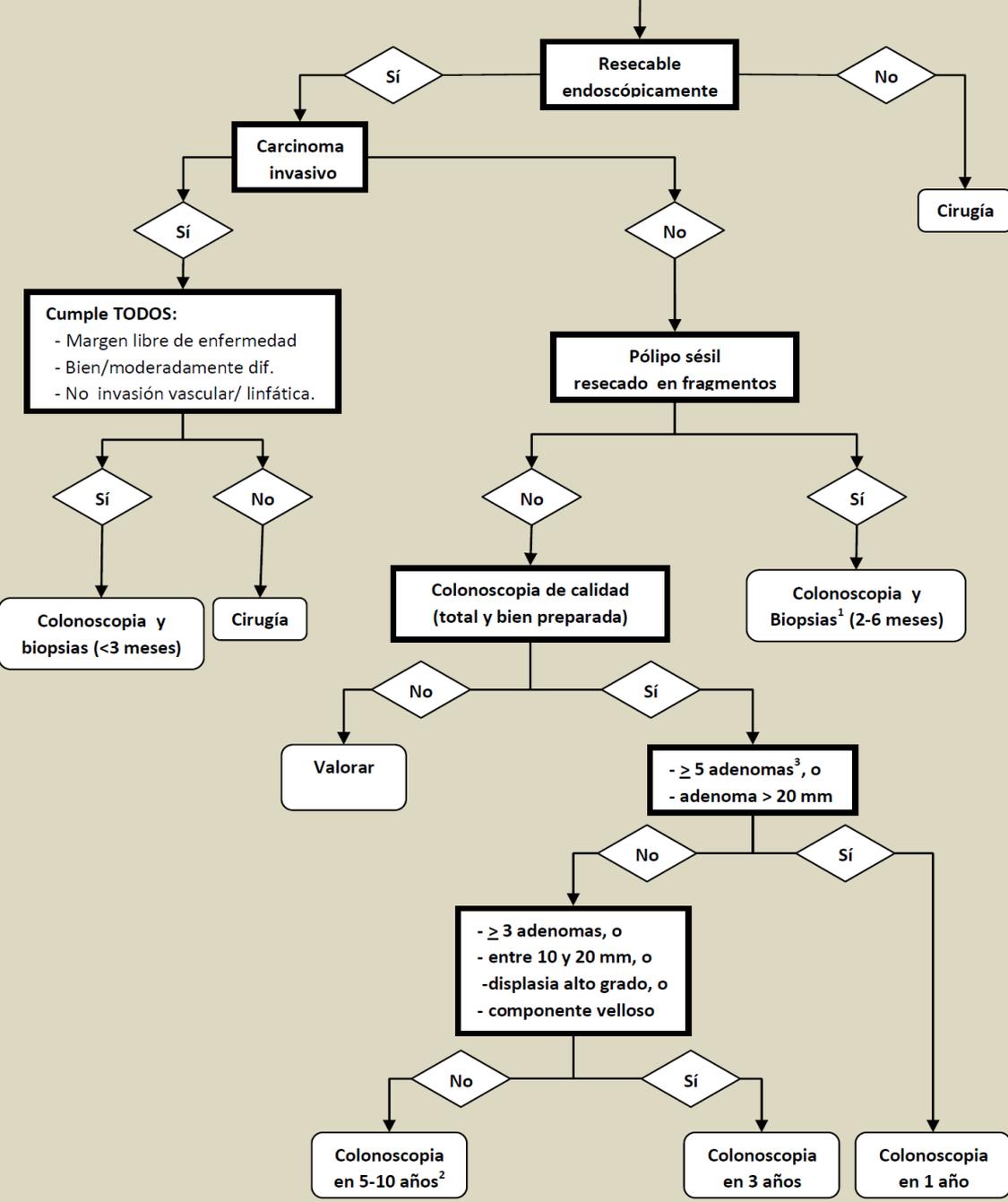
- No lesiones: en 3 años y luego cada 3-5 años.
- Pólipos: según algoritmo post-polipectomía.

Cribado del cáncer colorrectal familiar

¹ o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven (lo primero que ocurra).

²

Adenoma colorrectal



¹ Se puede considerar una segunda resección endoscópica en caso de persistencia.

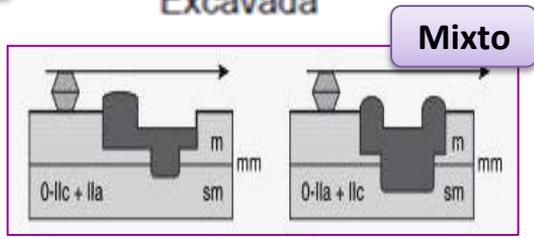
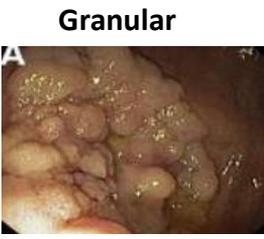
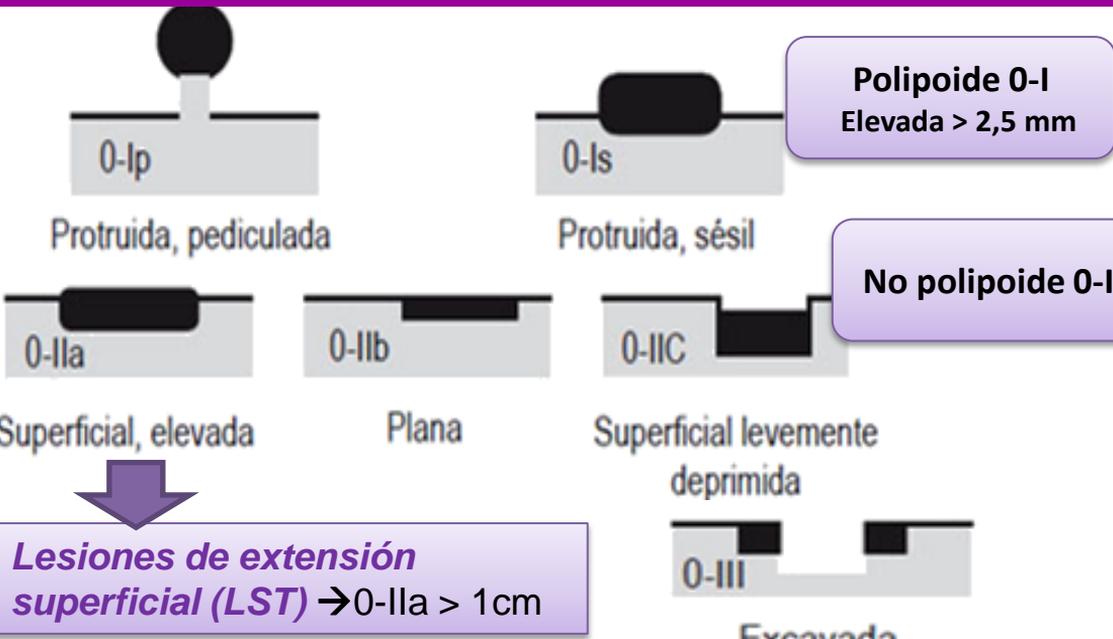
² En ausencia de antecedentes personales de CCR/adenomas avanzados y de AF de CCR: revisión en 10 años.

³ Si más de 15pólipos descartar síndromes polipósicos.

Seguimiento post-polipectomía

Superficial Tipo 0	Lesiones superficiales protruyentes o no. Limitadas a la mucosa (esófago y estomago) o la submucosa (colon)
Avanzado Tipo 1	Carcinoma protruyente unido por una base amplia
Avanzado Tipo 2	Carcinoma ulcerado con forma y márgenes elevados
Avanzado Tipo 3	Carcinoma ulcerado sin límites definidos
Avanzado Tipo 4	Carcinoma infiltrante difuso no ulcerado
Avanzado Tipo 5	Carcinoma avanzado no clasificable

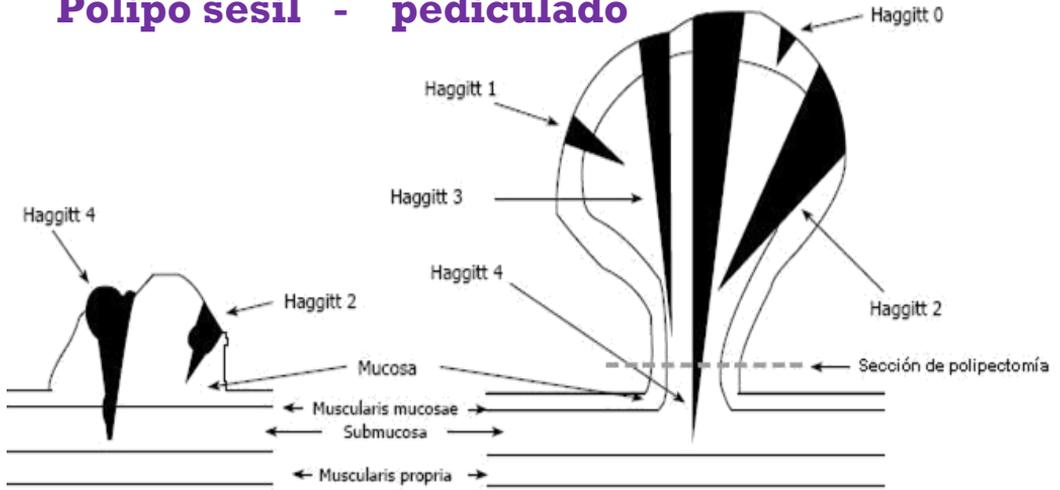
Neoplasias digestivas (Japón)



Gastrointestinal Endosc 2003.58; 6,Suppl1:S3-S43

Neoplasias superficiales tipo 0 Clasificación de Paris (2003)

Pólipo sésil - pediculado



Significado

Conducta

0 *In situ* – intramucoso
(no invasor)

Polipectomía endoscópica

1 Invade la **muscularis mucosa** de la **cabeza**

Si **NO** tiene características de alto riesgo → colonoscopia de seguimiento y **biopsia de la base a los 3 meses** → si ésta es **negativa**

2 Invade el **cuello**

3 Invade el **tallo**

se seguirá el protocolo estándar de seguimiento de pólipos

4 **“Carcinoma invasivo”** afecta la **submucosa** (por debajo del tallo y por arriba de la muscular propia)

↪ **Factores de mal pronóstico**
Exéresis quirúrgica

↪ **Factores de buen pronóstico ***
Resección endoscópica

***Margen libre de enfermedad, carcinoma bien o moderadamente diferenciado y ausencia de afectación vascular o linfática**

Haggitt, profundidad de infiltración de los pólipos (1985)

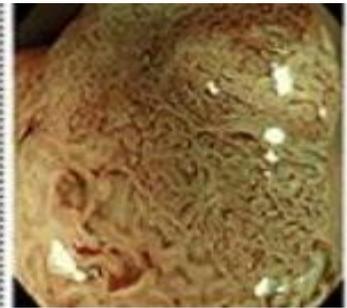
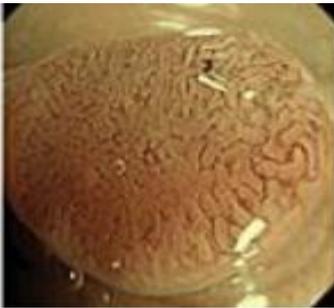
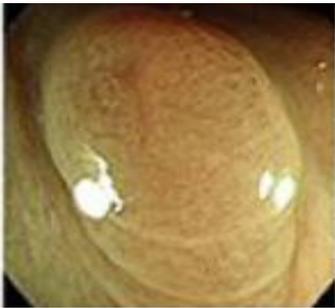
Clasificación de los pólipos (Haggitt)

	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
Color	Igual o más claro que el fondo	Más marrón en contraste con el fondo (verificar que el color proviene de los vasos)	Marrón a marrón oscuro en comparación con el fondo; algunas veces con áreas blanquecinas parcheadas
Vasos	No. En algunos casos se pueden ver vasos alargados por encima de la lesión	Vasos marrones alrededor de estructuras blanquecinas**	Área(s) de vasos interrumpidos o ausentes
Patrón superficial	Puntos oscuros o blancos de tamaño uniforme, o ausencia homogénea de patrón	Estructuras blanquecinas ovales, tubulares o ramificadas** rodeadas por vasos marrones	Patrón superficial amorfo o ausente
Patología más común	Hiperplásico	Adenoma***	Cáncer con invasión en la submucosa profunda

Seguimiento

**Polipectomía
RSE/DME**

CIRUGÍA



*Se puede aplicar usando un colonoscopio con o sin magnificación óptica

**Estas estructuras (regulares o irregulares) pueden representar las fositas y el epitelio de la apertura de las criptas

La presencia de **alto grado de displasia** o **carcinoma** hasta la submucosa superficial puede sugerirse por un **patrón irregular superficial o de los vasos, y está asociado con morfología atípica.**

NBI International Colorectal Endoscopic Classification, 2012

Clasificación de NICE- NBI

Kudo	“Pit pattern”	Histología	Patrón
I	Redondas, de tamaño uniforme	Normal	No neoplásico
II	Estrellado, papilar	Hiperplasia	
III L	Tubular o redondeado (mayor de lo habitual)	Adenoma	No invasivo
III S	Tubular o redondeado (menor de lo habitual) con displasia AG	ADC intramucoso	
IV	Ramificado, “quebrado”, “cerebroide”	ADC superficial	
V	Patrón ausente Ausente, criptas irregulares	ADC profundo	Invasivo

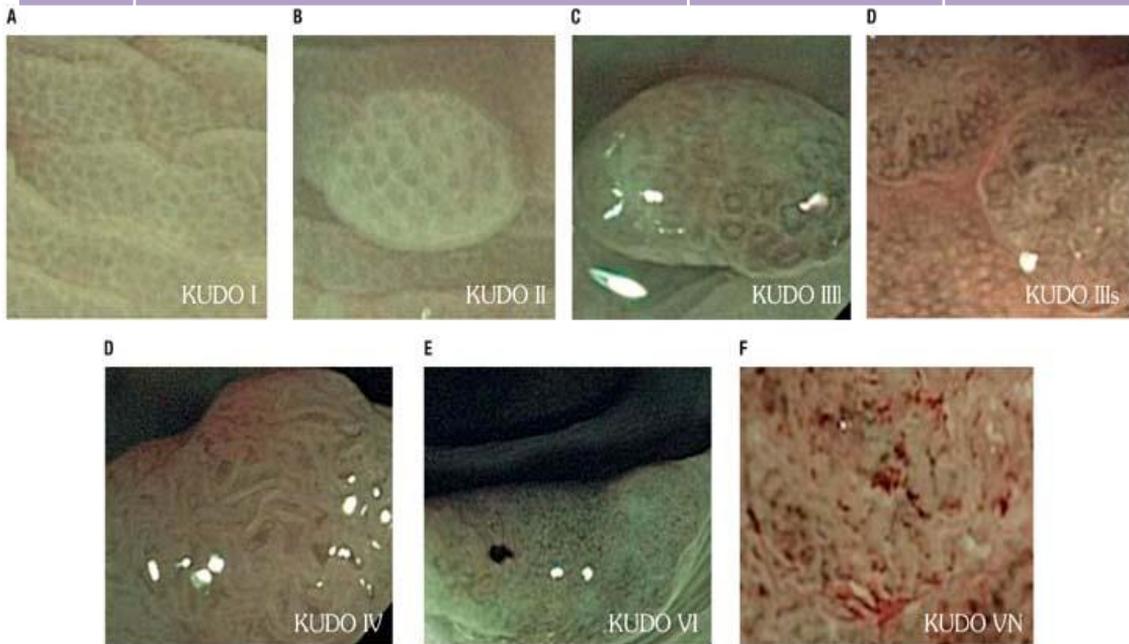


Figura 4. Clasificación del Patrón de las Criptas de Kudo con NBI y MO

Patrones de criptas glandulares de las neoplasias colorectales (Kudo, 2001)

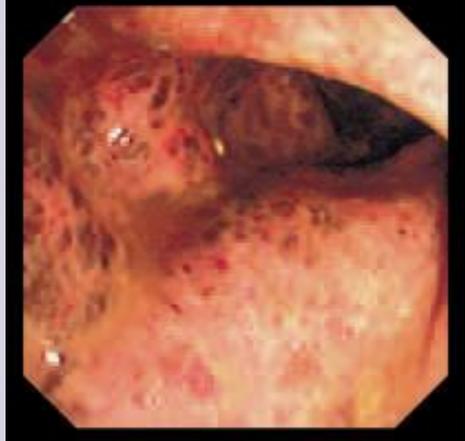
Lesión temprana

- Mucosa pálida con múltiples petequias
- Seguido de áreas de necrosis superficial



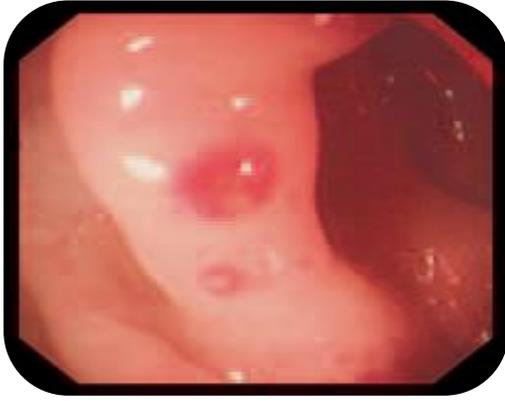
Lesión tardía

- Úlceras serpiginosas
- Zonas de edema e inflamación intensa
- Hemorragias espontáneas y ulceraciones



Hallazgos endoscópicos de la Colitis isquémica

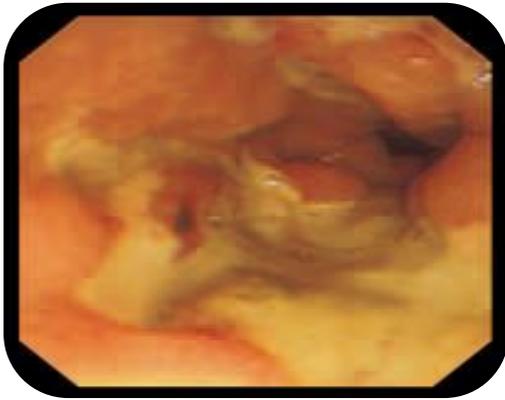
Enfermedad de Crohn



Leve: Eritema focal.
Erosiones



Moderada: Úlceras
aftoides, grandes.
Escasas (+ eritema
focal y erosiones)



Grave: Úlceras
grandes múltiples.
Estenosis con úlceras
(+ erosiones y úlceras
aftoides)



Quiescente:
Distorsión o pérdida
del patrón vascular
normal. Granularidad

Valoración de actividad

Enfermedad de Crohn

Variable	0	1	2	3
Tamaño de úlceras (cm)	No	Aftas (Ø 0,1-0,5)	Úlceras gdes (Ø 0,5-2)	Úlceras Muy grandes (Ø >2)
Superficie ulcerada (%)	No	> 10	10 - 30	> 30
Superficie afectada (%)	Segmento sin afectación	> 50	50 - 75	> 75
Estenosis	No	Simple, permite paso	Múltiples, permite paso	No permite el paso

	Íleon	Colon derecho	Colon transverso	Colon izquierdo	Recto	Total
Presencia y tamaño de las úlceras (0-3)						
Extensión superficie ulcerada (0-3)						
Extensión superficie afecta (0-3)						
Presencia y tipo de estenosis (0-3)						
Curación mucosa=0. Actividad: leve <5, moderada= 5-15, grave >15						SES-CD =

Adaptado de Dapero. Gastrointest Endosc 2004

Índice endoscópico simplificado (SES-CD)

Enfermedad de Crohn

- ❑ *Afectación discontinua* de la mucosa
- ❑ *Aftas superficiales* (fase temprana)
- ❑ *Úlceras superficiales o profundas* que pueden llegar a afectar toda la circunferencia
- ❑ *Mucosa en empedrado*
- ❑ *Estenosis de la luz* (fibrosa o inflamatoria)
- ❑ *Pseudopólipos* (fase más grave y prolongada)

Hallazgos endoscópicos

0. Inflamación

1. Menos de 5 úlceras aftosas
2. Más de 5 úlceras aftosas, con mucosa normal entre ellas o grandes lesiones en parches o lesiones confinadas a la anastomosis
3. Ileítis aftosa difusa con inflamación difusa de la mucosa ileal
4. Inflamación difusa con úlceras grandes, nodularidad, estenosis.

Recurrencia post-Quirúrgica

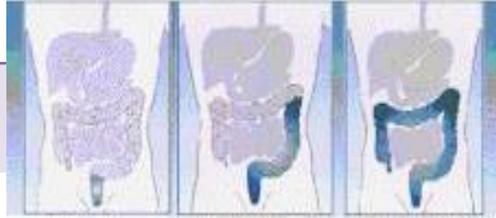
(Rutgeerts, 1990)

Colitis ulcerosa

**E1: proctitis
ulcerosa** Limitada al recto

**E2: colitis distal
(colon izquierdo)** Hasta el ángulo
esplénico

**E3: pancolitis
(colitis extensa)** Todo el colon



Extensión

Clasificación de Montreal (2005)



0 normal: patrón vascular intacto;
ausencia de friabilidad y granulación



1 Leve: eritema, reducción del patrón
vascular, granulación mínima



2 Moderada: eritema pronunciado,
granulación, friabilidad, patrón vascular
ausente, hemorragia con traumatismo
mínimo, ausencia de úlceras



3 Grave: úlceras, hemorragia
espontánea

Puntuación endoscópica de actividad
Índice de Mayo (UC-DAI)

MISCELÁNEOS

CLASIFICACIÓN TNM EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS Y GRUPOS DE ESTADIFICACIÓN

Tumor primario (T)

- Tx El tumor primario no puede ser evaluado
- T0 No evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma *in situ*
- T1 Tumor limitado al páncreas, de tamaño máximo de 2 cm
- T2 Tumor limitado al páncreas, de tamaño máximo mayor de 2 cm
- T3 Extensión directa al duodeno, conducto biliar o tejidos peripancreáticos
- T4 Extensión directa al estómago, bazo, colon o grandes vasos adyacentes

Metástasis en ganglios linfáticos regionales (N)

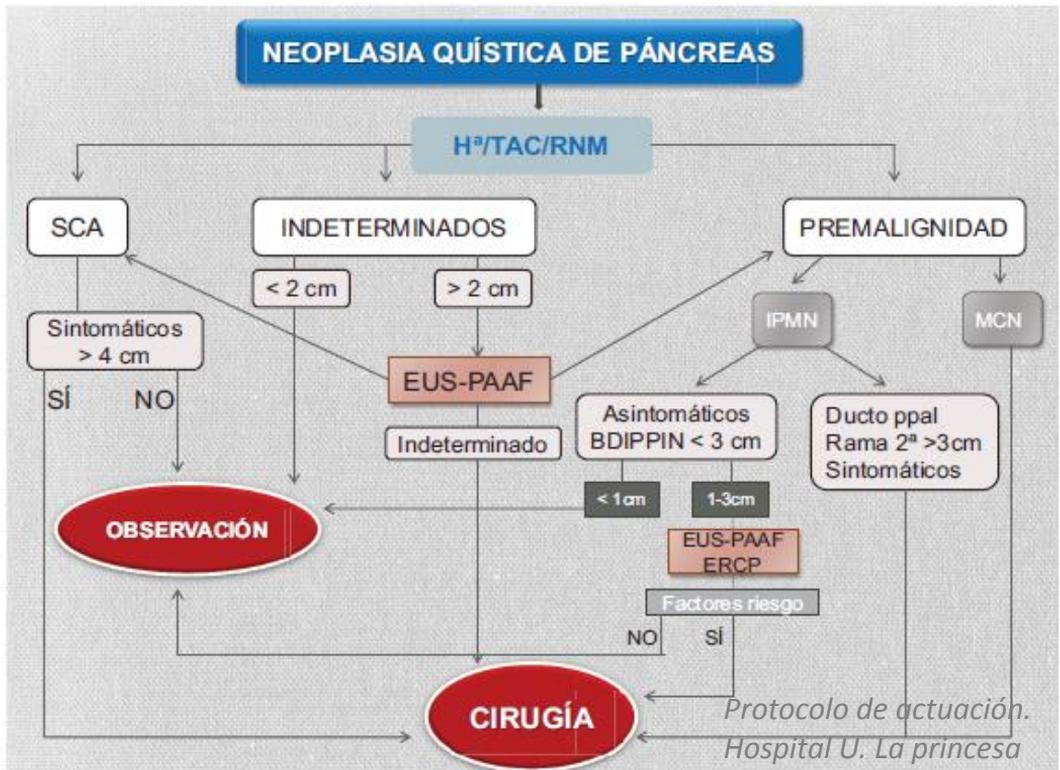
- Nx Las metástasis ganglionares regionales no pueden ser evaluadas
- N0 Ausencia de metástasis ganglionares regionales
- N1 Presencia de metástasis ganglionares regionales
 - N1a: En una sola región ganglionar
 - N1b: En varias regiones ganglionares

Metástasis a distancia (M)

- Mx Las metástasis a distancia no pueden ser evaluadas
- M0 Ausencia de metástasis a distancia
- M1 Presencia de metástasis a distancia

Grupos de estadificación			
	T	N	M
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1 T2	N0	M0
Estadio II	T3	N0	M0
Estadio III	T1 T2 T3	N1	M0
Estadio IV A	T4	Cualquier N	M0
Estadio IV B	Cualquier T	Cualquier N	M1

Fuente: AJCC Cancer Staging manual. 5th ed. American Joint Committee on Cancer. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 121-4.



Estadificación y tratamiento del Cáncer de Páncreas y las NQP

Are any of the following high-risk stigmata of malignancy present?
 I) Obstructive jaundice in a patient with cystic lesion of the head of the pancreas
 II) Enhancing solid component within cyst
 III) Main pancreatic duct ≥ 10 mm in size

Yes

Consider surgery, if clinically appropriate

No

Are any of the following worrisome features present?
 Clinical: Pancreatitis*
 Imaging:
 I) Cyst 3 cm
 II) Thickened/enhancing cyst walls
 III) Main duct size 5 to 9 mm
 IV) Non-enhancing mural nodule
 V) Abrupt change in caliber of pancreatic duct with distal pancreatic atrophy

Yes

If yes, perform endoscopic ultrasound

No

Are any of these features present?
 I) Definite mural nodule(s)*
 II) Main duct features suspicious for involvement Δ
 III) Cytology: suspicious or positive for malignancy

No

What is the size of the largest cyst?

Inconclusive

<1 cm

CT/MRI in 2 to 3 years \diamond

1 to 2 cm

CT/MRI yearly x 2 years, then lengthen interval if no change \diamond

2 to 3 cm

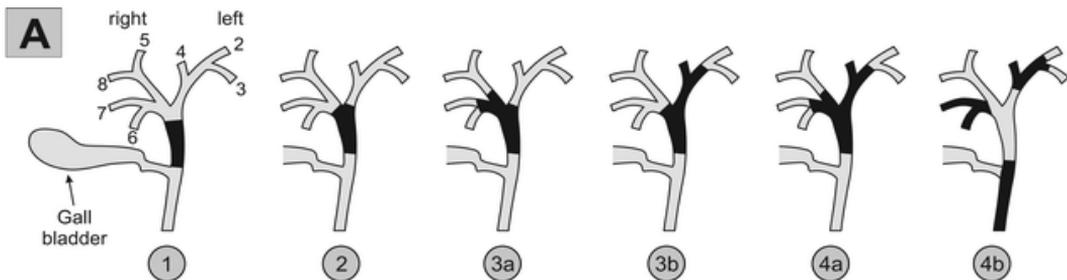
EUS in 3 to 6 months, then lengthen interval alternating MRI with EUS as appropriate. \diamond
 Consider surgery in young, fit patients with need for prolonged surveillance

>3 cm

Close surveillance alternating MRI with EUS every 3 to 6 months. Strongly consider surgery in young, fit patients

Guías de consenso Internacionales 2012 para el manejo de la NPMI y MCN del páncreas. Pancreatology 2012

Algoritmo para el manejo de la sospecha de TPMI



B **T clinical classification of the primary tumour**

- T0** - No evidence of primary tumour
- Tis** - *In situ*; non-invasive, intraepithelial
- T1** - Tumor confined to the bile duct histologically
- T2** - Beyond wall of bile duct, periductal connective tissue
- T3** - Invasion of gall bladder, liver, pancreas, and/or unilateral branches of portal vein or hepatic artery (right or left)
- T4** - Tumour invades any of the following: main portal vein or its branches bilaterally; common hepatic artery; other adjacent structures such as the colon, stomach, duodenum, or abdominal wall

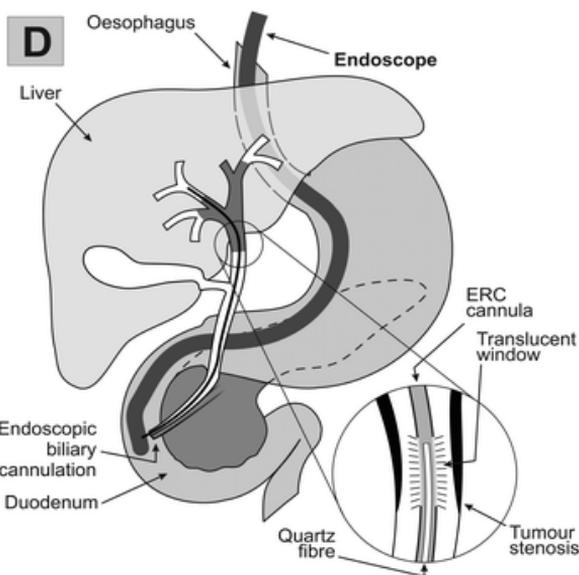
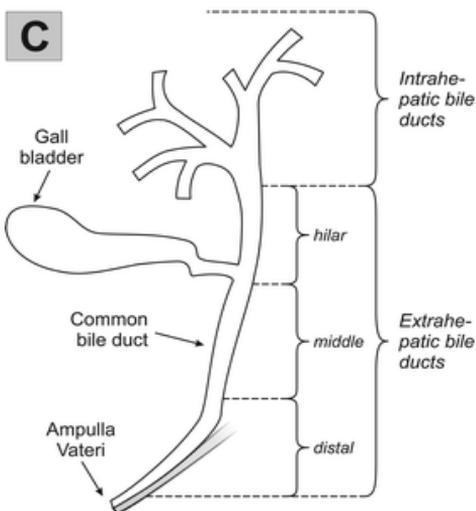
N regional lymph nodes

- N0** - No regional lymph node involvement
- N1** - Regional lymph node metastasis

TX, NX, MX...unknown, not evaluated, information not assessable

M distant metastases

- M0** - No distant metastasis
- M1** - Distant metastasis



Colangiocarcinoma
Clasificación de Bismuth

Criterios mayores:

- A1. Focos hiperecoicos parenquimatosos de 2 mm o más con sombra acústica
- A2. Cálculos en el conducto principal
- B. Lobularidad difusa del páncreas (3 lóbulos contiguos o más)

Criterios menores:

- 1. Quistes
- 2. Conducto principal dilatado (> 3,5 mm en cabeza o > de 1,5 mm en cola)
- 3. Contorno del conducto principal irregular
- 4. 3 o más conductos secundarios dilatados (> 1 mm)
- 5. Pared del conducto principal hiperecoica en más del 50% en cuerpo o cola)
- 6. Estrías (líneas hiperecoicas de 3 mm o más en al menos dos direcciones de plano diferentes)
- 7. Focos hiperecoicos sin sombra posterior de 2 mm o menos
- 8. Lobularidad focal (lóbulos no contiguos)

Hallazgos consistentes con pancreatitis crónica:

- A. A1 + A2
- B. Un criterio mayor A + criterio mayor B
- C. Un criterio mayor A y 3 criterios menores o más

Hallazgos indicativos de pancreatitis crónica:

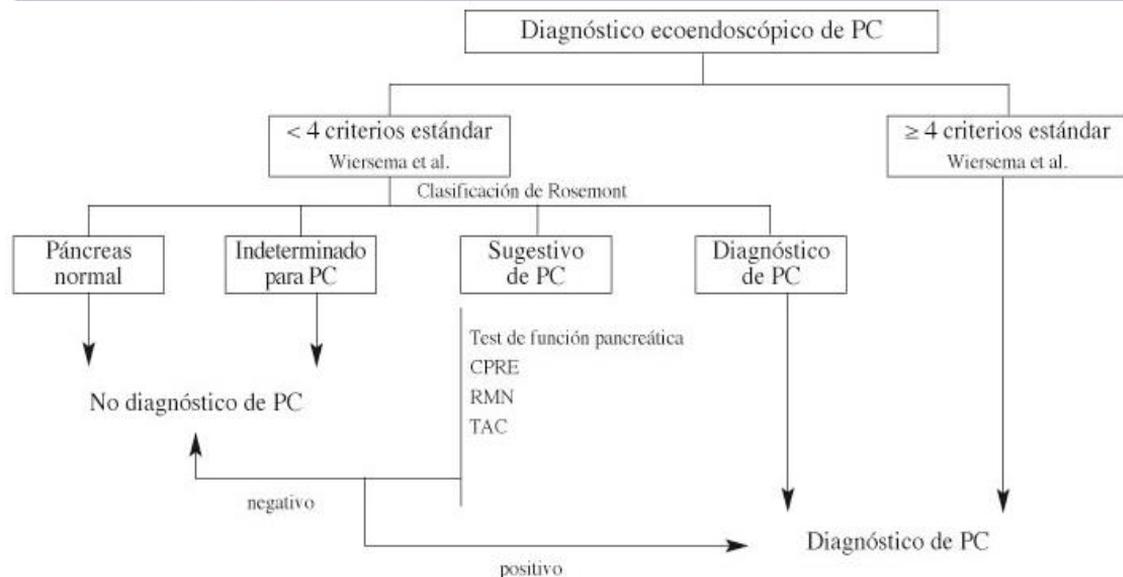
- A. (A1 o A2) y menos de 3 criterios menores
- B. Criterio mayor B y 3 criterios menores o más
- C. Cinco criterios menores o más sin ningún criterio mayor

Pancreatitis crónica indeterminada:

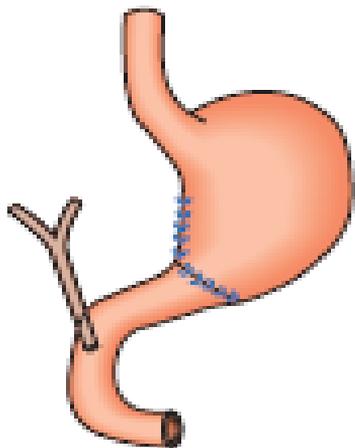
- A. Tres o 4 criterios menores sin ningún criterio mayor
- B. Criterio mayor B con menos de 3 criterios menores

Páncreas normal:

Dos o menos criterios menores

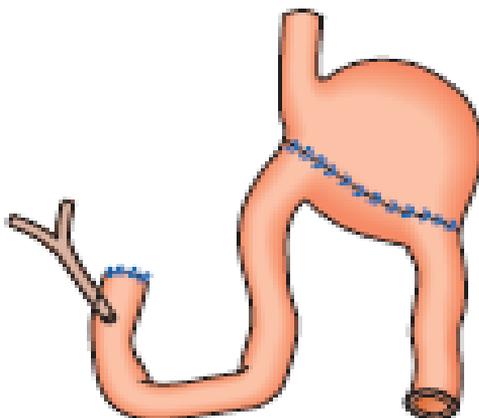


Criterios de Rosemont para pancreatitis crónica (ecoendoscopia)



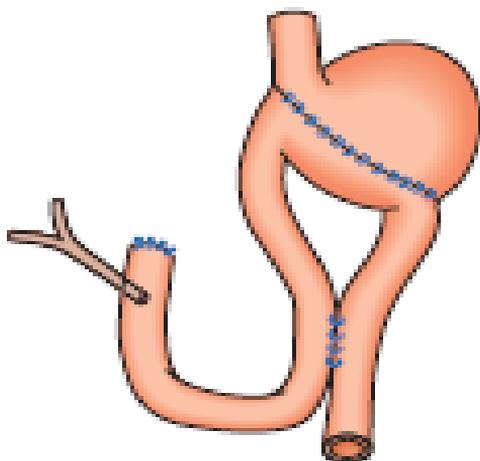
Billroth 1

Gastrectomía parcial con
gastroduodenostomía



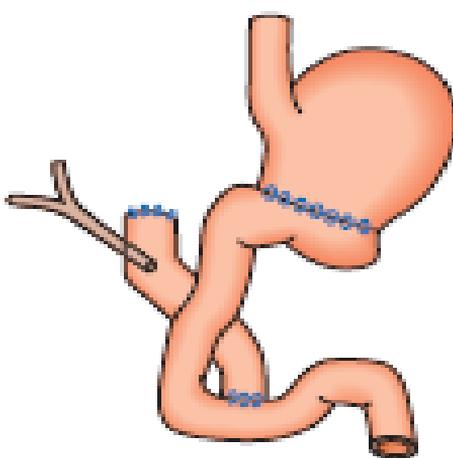
Billroth 2

Gastrectomía parcial con
gastroyeyunostomía



Billroth 2

con anastomosis tipo
Braun



**Gastroyeyunostomía
en Y de Roux**

***Técnicas de reconstrucción
Post-gastrectomía***

Extensión de la enfermedad	Ann Arbor (1971) ^a	Musshoff (1977)	Tratamiento recomendado
Limitado a la pared gástrica, sin afectación ganglionar	IE	IE	Erradicación de <i>H. pylori</i>
Afectación ganglionar regional	IIE	IIE1	Erradicación de <i>H. pylori</i> Radioterapia ^b o rituximab ^b
Afectación ganglionar extrarregional infradiafragmática	IIE	IIE2	Rituximab ± poliquimioterapia
Afectación ganglionar infra y supradiafragmática	IIIE	IIIE	Rituximab + poliquimioterapia
Diseminación hematológica (afectación gástrica y de uno o más órganos extralinfáticos)	IVE	IVE	Rituximab + poliquimioterapia

Estadificación clínica y tratamiento del linfoma MALT

HEMORROIDES EXTERNAS

- Se sitúan en el tercio inferior del ano, revistiéndose de piel modificada o del propio orificio anal recubiertas de piel normal

HEMORROIDES INTERNAS

- Se sitúan en los dos tercios superiores del conducto anal, recubiertas por epitelio cilíndrico
 - **Grado 1°:** Sobresalen en la luz del conducto anal pero no se exteriorizan
 - **Grado 2°:** Se exteriorizan sólo durante la evacuación pero se reducen de forma espontánea
 - **Grado 3°:** Se exteriorizan de forma espontánea o durante la defecación y requieren la reducción manual
 - **Grado 4°:** Se encuentran prolapsadas de forma permanente y no se pueden reducir manualmente

Clasificación de las hemorroides