



Panorama Cuba y Salud

ISSN: 1995-6797

revista@elacm.sld.cu

Escuela Latinoamericana de Medicina
Cuba

Bello Núñez, Milay; Rapado Viera, Martín; García Baños, Luis Gustavo
Lesiones planas gastrointestinales, diagnóstico y clasificación
Panorama Cuba y Salud, vol. 9, núm. 2, mayo-agosto, 2014, pp. 36-41
Escuela Latinoamericana de Medicina
Ciudad Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477347196007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Lesiones planas gastrointestinales, diagnóstico y clasificación

Hospital General Docente Iván Portuondo. San Antonio de los Baños. Artemisa.

Milay Bello Núñez¹, Martín Rapado Viera², Luis Gustavo García Baños³.¹Especialista de 2do. Grado en Gastroenterología, Profesor Auxiliar, Máster en Ciencias. ²Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna, Profesor Auxiliar, Máster en Ciencias, Investigador Agregado. ³Especialista 1er Grado en Medicina General Integral y de 2do Grado en Ginecología, Profesor Auxiliar, Máster en Ciencias.

RESUMEN

Objetivo: Fundamentar la importancia de conocer la clasificación actual de las lesiones planas del tracto gastrointestinal y realizar su diagnóstico endoscópico precoz.**Desarrollo:** Las neoplasias del esófago, estómago y colon constituyen importantes causas de mortalidad a nivel mundial. En Cuba el cáncer en general representa la segunda causa de muerte y las neoplasias gastrointestinales en particular la cuarta causa en frecuencia de aparición. Las lesiones planas del tracto gastrointestinal, definidas también como premalignas y/o precursoras de cáncer avanzado, son consideradas difíciles de diagnosticar durante la realización de un estudio endoscópico convencional, así como también en estudios endoscópicos no invasivos. Este tipo de lesión es capaz de progresar a cáncer avanzado con mayor frecuencia que los denominados pólipos protruidos de similar tamaño, por esta razón se considera primordial su diagnóstico precoz. Actualmente se han adoptado a nivel internacional nuevas directrices para clasificar éstas lesiones teniendo en cuenta su morfología y apariencia endoscópica. Al mismo tiempo la incorporación de novedosas y sofisticadas técnicas de diagnóstico endoscópico ha contribuido a optimizar el rendimiento diagnóstico de este tipo de lesiones.**Conclusiones:** La posibilidad de identificar de forma rápida y precisa las lesiones planas del tracto gastrointestinal ha tenido gran impacto en la prevención del cáncer de origen digestivo, permitiendo su detección temprana cuando la lesión aún se considera curable.**Palabras clave:** cáncer gastrointestinal, lesiones planas, clasificación morfológica, diagnóstico endoscópico.

INTRODUCCIÓN

Los tumores del esófago, estómago y colon son causas importantes de mortalidad por cáncer. La secuencia adenoma-carcinoma se considera precursora del cáncer gastrointestinal y los adenomas planos están involucrados cada vez más en esta relación. Las lesiones planas del colon se definen por la endoscopia como aquellas lesiones no exofíticas, planas o deprimidas de la mucosa cuya altura es menor a la mitad del diámetro de la lesión.(1)

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 y colaboradores(2) consideran que los adenomas planos pequeños pueden crecer hacia a luz colónica (crecimiento exofítico) para convertirse en pólipos pediculados o, de manera horizontal, para originar lesiones planas de

extensión lateral. Las lesiones deprimidas 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 identificación.(3) 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. 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 curable.(4)

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

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 Endoscopia 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 colon.(5)

Entre los patólogos de Asia, Europa y América se establece un consenso para la clasificación histopatológica de las neoplasias epiteliales en la mucosa del tracto digestivo (clasificación de Viena)(6), con ello se persigue 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. No obstante, no hay hasta el momento una clasificación estandarizada, lo cual conlleva a diferencias importantes en la definición e interpretación de las 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 prematura(7). Por consiguiente y puntualizando que las lesiones planas del tracto gastrointestinal poseen un alto potencial maligno que las convierte en precursoras de cáncer avanzado, la posibilidad de manejar su clasificación actual y conocer acerca de las nuevas técnicas de diagnóstico endoscópico nos permitirá realizar una detallada caracterización de estas lesiones premalignas. Garantizando un tratamiento eficaz y provocando un impacto positivo en la prevención del cáncer de origen digestivo.

Definiciones

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. Además, las lesiones prominentes o protruidas se conocen como pólipos y las lesiones excavadas como úlceras. Las lesiones menos llamativas (no protruidas y no excavadas) con frecuencia se denominan lesiones planas. 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 variable.(8)

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.(9)

Diagnóstico

Para lograr un diagnóstico definitivo de las lesiones superficiales 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)(10). 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.

A) Cromoendoscopia

Se define como 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 las ventajas o utilidades de la Cromoendoscopia 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 lesión.(11)

Los colorantes que se emplean con mayor frecuencia teniendo en cuenta su mecanismo de acción son:

- Tinciones vitales o de absorción: Solución de lugol, azul de metileno, azul de toluidina.
- Tinciones de contraste: Índigo carmín
- Tinciones reactivas: Rojo congo
- Tinción para tatuaje: Tinta china.

B) Cromoendoscopia electrónica

La introducción de la óptica electrónica dentro del videoendoscopio se hizo para 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 microvascular.(11,12)

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 Barrett (14) y para la clasificación de Pitpattern en el epitelio colónico, de acuerdo con el patrón críptico de Kudo.(15)

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 esparcidas(16). Otras técnicas estandarizadas son: la cromoendoscopia virtual computada, técnicas de estimación espectral, imágenes espectrales por reflectancia y la FICE-Multiband™.(17,18,19)

C) Endomicroscopia láser confocal

La endomicroscopia láser confocal es una herramienta de reciente introducción. Con ella es posible realizar el examen microscópico confocal de la mucosa durante la endoscopia. 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. (20,21)

Clasificación endoscópica de las lesiones tumorales del tracto digestivo propuesta por la JGCA

La clasificación en subtipos se basa en la apariencia endoscópica de la lesión. Esta clasificación proporciona una descripción endoscópica detallada de las lesiones superficiales del esófago, estómago y colon (tabla 1). Además de añadir el Tipo 0 a esta clasificación, la JGCA lo subdivide en tres categorías:(5).

1. Lesiones prominentes (0-I)
2. Lesiones no prominentes y no excavadas (planas) (0-II)
3. Lesiones excavadas (0-III)

A su vez el Tipo 0-I se subdivide en pedunculado 0-Ip y sétil 0-Is. El Tipo 0-II se subdivide en tres subtipos: a, b y c correspondiendo con una lesión poco elevada, plana y deprimida y el Tipo 0-III es una úlcera ó lesión excavada. Además, reconoce que pudieran presentarse patrones mixtos con elevación y depresión, estos se clasifican en dos grupos:

1. Lesiones (0-IIc+0-IIa) la mayor parte de la superficie es deprimida, la elevación solo está presente en la periferia.
2. Lesiones (0-IIa+0-IIc) donde hay una depresión central en una lesión elevada.

Los patrones mixtos de combinación para las lesiones excavadas y deprimidas son denominados (0-III+IIc u 0-IIc+III).

Clasificación de las lesiones superficiales en colon

Actualmente la clasificación que se aplica en las lesiones superficiales del colon es la de Kudo y colaboradores del año 2001 (22,23,24) a la que también se le conoce como clasificación de PitPattern (PP). Dicha clasificación divide a las lesiones superficiales en:

- 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 1. Clasificación macroscópica según la escuela japonesa pionera en el estudio del cáncer gástrico del tracto digestivo.

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: Extraído de la Revista Gastrointestinal Endoscopy. 2007 Oct.; 66(4):859-61.

Tabla 2. Descripción de las lesiones superficiales del colon según el patrón críptico de Kudo (Clasificación de Pit-Pat-tern).

Subtipos	Descripción Morfológica	Tipos histológicos
Tipo I	Patrón circular, de tamaño y espaciado regular	Mucosa normal.
Tipo II	Orificios regulares, mayores de lo normal, en forma de cruz ó estrellas	Hiperplásicos (69,4%) Adenomatosos (30,5%)
Tipo III	Orificios alargados, grandes o prolongados	Adenomatosos (92,7%) Carcinomas (4,2%)
Tipo IIIS	Orificios cortos y de distribución compacta	Adenomatosos (86,3%) Carcinomas (12,7%)
Tipo IV	Orificios ramificados, alargados y en forma de cerebro	Adenomatosos (74,9%) Carcinomas (22,4%)
Tipo V	Patrón de orificios irregulares, no estructurados con una superficie accidentada a menudo ulcerada	Patrón irregular: Cáncer (60,9%) Patrón no estructurado: Cáncer (93%)

Fuente: Extraído de la revista Gastrointestinal Endoscopy/Clinical N Am. 2008; 18(3):581-93.

Esta clasificación se pudo establecer gracias al uso de la colonoscopia con tecnología de estimación espectral y magnificación de imagen, con lo que se ha podido caracterizar el patrón capilar superficial de la mucosa y las lesiones colorrectales(25,26) (Tabla 2).

Clasificación histológica de las lesiones tumorales del tracto digestivo

La clasificación modificada de Viena (adoptada en su totalidad por la clasificación de París)(27,28,29), para la neoplasia epitelial gastrointestinal logró un consenso mayoritario para ordenar las neoplasias a lo largo de todo el

trayecto gastrointestinal (es decir que comprende a esófago, estómago y colon), de la siguiente manera: Categoría 1, negativa para displasia o neoplasia. Categoría 2, indefinida para neoplasia o displasia. Categoría 3, neoplasia de bajo grado no invasiva (adenoma/displasia de bajo grado). Categoría 4, neoplasia de alto grado intraepitelial o intramucosa (adenoma/ displasia de alto grado, carcinoma no invasivo, sospecha de carcinoma invasivo y carcinoma intramucoso). Categoría 5, carcinoma submucoso.(30,31) Hay que remarcar que la presente clasificación tiene su sustento en el hallazgo de la severidad de la arquitectura del tejido y del aspecto citológico, así como también de la profundidad de la lesión.(32) (Tabla 3)

Tabla 3. Clasificación revisada de Viena para las neoplasias epiteliales del esófago, estómago y colon.

Negativo para neoplasia intraepitelial (NIP)	
Indefinido para NIP	
NIP de bajo grado.	
Adenoma/displasia	
NIP de alto grado (intraepitelial ó intramucosal)	
Adenoma/displasia	(4-1)
Carcinoma no invasivo	(4-2)
Sospechoso de carcinoma invasivo	(4-3)
Carcinoma intramucosal (invasión de la lamina propia)	(4-4)
Carcinoma Submucoso	

Fuente:Extraído de la Revista Médica de Chile 2013; 141: 1240-124.

CONCLUSIONES

El desarrollo alcanzado a nivel mundial en el diagnóstico endoscópico de lesiones del tracto digestivo, ha permitido la identificación y clasificación de lesiones planas gastrointestinales potencialmente malignas. Las cuales fueron durante mucho tiempo imperceptibles para el endoscopista durante la realización de una técnica

convencional. La aplicación de estas herramientas diagnosticas le permite al especialista caracterizar estas lesiones premalignas garantizando su manejo oportuno cuando la lesión aún se considera curable. Hecho que determina un paso de avance significativo en la prevención y control del cáncer de origen digestivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. *GastrointestEndosc*. 2007 Oct; 66(4):859-61.
2. Kudo S, Kashida H, Tamura S, Nakajima T. The problem of "flat" colonic adenoma. *GastrointestEndoscClin N Am*. 1997Jan; 7(1):87-98.
3. 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* 2011; 313: 91-8.
4. YU J, ZHAO Q. The Demographic Characteristics of Histological types of Gastric Cancer with Gender, Age, and Tumor Location. *J Gastrointest Canc*. 2009; 40:98-100.
5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma 2nd English Edition-. *Gastric Cancer*. 1998; 1:10-24.
6. 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 glicosilación avanzada) y otros inmunomarcadores. *RevMed Chile* 2013; 141: 1240-1248
7. Guzmán P, Araya J, Villaseca M, Roa I, Melo A, Muñoz S. Expresión inmunohistoquímica del complejo E-caderina-catenina en cáncer gástrico. Relación con variables clínico-morfológicas y sobrevida de pacientes. Correlates with better prognosis and cyclin-dependent kinase inhibitors in human gastric cancer. *BMC Gas-troenterology* 2010; 10: 91.
8. 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*. 2009; 61(5-6):551-8.
9. Ruiz-Tova J, Jiménez Miramón J, A. Valle, Limones M. Resección endoscópica de cáncer colorrectal temprano como único tratamiento *Rev Española de EnfermDiag (Madrid)* 2010.Vol 102;(N.º 7)435-441.
10. 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
11. Taghavi SA, Membari ME, Eshraghian A, Dehghani SM, Hamidpour L, Khademalhoseini F. Comparison of chromoendoscopy and conventional endoscopy in the detection of premalignant gastric lesions. *Can J Gastroenterol*. 2009;23(2):105-8
12. 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)*. 2009;122(7):776-80
13. Kuznetsov K, Lambert R, Rey JF. Narrow-band imaging: potential and limitations. *Endoscopy*. 2006;38(1):76-81
14. Spechler SJ, Davila R. Endoscopic therapy in Barrett's esophagus: when and how? *Surg Oncol Clin N Am*. 2009 Jul;18(3):509-21
15. Emura F, Saito Y, Ikematsu H. Narrow-band imaging optical chromocolonoscopy: advantages and limitations. *World J Gastroenterol*. 2008;14(31):4867-72
16. Lambert R, Kudo SE, Vieth M, Allen JJ, Fujii H, Fujii T. Pragmatic classification of superficial neoplastic colorectal lesions. *Gastrointest Endosc*. 2009 Dec; 70(6):1182-99Bornschein J, Kandulski A, Selgrad M, Malfertheiner P. From gastric inflammation to gastric cancer. *Dig Dis* 2010; 28 (4-5): 609-14.
17. 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*. 2004;127(3):706-13
18. 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* 2005; 37: 929-936
19. 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*. 2008 Jan; 6(1):89-94.
20. 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)*. 2009 Apr 5; 122(7):776-80.
21. YU J, ZHAO Q. The Demographic Characteristics of Histological types of Gastric Cancer with Gender, Age, and Tumor Location. *J Gastrointest Canc*. 2009; 40:98-100.
22. Kudo SE, Takemura O, Ohtsuka K. Flat and depressed types of early colorectal cancers: from East to West. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2008;18(3):581-93.
23. 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*. 1995 Oct;38(10):1075-9
24. Kudo SE, Mizuno K. [Endoscopic diagnosis of early colorectal cancer]. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. 2007 Jul;104(7):1008-17
25. Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. *Endoscopy*. 2005;37(6):570-8
26. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc*. 2003;58(6 Suppl):S3-43
27. Yin JX, Oda I, Suzuki H, Gotoda T, Shimoda T, Saito D. [Endoscopic diagnosis of gastric cancer invasion depth]. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi*. 2009; 106(11):1603-9
28. 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*. 2008;67(3):430-7
29. Davila RE. Chromoendoscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2009;19(2):193-208
30. 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*. 2008;103(11):2700-6
31. Bulois P. [Virtual chromoendoscopy]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009 Oct;33(10-11 Suppl):F12-9

32. Yao K, Anagnostopoulos GK, Ragunath K. Magnifying endoscopy for diagnosing and delineating early gastric cancer. *Endoscopy*. 2009;41(5):462-7

Flat gastrointestinal lesions, diagnosis and classification

SUMMARY

Objective: To support the significance of being aware with the current classification of flat gastrointestinal tract lesions and making its early endoscopic diagnosis.

Development: Esophagus, stomach and colon neoplasias are major causes of mortality worldwide. Generally, cancer represents, in Cuba, the second cause of death and particularly, gastrointestinal neoplasias, the forth cause in order of appearance.

Flat gastrointestinal lesions, also defined as premalignant and/or, precursors of advanced cancer are considered to be difficult to diagnose during the development of a conventional endoscopic study as well as in non- invasive endoscopic studies . This type of lesion can become in an advanced cancer with a higher frequency than the ones called protruded polyps of similar size, therefore, its precocious diagnosis is essential.

Currently, new guiding principles have been adopted globally for classifying these lesions taking into account their morphology and endoscopic appearance

At the same time, the incorporation of exceptional novel and sophisticated endoscopic techniques has contributed to improve diagnosing this type of lesions.

Conclusions: The possibility of identifying the plane gastrointestinal tract lesions in a quick and precise way has had a great impact on preventing cancer of digestive origin, making possible its early detection when the lesion is even considered to be curable.

Key words: gastrointestinal cancer, plane lesions, morphological classification, endoscopic diagnosis.

Dirección para la correspondencia: Dra. Milay Bello Núñez. Departamento de Gastroenterología, Hospital General Docente Iván Portuondo. Calle 78 y Final entre 31 y 37, San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba.

E-mail: milaybn@infomed.sld.cu ,milay@cecmec.sld.cu