

ONCOLOGÍA DIGESTIVA

Colonoscopias de vigilancia: riesgo de neoplasia colorrectal

Leticia Moreira Ruiz

Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Pólipos serrados;
Adenomas;
Cáncer colorrectal;
Colonoscopia;
Polipectomía;
Vigilancia;
Cáncer de intervalo

KEYWORDS

Serrated polyps;
Adenomas;
Colorectal cancer;
Colonoscopy;
Polypectomy;
Surveillance;
Interval cancer

Resumen Actualmente, la colonoscopia es la técnica de elección para el diagnóstico del cáncer colorrectal (CCR), así como para la identificación y resección de las lesiones precursoras. Sin embargo, su eficacia ha sido cuestionada ante la evidencia de pacientes con diagnóstico de CCR tras una colonoscopia reciente “negativa”. Estos cánceres poscolonoscopia son también conocidos como cánceres de intervalo y la identificación de sus posibles causas ha comenzado a despertar interés en los últimos años. Los estudios presentados este año en el Congreso de la American Gastroenterological Association (AGA) que se describen a continuación, aportan información relevante para identificar las potenciales causas de las neoplasias detectadas tras una colonoscopia reciente y proponen alternativas para disminuir este riesgo. Entre estos estudios destacan los enfocados a la prevalencia de CCR de intervalo, estudios que pretenden mejorar la calidad de la colonoscopia con el fin último de lograr una mayor detección de lesiones neoplásicas, como es la valoración de la limpieza intestinal, la tasa de detección de adenomas, estudios que proponen nuevas alternativas en la técnica endoscópica, así como en la visualización del colon, como la cápsula colónica.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Surveillance colonoscopy: risk of colorectal tumors

Abstract Colonoscopy is currently the technique of choice for the diagnosis of colorectal cancer (CRC), as well as for the identification and resection of precursor lesions. However, its efficacy has been questioned due to evidence that some patients receive a diagnosis of CRC after a recent “negative” colonoscopy. These post-colonoscopy cancers are also known as interval cancers and, in the last few years, there has been interest in identifying their possible causes. The studies presented this year in the congress of the American Gastroenterological Association (AGA), described in the present article, provide important information for identification of the potential causes of neoplasms detected after a recent colonoscopy and propose methods to reduce this risk. Notable among such studies are those on the prevalence of interval colorectal cancer, those aiming to improve the quality of colonoscopy with a view to increasing the detection of neoplastic lesions, such as assessments of bowel cleansing and of the adenoma detection rate, and studies that propose new alternatives in endoscopy and in colon visualization, such as the colon capsule.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: lmoreira@clinic.cat

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, de modo que ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados¹.

En España constituye la neoplasia más frecuente cuando se consideran ambos sexos conjuntamente, siendo el tercer cáncer en los varones (tras el de próstata y pulmón) y el segundo en mujeres (después del de mama), por lo que constituye un importante problema de salud pública. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en el año 2007 fallecieron en España 13.495 personas debido al CCR, lo que representa la segunda causa de muerte por cáncer².

La colonoscopia es el "patrón oro" para el diagnóstico del CCR, así como para la identificación y resección de las lesiones precursoras. Algunos estudios observacionales recientes sugieren que la realización de la colonoscopia comporta una reducción del 60% en la incidencia y mortalidad por CCR³.

A pesar de la efectividad comprobada de dicho procedimiento, no se puede obviar que hay pacientes con diagnóstico de CCR tras una colonoscopia reciente. Estos cánceres poscolonoscopia son también conocidos como cánceres de intervalo y se definen como el CCR que se diagnostica entre colonoscopias de vigilancia.

Con el objetivo de profundizar en el concepto de neoplasia colónica de intervalo y minimizar su riesgo, a continuación se describen algunos de los principales aspectos relacionados con dicha neoplasia, enfatizando en las novedades aportadas este año en el Congreso Americano de Gastroenterología (AGA 2013).

Cáncer de intervalo. Incidencia y potenciales causas

El cáncer de intervalo representa entre el 3,5 y el 9% de todos los CCR diagnosticados. Es uno de los aspectos que más inquietan en los programas de vigilancia colonoscópica, sin embargo hay pocos estudios que hayan explorado las posibles explicaciones de la aparición de estas neoplasias⁴. Entender su etiología es de gran relevancia clínica, ya que puede permitir la identificación y corrección de errores potencialmente prevenibles.

Entre las causas que se han implicado en el cáncer de intervalo, los estudios más recientes^{4,5} apuntan principalmente a factores inherentes al procedimiento endoscópico, en especial a lesiones no identificadas en la colonoscopia basal y la resección incompleta de lesiones, es decir, a factores que definen la calidad de la endoscopia. Por ejemplo, estudios recientes han sugerido que la polipectomía incompleta (principalmente en el caso de adenomas sésiles de gran tamaño) es responsable del 27-31% de los CCR de intervalo⁶; por otro lado, la evidencia apoya que hasta el 50% de los CCR de intervalo se deben a lesiones no identificadas en la colonoscopia inicial⁷, ya sea por problemas de la calidad del endoscopio, colonoscopias incompletas o mala preparación intestinal. Sin embargo, también se han descrito otros aspectos, como la biología tumoral, la carcinogénesis acelerada o la implicación de la vía serrada de la carcinogéne-

sis, que pueden explicar hasta el 30% de los CCR de intervalo (fig. 1).

Con la finalidad de establecer la tasa, características y factores predictivos del CCR no diagnosticado o de intervalo tras una colonoscopia basal, Samadder et al⁸ realizaron un estudio retrospectivo de base poblacional en el Estado de Utah (Estados Unidos), que incluía a pacientes de entre 50 y 80 años de edad que se habían realizado una colonoscopia entre 1995 y 2009 y a los que se les había diagnosticado un CCR entre los 6 y 60 meses tras dicho procedimiento. Se incluyó un total de 126.936 pacientes, identificándose una tasa de CCR de intervalo del 3,5% (n = 91) en el período comprendido entre 6 y 36 meses, y del 6% (n = 159) cuando el período incluía entre 6 y 60 meses tras la colonoscopia basal. Se realizó un análisis de regresión logística para identificar factores de riesgo. La edad y el sexo no estaban relacionados. El 85% de los cánceres tenía antecedente de polipectomía en la colonoscopia basal y estadio tumoral más precoz —estadio avanzado— (*odds ratio* [OR]: 0,70; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,50-0,96; p = 0,03) y localización proximal (OR: 2,24; IC del 95%, 1,46-3,42; p < 0,001), así como una mejor supervivencia en general (*hazard ratio*: 0,63; IC del 95%, 0,49-0,71; p < 0,001) y por estadio. Los autores concluyen que el hecho de que estas neoplasias sean de predominio derecho y con mejor pronóstico orienta a que la biología tumoral de estos CCR sea diferente al CCR convencional.

Calidad de la endoscopia

Uno de los puntos cardinales de la calidad de la endoscopia es la limpieza intestinal. La eficacia diagnóstica de la colonoscopia depende principalmente de la capacidad para visualizar las lesiones mucosas. La preparación intestinal inadecuada es una de las explicaciones más plausibles para la falta de detección de neoplasias durante la colonoscopia. Una limpieza intestinal inadecuada puede llevar a no identificar lesiones, procedimientos incompletos, mayor molestia del paciente, pruebas más largas y, potencialmente, complicaciones. Aunque existen diferentes esquemas de preparación de limpieza para la colonoscopia, no hay un corte de superioridad de alguna de las estrategias sobre las otras. Con el objetivo de evaluar las diferencias entre los regímenes de dosis partida y en una toma, considerando diferentes tipos y dosis de laxantes, Bucci et al⁹ realizaron un metaanálisis presentado este año en el Congreso de Orlando (Estados Unidos). La calidad de la limpieza se graduó

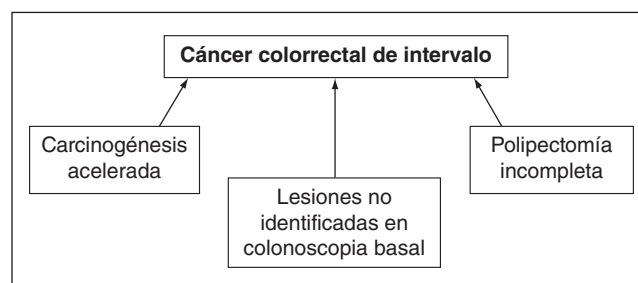


Figura 1 Principales factores asociados al cáncer de intervalo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288300>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288300>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)