



Original

Cáncer colorrectal poscolonoscopia: características y factores predictivos

María Muñoz García-Borrueal^a, Antonio José Hervás Molina^{a,*}, Manuel L. Rodríguez Perálvarez^a, Estefanía Moreno Rincón^a, Indhira Pérez Medrano^a, Francisco Javier Serrano Ruiz^a, Luis Leonardo Casáis Juanena^a, María Pleguezuelo Navarro^a, Antonio Naranjo Rodríguez^a y Carlos Villar Pastor^b

^a Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de enero de 2017
Aceptado el 27 de abril de 2017
On-line el xxx

Palabras clave:

Adenocarcinoma colorrectal
Cáncer poscolonoscopia
Cáncer de intervalo
Colonoscopia
Cribado

R E S U M E N

Introducción y objetivos: La calidad de la colonoscopia es clave para asegurar la prevención del adenocarcinoma colorrectal (ACCR), aunque el riesgo de ACCR existe. Los objetivos del estudio fueron investigar la incidencia, las características y los factores predictores de ACCR poscolonoscopia (ACCRPC).

Material y método: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo sobre una población sometida a colonoscopia entre 1-01-1997 y 31-12-2014. Se analizaron variables demográficas, características de la colonoscopia diagnóstica de ACCR, de las previas y de las lesiones encontradas en ellas. Se aplicaron test de contraste de hipótesis para comparar el grupo de ACCRPC con el de ACCR sin colonoscopia previa y regresión logística múltiple para identificar factores independientes de ACCRPC (SPSS[®] 15), considerando significación estadística una $p < 0,05$.

Resultados: Se registraron 56.984 colonoscopias, 1.977 ACCR y 132 pacientes (edad media de 70,8 años y 56,8% varones) con al menos una colonoscopia en los 10 años previos (ACCRPC). El 70,5% de las colonoscopias previas fueron completas y el 63,7% tenían una preparación adecuada. Los factores de riesgo independientes relacionados con la aparición de ACCRPC fueron los antecedentes personales de pólipos colónicos (OR 35,01; IC 95% 11,1-110,8; $p < 0,001$), antecedentes personales de ACCR (OR 176,64; IC 95% 51,5-606,1); $p < 0,001$), antecedentes familiares de ACCR (OR 3,14; IC 95% 1,5-6,4); $p = 0,002$) y la localización del ACCR en el colon derecho (OR 3,15; IC 95% 2,1-4,9; $p < 0,001$).

Conclusiones: La tasa de ACCRPC a 10 años fue del 6,7%. Realizar un adecuado seguimiento y una colonoscopia de calidad puede evitar la aparición del ACCRPC, especialmente en los pacientes con factores de riesgo.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Post-colonoscopy colorectal cancer: Characteristics and predictive factors

A B S T R A C T

Keywords:

Colorectal cancer
Post-colonoscopy colorectal cancer
Interval cancer, Colonoscopy
Screening

Introduction and aims: A high quality colonoscopy is key in preventing colorectal cancer, but the risk of colorectal cancer (CRC) exists. The aims of the study were to investigate the incidence, characteristics and predictive factors of post-colonoscopy colorectal cancer (PCCRC).

Material and method: A retrospective and prospective observational study was designed. A population undergoing colonoscopy between 1-01-1997 and 31-12-2014 was included. We analysed demographic variables, characteristics of the diagnostic colonoscopy of CRC, of the previous ones and the lesions found in them. To compare the PCCRC group versus the CRC group without previous colonoscopy, the Student's t-test and multiple logistic regression were used to determine predictive factors of PCCRC (SPSS[®] 15). The statistical significance was $P < .05$.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ahervasm@telefonica.net (A.J. Hervás Molina).

Results: A total of 56,984 colonoscopies, 1,977 CRC and 132 patients (mean 70.8 years old, 56.8% male) with at least one colonoscopy in 10 years before were registered (PCCRC). Seventy and a half percent of the previous colonoscopies were completed and 63.7% had an adequate bowel preparation. Predictive factors of PCCRC were personal history of polyps (OR 35.01; 95% CI 11.1-110.8; $P < .001$), previous CRC (OR 176.64; 95% CI 51.5-606.1); $P < .001$), family history of CRC (OR 3.14; 95% CI 1.5-6.4); $P = .002$) and proximal CRC (OR 3.15; 95% CI 2.1-4.9; $P < .001$).

Conclusions: PCCRC rate in 10 years was 6.7%. An adequate follow-up and a high-quality colonoscopy could prevent PCCRC, especially in patients with risk factors.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El adenocarcinoma colorrectal (ACCR) constituye el tumor más frecuente en el mundo occidental y es la segunda causa de muerte por cáncer, con una incidencia de 440.000 casos y 210.000 muertes cada año en Europa^{1,2}, de las que más de 13.000 corresponden a España, con una supervivencia media en la Unión Europea del 54% a 5 años³. Los pólipos adenomatosos se consideran las lesiones precursoras de la mayoría de los tumores colorrectales y la colonoscopia es el método más eficaz para la prevención y la detección precoz del ACCR, ya que permite visualizar de una forma completa la mucosa colorrectal, reseca los adenomas antes de que degeneren en tumores malignos y diagnosticar ACCR en estadios más precoces. Se han publicado varios estudios observacionales que describen tasas de aparición de ACCR de entre el 2,9 y el 7,9% después de una colonoscopia previa sin lesiones neoplásicas⁴⁻⁶, mostrando un riesgo de ACCR bajo; sin embargo, el ACCR poscolonoscopia (ACCRPC) ocurre. El concepto y la nomenclatura del ACCRPC han sido recientemente revisados⁷, definiendo el ACCR de intervalo como aquel que ocurre tras un programa de cribado o de una colonoscopia de seguimiento en donde no se detecta cáncer, y antes de la fecha recomendada para el próximo examen. El ACCRPC sería aquel que aparece tras una colonoscopia indicada por cualquier motivo y antes de la fecha recomendada para la siguiente revisión endoscópica. Existe gran variabilidad en los estudios publicados sobre la definición de ACCRPC, algunos incluyen los ACCR diagnosticados antes de los 3 años, otros a los 5 años o a los 10 años, y otros, sin tiempo definido tras una colonoscopia basal^{4,8-10}.

La calidad de la colonoscopia es un punto clave para asegurar la prevención del cáncer colorrectal. En el estudio de Singh et al.¹¹ se evidencia que una calidad deficiente de la colonoscopia fue la causa de la mayoría de los ACCRPC que ocurrieron dentro de los 3 años tras una colonoscopia normal. En los últimos años se han publicado diversos artículos acerca de los aspectos relacionados con el procedimiento de la colonoscopia, como el de Brenner et al.⁴ o el de Samadder et al.⁶, en los que se describen características propias del ACCRPC, por ejemplo, la mayor frecuencia de aparición en el colon proximal, y los posibles factores predictores relacionados con su aparición, como las polipetomías incompletas, la preparación inadecuada del colon o la ausencia de un correcto seguimiento.

Los objetivos del presente estudio fueron investigar la incidencia de ACCRPC en una población de Andalucía Occidental en un período de 17 años (1997-2014), así como analizar las características y los factores predictores asociados al ACCRPC.

Material y método

Estudio de base poblacional observacional con fase retrospectiva y prospectiva que incluye a los pacientes diagnosticados de ACCR entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre de 2014 en una población perteneciente al área sanitaria Centro de Córdoba, y todos los pacientes de la misma población a los que se les realizó una colonoscopia entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre

de 2014. Los datos de los pacientes con ACCR fueron obtenidos de un registro hospitalario de procesos oncológicos de origen digestivo creada en 2006. La inclusión de pacientes en este registro se realizó de forma prospectiva en los siguientes casos: protocolo de estudio ambulatorio de lesiones de aspecto neoplásico o no extirpables endoscópicamente, pacientes con biopsia endoscópica de adenocarcinoma y actas de la reunión semanal de la subcomisión de tumores digestivos. En la fase retrospectiva se incluyeron casos extraídos de la base de datos de Anatomía Patológica utilizando como criterio de búsqueda las biopsias con código diagnóstico de adenocarcinoma colorrectal (endoscópicas, por punción y quirúrgicas), y también casos de la base de datos de exploraciones endoscópicas con código diagnóstico de tumor colorrectal. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico final diferente a adenocarcinoma (adenoma y diverticulitis), muestras enviadas desde otros hospitales para estudio inmunohistoquímico, pacientes remitidos para estudio y/o tratamiento desde otras áreas sanitarias o cuyo domicilio no pertenecía al área sanitaria de la población del estudio, así como los pacientes con recidiva de un proceso tumoral previo.

El grupo de ACCRPC se obtuvo cruzando los datos seleccionados del registro de procesos oncológicos digestivos con el de exploraciones endoscópicas, identificando a los sujetos que tenían una colonoscopia realizada entre los 6 meses y los 10 años antes de la fecha del diagnóstico del ACCR.

Se analizaron variables demográficas (edad y sexo), antecedentes oncológicos personales y familiares, características de la colonoscopia diagnóstica de ACCR: tasa de intubación cecal y calidad de la preparación (considerando adecuada una preparación buena o excelente según la escala ASGE, o si todos los segmentos obtuvieron 2 o más puntos según la escala de Boston). También se recogieron las características de las colonoscopias previas a la diagnóstica de ACCR y se extrajeron datos de las lesiones encontradas en ellas (tamaño, localización e histología). Se registraron variables relacionadas con el ACCR, como la localización de la lesión y el estadio tumoral en el momento del diagnóstico, así como el tratamiento indicado tras este (quirúrgico, oncológico o paliativo). La estadificación TNM de los tumores se obtuvo tras la cirugía por el estudio anatomopatológico de la pieza de resección y/o con base en técnicas de imagen (ecografía abdominal y endorrectal, radiografía de tórax, tomografía computarizada toracoabdominopélvica y tomografía por emisión de positrones).

En el análisis estadístico, las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar, mientras que en las variables categóricas se utilizaron tablas de frecuencia. Se realizó un estudio descriptivo de las características basales de los pacientes con ACCRPC y el contraste de hipótesis fue realizado mediante *t* de Student para variables cuantitativas o Chi cuadrado para variables categóricas. En el caso de variables con distribución asimétrica se utilizaron tests no paramétricos. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística múltiple para identificar factores predictivos independientes de ACCRPC, así como para controlar posibles factores de confusión. Las variables con $p < 0,30$ en el análisis univariante fueron incluidas en el modelo inicial. En

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8762573>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8762573>

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