



## SITUACIÓN CLÍNICA

# Cáncer colorrectal de intervalo y criterios de calidad de colonoscopia: a propósito de un caso

J. Aranda Hernández<sup>a,\*</sup>, A.L. Aguilar-Shea<sup>b</sup> y J. Walsh<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Aparato Digestivo, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud Espronceda, Madrid, España

<sup>c</sup> Family Practice, West Suburban, Elmwood Park, Illinois, EE. UU

Recibido el 21 de noviembre de 2010; aceptado el 3 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 7 de febrero de 2012

### PALABRAS CLAVE

Cáncer colorrectal;  
Cribado;  
Calidad;  
Colonoscopia

### KEYWORDS

Colorectal Cancer;  
Screening;  
Quality;  
Colonoscopy

**Resumen** Presentamos el caso de una mujer de 63 años, sin ningún antecedente familiar oncológico, que seguía de forma adecuada las estrategias de cribado de cáncer colorrectal (CCR) para población de riesgo medio. Es diagnosticada de CCR (estadio IV) 3 años después de una colonoscopia sin hallazgos patológicos. Esta entidad es conocida como cáncer colorrectal de intervalo (aquel que es diagnosticado entre períodos de cribado).

Las estrategias de cribado de CCR y las unidades multidisciplinarias destinadas a dar un manejo específico en esta enfermedad están experimentando importantes cambios en los últimos años. Los especialistas que toman parte en el cribado poblacional y seguimiento de lesiones neoplásicas (benignas o malignas) van en aumento. A propósito de este caso, analizamos algunas de las limitaciones de la colonoscopia en cuanto a sensibilidad diagnóstica para el cáncer colorrectal, además de recordar los criterios de calidad de la colonoscopia, aquellos que habrá de tener en cuenta el médico peticionario en su práctica clínica diaria.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

### Colorectal Interval Cancer and Colonoscopy Quality Criteria: presentation of a case

**Abstract** We present the case of a 63 year-old woman without any family cancer background, who after having properly followed the cancer screening program for mild risk population, was diagnosed with colorectal cancer (stage IV) 3 years after a clear colonoscopy. This entity is known as interval colorectal cancer (diagnosed between correct screening periods).

The colorectal cancer screening strategies and the specialized multidisciplinary units are experiencing important changes. Doctors involved in the screening programs and the follow up of neoplastic lesions (benign and malignant) are increasing. In reference to this case, we must analyze some of the limitations of the colonoscopy in detecting colorectal cancer, and we also review the quality criteria of colonoscopies. These must be remembered in daily practice.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jaranda1980@yahoo.es](mailto:jaranda1980@yahoo.es) (J. Aranda Hernández).

## Caso clínico

Presentamos a una mujer de 63 años cuyo motivo de consulta es la aparición de rectorragia de escasa cantidad, coincidente con las deposiciones, sin dolor anal/perianal, prurito, ni tenesmo rectal asociado de una semana de evolución. Como antecedentes personales relevantes la paciente presentaba hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, fibromialgia y trastorno de ansiedad generalizada. La paciente no tenía ningún antecedente familiar oncológico y realizaba de forma adecuada las actividades de prevención primaria de cáncer de mama, cérvix y colorrectal (CCR).

En la anamnesis destaca un cuadro de un mes de evolución de molestias abdominales de predominio en el hipocondrio derecho, acompañado de alteración del hábito intestinal tipo diarrea (3-5 deposiciones líquidas/día), alterante con períodos de ritmo intestinal normal. La paciente negaba el consumo de alimentos en mal estado, sensación distérmica, así como cambios recientes en la alimentación o en la medicación. Previamente había presentado de forma muy aislada (menos de un episodio/mes) rectorragia atribuida a la presencia de hemorroides. Asimismo presentaba dolor de características inflamatorias en la cadera izquierda de 2 semanas de evolución sin antecedente traumático ni toma de corticoides.

A la exploración física presentaba normocoloración mucocutánea, buen relleno capilar, una presión arterial de 132/84 mmHg y una temperatura de 36 °C. Destacaba una hepatomegalia de consistencia pétreo y superficie rugosa, de hasta 3 cm bajo el reborde costal derecho. El tacto rectal evidenció la presencia de una masa rectal protruida, de consistencia firme, adherida la pared posterior con restos de sangre fresca en el dedil.

La paciente se había realizado 3 años antes una colonoscopia como prueba de cribado de cáncer colorrectal en población de riesgo medio que, como dato relevante, demostró la presencia de hemorroides internas. No se hacía referencia en dicho informe a la calidad de la preparación del colon.

Tras la realización del correspondiente estudio y basándonos en las pruebas complementarias (tabla 1) se llegó al diagnóstico de CCR estadio IV (figs. 1 y 2).

## Discusión

El CCR es la segunda causa de mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados, tanto en hombres como en mujeres, y ocupa el primer lugar cuando se tienen en cuenta ambos sexos de manera conjunta<sup>1</sup>. La mayoría de casos obedecen a formas esporádicas aunque existe un pequeño porcentaje de ellos que están relacionados con enfermedades hereditarias, ya sea la poliposis adenomatosa familiar (menos del 1%) o el síndrome de Lynch (2-5%). Sin embargo, se estima que en un 15-20% de casos puede haber un componente hereditario aún no bien establecido<sup>2</sup>.

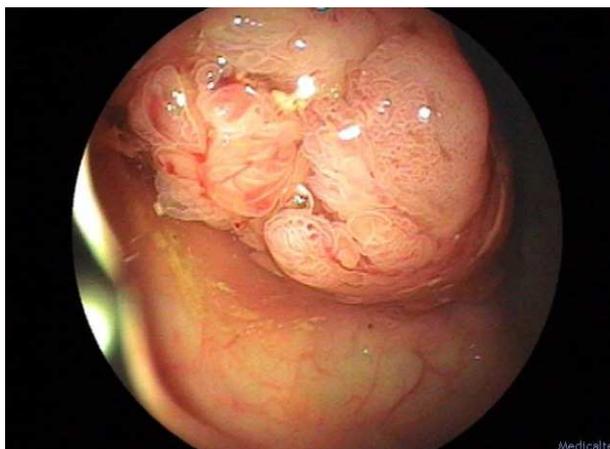
En los últimos años, estamos asistiendo a un profundo cambio en las estrategias de cribado de CCR (tiempos de seguimiento, identificación de nuevas mutaciones de riesgo, etc.) surgiendo unidades multidisciplinarias (cirujanos, oncólogos médicos y radioterapeutas, gastroenterólogos, biólogos moleculares, radiólogos, patólogos, etc.) en los

**Tabla 1** Pruebas complementarias

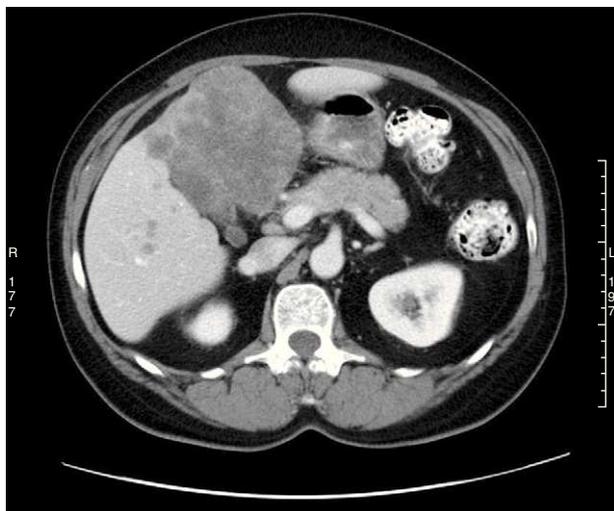
Hemograma, bioquímica básica y estudio de coagulación	Fosfatasa alcalina 249 U/l, AST 43 U/l, ALT 80 U/l, resto normal
Serología VHA, VHB y VHC	Negativo
Marcadores tumorales en sangre	CEA: 128,7 ng/ml (normal < 5)
TC abdominopélvico	CA 125: 17 U/l (normal < 21) Hígado con múltiples lesiones metastásicas y masa rectal de 3 cm en pared posterior
Colonoscopia	Masa de 5 cm, a 6 cm de la línea dentada, en pared rectal posterior que ocupa el 50% de la luz. Hemorroides internas grado I/IV
Anatomía patológica	Adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado
Gammagrafía ósea	Hipercaptación en cabeza femoral izquierda. Muy sospechosa de afectación metastásica

grandes centros de nuestro país, para ofrecer un abordaje más amplio y específico en esta enfermedad. La medicina de familia ya forma parte activa de este engranaje en las distintas regiones y áreas de España; siendo ejemplo de ello su participación en la elaboración y difusión de guías de práctica clínica como la desarrollada por la Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y el Centro Cochrane Iberoamericano<sup>3</sup> o la elaborada por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria<sup>4</sup>.

El «patrón oro», tanto en el cribado de CCR como en el seguimiento de pacientes con neoplasias benignas (pólipos adenomatosos), es la colonoscopia. Sin embargo, el caso que describimos pone de manifiesto que, a pesar de ser el patrón oro, su sensibilidad para el diagnóstico de lesiones precancerosas o CCR no es del 100%. El «cáncer colorrectal



**Figura 1** En la mitad superior de la imagen, neoplasia rectal a 6 cm del margen anal. La imagen permite apreciar áreas de patrón adenomatoso y desestructurado.



**Figura 2** Metástasis hepáticas múltiples con predominio de afectación de los segmentos medios. Corte transversal TC abdominopélvico.

de intervalo» se define como la aparición de CCR entre períodos de cribado, en el contexto de un cribado adecuado en función de las recomendaciones de las guías de práctica clínica. Su frecuencia se ha estimado entre 0 y 6 casos por cada 1.000 pacientes con una colonoscopia previa sin lesiones o con resección completa de las mismas<sup>5-7</sup>. Se han postulado distintas teorías en su origen, como puedan ser lesiones no visualizadas (más frecuente en lesiones planas y/o de colon proximal), presencia de adenoma residual de lesiones reseca- das previamente o lesiones surgidas de novo<sup>5-9</sup>.

Por ello, es imprescindible que tanto los especialistas que realizan las colonoscopias como los médicos peticionarios conozcan sus limitaciones de cara a introducirlas en la práctica clínica habitual. Existen una serie de criterios de calidad de una colonoscopia que para poder ser considerada como completa requiere: 1) la *visualización completa del ciego* (ninguna endoscopia de cribado debe considerarse como completa si no se ha logrado la intubación y visualización del ciego), y 2) una *buen preparación* del colon (un colon con restos fecales, por pocos que sean, puede hacer que pasen desapercibidas la mayor parte de las lesiones planas/no protruidas o de tamaño inferior a 1 cm). Todos los informes de endoscopia deberían especificar estas 2 características, pese a que otros diferentes parámetros de tipo técnico han sido definidos como indicativos de calidad (tiempo de retirada, tasa de detección de adenomas del endoscopista y del centro, etc.). La mayoría de estos parámetros se encuentran recogidos en una guía de calidad en colonoscopia de cribado de cáncer colorrectal realizada recientemente por la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva<sup>10</sup>.

Nosotros, desde nuestra consulta, debemos poner especial atención en estas 2 características para poder adecuarnos a los tiempos de seguimiento del paciente según las recomendaciones de las guías de práctica clínica (tanto para el seguimiento de pacientes con antecedentes de pólipos, cáncer colorrectal o antecedentes familiares de este último). Hemos de considerar acortar los tiempos recomendados de seguimiento en el caso de

**Tabla 2** Criterios de adenoma avanzado (alguno de ellos)

Tamaño igual o mayor a 1 cm (según informe de endoscopia)
Componente vellosa asociado (incluye tubulovellosa)
Presencia de displasia de alto grado (DAG)

exploraciones no óptimas o ayudarnos con otros métodos de cribado (test inmunológico de sangre oculta en heces, colonoscopia virtual mediante TC, etc.). El cuándo repetir una colonoscopia de cribado subóptima o con qué prueba apoyarla, es algo no bien definido, pero adecuarnos a los períodos de seguimiento endoscópico establecidos ante esta situación no sería correcto. Nosotros propondríamos no demorar más de 6-12 meses la repetición de una nueva colonoscopia (intensificando la preparación si existieron restos fecales o derivándola a centros especializados en casos de dificultad técnica para la intubación cecal) o apoyarla con otro de los métodos de cribado de CCR. Habría que tener en cuenta la edad del paciente, el riesgo de repetición de una nueva endoscopia, antecedentes familiares, hallazgos en las exploraciones previas y en la exploración incompleta-actual, opinión del paciente, etc.

Asimismo, es necesario considerar la derivación de los pacientes a unidades de mayor especialización en los casos complejos que sugieran un sustrato genético (múltiples antecedentes familiares de primer y segundo grado, familiar/es diagnosticado/s con menos de 60 años, asociación familiar con cáncer gástrico, de endometrio, etc.) o se prevea que vayan a requerir un seguimiento más intenso y análisis más específicos: adenomas avanzados (tabla 2), carcinoma sobre la pieza de polipectomía o pacientes con poliposis atenuadas (más de 12 pólipos adenomatosos reseca- dos en un procedimiento o más de 15 acumulados en las distintas colonoscopias) cuyo sustrato genético ha sido demostrado en algunos casos.

Para concluir, consideramos esencial la especial atención a los parámetros básicos de calidad en colonoscopia: correcta preparación e intubación cecal; la adecuación de los tiempos de seguimiento, repetición de la colonoscopia o estudios complementarios en casos de exploraciones no óptimas y una derivación precoz a unidades especializadas en los casos complejos.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Curado MP, Edwards B, Shin HR, Storm H, Ferlay J, Heanue M, et al. Cancer incidence in five continents. Vol IX. IARC Sci Publ. 2008;160:1-837.
2. Piñol V, Andreu M, Castells A, Payá A, Bessa X, Rodrigo J. Frequency of hereditary non-polyposis colorectal cancer and other colorectal cancer familial forms in Spain: a multicentre, prospective, nationwide study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2004;16:39-45.
3. Prevención del cáncer colorrectal. Documento consenso de la AEG, SEMFYC y CCI [consultado Mar 2009]. Disponible en: [http://www.guiasgastro.net/guias\\_full/textos/ccolon.pdf](http://www.guiasgastro.net/guias_full/textos/ccolon.pdf)
4. Guía de Prevención y manejo del cáncer colorrectal en Atención Primaria [consultado 2009]. Disponible en: [http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/guia\\_colon/guia/guia.pdf](http://www.semergen.es/semergen/cda/documentos/guia_colon/guia/guia.pdf)
5. Aranda Hernández J, Aguilar-Shea AL, Marín Gabriel JC. ¿Podemos estar tranquilos ante una colonoscopia sin lesiones? *Cáncer Colorrectal de intervalo. Aten Primaria*. 2011;43:333-5.
6. Imperiale TF, Glowinski EA, Lin-Cooper C, Larkin GN, Rogge JD, Ransohoff DF. Five-Year of colorectal neoplasia after negative screening colonoscopy. *NEJM*. 2008;359:1218-24.
7. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, Polkowski M, Wojciechowska U, Didkowska J, et al. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. *NEJM*. 2010;362:1795-803.
8. Bressler B, Paszat LF, Vinden C, Li C, He J, Rabeneck L. Colonoscopic miss rates for right-sided colon cancer: A population-based analysis. *Gastroenterology*. 2004;127:452-6.
9. Heresbach D, Barrioz T, Lapalus MG, Coumaros D, Bauret P, Potier P, et al. Miss rate for colorectal neoplastic polyps: A prospective multicenter study of back-to-back video colonoscopies. *Endoscopy*. 2008;40:284-90.
10. Guía de práctica clínica de calidad en colonoscopia de cribado del cáncer colorrectal [consultado 2011]. Disponible en: [http://www.aegastro.es/docs/cribado\\_colon.pdf](http://www.aegastro.es/docs/cribado_colon.pdf)