



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 40 - BAJO RIESGO DE DESARROLLO DE NUEVAS LESIONES DISPLÁSICAS DURANTE LA VIGILANCIA MEDIANTE CROMOENDOSCOPIA CON COLORANTE EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO POBLACIONAL MULTICÉNTRICO

L. Alba Hernández<sup>1</sup>, R.M. Sáiz-Chumillas<sup>1</sup>, Y. González-Lama<sup>2</sup>, B. Velayos Jiménez<sup>3</sup>, P. Suárez Álvarez<sup>4</sup>, C. Maroto-Martín<sup>5</sup>, A. Núñez Alonso<sup>6</sup>, L. Hernández Villalba<sup>7</sup>, L. Relea Pérez<sup>2</sup>, L. Fernández-Salazar<sup>3</sup>, M. Sierra Ausín<sup>4</sup>, J. Barrio Andrés<sup>5</sup>, F. Muñoz Núñez<sup>6</sup>, L. Arias García<sup>1</sup> y B. Sicilia Aladrén<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Burgos. <sup>2</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>4</sup>Hospital Universitario de León. <sup>5</sup>Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Salamanca. <sup>7</sup>Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.

### Resumen

**Introducción:** El porcentaje de progresión a displasia de alto grado (DAG) o cáncer (CCR) en pacientes con displasia de bajo grado (DBG) resecada con cromoendoscopia parece menor que el descrito clásicamente.

**Métodos:** Cohorte poblacional, retrospectiva y multicéntrica de 7 hospitales españoles, incluyendo a todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y displasia colónica resecada (R0), en vigilancia con cromoendoscopia con colorante entre enero de 2013 y diciembre de 2019, con un seguimiento endoscópico mínimo de 1 año. El objetivo fue evaluar el riesgo de desarrollar displasia avanzada durante el seguimiento y los posibles factores de riesgo.

**Resultados:** Se incluyeron 99 pacientes (tabla) con 148 lesiones índice (145 DBG y 3 DAG) y un seguimiento medio de 48,76 meses (RIC: 36,34-67,15). 37 pacientes desarrollaron 97 nuevas lesiones con displasia (92 DBG, 4 DAG y 1 CCR) y 1 presentó displasia invisible multifocal. La tasa de incidencia global de nueva displasia fue 0,23/100 pacientes/año; 1,15/100 pacientes/5 años y 2,29/100 pacientes/10 años (fig.), comportándose la displasia previa como factor de riesgo ( $p = 0,025$ ) y la displasia en colon izquierdo como factor protector ( $p = 0,043$ ). 6 pacientes desarrollaron lesiones avanzadas (5 DAG y 1 CCR) con una tasa de incidencia del 1% al año y del 14% a 10 años, comportándose la DBG > 1 cm como factor de riesgo ( $p = 0,041$ ) (tablas 2 y 3). 1/8 pacientes con DAG presentó CCR en el seguimiento, precisando colectomía 3 pacientes (2 por DAG y 1 por CCR). El tratamiento con mesalamina, inmunosupresor o biológico no se asoció a un menor riesgo de desarrollo de displasia.

Pacientes (n=39)	
Hombre	31 (82)
Edad al diagnóstico de CEI, media	40±13
Colitis ulcerosa	35 (88)
Pancolitis (E3)	59 (60)
Enfermedad de Crohn	11 (11)
Colitis indeterminada	3 (8)
Tiempo de seguimiento (meses)	48,76 (30,3-67,1)
Fumador	
Activo	8 (12)
Exfumador	25 (38)
No	32 (40)
Colangitis esclerocarcinomatosa primaria	
Pseudopolípos	2 (2)
Antecedente familiar de CCR	
Primer grado	7 (18)
Otros grados	3 (10)
Desconocido	28 (4)
Antecedente personal displasia /CCR	
DAG	6 (30)
DAO	1 (11)
5-ASA oral	30 (87)
IMM	35 (26)
AntiTNF	11 (11)
Otros biológicos	2 (3)
Actividad endoscópica severa	8 (8)

Tabla 1. Características básicas de los pacientes con displasia en colonoscopia index. CCR: Cáncer colorrectal; DAG: Displasia de alto grado; DAO: Displasia de bajo grado; ASA: Mesalamina; IMM: Immonsupresores. Los datos están expresados como media (rango intercuartílico o desviación estándar) o en valores absolutos (%).

Variable	Odds ratio	95% CI	P value
Pseudopolípos	0,00	0,28-1,01	0,322
Antecedente familiar de CCR	2,59	0,27-24,14	0,046
Antecedente personal de displasia	6,86	1,30-34,01	0,025
Actividad endoscópica severa	0,70	0,12-4,84	1,000
5-ASA oral	2,28	0,38-8,91	0,329
IMM	1,11	0,47-2,58	0,807
AntiTNF	0,90	0,34-3,33	1,000
Otros biológicos	1,57	0,00-26,32	1,000
Lesiones			
Polipoides	0,85	0,42-2,17	0,912
No-polipoides	1,11	0,49-2,52	0,788
Tamaño de la lesión			
< 1 cm	1,28	0,32-7,26	1,000
>1 cm	1,70	0,46-6,30	0,501
Localización colónica			
Recto-sigma	0,49	0,10-1,33	0,162
Colon izquierdo	0,35	0,12-0,99	0,043
Colon transverso	2,00	0,33-4,79	0,137
Colon derecho	1,97	0,35-4,48	0,105

Tabla 2. Análisis univariante. Factores de riesgo asociados con el desarrollo de cualquier grado de displasia durante el seguimiento. CCR: Cáncer colorrectal; ASA: mesalamina; IMM: Immunmoduladores.

Variable	Odds ratio	95% CI	P value
Pseudopolípos	1,51	0,29-7,90	0,683
Antecedente personal de displasia	2,12	0,22-20,5	0,444
Actividad endoscópica severa			1,000
5-ASA oral			1,000
IMM	1,90	0,36-9,99	0,663
AntiTNF	1,66	0,17-15,67	0,516
Otros biológicos	1,35	0,14-12,57	0,580
Lesiones			
Polipode	1,44	0,25-8,28	1,000
No-polipode	0,86	0,16-4,48	1,000
Tamaño de la lesión			
< 1 cm	0,09	0,01-0,65	0,841
>1 cm	12,29	2,08-72,57	0,013
Localización colónica			
Recto-sigma	0,54	0,06-4,88	1,000
Colon izquierdo			0,165
Colon transverso	1,16	0,20-6,70	1,000
Colon derecho	1,38	0,26-7,22	0,896

Tabla 3. Análisis univariante. Factores de riesgo asociados con el desarrollo de lesiones avanzadas (DAG o CCR) durante el seguimiento. CCR: Cáncer colorrectal; DAO: Displasia de alto grado; ASA: Mesalamina; IMM: Immunmoduladores.

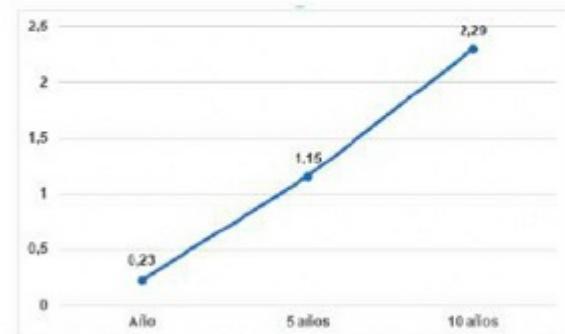


Figura 1. Tasa de incidencia para la aparición de nuevas lesiones displásicas en nuestro cohorte.

**Conclusiones:** El riesgo de DAG y CCR tras la resección de displasia en colitis es muy bajo en esta cohorte con cromoendoscopia con colorante. La displasia previa y el tamaño > 1 cm se asociaron a mayor riesgo de desarrollo de displasia y progresión respectivamente, mientras que la localización de la lesión en colon izquierdo se comportó como factor protector.