



# Gastroenterología y Hepatología



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

## FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER COLORRECTAL O LESIONES AVANZADAS TRAS LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS SERRADOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Sandra Baile Maxía<sup>1</sup>, Carolina Mangas Sanjuán<sup>1</sup>, Noelia Sala Miquel<sup>1</sup>, Carmen Sánchez Ardila<sup>2</sup>, Pedro Zapater<sup>3</sup> y Rodrigo Jover<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández, Elche. <sup>3</sup>Servicio de Farmacología Clínica, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** Los pólipos serrados (PS) son precursores del 30% de cánceres colorrectales (CCR). Sin embargo, existen discrepancias sobre qué PS requieren vigilancia y en qué intervalos, con recomendaciones adaptadas de las aplicadas a los adenomas a falta de una evidencia sólida al respecto.

**Objetivos:** Revisión sistemática y metaanálisis para determinar qué características de riesgo de los PS se relacionan con el desarrollo de CCR o lesiones avanzadas metacrónicas totales (LAMT).

**Métodos:** Búsqueda en PubMed, EMBASE y Cochrane de estudios de cohortes, casos y controles y ensayos clínicos que detallaran la incidencia de CRC o LAMT [adenomas avanzados o pólipos serrados avanzados (PSA)] en la vigilancia estratificada según tamaño, displasia y localización de los PS basales. Se consideró PSA aquel &ge; 10 mm o con displasia. Se calcularon las incidencias de CCR y LAMT por 1.000 personas-año (p-a) para cada característica de riesgo y los riesgos relativos (RR) agrupados usando un modelo de efectos aleatorios.

**Resultados:** 4.840 artículos fueron revisados y 17 incluidos, con 495.196 pacientes (edad media 59,5 años, 60% hombres) y seguimiento medio de 4,7 años. La incidencia de CCR por 1.000 p-a fue de 2,1 para PSA, 1,5 para PS &ge; 10 mm, 5,9 para PS con displasia, 1,2 para PS proximal, 0,5 para PS no avanzado y 0,4 para colonoscopia normal (CN). La incidencia de LAMT por 1.000 p-a fue de 55,0 para PSA, 70,6 para PS > 10 mm, 93,0 para PS con displasia, 45,1 para PS proximal, 13,4 para PS no avanzado y 10,3 para CN. El riesgo de CCR metacrónico fue superior para PSA respecto a PS no avanzado (RR 1,84, IC95% 1,11-3,04) y respecto a CN (RR 2,92, IC95% 2,26-3,77); para PS &ge; 10 mm respecto 10 mm (RR 2,61, IC95% 1,43-4,77) y CN (RR 3,52, IC95% 2,17-5,69); y para PS con displasia respecto CN (RR 2,71, IC95% 2,00-3,67). No se objetivó un riesgo superior de CCR al comparar PS con displasia respecto a sin displasia (RR 2,06, IC95% 0,41-10,35) ni PS proximales respecto a distales (RR 1,90, IC95% 0,78-4,63) o CN (RR 1,41, IC95% 0,56-3,53). El riesgo de LAMT fue superior para PS proximales respecto a CN (RR 2,02, IC95% 1,45-2,81).

**Conclusiones:** El riesgo de CCR metacrónico es significativamente mayor en pacientes con PSA en la colonoscopia basal, con magnitudes de riesgo similares a las descritas para adenomas avanzados, lo que apoya la recomendación actual de vigilancia a 3 años en pacientes con PSA.