Gastroenterol Hepatol. 2020;43(Espec Congr):98

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

66 - CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE CROMOENDOSCOPIA EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. Rubín de Célix, M. Chaparro, J.A. Moreno, C. Santander y J.P. Gisbert

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid.

Resumen

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR). Las guías clínicas recientes sugieren el uso de la cromoendoscopia con biopsias dirigidas como método de cribado de lesiones displásicas en este subgrupo de pacientes. Nuestro objetivo fue conocer la tasa de detección de displasia mediante cromoendoscopia en una serie de vida real y describir las características endoscópicas de las lesiones detectadas y su tratamiento.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional en el que se analizaron todas las cromoendoscopias realizadas entre enero 2016 y mayo 2019. Se incluyeron todos los pacientes adultos con colitis izquierda o extensa y los pacientes con enfermedad de Crohn con afectación de más de un tercio del colon. Se recogieron las características de los pólipos identificados (localización, tamaño, clasificación de Paris y Kudo) así como los tratamientos recibidos.

Resultados: Se analizaron 186 cromoendoscopias de 160 pacientes. La tasa de detección de displasia del total de las cromoendoscopias fue del 24% y 37 de los 160 pacientes incluidos (23%) tuvieron displasia en alguna de las cromoendoscopias de cribado. De los 160 pacientes, 92 (57%) fueron hombres, 86 (54%) tenían colitis ulcerosa y 25 (15%) tenían antecedentes familiares de CCR. 118 (74%) recibían tratamiento con aminosalicilatos, 67 (42%) con tiopurinas y 42 (26%) con biológicos. Se detectaron 212 lesiones, 94% de ellas estaban localizadas en segmentos afectos por la EII. La mayoría de las lesiones se localizaron distales al ángulo esplénico (36% recto, 30% colon izquierdo). El 67% fueron lesiones planas (Paris 0-IIa, 0-IIb, 0-IIc), con patrón de Kudo II (43%) y IIIs (33%). Un total de 123 lesiones (58%) tenían displasia, 69 (93%) de ellas de bajo grado. Las 5 lesiones con displasia de alto grado se localizaron en el recto y una de ellas no fue resecable endoscópicamente. Sólo 2 pacientes (1%) precisaron cirugía (una colectomía parcial y una colectomía con anastomosis ileorrectal por presencia de displasia en varias lesiones con márgenes mal definidos). La presencia de displasia no se relacionó con el sexo, hábito tabáquico, tipo de EII o tamaño de las lesiones. Se encontraron más lesiones displásicas distales al ángulo esplénico (66% vs 34%); sin embargo, la detección de lesiones proximales fue un factor de riesgo para tener displasia (60% vs 32%; OR: 3,2; IC95%: 1,6-6,4; p = 0,001). La edad mayor de 60 años también fue un factor de riesgo para tener displasia (40% vs 16%; OR: 3,3; IC95%: 1,5-7; p = 0,002).

Conclusiones: Este estudio muestra una elevada tasa de detección de displasia (24%) mediante cromoendoscopia con biopsias dirigidas. Las lesiones en el colon derecho y la edad mayor de 60 años fueron factores de riesgo para tener displasia. La mayoría de las lesiones fueron resecadas endoscópicamente.

Nuestros resultados enfatizan la importancia del cribado de CCR en los pacientes con EII.

0210-5705/© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.