



# Gastroenterología y Hepatología



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

## LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA DE VIGILANCIA EN EL SÍNDROME DE LYNCH SE ASOCIA AL CÁNCER COLORRECTAL POST-COLONOSCOPIA

A. Sánchez García<sup>1</sup>, M. Navarro<sup>2</sup>, V.H. Roos<sup>3</sup>, M. Pineda<sup>2</sup>, B. Caballol<sup>1</sup>, L. Moreno<sup>1</sup>, T. Ocaña<sup>1</sup>, F. Rodríguez-Moranta<sup>4</sup>, L. Rodríguez-Alonso<sup>4</sup>, T. Ramón y Cajal<sup>5</sup>, G. Llorc<sup>6</sup>, M.D. Picó<sup>7</sup>, R. Jover<sup>7</sup>, A. López Fernández<sup>8</sup>, E. Martínez de Castro<sup>9</sup>, M.J. López-Arias<sup>9</sup>, C. Álvarez<sup>10</sup>, X. Bessa<sup>10</sup>, L. Rivas<sup>11</sup>, J. Cubiella<sup>11</sup>, D. Rodríguez-Alcalde<sup>12</sup>, A. Dacal<sup>13</sup>, M. Herraiz<sup>14</sup>, C. Garau<sup>15</sup>, L. Bujanda<sup>16</sup>, L. Cid<sup>17</sup>, C. Poves<sup>18</sup>, M. Garzón<sup>19</sup>, Á. Pizarro<sup>19</sup>, I. Salces<sup>20</sup>, M. Ponce<sup>21</sup>, M. Carrillo-Palau<sup>22</sup>, E. Aguirre<sup>23</sup>, E. Saperas<sup>24</sup>, A. Suárez<sup>25</sup>, V. Piñol<sup>26,2</sup>, S. Carballal<sup>1</sup>, L. Rivero-Sánchez<sup>1</sup>, J. Balmaña<sup>8</sup>, J. Brunet<sup>2,26</sup>, A. Castells<sup>1</sup>, E. Dekker<sup>3</sup>, M. Pellise<sup>1</sup>, G. Capela<sup>2</sup>, M. Serra-Burriel<sup>27</sup>, L. Moreira<sup>1</sup> y F. Balaguer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clinic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona. <sup>2</sup>Institut Català d'Oncologia, Barcelona. <sup>3</sup>Amsterdam UMC Universitair Medische Centre, Amsterdam (Países Bajos). <sup>4</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>5</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>6</sup>Instituto Oncológico del Vallés, Barcelona. <sup>7</sup>Hospital General Universitari d'Alacant. <sup>8</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>9</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>10</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>11</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Orense. <sup>12</sup>Hospital de Móstoles. <sup>13</sup>Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. <sup>14</sup>Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona. <sup>15</sup>Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. <sup>16</sup>Hospital Universitario de Donostia. <sup>17</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>18</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>19</sup>Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>20</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>21</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia. <sup>22</sup>Hospital Universitarios de Canaria, Tenerife. <sup>23</sup>Hospital Quironsalud Zaragoza. <sup>24</sup>Hospital General de Catalunya, Barcelona. <sup>25</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>26</sup>Hospital Josep Trueta, Girona. <sup>27</sup>Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF), Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Lynch (SL) se asocia a un alto riesgo de cáncer colorrectal (CCR). La colonoscopia cada 3 años reduce la incidencia y mortalidad por CCR. Sin embargo, estudios recientes sugieren que hasta un 40% de los portadores desarrollan CCR a los 70 años pese a la vigilancia. Los indicadores de calidad de la colonoscopia en el SL han sido poco estudiados y podrían explicar el CCR post-colonoscopia (CCR-PC).

**Objetivos:** Evaluar el efecto de factores relacionados con la calidad de la vigilancia endoscópica en el desarrollo de CCR-PC en el SL.

**Métodos:** Estudio multicéntrico con inclusión de pacientes con mutación patogénica para SL verificada (n = 1.746), procedentes de 25 clínicas de alto riesgo españolas y 1 holandesa. Recogimos datos genéticos, demográficos, antecedentes de cáncer y sus protocolos de vigilancia, entre 2015-2019. Para este análisis, se seleccionaron portadores sanos (n = 893), definidos como aquellos que no habían presentado CCR antes, ni en la colonoscopia índice y con al menos una colonoscopia de vigilancia. Se evaluó el efecto del seguimiento endoscópico en la incidencia de CCR-PC revisando los informes de cada una de las colonoscopias (n = 4.177). Comparamos las colonoscopias de vigilancia previas a pacientes con y sin CCR-PC. Se analizaron parámetros de calidad endoscópica (preparación, extensión, definición y técnicas de realce), intervalo entre colonoscopias y los resultados de las colonoscopias previas. Se identificaron factores de riesgo de CCR-PC a través de un análisis de regresión logística multivariado ajustado por sexo y edad.

**Resultados:** Incluimos 596 (63,7%) mujeres, una media de edad de  $50,5 \pm 14,8$  años, una media de seguimiento endoscópico de  $6,3 \pm 4,2$  años y  $4,8 \pm 2,7$  colonoscopias. La distribución por gen fue: 285 (31,9%) *MLH1*, 316 (35,4%) *MSH2*, 212 (23,7%) *MSH6* y 80 (9%) portadores de *PMS2*. Durante el seguimiento se diagnosticaron 48 (5,4%) CCR-PC [17 (35,4%) *MLH1*, 24 (50%) *MSH2*, 6 (12,5%) *MSH6* y 1 (2,1%) *PMS2*]. La edad media al diagnóstico fue  $51,1 \pm 10,6$  años, la media de seguimiento  $5,8 \pm 5,5$  años, 32 (66,7%) fueron proximales y se identificaron 25 (52,1%) estadios I y 20 (41,7%) II-III. Al analizar los parámetros de calidad endoscópica, una exploración previa incompleta o realizada con definición estándar, resultaron factores independientes de riesgo de CCR-PC [OR = 6,7 (IC95% 1,4-33);  $p = 0,018$  y OR = 5,9 (IC95% 1,41-25);  $p = 0,015$  respectivamente]. Por otro lado, intervalos entre colonoscopia superiores a 36 meses, o la detección de un adenoma avanzado en la colonoscopia previa aumentó el riesgo de CCR- PC hasta 4 veces [OR = 4,1 (IC95% 1,7-9,8);  $p = 0,002$  y OR = 4,16 (IC95% 1,6-10,6);  $p = 0,003$ ].

**Conclusiones:** La incidencia del cáncer colorrectal post-colonoscopia se asocia a factores de calidad de la colonoscopia en el síndrome de Lynch. Se recomienda realizar colonoscopias de alta calidad con un intervalo adecuado ( 36 meses). Los pacientes con adenomas avanzados podrían beneficiarse de intervalos de vigilancia más cortos.