



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 García¹, M. Navarro², V.H. Roos³, M. Pineda², B. Caballol¹, L. Moreno¹, T. Ocaña¹, F. Rodríguez- Moranta⁴, L. Rodríguez-Alonso⁴, T. Ramón y Cajal⁵, G. Llorf⁶, M.D. Picó⁷, R. Jover⁷, A. López Fernández⁸, E. Martínez de Castro⁹, M.J. López-Arias⁹, C. Álvarez¹⁰, X. Bessa¹⁰, L. Rivas¹¹, J. Cubilla¹¹, D. Rodríguez-Alcalde¹², A. Dacal¹³, M. Herranz¹⁴, C. Garau¹⁵, L. Bujanda¹⁶, L. Cid¹⁷, C. Poves¹⁸, M. Garzón¹⁹, Á. Pizarro¹⁹, I. Salces²⁰, M. Ponce²¹, M. Carrillo-Palau²², E. Aguirre²³, E. Sapera²⁴, A. Suárez²⁵, V. Piñol^{26,2}, S. Carballal¹, L. Rivero-Sánchez¹, J. Balmaña⁸, J. Brunet^{2,26}, A. Castells¹, E. Dekker³, M. Pellise¹, G. Capela², M. Serra-Burriel²⁷, L. Moreira¹ y F. Balaguer¹

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