



Gastroenterología y Hepatología



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

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA COLONOSCOPIA DE VIGILANCIA UN AÑO DESPUÉS DE LA COLONOSCOPIA BASAL EN PACIENTES CON ADENOMAS DE ALTO RIESGO

L. Medina-Prado^{1,2}, C. Mangas-Sanjuán^{1,2}, S. Zarraquiños³, E. Rodríguez-Camacho⁴, A.H. Aginagalde⁵, A.C. Álvarez-Urturi⁶, I. Portillo⁵, M. Pellisé⁷, M.J. Valverde⁸ y R. Jover^{1,2}

¹Hospital General Universitario de Alicante. ²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ³Complexo Hospitalario de Ourense, Instituto de Investigación Biomédica Ourense, Pontevedra y Vigo. ⁵Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Santiago de Compostela. ⁶BioCruces Health Research Institute, Barakaldo. ⁷Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Barcelona. ⁸Hospital Clínic, CIBERehd, IDIBAPS, University of Barcelona. ⁹Servei de Promoció de la Salut i Prevenció en l'Entorn Sanitari, Subdirecció General de Promoció de la Salut i Prevenció, Valencia.

Resumen

Introducción: Las guías europeas de Calidad en la Colonoscopia de Cribado de cáncer colorrectal (CCR) recomiendan a los pacientes con ≥ 5 adenomas pequeños o al menos un adenoma ≥ 20 mm una colonoscopia de aclaramiento un año después de la colonoscopia basal. Sin embargo, los datos de los estudios que apoyan esta recomendación no son consistentes.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la colonoscopia en un año en base a las tasas de detección de adenoma avanzado (AADR), CRC (CRCDR) y pólipos serrados (SPDR).

Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico y transversal en cuatro regiones de España. Se incluyeron participantes del programa de cribado entre enero de 2014 y diciembre de 2015. Criterios de inclusión: pacientes con ≥ 1 adenoma ≥ 20 mm o ≥ 5 pequeños adenomas. Criterios de exclusión: procedimiento incompleto, limpieza inadecuada del colon, síndromes hereditarios de CCR y enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados: Se incluyeron un total de 1.876 pacientes (73,6% hombres; edad media 62 años (rango 49-72)). El 48,9% de los pacientes presentó ≥ 5 adenomas pequeños, el 39,6% presentó ≥ 1 adenoma ≥ 20 mm y el 11,5% cumplía ambos criterios. La mediana de colonoscopias necesarias para el diagnóstico fue de 1 (rango 1-6) y la revisión de la cicatriz de la polipectomía (34,9%) fue la razón principal para repetir el procedimiento. La mediana de tiempo desde la colonoscopia inicial hasta la vigilancia fue de 13,1 meses (p25 12,1-p75 14,4). La puntuación media de la limpieza colónica según la escala de Boston fue de 9 puntos (rango 6-9). Las tasas de detección durante la vigilancia fueron: adenomas 58,2%, adenomas avanzados 10%, pólipos serrados 14,7%, pólipos serrados avanzados 2,5%, CRC 0,3% y tasa de detección de lesiones avanzadas 12,5%. Los pacientes con > 10 adenomas, localización proximal a sigma y aquellos con > 5 adenomas aserrados en colonoscopia basal tienen un mayor riesgo de lesiones avanzadas en colonoscopia de vigilancia de 1 año con OR 1,85 (1,21-2,84), 1,63 (1,19-2,24) y 2,42 (1,02-5,75) respectivamente. En el análisis multivariante sólo los pacientes que cumplen ambos criterios de alto riesgo están relacionados con la presencia de lesiones avanzadas en la colonoscopia de un año (OR 2,33 (1,53-3,55) p 0,01).

Conclusiones: En pacientes de alto riesgo que se someten a colonoscopia de vigilancia al año de la colonoscopia basal, encontramos una alta tasa de lesiones avanzadas (12,5%) y sólo 5 casos de CCR. Los pacientes que cumplen ambos criterios de alto riesgo son los que más se benefician de la colonoscopia de vigilancia de un año. Podría considerarse la posibilidad de ampliar el intervalo de vigilancia en los pacientes restantes.