

Distribución de la enfermedad polipoidea en la comarca interior de Vizcaya: implicación en pruebas diagnósticas y cribado del cáncer colorrectal

B. Velayos Jiménez^a, M. Durán Rigueira^a, J.A. Arévalo Serna^a, I. Heras Martín^a, A. Bernal Martínez^a, F. Pons Renedo^b y J.L. Cabriada Nuño^a

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital de Galdacano. Vizcaya. España.

^bUnidad de Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. España.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La relevancia de los pólipos colónicos cada día es mayor por ser el hallazgo en que se basa el cribado del cáncer colorrectal (CCR). Sin embargo, este cribado está lejos del consenso en cuanto a las técnicas que deben emplearse: se compara la colonoscopia frente a otros métodos, como la sigmoidoscopia, que sólo explora con buena sensibilidad los tramos distales del colon. Hemos estudiado las características y la topografía de la enfermedad polipoidea en nuestro medio con el objetivo de verificar la tendencia al cambio en su localización y las implicaciones en el cribado que esto conlleva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la prevalencia y las características de los pólipos colónicos en 3.604 pacientes que por algún motivo acudieron para que se les practicara una colonoscopia en nuestro servicio, así como su distribución en los 837 pacientes con diagnóstico de pólipos y colonoscopia completa. Analizamos su situación proximal o distal al ángulo esplénico y su tamaño (< 0 o ≥ 1 cm).

RESULTADOS: Se encontraron pólipos en el 28,3% de los 3.604 pacientes (en el 11,7% si consideramos los ≥ 1 cm). En un 44,9% de los 837 pacientes con colonoscopia completa había pólipos proximales (14,6% para los ≥ 1 cm), mientras que en un 79,9% se observaron en el colon distal (un 30,3% al valorar los ≥ 1 cm). Un 24,8% de los pacientes los presentaba en ambas localizaciones. La probabilidad de encontrar una lesión proximal si existía una distal se situó en el 31%. En un 20% de los casos existía algún pólipo proximal sin lesión distal (un 5,6% para los ≥ 1 cm), por lo que la sigmoidoscopia perdería el 15,6% de los pólipos ≥ 1 cm.

CONCLUSIONES: Un porcentaje relativamente elevado de pacientes con pólipos proximales ≥ 1 cm quedarían sin diagnosticar si sólo se hiciera una colonoscopia completa a los que presentaban pólipos distales. Debido a la notoria y progresiva mayor frecuencia de pólipos proximales y al relevante número de ellos que se presenta sin lesión centinela distal, cada vez hay más argumentos para considerar la colonoscopia como la técnica fundamental para el cribado del CCR.

DISTRIBUTION OF POLYPS IN THE INSIDE REGION OF VIZCAYA (SPAIN): IMPLICATIONS FOR DIAGNOSTIC TESTS AND COLORECTAL CANCER SCREENING

INTRODUCTION: The importance of colonic polyp is increasing because colorectal cancer (CRC) screening is based on their identification. However, consensus is lacking on which technique should be used in CRC screening, whether colonoscopy or other methods such as sigmoidoscopy, which shows good sensitivity only in distal segments of the colon. We studied the characteristics and localization of polyps in our environment to verify their tendency to change localization and determine the implications of this in screening.

MATERIAL AND METHODS: We reviewed the prevalence and characteristics of colonic polyps in 3604 patients who underwent colonoscopy for various causes in our service, as well as their distribution in 837 patients with a diagnosis of polyps who underwent complete colonoscopy. Localization proximal or distal to the splenic flexure and polyp size (less than or more than 1 cm) were analyzed.

RESULTS: Polyps were found in 28.3% of 3604 patients (11.7% showed polyps ≥ 1 cm). Of the 837 patients who underwent complete colonoscopy, proximal polyps were found in 44.9% (14.6% showed polyps ≥ 1 cm), while distal polyps were found in 79.9% (30.3% showed polyps ≥ 1 cm). Both proximal and distal polyps were found in 24.8%. The probability of finding both proximal and distal lesions was 31%. Proximal lesions without distal lesions were found in 20% of the patients (5.6% presented polyps ≥ 1 cm), and conse-

Correspondencia: Dr. B. Velayos Jiménez.
Vallespín, 11, 1º. 05001 Ávila. España.
Correo electrónico: benitovelayos@hotmail.com

Recibido el 21-1-2003; aceptado para su publicación el 29-4-2003.

quently sigmoidoscopy would miss 15.6% of polyps ≥ 1 cm. CONCLUSIONS: A relatively high percentage of patients with proximal polyps ≥ 1 cm would remain undiagnosed if complete colonoscopy were only performed in patients with distal polyps. Because of the well-known increase in the frequency of proximal polyps and because a considerable number of these present without distal sentinel lesions, there are increasing arguments for considering colonoscopy as the basic technique for CRC screening.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos colónicos constituyen una de las patologías más frecuentes en gastroenterología; según las series necrópsicas, se encuentran en el 33% de las personas mayores de 50 años y hasta en el 50% de las mayores de 70 años¹. Su relevancia es cada día mayor, debido a que actualmente es el hallazgo en que se basa en gran medida el cribado del cáncer colorrectal (CCR), la segunda causa de muerte por neoplasia, tras el cáncer de pulmón en los varones y el de mama en las mujeres, en los países desarrollados.

Diversos estudios han demostrado que el CCR tiene su origen en una secuencia que se inicia en una lesión polipoidea de determinadas características histológicas²; asimismo, la aplicación de alguna técnica de cribado en las personas mayores de 50 años reduce la mortalidad en un 15-33%³⁻⁵, ya que la tasa de supervivencia de esta patología depende en gran medida de su detección precoz (90% a los 5 años en estadios iniciales, 8% a los 5 años en estadio IV). A pesar de que en nuestro país el CCR representa el 15% de los cánceres diagnosticados, con 11.000 nuevos casos al año y 10 muertes por 100.000 habitantes/año, el control de la enfermedad polipoidea, así como su seguimiento, el tratamiento y, menos aún, los programas de cribado en sujetos asintomáticos sin factores de riesgo, están todavía lejos de ser una práctica consensuada y generalizada.

La colonoscopia es el método principal de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cribado de la enfermedad polipoidea^{6,7}. Sin embargo, y debido a una serie de circunstancias a veces no relacionadas directamente con la práctica médica (la necesidad de gran número de endoscopistas y personal auxiliar experimentados, su baja aceptación, el sobredimensionamiento de los riesgos, su elevado coste, la poca información proporcionada al paciente, etc.), se vienen utilizando otras pruebas para estos fines, como la determinación de sangre oculta en heces (SOH) y la sigmoidoscopia. Estas técnicas, además de hacer imprescindible una colonoscopia si resultan positivas, unen su deficiente o falta de valoración del tramo colónico proximal, y fallan en la detección de hasta el 24% de las lesiones allí situadas, aun con la aplicación de ambas⁸. La rentabilidad y el valor de estos tests, si bien es elevado para las lesiones distales, se basa en estudios que señalan la existencia de un riesgo claramente aumentado de lesión proximal en estos pacientes, que llega a ser del 30% y es independiente del lugar, el tamaño y la histología del pó-

lipo distal, siempre que éste sea adenomatoso⁹, unido a un escaso número de pólipos en el colon derecho sin «lesión centinela» en el izquierdo, y a que el potencial de malignización de los pólipos es mayor si están situados distalmente¹⁰.

A pesar de todo, cada vez salen a la luz más datos que sugieren la falta de claros factores epidemiológicos, histológicos o endoscópicos cuya existencia o no en una sigmoidoscopia permita garantizar un riesgo mínimo y asumible de CCR proximal en personas mayores de 50 años^{8,11,12}.

En nuestro hospital hemos tratado de verificar esta tendencia en el cambio de la distribución geográfica de la enfermedad polipoidea¹³, que sitúa el riesgo de presentar un pólipo ≥ 1 cm en el colon proximal sin lesión en el distal en el 4,1% de la población asintomática⁸, en el 2,7% de los varones⁸ y en el 1,5% de las personas mayores de 50 años¹². Así, revisamos todas las colonoscopias realizadas durante 26 meses y analizamos sólo las que presentaran como diagnóstico principal o secundario una lesión polipoidea, entendida como cualquier tumor o crecimiento circunscrito que se proyecta sobre la superficie mucosa del colon¹⁴. El objetivo fue determinar la prevalencia y la localización de la enfermedad polipoidea en nuestro medio, el riesgo de presentar pólipos proximales en pacientes con pólipos distales y la tasa de enfermos con pólipos proximales pero sin lesión distal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes

A través del sistema informático «Clinic» de nuestro hospital se revisó a todos los pacientes que acudieron a realizarse una colonoscopia en nuestro servicio desde el 1 de junio de 2000 al 17 de agosto de 2002 de forma retrospectiva. Estos pacientes forman una muestra representativa de la población de nuestra comunidad, heterogénea desde el punto de vista epidemiológico, y provenían de la comarca interior de Vizcaya. Fueron remitidos a nuestro servicio para la realización de una colonoscopia completa por médicos de familia, gastroenterólogos u otros especialistas del área sanitaria. En caso de presentar un mismo paciente varias exploraciones, se incorporó sólo la primera de ellas realizada de forma completa.

El sexo, la edad, los motivos de solicitud de la prueba, la existencia o no de sedación y las complicaciones se recogieron en el informe final, así como el número de colonoscopias no finalizadas (visualización del ciego). Sólo se tuvieron en cuenta para la valoración de los objetivos finales de este estudio las exploraciones consideradas completas.

Se emplearon colonoscopios Olympus CF VL y Q 140, y no se produjeron cambios destacables durante el período estudiado. Se utilizó una preparación a base de solución electrolítica con polietilenglicol (Klean Prep) de forma generalizada. Las pruebas fueron realizadas por endoscopistas expertos de nuestro servicio, con criterios unificados de localización y medida de las lesiones basados en las estructuras anatómicas y la medición comparativa con punta de biopsia abierta (7 mm), respectivamente. Todos los pacientes recibieron una completa información de los riesgos y beneficios de la prueba, y firmaron (ellos o un familiar) el consentimiento informado. En un principio, la exploración se intentó sin sedación, aunque se recurrió a ella en casos seleccionados.

Protocolo del estudio

Se recogió una serie de parámetros de todos los pacientes que acudieron a hacerse una colonoscopia en el período referido, con el objetivo de tener un mejor conocimiento de la población sobre la que se realiza esta prueba (sexo, edad), establecer las causas que motivaron su solicitud (que han sido englobadas en 9 grupos semiológicos para su mejor procesamiento) y valorar tres de las características sobre la realización de la propia colonoscopia en nuestro servicio (tramo del colon hasta el que se introdujo el endoscopio, complicaciones y sedación), con el fin de com-

parar y mejorar estos datos en períodos sucesivos. A efectos prácticos, los pacientes fueron divididos en dos grupos de edad, mayores o menores de 50 años, límite establecido para el comienzo del cribado del CCR por las Guías de la Sociedad Americana de Gastroenterología.

Con el propósito de estudiar la localización de la enfermedad polipoidea sólo se procesaron datos de los sujetos con algún pólipo y de su primera colonoscopia completa. Se consideró como colon proximal el trayecto que comprende el ciego, el colon ascendente, el ángulo hepático y el colon transverso; como colon distal, el ángulo esplénico, el colon descendente, el sigmoide y el recto. Esta división no es gratuita, y está motivada por el teórico lugar que una sigmoidoscopia completa debería llegar a visualizar, considerada asimismo en otros estudios. De este modo, cada primera colonoscopia completa de distintos pacientes, en la que se había diagnosticado al menos un pólipo de cualquier tamaño, se dividió en zona proximal (o derecha) y distal (o izquierda), y se recogió el número de pólipos encontrado en cada tramo (de 0 a 5, y más de 5 en caso de múltiples).

Teniendo en cuenta que el riesgo de malignización está en proporción (entre otras variables) con el tamaño, y empleando la misma división geográfica antes señalada, se procesaron en cada prueba los pólipos ≥ 1 cm y su situación respecto al colon proximal o distal.

Las características histológicas de las lesiones no han sido objeto de este estudio (en otras series, más del 70% de los pólipos son adenomas), aunque podrían serlo en un futuro, dado que se extirparon o recogieron muestras de todas ellas.

Análisis estadístico

Debido a que no hubo necesidad de comparar grupos, y ya que el estudio se constituye como una serie descriptiva sin otras aspiraciones, se han empleado sólo variables simples obtenidas y procesadas con apoyo informático.

RESULTADOS

Entre el 1 de junio de 2000 y el 17 de agosto de 2002 se realizaron 3.604 colonoscopias a distintos pacientes en nuestro servicio, con una media aproximada de casi 7 exploraciones al día. La mayoría de ellas (70,7%) fueron efectuadas en pacientes ambulatorios y a un ritmo normal. Una de cada 4 (20,9%) se realizó en pacientes ingresados. En el 8,3% de las ocasiones la solicitud fue urgente, lo que implica que la prueba se hizo en las primeras 12-24 h tras su petición.

En 1.023 (28,4%) se encontraron pólipos, porcentaje que se sitúa al menos en un 11,7% si consideramos sólo los ≥ 1 cm.

Dentro de las colonoscopias con pólipos de cualquier tamaño predominan las realizadas sobre varones (el 69,1 frente al 30,9% en mujeres) y en pacientes mayores de 50 años (el 83 frente al 17% en menores de esta edad).

Las causas que motivaron la solicitud son variadas y se han agrupado en 9 categorías semiológicas (tabla I); la rectorragia fue la más frecuente (35,4%), al igual que ocurre en la mayoría de las patologías del colon.

En un 86,2% de los casos no se empleó sedación, mientras que en el resto (13,8%) se recurrió a un especialista en este campo para la realización de la prueba en enfermos seleccionados.

Se describió algún tipo de incidencia en 41 de estas 1.023 colonoscopias con pólipos, la mayoría fueron episodios de dolor autolimitado (el 53,6% de ellas, que representa un 2,1% del total de enfermos con pólipos), seguido de cuadros vagales leves resueltos en minutos (el 39% de las incidencias, en un 1,6% del total). Sólo en un caso se produjo un acontecimiento considerado como una complicación (síncope mantenido con sospecha de perforación),

TABLA I. Motivos de solicitud

	n	%
Rectorragia	362	35,4
Revisión de lesión previa	155	15,1
Profilaxis pólipos (secundaria y terciaria)	288	28,1
Aclarar imagen radiológica	82	8
Anemia	36	3,5
Diarrea	30	2,9
Dolor abdominal	29	2,8
Estreñimiento	22	2,1
Síndrome constitucional	19	1,9
Total	1.023	

TABLA II. Lugar de finalización

	n	%
Ciego	837	81,8
Ángulo hepático	46	4,5
Colon transverso	22	2,2
Ángulo esplénico	96	9,3
Sigma	22	2,2
Superaron el ángulo esplénico	905	88,4
No superaron el ángulo esplénico	118	11,6
Total	1.023	

que requirió el ingreso del paciente para su control (el 0,09% del total). En ninguna de las 141 pruebas con empleo de sedación se describieron complicaciones.

Para valorar la prevalencia de la enfermedad polipoidea se han tenido en cuenta los 1.023 pacientes (28,4%) con algún pólipo del total de 3.604 que acudieron a realizarse una colonoscopia. En los 837 pacientes en los que fue posible visualizar el ciego, la probabilidad de encontrar algún pólipo al completar una colonoscopia se sitúa en el 23,2%, que representan el 81,8% de las veces que se intentó una colonoscopia y se describió algún pólipo, y sería la tasa de finalización de esta prueba en nuestro medio para los pacientes con esta patología. Esta tasa es algo menor que la de finalización global descrita en otras series, y puede estar justificada por la inclusión de pacientes con lesiones polipoideas de gran tamaño que impedirían la progresión del endoscopio o por el empleo de otras técnicas diagnósticas o cirugía sin llegar a completarse la exploración. Asimismo, el porcentaje de visualización del ciego también se incrementa si sólo valoramos las ocasiones en que se usó sedación (95%).

De forma global, en el 88,5% de las veces fue posible avanzar más allá del ángulo esplénico, y la probabilidad de finalizar la colonoscopia una vez superado éste se sitúa en el 92,5%; sólo en un 2,1% de los casos no fue posible completar una sigmoidoscopia (situar el endoscopio en el ángulo esplénico) (tabla II).

Entre los 837 pacientes con pólipos y colonoscopia completa predominó su visualización en el colon distal (669 ocasiones [79,92%]), siendo en 254 de éstos (30,4% del total) mayores o iguales a 1 cm. Esto representa que en el 38% de los pacientes con pólipos en el colon izquierdo hay al menos uno ≥ 1 cm.

Un número inferior de sujetos (376 [44,9%]) tenía pólipos en el colon proximal (desde el ciego hasta el ángulo esplénico), y eran ≥ 1 cm en el 14,6% del total; es decir,

TABLA III. Distribución de la enfermedad polipoidea

Colon proximal: pólipos en 376 (44,9%); en 122 (14,6%) alguno ≥ 1 cm
Colon distal: pólipos en 669 (79,9%); en 254 (30,3%) alguno ≥ 1 cm
En 208 (24,8%) había pólipos en el colon proximal y distal
Pólipos en proximal y no en distal: 168 (20,1%); en 47 (5,6%) alguno ≥ 1 cm
Pólipos en distal y no en proximal: 461 (55,1%); en 164 (19,6%) alguno ≥ 1 cm
Tenían algún pólipo ≥ 1 cm: 301 (35,9%)
Total: 837 pacientes con algún pólipo y colonoscopia completa
Tenían algún pólipo (del total de 3.604 pacientes) 1.023 (28,4%)
Tenían algún pólipo ≥ 1 cm (del total de 3.604 pacientes) 422 (11,70%)

en el 32% de las ocasiones en las que apareció algún pólipo en el colon derecho, éste era ≥ 1 cm.

En 301 pacientes de los 837 valorados (un 35,9% de las veces en que se diagnosticó esta patología mediante un estudio endoscópico completo) había algún pólipo ≥ 1 cm.

En los pacientes con algún pólipo distal, la probabilidad de presentar uno proximal se situó en el 31% (208/669), que representa el 24,8% de los casos.

En 168 pacientes (20,1%) existía alguna lesión polipoidea en el tramo proximal y ninguna en la zona distal; entre ellos, en 47 (el 5,6% de los valorados en el estudio, que representa el 28% de esta situación) al menos uno era ≥ 1 cm. Por otro lado, y como cabía esperar, un mayor número de pacientes con algún pólipo y valorados mediante una colonoscopia completa (461 [55,1%]) presentaba una lesión distal y no proximal. En el 35,6% de estos casos (164 pacientes [19,6% del total]) los pólipos eran ≥ 1 cm (tabla III).

DISCUSIÓN

El primer dato de este trabajo es la prevalencia de la enfermedad polipoidea en nuestro medio, que se sitúa en el 28,4% de los sujetos de cualquier edad que por algún motivo acudieron a realizarse una colonoscopia; si bien esta cifra podría variar según se consideran sólo los pacientes asintomáticos o no, y en relación con la edad o las limitaciones de la prueba (*miss rate* del 17%, sobre todo en < 1 cm)¹⁵, actualmente, y debido a la ausencia de programas masivos de cribado en pacientes asintomáticos, es la que debemos esperar como probabilidad de encontrar un pólipo, previa realización de cualquier endoscopia digestiva baja. Aunque es algo inferior a la de otros estudios basados en series necrópsicas (33-41%)^{1,16} da idea de la importancia de esta patología en nuestra población.

Reviste una gran relevancia que en más de uno de cada 10 intentos de colonoscopia (11,7%) encontramos un pólipo ≥ 1 cm, cifra en el rango de otras series (4,6-15,6%). La importancia radica en que, si bien nuestro trabajo presenta la limitación de no haber considerado las características anatomopatológicas, en lesiones de este tamaño no deja de ser bastante probable la posibilidad de malignización (29-38% de displasia grave en ≥ 1 cm)^{17,18}; a este respecto, en el reciente consenso americano sobre cribado del CCR se recomienda asumirlos como adenomas, aun en ausencia de histología, y tratarlos como tal. En estas

guías clínicas también se apunta una evidencia cada vez mayor de que el riesgo de lesión proximal si existe un pólipo distal < 1 cm no varía según éste sea hiperplásico o adenomatoso¹⁹.

El CCR representa una patología muy común, con lesiones precursoras fácilmente reconocibles, cuyo tratamiento reduce la mortalidad y aporta un beneficio respecto al coste-efectividad²⁰. Ante la obvia necesidad de establecer algún programa de cribado en los pacientes mayores de 50 años de edad, basado en la detección temprana de la enfermedad polipoidea, se plantea la disyuntiva de si existe un marcador endoscópico colónico distal fiable para los casos de lesión proximal. Otro interrogante es si el hallazgo de un tramo distal libre de enfermedad polipoidea garantiza con probabilidad asumible la ausencia de afección proximal, una vez que el diagnóstico de un pólipo con sigmoidoscopia (en principio adenomatoso) ya ha demostrado la necesidad de explorar el trayecto del colon restante²¹. A esto se une la frecuencia cada vez mayor de lesiones proximales aisladas, que restaría valor a métodos de cribado basados en sigmoidoscopia y/o SOH^{10,11}.

Según nuestros datos, creemos que debe replantearse la secular consideración de estas premisas, basadas en una abrumadora diferencia a favor de la localización distal de los pólipos^{1,22,23}. Así, a pesar de haber confirmado una mayor frecuencia de pólipos en el colon distal (79,9%), encontramos que en casi la mitad de las ocasiones en las que se diagnosticó una enfermedad polipoidea en nuestro hospital (44,9%) había pólipos proximales; en nuestra revisión de otras series, las mayores cifras encontradas de pólipos colónicos derechos proximales al ángulo esplénico son del 31%²¹. Este hecho, si ya es indicativo de la cada vez mayor importancia de explorar todo el colon en el seguimiento o cribado de la enfermedad polipoidea-CCR, adquiere más notoriedad al constatar que en más de un tercio de las veces en que había pólipos derechos (un 32%, concretamente en el 14,6% de todos los pacientes), al menos uno de ellos era ≥ 1 cm (dato que representa el doble del obtenido en otros estudios, el 7,3%)⁸. A esto se unen los 47 casos (5,61% de todos los pacientes estudiados) en los que, sin presencia de lesión centinela distal, se encontró un pólipo ≥ 1 cm proximal, porcentaje que también es algo más del doble del encontrado en otras series recientes (2,7%)⁸, si bien aquí con pacientes mayores todos ellos de 50 años, asintomáticos y sólo varones, y en las que, sin embargo, la prevalencia de la enfermedad polipoidea es el doble de la obtenida por nosotros en una población sin duda más heterogénea (el 53,8 frente al 28,4%). ¿Quiere decir esto que una vez se han valorado los sujetos que por diversos motivos se realizaron una colonoscopia, en los que el riesgo de patología es mayor (pólipos previos, sintomáticos, etc.), la probabilidad de encontrar pólipos es menor, quizá por cribados previos, pero con el doble de riesgo de afección proximal sin lesión centinela distal? Probablemente haya muchos factores implicados que impiden afirmar esto de una forma categórica: diferente grado de aceptación de estos pacientes para la realización de una colonoscopia que, por otra parte, ya están incluidos en la «dinámica» del sistema sanita-

rio, un mayor interés del endoscopista en llegar al ciego, etc.

Lo que sí apoyan estos datos, debido al mayor número de pólipos derechos y a la frecuencia de pólipos derechos sin lesión distal (uno de cada 5 casos en las que hay pólipos, uno de cada 20 si sólo consideremos los ≥ 1 cm), es a inclinar la balanza a favor de la colonoscopia de forma definitiva como método diagnóstico y terapéutico, si consideramos los pacientes sintomáticos o con algún factor de riesgo para pólipos-CCR. En lo referente a la profilaxis en la población general, si bien estos datos conllevan la misma consideración, la afirmación no puede hacerse de una forma tan rotunda; se incluirían en la valoración otros parámetros que no han sido objeto de este estudio, aunque sí de forma indirecta, como el escaso número de pólipos que llegan a desarrollar CCR: según algunos autores, aproximadamente un 70% de todos los pólipos son adenomatosos, y de éstos los ≥ 1 cm malignizan hasta en un 46%, pero los < 1 cm sólo lo hacen en un 0,5-1,3%²⁴. Frente a esto, cabe resaltar la cada vez mayor prevalencia de la enfermedad polipoidea (28,38% de la población de cualquier edad a la que se realiza una colonoscopia), con cifras del 11,70% con lesiones ≥ 1 cm.

Otra situación a valorar en cuanto al cribado sería la probabilidad de que los pacientes presentaran una lesión distal y ninguna proximal; asimismo, si ésta fuera elevada, unida a un alto porcentaje de pacientes con pólipos proximales detectados a través de una lesión centinela distal, otorgaría un mayor valor a técnicas como la sigmoidoscopia y la SOH. Sin embargo, aunque el primer supuesto es plausible según otros estudios^{1,22,23}, con una clara mayoría de enfermedad polipoidea situada en el colon izquierdo (tabla III), se perderían un 20% (168/837) de los pólipos de cualquier tamaño (hasta un 15,6% [47/301] si consideramos los ≥ 1 cm) si sólo se hubiera realizado una colonoscopia al encontrar algún pólipo en la sigmoidoscopia. Estas cifras son menores a las indicadas por otros autores^{11,12}, aunque también resaltan los altos porcentajes de pérdida de lesiones proximales si la colonoscopia sólo se practica tras encontrar una lesión distal en programas de cribado.

Además, un método de cribado poblacional basado en la práctica de una sigmoidoscopia con una colonoscopia posterior si ésta es positiva, habría fallado en detectar el 38,5% (47/122) de los pólipos proximales ≥ 1 cm, cifra que probablemente sea difícil de asumir. Por otra parte, en un 69% (461/669) de los pacientes la sigmoidoscopia positiva habría motivado la realización de una colonoscopia *a posteriori* innecesaria, situándose la probabilidad de encontrar una lesión proximal si existía una distal en el 31%.

A la hora de valorar el tamaño según la localización –de gran importancia respecto a la sensibilidad de técnicas como la SOH– se aprecia que el riesgo de que un pólipo sea ≥ 1 cm es similar, según esté situado en el colon derecho o el izquierdo (del 32 frente al 37,9%).

Toda esta información indica, probablemente, una menor eficacia de la sigmoidoscopia y/o la SOH, y no queda claro que la suma de ambas sea mejor que su uso aislado; en

algunos estudios aleatorizados parece que esto es así²⁵, aunque en estudios posteriores con un mayor número de pacientes, añadir la SOH a la sigmoidoscopia no aumenta el grado de detección de lesiones proximales²⁶, que se sitúa en cerca del 50%. La sensibilidad de estas técnicas es del 70,3%⁸ y desciende al 36% para pólipos < 1 cm al practicar sólo la SOH, con un valor predictivo positivo $< 30\%$ y una tasa de falsos positivos $> 90\%$ ²⁷.

Entre las características epidemiológicas que se pueden atribuir a la enfermedad polipoidea en nuestro medio, destaca la clara mayor prevalencia en varones (69,1%), en un porcentaje ligeramente superior al de otras revisiones, que la sitúan en un 60% en los varones y un 40% en las mujeres^{28,29}, y puede relacionarse con una mayor frecuencia del CCR en los varones en cifras similares^{8,13,24}. En cuanto a la edad, se puede considerar que, aunque es a partir de los 50 años cuando los casos de pólipos-CCR son mayoritariamente diagnosticados, aparecen en un porcentaje no desdeñable en pacientes más jóvenes; aun así, en otros estudios²² se refiere una mayor prevalencia en este grupo de pacientes, incluso partiendo de colonoscopias realizadas en población asintomática sin factores de riesgo para pólipos-CCR (en nuestro trabajo coexistían estos pacientes con los que, por algún motivo y tras la valoración por un médico, se solicitó una colonoscopia). De esta forma, las causas que llevaron a estos pacientes a realizarse la prueba fueron diversas, sin un claro predominio de ninguna de ellas, aunque destacaba la rectorragia (35,4%), que era la forma de presentación más frecuente. Respecto al grado de complejidad de la prueba, cabe destacar que las mayores limitaciones por diversas causas (dolor, angulaciones difícilmente salvables, mala preparación, etc.) se encontraron en el ángulo esplénico o antes (un 63,44% de las no completadas), lo que probablemente indicaba una mayor predisposición del endoscopista a dar por finalizada la prueba de forma prematura si aparecían incidencias en tramos distales, más que si lo hacían en los tramos proximales. Aunque, en términos generales, la colonoscopia consigue altos porcentajes de finalización, en lo referente a la enfermedad polipoidea y al cribado del CCR su sensibilidad disminuye notoriamente; la baja aceptación (cercana al 50%) que se encuentra en estos pacientes¹², uno de cuyos orígenes puede ser la falsa creencia de ser una prueba poco segura y dolorosa, es una de sus mayores limitaciones. En nuestra serie sólo un 0,09% de los pacientes tuvo una complicación importante, porcentaje menor al de otros estudios²⁴, donde se indica un 0,1-0,4%. Presentaron un dolor significativo sólo un 2,15% de los pacientes, cifra reducida a pesar de no ser elevado el número de pruebas con sedación (13,79%). En estas exploraciones no hubo incidencias destacables.

Nuestro intento de aproximación a la enfermedad polipoidea en la comarca interior de Vizcaya presenta, sin embargo, varias limitaciones importantes a la hora de hacer extrapolaciones. En primer lugar, se trata de una serie retrospectiva y sin carácter poblacional, en la que los resultados sólo son asumibles en pacientes a los que, por cualquier motivo ya preseleccionado, se vaya a realizar una colonoscopia completa. Esto conlleva que la aplicación

de estos datos a programas de cribado en pacientes asintomáticos tenga que ser realizada de forma cuidadosa. Por otra parte, según se ha descrito al inicio de este apartado, sólo se ha considerado como dato de premalignidad el tamaño de los pólipos –parámetro no histológico pero que en recientes estudios adquiere una gran relevancia–, en los que se indica un aumento tres veces mayor del riesgo de lesión proximal asociado a él²⁸. Por último, hay que señalar que a veces no es posible una exacta determinación del lugar de localización de un pólipo a través de la endoscopia, así como la variabilidad que puede encontrarse entre diversos servicios a la hora de realizar una prueba como ésta, influenciada por factores tan diversos como el grado de experiencia de los endoscopistas, el porcentaje de sedación, la presión asistencial y el acceso a otras pruebas complementarias. Tampoco se han discriminado los datos por sexo y grupos de edad en mayores de 50 años, en la línea de aportar información sobre diferentes y específicos abordajes de la enfermedad polipoides basados en posibles diferencias en este sentido.

En definitiva, y debido a la importante y cada vez mayor frecuencia de la presencia de pólipos en zonas proximales del colon, unido a que en un porcentaje significativo (que supera el 15% de los casos que tienen mayor riesgo de malignización) se presentan sin «lesión centinela» diagnosticable por sigmoidoscopia, creemos que el uso de la colonoscopia como método fundamental para el estudio y el tratamiento de esta patología tiene hoy en día cada vez más argumentos, incluido el cribado del CCR basado en la detección de pólipos en pacientes asintomáticos mayores de 50 años sin factores de riesgo.

Aún queda por determinar si la generalización de esta técnica en programas de cribado de pólipos-CCR en población asintomática, con sus repercusiones en los costes sanitarios, la pérdida de días laborables, las molestias y las complicaciones clínicas para la población, se ve seguida de una significativa reducción en la mortalidad por CCR²⁹, más allá del hecho de saberse libre de este tumor. La aplicación de modelos experimentales informáticos basados en datos extraídos de trabajos como el nuestro puede ayudar a este respecto^{2,30}.

BIBLIOGRAFÍA

- Williams AR, Balasooriya BAW, Day DW. Polyps and cancer of the large bowel: a necropsy study in Liverpool. *Gut* 1982;23: 835-42.
- Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Goodle F, Stolar MH, Mulrow CD, et al. CRC screening: clinical guidelines and rationale. *Gastroenterology* 1997;112:594-640.
- Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from CRC by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993;328:1365-71.
- Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for CRC with faecal occult blood test. *Lancet* 1996;348:1467-71.
- Selvy JV, Friedman GD, Quesenberry CP, Weiss NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from CCR. *N Engl J Med* 1992;326:653-7.
- Allan S. [editorial]. Screening for colon cancer-can we afford colonoscopy? *N Engl J Med* 2001;345:607-8.
- Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, et al. Prevention of CRC by colonoscopy polypectomy. *N Engl J Med* 1993;329:1977-81.
- Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, Ahnen D, Garewell H, Chejfec G. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for CRC. *N Engl J Med* 2000;343:162-8.
- Schoen RE, Corle D, Cranston L, Weissfeld JL, Lance P, Burt L, et al. Is colonoscopy needed for the non advanced adenoma found on sigmoidoscopy? Polyp prevention trial. *Gastroenterology* 1998;115:533-41.
- Ikeda Y, Mori M, Yoshizumi T, Sugimachi K. Cancer and adenomatous polyp distribution in the colorectum. *Am J Gastroenterol* 1999;94:191-3.
- Hammer K, et al. Advanced distal colonic lesions as predictors of advanced lesions in the proximal colon. *Medicine* 2000; 79:127-34.
- Imperiale TF, Wagner DR, Lin CY, Gregory N, Larkin, Dogged J, et al. Risk of advanced proximal neoplasms in asymptomatic adults according to the distal colorectal findings. *N Engl J Med* 2000;343:164-74.
- McCallion K, Mitchell RMS, Wilson RH, Kee F, Watson RGP, Cohns JSA, et al. Flexible sigmoidoscopy and the changing distribution of CRC: implications for screening. *Gut* 2001;48:522-5.
- Payá A. Pólipos y poliposis colónica. *Gastroenterología y Hepatología continuada* 2001;1:1-5.
- Bensens, Mott LA, Dain B, Rothslem R, Baron J. The colonoscopic miss rate and true one year recurrence of colorectal neoplastic polyps. *Am J Gastroenterol* 1999;94:194-9.
- Lieberman DA, Smith FW. Screening for colon malignancy with colonoscopy. *Am J Gastroenterol* 1991;86:946.
- Rex DK, Cutler CS, Lemer GT, Ralickzani EY, Clark DW, Helper D, et al. Relation sensitivity of colonoscopy and barium enema for detection of CRC in clinical practise. *Gastroenterology* 1997;112:17-23.
- Gschwawntler M, Kriwanek S, Langner E, Goritzerc B, Schutka C, Brownstone E, et al. Dysplasia and invasive carcinoma in colorectal adenomas. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14: 183-8.
- Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Randall B. Colorectal screening and surveillance: clinical guidelines and rationale. Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003;124: 544-600.
- Leslie A, Carey FA, Pratt NR, Steele RJ. The colorectal adenoma-carcinoma sequence. *Br J Surg* 2002;89:845-60.
- Tripp MR, Morgan TR, Sampliner RE, Kogan FJ, Protell RL, Earnest DL. Synchronous neoplasms in patients with diminutive colorectal adenomas. *Cancer* 1987;60:1599.
- Winawer SJ, Enker WE, Levin B. Colorectal cancer. En: Winawer SJ, editor. *Management of gastrointestinal diseases*. New York: Gower Medical, 1992.
- Clark JC, Cohan Y, Eide TJ, Esteve J, Ewens S, Gibbs NM, et al. Prevalence of polyps in an autopsy series from areas with varying incidence of CRC. *Int J Cancer* 1985;36:179.
- Muto T, Bussey HJR, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1975;36:2251.
- Berry DP, Clarke P, Hardcastle JD, Vellacott KD. Randomized trial of the addition of flexible sigmoidoscopy to faecal occult blood testing for CRC. *Br J Surg* 1997;84:1274-6.
- Lieberman DA, Weiss AG. One time screening for colorectal cancer with combined fecal occult blood testing and examination of the distal colon. *N Engl J Med* 2001;345:555-60.
- Saló J. Polipos y poliposis colónica. *Gastroenterología y Hepatología continuada* 2001.
- Gondal G, Grotmol T, Hofstad B, Bretthauer M, Esde TJ, Holf G. Grading of distal colorectal adenomas as predictors for proximal colonic neoplasia and choice of endoscope in population screening: experience from the Norwegian colorectal cancer prevention study. *Gut* 2003;52:398-403.
- Simnang CL, Schatore P, Lowry A, Hicks T, Burnstein M, Deutsman F, et al. Practise parameters for detection of colorectal cancer. The standards committee, the American Society of Colon and Rectal Surgeons. *Dis Colon Rectum* 1999;42: 1123-9.
- Frazier AL, Colditz GA, Fuch CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for CRC in the general population. *JAMA* 2000;284:1954-61.