



13 - CÁNCER COLORRECTAL POSCOLONOSCOPIA. PREVALENCIA, CATEGORIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE CAUSAS POTENCIALES SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE ENDOSCOPIA

Anjara Hernández¹, Federica Benítez¹, Noemi Segura¹, Fabiola Pérez¹, Haridian Quintana¹, David Nicolás-Pérez¹, Alejandro Jiménez², Noemi Hernández- Álvarez¹, Manuel Hernández-Guerra¹ y Antonio Z. Gimeno-García¹

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ²Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) poscolonoscopia (CCRPC) es aquel que se detecta después de una colonoscopia sin el hallazgo de un CCR. El CCRPC es considerado el marcador de calidad más importante en la colonoscopia. La Organización Mundial de Endoscopia (WEO) considera que debe analizarse la causa más plausible del CCRPC, así como, categorizarlos como CCRPC de intervalo o de no intervalo por ello ha diseñado un algoritmo. El objetivo principal de nuestro estudio ha sido investigar la frecuencia de CCRPC de nuestro centro y evaluar la aplicabilidad del algoritmo de la WEO para atribuir causalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los CCR diagnosticados entre enero de 2018 y diciembre de 2019 en el Hospital Universitario de Canarias. Los datos fueron obtenidos a raíz de la base de datos de la Unidad de Endoscopia y del registro del Servicio de Anatomía Patológica. Se evaluó si el paciente tenía una colonoscopia previa y en caso de tenerla diversos indicadores de calidad, así como de resección de pólipos y características de los mismos. La potencial causalidad de los CCRPC se realizó según los criterios de la WEO: posible lesión desapercibida con examen previo de calidad; posible lesión desapercibida sin examen previo de calidad; lesión detectada y no resecada; probable lesión detectada y resección incompleta; posible CCR *de novo*.

Resultados: Se incluyeron 532 CCR de los cuales 33 eran CCRPC (6,2%) (edad media $75,8 \pm 9,5$ años; sexo femenino 51,5%). La frecuencia transcurridos 3 años desde la colonoscopia previa fue de 3,4% y a los 4 años de 4,7%. La principal indicación de colonoscopia en los CCRPC fue el cribado mediante test de sangre oculta en heces (36,4%) y vigilancia pospolipectomía (24,2%). La mayoría de los CCRPC se localizaron en el colon ascendente o en el ciego (54,5%). Aplicando el algoritmo de la WEO, el 48% (N = 12) de los CCRPC se atribuyeron a una posible lesión no detectada con una calidad adecuada y un 28% (N = 7) a una posible lesión no detectada con una calidad inadecuada, mientras que en el 20% (N = 5) de los casos se atribuyó probablemente a lesión detectada con resección incompleta y en el 4% (N = 1) probablemente a lesión detectada y no resecada. En 8 casos el CCRPC fue considerado “*de novo*”. El 21,2% se clasificaron como PCCRC de intervalo y el 78,8% como PCCRC de no intervalo.

Conclusiones: La incidencia de CCR en nuestro centro es similar a la de otros centros. La mayoría de los casos se clasificaron como lesiones probablemente no detectadas tras una colonoscopia de calidad adecuada o inadecuada. La mayoría de los CCRPC son clasificados como CCRPC no intervalo.