



RECOMENDACIONES DE VIGILANCIA TRAS RESECCIÓN DE PÓLIPOS EN COLON

Programa Clave de Atención Interdisciplinar Cáncer Colorrectal



Edición: 02, de 23 de octubre de 2019 (esta edición anula a la Ed. 01, del 4 de abril de 2019)

Disponible en: <http://www.astursalud.es>

Edita: Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud del Principado de Asturias

ÍNDICE

1.	Autores y revisores	4
1.	Justificación	5
2.	Objetivos	5
3.	Definiciones	6
4.	Clasificación y recomendación de seguimiento tras colonoscopia basal según grupo de riesgo	7
5.	Adecuación de la vigilancia	8
6.	Algoritmo de vigilancia tras la resección de pólipos en colon.....	10
7.	Bibliografía	11

1. Autores y revisores

Autores

- ▶ Oscar González Bernardo. Servicio de Digestivo. HUCA
- ▶ Adolfo Suárez González. Servicio de Digestivo. HUCA
- ▶ Grupo PCAI de Cáncer colorrectal

Revisores

- ▶ Pedro Amor Martín. Servicio de Digestivo. Hospital V. Álvarez Buylla.
- ▶ J. Ezequiel Cuesta Fernández. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Fundación de Jove.
- ▶ Bernabé Fernández González. D.G. Planificación Sanitaria. Consejería Sanidad.
- ▶ M. Jesús González Mateos. D.G. Planificación Sanitaria. Consejería Sanidad.
- ▶ José Luis Graña López. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- ▶ Beatriz López Ponga. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA.
- ▶ Amando de Llano. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital del Oriente.
- ▶ José Martín Pérez Pariente. Servicio de Digestivo. HUCAB.
- ▶ David Pereira Santiago. Servicio de Digestivo. Hospital Valle del Nalón.
- ▶ David Pérez Corte. Servicio de Digestivo. HUSA.
- ▶ Miguel Prieto García. D.G. Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- ▶ Isabel Quintela. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Valle del Nalón.
- ▶ Guillermo Vigal Brey. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital de Jarrio.

1. Justificación

La vigilancia endoscópica en los pacientes que han sido sometidos a una polipectomía debe dirigirse hacia quienes realmente se beneficien de ella, con una frecuencia adecuada que permita lograr el mayor rendimiento preventivo del cáncer colorrectal (CCR), mejorando la eficacia y la seguridad de la colonoscopia.

Este documento pretende establecer una estratificación del riesgo de presentar un cáncer colorrectal metacrónico tras la extirpación de pólipos y determinar los intervalos de vigilancia adecuados en base a la evidencia científica disponible, la cual hoy por hoy, se basa en estudios observacionales en los que la indicación del intervalo de repetición de la colonoscopia de seguimiento se estableció por consenso^{1,2} y la evaluación de la eficacia de la colonoscopia de seguimiento se realiza a partir de variables intermedias, como la tasa de detección de adenomas avanzados, y no de variables finales como la incidencia y mortalidad.^{3,4}

No obstante, a la espera de que se disponga de nuevas evidencias, es necesario unificar los criterios del seguimiento endoscópico en nuestro medio para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones, establecer una referencia para la práctica clínica de los profesionales involucrados y extender las recomendaciones a los programas de cribado poblacional del CCR. Las recomendaciones propuestas nacen del consenso de las principales sociedades científicas involucradas en el manejo de estos pacientes: la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española de Enfermedades del Aparato Digestivo y la Sociedad Española de Epidemiología, tras haber publicado recientemente las dos primeras un documento que actualiza dichas recomendaciones,⁵ imbricándose con las propuestas de actuación existentes en el marco de los programas de cribado poblacional de cáncer de colon en Asturias.

2. Objetivos

Los objetivos de este documento son:

- ✓ Difundir las recomendaciones actuales respecto al intervalo recomendado para la realización de una colonoscopia de vigilancia en una persona en la que se ha efectuado una polipectomía.
- ✓ Definir los criterios de calidad asociados a la realización de una colonoscopia que permitan su identificación como válida, de cara a la aplicación de las recomendaciones de seguimiento recogidas en este documento.

3. Definiciones

3.a. Colonoscopia basal de alta calidad

Los criterios de seguimiento son aplicables en aquellos casos en los que la colonoscopia fue completa y alcanzó ciego, existía una limpieza colónica adecuada conforme a una escala validada en todos los tramos del colon y se realizó una resección completa de las lesiones detectadas.

3.b. Clasificación y características de los pólipos

Por su histología pueden ser adenomatosos (60 - 70%), serrados (10 - 30%) y otros (10 - 2%), que incluyen pólipos inflamatorios, juveniles, hamartomatosos y otras lesiones no mucosas.

➤ Pólipos adenomatosos.

Diversos estudios han mostrado que los factores de riesgo de metacronicidad son el tamaño y número de las lesiones extirpadas en la colonoscopia basal, de tal forma que un tamaño ≥ 10 mm conlleva un riesgo 2 a 3 veces superior de presentar en el seguimiento un adenoma avanzado un CCR, existiendo también un riesgo incrementado cuando existen más de dos lesiones. También se consideran de mayor riesgo, los casos en los que las lesiones extirpadas presentan un componente vellosa o displasia de alto grado.^{4,6}

➤ Pólipos serrados.

La mayoría de los CCR se desarrollan a través de la secuencia adenoma-carcinoma, pero alrededor de un 20% lo hacen por la vía serrada de la carcinogénesis, cuya lesión precursora es el pólipo serrado.⁷ Los pólipos serrados se clasifican en hiperplásicos, serrados sésiles y adenomas serrados tradicionales. La presencia de pequeños pólipos hiperplásicos en recto-sigma no se asocia con riesgo de lesiones avanzadas metacrónicas.

3.c. Clasificación de las lesiones colorrectales en avanzadas y no avanzadas

LESIÓN ADENOMATOSA	
No avanzada	Adenoma tubular <10mm y con displasia de bajo grado.
Avanzada	Adenoma con componente vellosa o ≥ 10 mm o con displasia de alto grado.
LESIÓN SERRADA	
No avanzada	Pólipo serrado <10mm y sin displasia.*
Avanzada	Pólipo serrado ≥ 10 mm o con displasia.

* Se incluyen los pólipos hiperplásicos de recto-sigma

4. Clasificación y recomendación de seguimiento tras colonoscopia basal según grupo de riesgo

En base a los criterios definitorios de lesiones avanzadas y las evidencias disponibles sobre riesgo futuro de desarrollar lesiones metacrónicas, se establecen dos grupos de pacientes, en función de que requieran o no, una vigilancia endoscópica tras la extirpación de una lesión polipoidea durante una colonoscopia realizada dentro de los criterios de calidad establecidos

GRUPOS DE RIESGO	
Pacientes que NO requieren vigilancia endoscópica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 o 2 lesiones adenomatosas tubulares con displasia de bajo grado y <10mm. • Lesiones serradas sin displasia <10 mm (<i>incluye cualquier número de pólipos hiperplásicos en recto-sigma <10mm</i>).
Pacientes que SI requieren vigilancia endoscópica	<ul style="list-style-type: none"> • 3 o más lesiones adenomatosas tubulares con displasia de bajo grado y <10 mm. • Al menos 1 lesión adenomatosa con componente veloso (>20%) o displasia de alto grado o ≥ 10 mm. • Al menos 1 lesión serrada con displasia o ≥ 10 mm.

Los pacientes con lesiones consideradas como no avanzadas o de bajo riesgo tienen un pequeño incremento de lesión avanzada respecto a los pacientes sin lesiones, pero una menor mortalidad por CCR que en la población general, por lo que en este grupo el beneficio de la vigilancia endoscópica es residual, recomendando el retorno, en diez años, al programa de cribado poblacional con sangre oculta en heces.⁵

En cambio en los pacientes con lesiones avanzadas extirpadas, dado su mayor riesgo, se recomienda realizar una vigilancia endoscópica a los tres años de la colonoscopia basal,⁵ salvo aquellos casos con al menos cinco adenomas o alguno de tamaño ≥ 20 mm, los cuales constituyen un grupo de alto riesgo definido en la Guía Europea de Seguimiento, en los cuales podría acortarse a un año el intervalo entre colonoscopias.⁸

Situaciones especiales

➤ **Resección incompleta.**

Las recomendaciones generales de vigilancia no son aplicables en casos de resecciones incompletas, por lo que deberá repetirse la colonoscopia hasta dejar el colon completamente explorado y libre de lesiones.

➤ **Resección fragmentada.**

En los casos de resecciones fragmentadas, habitualmente asociadas a lesiones sésiles y ≥ 20 mm, ante la posibilidad de incrementar el riesgo de recurrencia y CCR de intervalo, se recomienda realizar una revisión endoscópica en un plazo de 6 meses tras la colonoscopia basal y una segunda colonoscopia de control al año de confirmar la resección completa.⁵

➤ **Lesiones resecaadas no recuperadas.**

Cuando no haya sido posible recuperar la pieza previamente resecaada, se considerarán como avanzadas aquellas lesiones con tamaño estimado ≥ 10 mm, y como no avanzadas las menores de 10 mm, sumándose este dato al de las piezas que sí pudieron ser recuperadas para establecer la recomendación de vigilancia futura.

➤ **Derivación a consultas de alto riesgo de cáncer colorrectal.**

Deben ser derivados para un estudio específico de posible síndrome hereditario aquellos casos en los que se detecten:

- ➔ ≥ 10 adenomas
- ➔ ó ≥ 5 pólipos serrados
- ➔ ó ≥ 2 serrados ≥ 10 mm proximales al sigma
- ➔ ó ≥ 10 pólipos con $\geq 50\%$ pólipos serrados

5. Adecuación de la vigilancia

Seguimiento tras una primera colonoscopia de vigilancia

Tras haber realizado una colonoscopia basal y una primera colonoscopia de vigilancia, se ha observado que los hallazgos en la segunda colonoscopia de vigilancia dependen más de lo encontrado en la primera vigilancia que de los hallazgos de la colonoscopia basal.⁹

No obstante, dado que en pacientes con lesiones avanzadas basales el riesgo de lesión avanzada en la segunda colonoscopia de vigilancia alcanza el 10%, aún en el caso de encontrar lesiones de bajo riesgo en la primera colonoscopia de vigilancia, se recomienda una segunda vigilancia con colonoscopia a los cinco años en el caso de no encontrar lesiones avanzadas en la primera vigilancia, o a los tres años en el caso de encontrarlas.

Tras dos colonoscopias de vigilancia normales o con lesiones no avanzadas, se recomienda que el paciente retorne a los 10 años al programa de cribado poblacional.

En las situaciones especiales de riesgo elevado de cáncer colorrectal y en las revisiones endoscópicas programadas a 6 meses o un año, las colonoscopias serán solicitadas por el Servicio de Digestivo. Las revisiones endoscópicas a 3, 5 o más años serán solicitadas por el médico de atención primaria.

Cese de la vigilancia

El beneficio de esta actividad de vigilancia para los individuos sanos a partir de determinada edad se encuentra limitado por la comorbilidad, la esperanza de vida o los riesgos y complicaciones de un procedimiento invasivo.

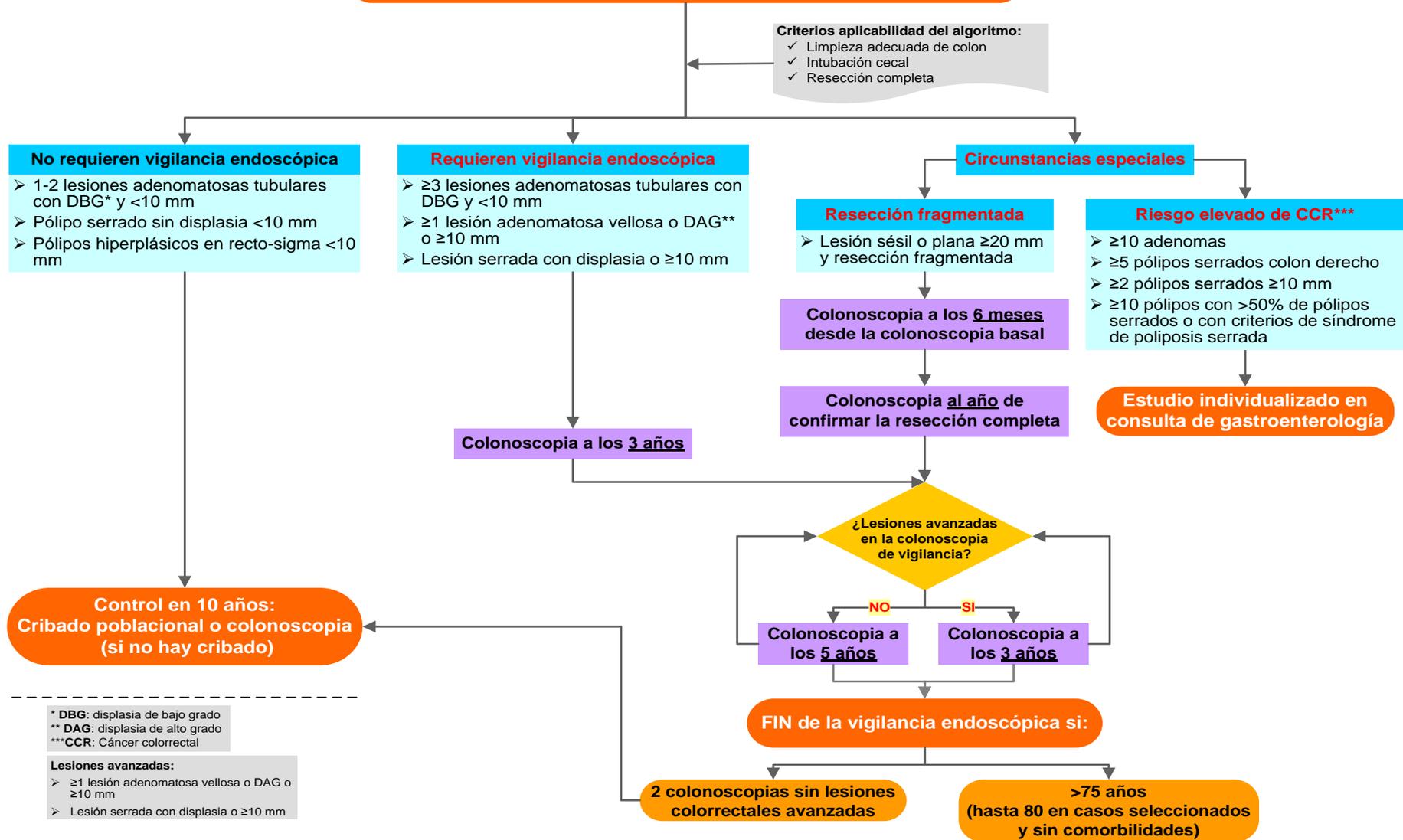
Dado que el riesgo de desarrollo de CCR sin seguimiento en una cohorte de pacientes con adenomas de riesgo intermedio (1-2 adenomas ≥ 10 mm o 3-4 adenomas < 10 mm) durante un periodo medio de 7,8 años es del 3,3%,¹⁰ el beneficio de la vigilancia es dudoso cuando la esperanza de vida es inferior a los 10 años. Por tanto, se sugiere que en aquellos pacientes candidatos a vigilancia endoscópica se finalice dicha vigilancia a los 75 años, o excepcionalmente a los 80 años en pacientes seleccionados sin comorbilidades.⁵

Aparición de síntomas

Las recomendaciones de vigilancia se aplican a individuos asintomáticos. La aparición de síntomas en un individuo al que se han extirpado pólipos de colon obliga a ser evaluados en el contexto adecuado, indicándose las exploraciones que fueran pertinentes para su estudio.

6. Algoritmo de vigilancia tras la resección de pólipos en colon

VIGILANCIA TRAS LA RESECCIÓN DE PÓLIPOS DE COLON



7. Bibliografía

1. Cottet V, Jooste V, Fournel I, et al. Long-term risk of colorectal cancer after adenoma removal: a population-based cohort study. *Gut* 2012;61:1180–6.
2. Brenner H, Chang-Claude J, Rickert A, et al. Risk of colorectal cancer after detection and removal of adenomas at colonoscopy: population-based case-control study. *J. Clin. Oncol.* 2012;30:2969–76.
3. Lieberman D a, Weiss DG, Harford W V, et al. Five-year colon surveillance after screening colonoscopy. *Gastroenterology* 2007;133:1077–85.
4. Martínez ME, Baron J a, Lieberman D a, et al. A Pooled Analysis of Advanced Colorectal Neoplasia Diagnoses After Colonoscopic Polypectomy. *Gastroenterology* 2009;136:832–841.
5. Cubiella J., Marzo-Castillejo M., Marcort-Roca J.J., Amador-Romero F.J., Bellas-Beceiro B., Clofent-Vilaplanta J., et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. *Gastroenterol. Hepatol.* 2018; 41: 585-596.
6. Saini SD, Kim HM, Schoenfeld P. Incidence of advanced adenomas at surveillance colonoscopy in patients with a personal history of colon adenomas: a meta-analysis and systematic review. *Gastrointest. Endosc.* 2006;64:614–26.
7. Murcia O, Juárez M, Hernández-Illán E, et al. Serrated colorectal cancer: Molecular classification, prognosis, and response to chemotherapy. *World J. Gastroenterol.* 2016;22:3516–30.
8. Atkin WS, Valori R, Kuipers EJ, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Colonoscopic surveillance following adenoma removal. *Endoscopy* 2012;44 Suppl 3:SE151-63.
9. Robertson DJ, Burke CA, Welch HG, et al. Using the results of a baseline and a surveillance colonoscopy to predict recurrent adenomas with high-risk characteristics. *Ann. Intern. Med.* 2009;151:103–9.
10. Atkin W, Wooldrage K, Brenner A, et al. Adenoma surveillance and colorectal cancer incidence: a retrospective, multicentre, cohort study. *Lancet Oncol.* 2017;18:823–834.