



CÁNCER COLORRECTAL POSCOLONOSCOPIA: FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

S. Baile-Maxía¹, C. Mangas-Sanjuán¹, M. Alustiza¹, L. Medina-Prado¹, Ó. Murcia¹, P. Zapater², F. de Vera³, G. García⁴, M.D. Picó⁵, G. Belda⁶, A. García-Herola⁷, M.J. Poveda⁸, J.C. Penalva⁹, N. Traversi¹ y R. Jover¹

¹Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante. ²Servicio de Farmacología Clínica, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante. ³Servicio de Medicina Digestiva, Hospital General Universitario de Elda. ⁴Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario de San Juan de Alicante. ⁵Servicio de Medicina Digestivo, Hospital General Universitario de Elche. ⁶Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Vega Baja, Orihuela. ⁷Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario Marina Baja, Villajoyosa. ⁸Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy. ⁹Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche.

Resumen

Introducción: A pesar de la eficacia de la colonoscopia en la prevención del cáncer colorrectal (CCR), hasta un 5% de pacientes presentan CCR tras la misma. Muchas de estas lesiones podrían ser potencialmente evitadas, al estar en relación con pólipos no visualizados, resecciones incompletas, exploraciones incompletas o limpieza inadecuada. Por ello, el CCR poscolonoscopia (CCR-PC) se ha convertido en un importante indicador de calidad.

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo que incluyó pacientes entre 2015 y 2018 en 8 centros de la provincia de Alicante. Se definió CCR-PC aquel desarrollado hasta 10 años tras una colonoscopia. Se categorizaron las causas de CCR-PC según el algoritmo de la World Endoscopy Organization (WEO) en: lesión perdida en colonoscopia con limpieza adecuada, lesión perdida en colonoscopia limpieza inadecuada, lesión detectada no reseada o lesión detectada reseada de forma incompleta. Se determinó la tasa, características y factores asociados al CCR-PC.

Resultados: Se detectó CCR-PC en 107 pacientes (edad media 72 años, 66% hombres), de 101.524 colonoscopias realizadas (0.11%) y un total de 2.508 CCR diagnosticados (4,27%) durante el periodo del estudio. Los CCR-PC se localizaron en colon derecho (42,4%), izquierdo (41,4%) y transversal (16,4%) con un tamaño medio de 36 mm, con un 31,5% con estadio I, 24,7% estadio II, 32,6% estadio III, 11,2% estadio IV. Según la WEO, el 22,8% de los CCR-PC fueron clasificados como resecciones incompletas, 7,9% como lesiones visualizadas no reseadas, 44,6% como lesiones perdidas con preparación adecuada y 24,8% como lesiones perdidas con preparación inadecuada. El tiempo medio entre el diagnóstico y la colonoscopia previa fue de 42 meses. La colonoscopia previa presentó limpieza inadecuada en 20,9% y ausencia de intubación cecal en 12,1% de los casos. La edad > 70 años, el sexo masculino, la limpieza colónica inadecuada o la ausencia de intubación cecal en la colonoscopia previa, la polipectomía fragmentada previa, así como características de los pólipos anteriormente reseados, como un tamaño > 20 mm, localización en colon derecho,

componente velloso y displasia de alto grado, se asociaron con la aparición de CCR-PC ($p < 0,005$).

Conclusiones: En nuestra población, un 4,27% de los CCR diagnosticados fueron CCR-PC y, por tanto, potencialmente evitables. La mayoría de estas lesiones se encuentran en estadios avanzados y casi la mitad son atribuibles a lesiones no visualizadas a pesar de una adecuada limpieza colónica.