



Gastroenterología y Hepatología



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

LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA DE VIGILANCIA EN EL SÍNDROME DE LYNCH SE ASOCIA AL CÁNCER COLORRECTAL POST-COLONOSCOPIA

A. Sánchez García¹, M. Navarro², V.H. Roos³, M. Pineda², B. Caballo¹, L. Moreno¹, T. Ocaña¹, F. Rodríguez-Moranta⁴, L. Rodríguez-Alonso⁴, T. Ramón y Cajal⁵, G. Llord⁶, M.D. Picó⁷, R. Jover⁷, A. López Fernández⁸, E. Martínez de Castro⁹, M.J. López-Arias⁹, C. Álvarez¹⁰, X. Bessa¹⁰, L. Rivas¹¹, J. Cubiella¹¹, D. Rodríguez-Alcalde¹², A. Dacal¹³, M. Herraiz¹⁴, C. Garau¹⁵, L. Bujanda¹⁶, L. Cid¹⁷, C. Poves¹⁸, M. Garzón¹⁹, Á. Pizarro¹⁹, I. Salces²⁰, M. Ponce²¹, M. Carrillo-Palau²², E. Aguirre²³, E. Saperas²⁴, A. Suárez²⁵, V. Piñol^{26,2}, S. Carballa¹, L. Rivero-Sánchez¹, J. Balmaña⁸, J. Brunet^{2,26}, A. Castells¹, E. Dekker³, M. Pellise¹, G. Capela², M. Serra-Burriel²⁷, L. Moreira¹ y F. Balaquer¹

¹Departamento de Gastroenterología, Hospital Clinic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona. ²Institut Català d'Oncologia, Barcelona. ³Amsterdam UMC Universitair Medische Centre, Amsterdam (Países Bajos). ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁶Instituto Oncológico del Vallés, Barcelona. ⁷Hospital General Universitari d'Alacant. ⁸Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ¹⁰Hospital del Mar, Barcelona. ¹¹Complejo Hospitalario Universitario de Orense. ¹²Hospital de Móstoles. ¹³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo. ¹⁴Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona. ¹⁵Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca. ¹⁶Hospital Universitario de Donostia. ¹⁷Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ¹⁸Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁹Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. ²⁰Hospital 12 de Octubre, Madrid. ²¹Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²²Hospital Universitarios de Canaria, Tenerife. ²³Hospital Quironsalud Zaragoza. ²⁴Hospital General de Catalunya, Barcelona. ²⁵Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²⁶Hospital Josep Trueta, Girona. ²⁷Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF), Barcelona.

Resumen

Introducción: El síndrome de Lynch (SL) se asocia a un alto riesgo de cáncer colorrectal (CCR). La colonoscopia cada < 3 años reduce la incidencia y mortalidad por CCR. Sin embargo, estudios recientes sugieren que hasta un 40% de los portadores desarrollan CCR a los 70 años pese a la vigilancia. Los indicadores de calidad de la colonoscopia en el SL han sido poco estudiados y podrían explicar el CCR post-colonoscopia (CCR-PC).

Objetivos: Evaluar el efecto de factores relacionados con la calidad de la vigilancia endoscópica en el desarrollo de CCR-PC en el SL.

Métodos: Estudio multicéntrico con inclusión de pacientes con mutación patogénica para SL verificada (n = 1.746), procedentes de 25 clínicas de alto riesgo españolas y 1 holandesa. Recogimos datos genéticos, demográficos, antecedentes de cáncer y sus protocolos de vigilancia, entre 2015-2019. Para este análisis, se seleccionaron portadores sanos (n = 893), definidos como aquellos que no habían presentado CCR antes, ni en la colonoscopia índice y con al menos una colonoscopia de vigilancia. Se evaluó el efecto del seguimiento endoscópico en la incidencia de CCR-PC revisando los informes de cada una de las colonoscopias (n = 4.177). Comparamos las colonoscopias de vigilancia previas a pacientes con y sin CCR-PC. Se analizaron parámetros de calidad endoscópica

(preparación, extensión, definición y técnicas de realce), intervalo entre colonoscopias y los resultados de las colonoscopias previas. Se identificaron factores de riesgo de CCR-PC a través de un análisis de regresión logística multivariado ajustado por sexo y edad.

Resultados: Incluimos 596 (63,7%) mujeres, una media de edad de $50,5 \pm 14,8$ años, una media de seguimiento endoscópico de $6,3 \pm 4,2$ años y $4,8 \pm 2,7$ colonoscopias. La distribución por gen fue: 285 (31,9%) *MLH1*, 316 (35,4%) *MSH2*, 212 (23,7%) *MSH6* y 80 (9%) portadores de *PMS2*. Durante el seguimiento se diagnosticaron 48 (5,4%) CCR-PC [17 (35,4%) *MLH1*, 24 (50%) *MSH2*, 6 (12,5%) *MSH6* y 1 (2,1%) *PMS2*]. La edad media al diagnóstico fue $51,1 \pm 10,6$ años, la media de seguimiento $5,8 \pm 5,5$ años, 32 (66,7%) fueron proximales y se identificaron 25 (52,1%) estadios I y 20 (41,7%) II-III. Al analizar los parámetros de calidad endoscópica, una exploración previa incompleta o realizada con definición estándar, resultaron factores independientes de riesgo de CCR-PC [OR = 6,7 (IC95% 1,4-33); p = 0,018 y OR = 5,9 (IC95% 1,41-25); p = 0,015 respectivamente]. Por otro lado, intervalos entre colonoscopia superiores a 36 meses, o la detección de un adenoma avanzado en la colonoscopia previa aumentó el riesgo de CCR- PC hasta 4 veces [OR = 4,1 (IC95% 1,7-9,8); p = 0,002 y OR = 4,16 (IC95% 1,6-10,6); p = 0,003].

Conclusiones: La incidencia del cáncer colorrectal post-colonoscopia se asocia a factores de calidad de la colonoscopia en el síndrome de Lynch. Se recomienda realizar colonoscopias de alta calidad con un intervalo adecuado (< 36 meses). Los pacientes con adenomas avanzados podrían beneficiarse de intervalos de vigilancia más cortos.