



# Gastroenterología y Hepatología



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

## LA ESTRATEGIA DE "DIAGNOSE AND DISREGARD" SE PUEDE IMPLEMENTAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE LYNCH CUANDO EL DIAGNOSTICO ÓPTICO ES REALIZADO POR COLONOSCOPISTAS EXPERTOS

L. Rivero-Sánchez<sup>1</sup>, A. Gavric<sup>2</sup>, C. Arnau<sup>3</sup>, J. Herrero<sup>4</sup>, D. Remedios<sup>4</sup>, V. Álvarez<sup>5</sup>, E. Albéniz<sup>6</sup>, P. Calvo<sup>7</sup>, J. Gordillo<sup>8</sup>, I. Puig<sup>9</sup>, J. López Vicente<sup>10</sup>, A. Huerta<sup>11</sup>, M. López-Cerón<sup>12</sup>, I. Salces<sup>12</sup>, B. Peñas<sup>13</sup>, S. Parejo<sup>13</sup>, M. Herraiz<sup>14</sup>, A. Gimeno<sup>15</sup>, E. Saperas<sup>16</sup>, C. Álvarez<sup>17</sup>, L. Moreno<sup>3</sup>, C. Rodríguez de Miguel<sup>3</sup>, M. Díaz<sup>3</sup>, T. Ocaña<sup>18</sup>, L. Moreira<sup>1</sup>, M. Cuatrecasas<sup>19</sup>, S. Carballal<sup>1</sup>, A. Sánchez<sup>1</sup>, G. Jung<sup>1</sup>, O. Ortiz<sup>18</sup>, J. Llach<sup>18</sup>, F. Balaguer<sup>1</sup> y M. Pellisé<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. University Medical Center of Ljubljana, Department of Gastroenterology and Hepatology, Ljubljana, Eslovenia. <sup>3</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. <sup>4</sup>Departamento de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>5</sup>Departamento de Gastroenterología, Complejo Hospitalario de Pontevedra. <sup>6</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Endoscopia, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; Navarrabiomed, Universidad Pública de Navarra, IdiSNa. <sup>7</sup>Consulta de Alto Riesgo de Enfermería, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>8</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>9</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>10</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Móstoles. <sup>11</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao. <sup>12</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>13</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>14</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. <sup>15</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. <sup>16</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès. <sup>17</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. <sup>18</sup>Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>19</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona.

## Resumen

**Introducción:** La estrategia de Diagnose and Disregard o "Diagnosticar y Dejar in situ" los pólipos diminutos ( $\leq 5$  mm) de rectosigma puede ser aplicada en población general si el valor predictivo negativo para neoplasia supera el 90%. La prevalencia y distribución de los pólipos serrados en pacientes con síndrome de Lynch son comparables a los observados en la población general.

**Objetivos:** Evaluar la idoneidad de la estrategia de "Diagnosticar y Dejar in situ" para los pólipos diminutos en rectosigma en individuos con Síndrome de Lynch.

**Métodos:** Análisis secundario de un estudio multicéntrico, aleatorizado, controlado y paralelo (EndoLynch; NCT02951390) que comparó la pan-cromoendoscopia con endoscopia de luz blanca para la detección de pólipos en el Síndrome de Lynch que involucró 26 endoscopistas de 14 centros, todos ellos expertos en situaciones de alto riesgo de cáncer colorrectal y diagnóstico óptico. El diagnóstico óptico se realizó en tiempo real utilizando NBI y/o cromoendoscopia en todos los pólipos

detectados. La predicción histológica se agrupó en lesiones neoplásicas (adenomas, pólipos serrados sésiles [PSS] con displasia; adenoma serrado tradicional [AST]; carcinoma) y no neoplásicas (hiperplásicos; SSP). Se realizó un análisis por pólipo con tablas cruzadas teniendo la histología como estándar de oro siguiendo los criterios de Viena y de la Organización Mundial de la Salud.

**Resultados:** Se incluyeron 256 pacientes (edad media  $47 \pm 14$  años), 60% mujeres. La prevalencia de mutaciones fue MLH1 (28,9%), MSH2 (41,4%), MSH6 (22,3%), PMS2 (6,6%) y EPCAM (0,8%). Se detectaron un total de 277 pólipos (143 adenomas, 18 PSS, 1 AST y 115 hiperplásicos) que incluyeron 102 pólipos diminutos ( $\geq 5$  mm) en el rectosigma (72 hiperplásicos, 3 SSP, 1 TSA, 22 adenomas tubulares con displasia de bajo grado, 3 adenomas tubulares con displasia de alto grado y 1 adenoma tubulovelloso con displasia de bajo grado). El diagnóstico óptico se realizó con alto nivel de confianza en 82 casos (80,4%) (62 no neoplásicos; 20 neoplásicos). La precisión diagnóstica general fue del 96,3% [89,7-99,2%], sensibilidad del 90% [68,3-98,8%] y la especificidad del 98,4% [91,4-99,7%]. El valor predictivo negativo fue del 96,8% [89,11-99,1%] y el valor predictivo positivo fue del 94,7% [71,9-99,2%].

**Conclusiones:** En esta gran cohorte de pacientes con Síndrome de Lynch, a pesar de que más del 25% de los pólipos diminutos en RS fueron neoplásicos, el diagnóstico óptico fue altamente preciso. En manos expertas, una estrategia "Diagnosticar y Dejar in situ" es segura y supondría una disminución en la resección de pólipos diminutos de rectosigma en un 70%.