



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-Sánchez¹, A. Gavric², C. Arnau³, J. Herrero⁴, D. Remedios⁴, V. Álvarez⁵, E. Albéniz⁶, P. Calvo⁷, J. Gordillo⁸, I. Puig⁹, J. López Vicente¹⁰, A. Huerta¹¹, M. López-Cerón¹², I. Salces¹², B. Peñas¹³, S. Parejo¹³, M. Herraiz¹⁴, A. Gimeno¹⁵, E. Saperas¹⁶, C. Álvarez¹⁷, L. Moreno³, C. Rodríguez de Miguel³, M. Díaz³, T. Ocaña¹⁸, L. Moreira¹, M. Cuatrecasas¹⁹, S. Carballal¹, A. Sánchez¹, G. Jung¹, O. Ortiz¹⁸, J. Llach¹⁸, F. Balaguer¹ y M. Pellisé¹

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