



COLONOSCOPIA DE LUZ BLANCA DE ALTA DEFINICIÓN VS CROMOENDOSCOPIA PARA LA VIGILANCIA DEL SÍNDROME DE LYNCH. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, CONTROLADO Y PARALELO (ESTUDIO ENDOLYNCH)

L. Rivero Sánchez¹, C. Arnaú-Collell², J. Herrero³, D. Remedios³, V. Álvarez⁴, E. Albéniz⁵, P. Calvo⁵, J. Gordillo⁶, I. Puig⁷, J. López-Vicente⁸, A. Huerta⁹, M. López-Cerón¹⁰, I. Salces¹⁰, B. Peñas¹¹, S. Parejo¹¹, M. Herraiz¹², A. Gimeno¹³, E. Saperas¹⁴, C. Álvarez¹⁵, L. Moreno², C. Rodríguez de Miguel¹⁶, M. Díaz², T. Ocaña¹⁶, L. Moreira¹, M. Cuatrecasas¹⁷, A. Sánchez¹, S. Carballal¹, G. Jung¹, O. Ortiz¹, J. Llach¹⁶, F. Balaguer¹ y M. Pellisé¹

¹Servicio de Gastroenterología, Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), CIBEREHD, Hospital Clínic de Barcelona. ²Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ³Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁴Servicio de Gastroenterología, Complejo Hospitalario de Pontevedra. ⁵Servicio Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁶Servicio de Gastroenterología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁷Servicio de Aparato Digestivo, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ⁸Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Móstoles. ⁹Servicio de Gastroenterología, Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao. ¹⁰Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹¹Departamento de Gastroenterología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ¹²Servicio de Aparato Digestivo, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ¹³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ¹⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès. ¹⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. ¹⁶Servicio de Gastroenterología; ¹⁷Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínic de Barcelona.

Resumen

Introducción: Los adenomas en el síndrome de Lynch (SL) tienen una progresión acelerada hacia el cáncer colorrectal (CCR), el cual puede aparecer a pesar de un seguimiento regular. Las guías clínicas recomiendan -con bajo nivel de evidencia- el uso de alta definición y pan-cromoendoscopia (CE) en la vigilancia del SL.

Objetivos: Comparar la tasa de detección de adenomas (TDA) entre la colonoscopia de luz blanca (LB) de alta definición y la CE pacientes con SL.

Métodos: Estudio multicéntrico, aleatorizado y paralelo con endoscopistas expertos en condiciones de alto riesgo de CCR con TDA alta (40%-61% en cribado de CCR). La muestra necesaria para demostrar no inferioridad de la LB frente a la CE fue de 244 pacientes (margen de no inferioridad del 15%; potencia 80%; abandono 10%; nivel de significación de 0,025). Los pacientes con mutación patogénica confirmada en genes reparadores del ADN (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 y Epcam) fueron aleatorizados prospectivamente 1:1 a LB o CE.

Resultados: Se incluyeron 256 pacientes en 14 centros españoles (26 endoscopistas). Las características basales (demográficas, historia médica, genotipo) fueron similares entre ambos grupos. La TDA para LB vs CE fue 28,1% (intervalo de confianza 95% 21,1-36,4%) vs 34,4% (26,4-43,3%) respectivamente (p = 0,281). La tasa de detección de lesiones en el grupo LB vs CE fue

la siguiente: pólipos totales 50,0% (41,5-58,5%) vs 57,7% (58,6-74,7%) ($p = 0,004$), lesiones serradas 23,4% (16,9-31,4%) vs 37,5% (29,5-46,1%) ($p = 0,015$), lesiones serradas proximales 10,2% (6,0-16,6%) vs 11,7% (7,0-18,4%) ($p = 0,689$), lesiones serradas sésiles 5,5% (2,4-10,8) vs 3,9% (1,6-8,8%) ($p = 0,554$) y adenomas avanzados 7,8% (4,3-3,7%) vs 3,9% (1,6-3,9%) ($p = 0,183$) respectivamente. La media (desviación estándar) de lesiones por paciente con LB vs CE fue la siguiente: adenomas 1,04 (1,37) vs 0,86 (1,04) ($p = 0,670$), pólipos 2,36 (1,77) vs 2,67 (2,29) ($p = 0,004$) lesiones serradas 0,67 (0,89) vs 1,04 (1,38) ($p = 0,004$), lesiones serradas proximales 0,25 (0,56) vs 0,25 (0,61) ($p = 0,426$), lesiones serradas sésiles 0,10 (0,31) vs 0,11 (0,67) ($p = 0,660$) respectivamente. El tiempo total de procedimiento y de retirada (en minutos) fueron superiores en el brazo CE en comparación a LB: $30,67 \pm 12,84$ vs $22,42 \pm 8,72$ ($p < 0,001$) y $18,37 \pm 7,57$ vs $13,5 \pm 5,63$ ($p < 0,001$) respectivamente.

Conclusiones: En un escenario con endoscopistas expertos, la LB de alta definición es una técnica endoscópica óptima y eficiente para la vigilancia de pacientes con SL. La CE prolongó el tiempo del procedimiento sin aumentar la detección de lesiones relevantes.