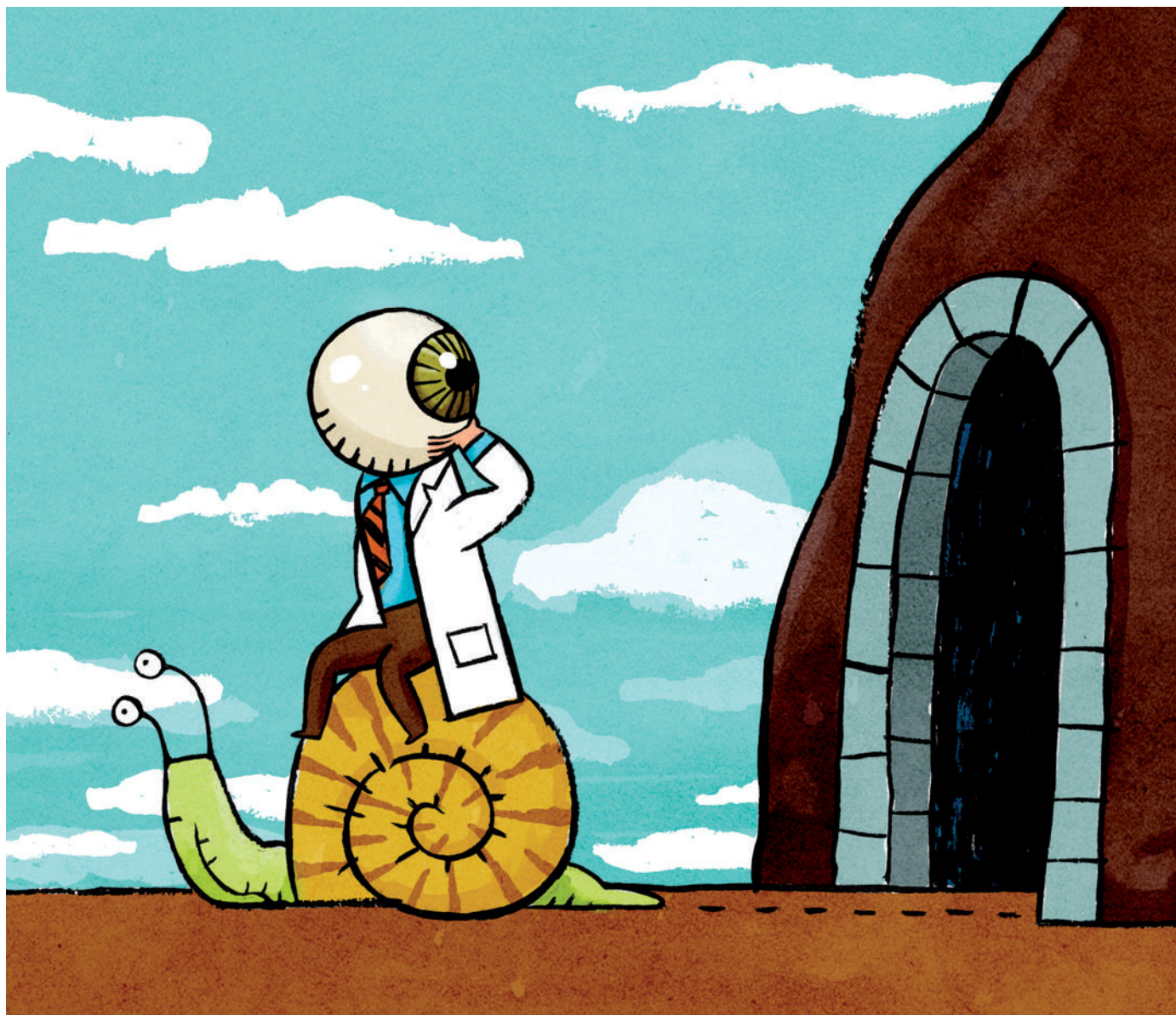


El tiempo también cuenta en la colonoscopia

ANTONIO ZEBENZUY GIMENO GARCÍA Y ADOLFO PARRA-BLANCO

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Islas Canarias. España.



Roger Ballbrenc

Puntos clave

● El tiempo invertido en la retirada ha demostrado ser un factor clave en la detección de lesiones neoplásicas y se considera un parámetro de calidad de la colonoscopia.

● Actualmente, se considera suficiente un tiempo de retirada de al menos 6 min en una colonoscopia diagnóstica sin manipulación de lesiones.

● Se desconoce en la actualidad cuál es el tiempo de retirada idóneo, por lo que son necesarios más estudios prospectivos.

Rex DK. Colonoscopic withdrawal technique is associated with adenoma miss rates. Gastrointest Endosc. 2000;51:33-6.

Sanchez W, Harewood GC, Petersen BT. Evaluation of polyp detection in relation to procedure time of screening or surveillance colonoscopy. Am J Gastroenterol. 2004;99:1941-5.

Simmons DT, Harewood GC, Baron TH, Petersen BT, Wang KK, Boyd-Enders F, et al. Impact of endoscopist withdrawal speed on polyp yield: implications for optimal colonoscopy withdrawal time. Aliment Pharmacol Ther. 2006;24:965-71.

Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, Johanson JF, Greenlaw RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. N Engl J Med. 2006;355:2533-41.

Resumen

Varios estudios han evaluado la importancia del tiempo de retirada en la detección de lesiones neoplásicas colónicas. Rex¹ comparó los tiempos de retirada de 10 exploraciones consecutivas realizadas por 2 endoscopistas experimentados, con porcentaje documentado alto y bajo de detección de lesiones. Las exploraciones se grababan en vídeo y 4 gastroenterólogos puntuaban la calidad de la retirada. El tiempo de retirada y el porcentaje de superficie colónica examinada fue significativamente superior en el caso del endoscopista con un porcentaje menor de lesiones no detectadas (90,8 frente a 63,3%; $p < 0,001$, y 8,55 min frente a 6,41 min; $p = 0,02$, respectivamente).

Sánchez et al² publicaron un estudio retrospectivo que incluyó 10.159 colonoscopias realizadas por 31 endoscopistas en 4 años, con el objetivo de evaluar la relación entre el tiempo global del procedimiento y la detección de pólipos. En este estudio, el tiempo de exploración se correlacionó con una detección mayor de pólipos ($r = 0,64$; $p < 0,0001$), pólipos < 10 mm ($r = 0,40$; $p < 0,03$) y pólipos > 10 mm ($r = 0,42$; $p < 0,003$).

El estudio de Simmons et al³ es de diseño retrospectivo y el objetivo principal fue evaluar la relación entre el tiempo de retirada y la detección de pólipos. Se incluyeron 10.995 colonoscopias realizadas en un año por 43 endoscopistas. En él, la detección global de pólipos y de pólipos < 5 mm se correlacionó con el tiempo de retirada ($r = 0,76$; $p < 0,0001$, y $r = 0,67$; $p < 0,0001$, respectivamente). Un procedimiento prolongado fue un predictor independiente para la detección de pólipos (*odds ratio* = 11,8; intervalo de confianza del 95%, 2,3-78,4; $p = 0,005$).

Por último, Barclay et al⁴ publicaron un estudio prospectivo que incluyó 2.053 colonoscopias consecutivas de cribado realizadas por 12 endoscopistas entrenados, con el objetivo de evaluar la relación entre la detección de adenomas y el tiempo de retirada del endoscopio. Los endoscopistas se clasificaron en 2 grupos, "lentos" y "rápidos", según el tiempo de retirada

en colonoscopia sin manipulación de lesiones fuera superior o inferior a 6 min. Los autores hallaron correlación entre el tiempo de retirada y la detección de adenomas ($r = 0,90$; $p < 0,001$) y adenomas avanzados ($r = 0,82$; $p = 0,001$). Para los procedimientos en que los pólipos eran extraídos, la correlación fue inversa entre el tiempo de retirada y el tamaño del pólipo ($r = -0,63$; $p = 0,03$). Los endoscopistas con tiempo de retirada superior a 6 min detectaron un número mayor de neoplasias (28,3 frente a 11,8%; $p < 0,01$) y neoplasias avanzadas (6,4 frente a 2,6%; $p = 0,05$).

Comentario

Aunque la colonoscopia es la técnica de referencia con la que se comparan otros procedimientos para el examen colorrectal, no es un procedimiento perfecto. Así, en el National Polyp Study, el 25% de los adenomas incidentes no se detectaron, mientras que en estudios colonoscópicos en tándem hasta el 6% de los adenomas avanzados y el 27% de los inferiores a 5 mm no se identifican en la primera de las exploraciones. Por último, en estudios observacionales a los 3 años de realizar una polipectomía endoscópica, se detectan entre el 6 y el 11% de adenomas avanzados y el 0,7-0,9% de cánceres colorrectales no identificados en la colonoscopia inicial.

Aunque la técnica realizada por especialistas no gastroenterólogos se ha relacionado con una detección menor de lesiones neoplásicas, también hay variabilidad en los porcentajes de detección entre gastroenterólogos. Así, un entrenamiento correcto en la técnica de inserción es fundamental para evitar exploraciones incompletas. La calidad de la limpieza colónica es también un factor importante para el examen adecuado de la superficie colónica. Por otro lado, dado que la mayoría de los endoscopistas examinan el colon durante la retirada, varios estudios han evaluado el impacto del tiempo invertido en examinar la mucosa desde la intubación cecal hasta la salida del endoscopio a través del ano, en la detección de lesiones neoplásicas.

En el estudio de Rex¹ se aborda por primera vez este aspecto. Los autores hallaron un tiempo de retirada significativamente superior para el endoscopista que detectaba un número mayor de adenomas. Este estudio presenta algunas deficiencias metodológicas, como la inclusión de un escaso número de exploraciones y la categorización de los endoscopistas en alto o bajo número de lesiones no detectadas basada en datos retrospectivos (estudios publicados en 1993 y 1997), datos que podrían haber variado con la adquisición de experiencia y el desarrollo de nuevas tecnologías. Asimismo, la asociación no permite inferir causalidad, dado que esta variable no se controló por otros factores de presumible importancia, como la calidad de la limpieza, la tecnología empleada y el volumen de exploraciones realizado por cada uno de los endoscopistas. Todo ello dificulta la extracción de conclusiones definitivas. Aun así, a partir de este trabajo, la US Multi-Society Task Force recomendó en 2002 un tiempo de retirada mínimo de 6 min como parámetro de calidad de la colonoscopia⁵.

En el estudio de Sánchez et al², se halló una correlación entre el tiempo global de la exploración y la detección de pólipos. Este estudio incluyó un elevado número de exploraciones realizadas por endoscopistas entrenados. Sin embargo, presenta nu-

merosas limitaciones relacionadas fundamentalmente con su diseño retrospectivo. En cuanto a la metodología, los autores contabilizaban el tiempo desde que el endoscopista entraba en la sala de exploraciones (incluido el tiempo que invertían en firmar el consentimiento informado y sedación), y no tan sólo el tiempo de retirada. En segundo lugar, no aporta datos con respecto a la indicación de las endoscopias, por lo que se desconoce si las exploraciones realizadas por cada endoscopista eran homogéneas con respecto al riesgo de lesiones neoplásicas. Dicho de otra forma, es posible que las exploraciones con una probabilidad mayor de lesiones neoplásicas las realizaran endoscopistas "lentos" en la retirada. Finalmente, los autores no aportan datos con respecto a la calidad de la limpieza, la morfología o la histología de las lesiones detectadas.

Del mismo grupo es el estudio de Simon et al³, el cual adolece de las mismas limitaciones. El diseño fue similar al anterior, con la diferencia de que se recogían los tiempos de inserción y de retirada de manera prospectiva en el momento de la exploración. Ninguno de estos 2 estudios aporta datos acerca de cuál debe ser el tiempo de retirada óptimo para detectar lesiones neoplásicas, en general, y lesiones avanzadas, en particular.

El estudio más reciente y que aporta una evidencia mayor sobre la importancia del tiempo de retirada en la detección de lesiones neoplásicas es el de Barclay et al⁴. Los autores hallaron una correlación entre el tiempo de retirada y la detección de adenomas y adenomas avanzados. A diferencia de los estudios anteriores, presenta un diseño prospectivo, tanto de las colonoscopias sin manipulación de lesiones, como de aquellas en las que se realizaba tratamiento. Además, la población de individuos estudiada era homogénea y con riesgo de neoplasia similar para los distintos endoscopistas. Tampoco se hallaron diferencias basales en el volumen de procedimientos realizados

entre endoscopistas o en la calidad de la limpieza. También aporta datos del número y localización de las lesiones, así como de la histología. Aunque de este estudio no se puede extraer cuál debe ser el tiempo adecuado de retirada, sí que avala las recomendaciones actuales. No obstante, ninguno de los estudios mencionados controla sus resultados por morfología. Dado que los adenomas planos son más difíciles de detectar, probablemente éste sea un factor a tener en cuenta en estudios futuros.

Como conclusión, el tiempo de retirada durante la colonoscopia es un factor determinante para aumentar la calidad de la exploración. Aunque se desconoce cuál es el tiempo adecuado, la evidencia disponible indica que debe ser al menos de 6 min, si no se manipulan las lesiones.

Bibliografía



1. Rex DK. Colonoscopic withdrawal technique is associated with adenoma miss rates. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:33-6.
2. Sanchez W, Harewood GC, Petersen BT. Evaluation of polyp detection in relation to procedure time of screening or surveillance colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:1941-5.
3. Simmons DT, Harewood GC, Baron TH, Petersen BT, Wang KK, Boyd-Enders F, et al. Impact of endoscopist withdrawal speed on polyp yield: implications for optimal colonoscopy withdrawal time. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;24:965-71.
4. Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, Johanson JF, Greenlaw RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. *N Engl J Med.* 2006;355:2533-41.
5. Rex DK, Bond JH, Winawer S, Levin TR, Burt RW, Johnson DA, et al. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: Recommendations of the U.S. Multi-society Task Force on colorectal cancer. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1296-308.