



PREGUNTAS Y RESPUESTAS/ONCOLOGÍA DIGESTIVA

Ante un paciente al que se le realiza resección endoscópica de un adenoma avanzado, ¿cuál es la estrategia de vigilancia más adecuada?

In patients undergoing endoscopic resection of an advanced adenoma, what is the most appropriate surveillance strategy?

Victoria Gonzalo

Servicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clinic, CIBERehd, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Antecedentes

El concepto de adenoma avanzado engloba al pólipo adenomatoso mayor de 10 mm, con componente vellosos o con displasia de alto grado. La importancia de su detección y de su resección está en su inherente capacidad para progresar a cáncer. La estrategia de vigilancia endoscópica posterior se ha establecido en función del riesgo de presentar lesiones metacrónicas, según los resultados de los ensayos clínicos publicados que han estudiado los intervalos de vigilancia endoscópica tras la polipectomía de cada lesión en concreto^{1,2}.

Discusión

La progresión gradual del tejido normal a displásico y posteriormente a cáncer se ha descrito en varios estudios epidemiológicos, clinicopatológicos y genéticos^{3,4}. La polipectomía endoscópica, como tratamiento de los adenomas reseccables, disminuye la incidencia de cáncer colorrectal, lo que demuestra que el adenoma es una lesión premaligna^{5,6}. A pesar de que la historia natural de los adenomas es impredecible, se ha descrito que el crecimiento de éstos es lento y se ha estimado en 5 o 10 años el tiempo necesario

para que un adenoma menor de 1 cm se transforme en cáncer invasivo⁴. También se ha descrito que tan sólo un 5% de los adenomas colorrectales presenta una transformación carcinomatosa^{4,7,8}, que algunos aumentan de tamaño, que otros se mantienen estables y que otros incluso pueden desaparecer⁸. Por tanto, con las pruebas descritas, las estrategias de prevención del cáncer colorrectal deben ir dirigidas a detectar de forma precoz los adenomas con mayor potencial de malignización, es decir, los adenomas avanzados, y también a su vigilancia posterior para detectar lesiones metacrónicas o sincrónicas que hayan pasado desapercibidas durante la anterior exploración.

Diversos estudios demostraron que el riesgo de que se desarrolle un adenoma con displasia de alto grado o, lo que es lo mismo, un carcinoma in situ o un cáncer colorrectal invasivo durante el seguimiento se asocia al tamaño de la lesión inicial, a la proporción del componente vellosos y a la presencia de adenomas múltiples^{5,6,9,10}. De la misma forma se ha demostrado un riesgo elevado de que se desarrollen lesiones metacrónicas en pacientes a los que se les ha reseccado un adenoma avanzado, de ahí la importancia de la vigilancia tras su resección.

Las recomendaciones acerca del seguimiento de los pacientes con antecedentes de adenomas avanzados, mediante una colonoscopia a los 3 años de la resección, se estandarizaron tras la publicación de los resultados del National Polyp Study¹¹ y se mantuvieron tras una revisión posterior efectuada en colaboración entre la US Multi-Society

Correo electrónico: vgonzalo@clinic.ub.es

Task Force on Colorectal Cancer y la American Cancer Society¹². Este estudio también concluye que el test de detección de sangre oculta en heces, como herramienta de vigilancia tras la polipectomía, supone un gran número innecesario de colonoscopias (hasta el 77% de las colonoscopias llevadas a cabo no detectaron adenomas avanzados ni cáncer), lo que muestra un valor predictivo positivo del test de Guayaco de un 23%¹³ y del test inmunoquímico de un 27%¹⁴. Hay que destacar que en este último estudio la población incluida era de alto riesgo: había presentado un cáncer colorrectal anteriormente o tenía antecedentes familiares con historia de cáncer colorrectal, por lo que en una población de bajo riesgo el valor predictivo que cabría esperar sería aun menor.

Respuesta

La estrategia de vigilancia más adecuada tras la resección de un adenoma avanzado es la realización de una colonoscopia completa a los 3 años. (Grado de recomendación A; nivel de evidencia 1b).

Bibliografía

1. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS, et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. *The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med.* 1993;328:901-6.
2. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomized surveillance study of patients with pedunculated and small sessile tubular and tubulovillous adenomas. *The Funen Adenoma Follow-up Study. Scand J Gastroenterol.* 1995;30:686-92.
3. Fearon ER, Vogelstein B. A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell.* 1990;61:759-67.
4. Atkin WS, Saunders BP. Surveillance guidelines after removal of colorectal adenomatous polyps. *Gut.* 2002;51:V6-9.
5. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med.* 1993;329:1977-81.
6. Thiis-Evensen E, Hoff GS, Sauar J, Langmark F, Majak BM, Vatn MH. Population-based surveillance by colonoscopy: Effect on the incidence of colorectal cancer. *Telemark Polyp Study I. Scand J Gastroenterol.* 1999;34:414-20.
7. Anwar S, White J, Hall C, Farrell WE, Deakin M, Elder JB. Sporadic colorectal polyps: Management options and guidelines. *Scand J Gastroenterol.* 1999;34:4-11.
8. Leslie A, Carey FA, Pratt NR, Steele RJ. The colorectal adenoma-carcinoma sequence. *Br J Surg.* 2002;89:845-60.
9. Van Stolk RU, Beck GJ, Baron JA, Haile R, Summers R. Adenoma characteristics at first colonoscopy as predictors of adenoma recurrence and characteristics at follow-up. *The Polyp Prevention Study Group. Gastroenterology.* 1998;115:13-8.
10. Martínez ME, Sampliner R, Marshall JR, Bhattacharyya AK, Reid ME, Alberts DS. Adenoma characteristics as risk factors for recurrence of advanced adenomas. *Gastroenterology.* 2001;120:1077-83.
11. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS, et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. *The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med.* 1993;328:901-6.
12. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, Stillman JS, O'Brien MJ, Levin B, et al. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: A consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterology.* 2006;130:1872-85.
13. Zauber AG, Winawer SJ, Bond JH, Wayne JD, Shapiro M, O'Brien MJ, et al. FOBT is limited value in post-polypectomy colonoscopy surveillance. *Gastroenterology.* 2002;A-486:T1589.
14. Bampton PA, Sandford JJ, Cole SR, Smith A, Morcom J, Cadd B, et al. Interval faecal occult blood testing in a colonoscopy based screening programme detects additional pathology. *Gut.* 2005;54:803-6.