



CARTAS CIENTÍFICAS

Recomendaciones prácticas para una adecuada vigilancia pospolipectomía endoscópica desde atención primaria



Juan J. Sebastián Domingo *

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Royo Villanova, Zaragoza, España

Disponible en Internet el 20 de mayo de 2020

En el nivel de la atención primaria (AP), a nadie se le escapa que los cribados del cáncer colorrectal (CCR), tanto familiar como poblacional, en los que actualmente está inmerso nuestro país, les está significando un aumento considerable de las colonoscopias que tienen que solicitar, entre las que están las de seguimiento de los adenomas colorrectales resecaados en las mismas.

Se ha estimado que, concretamente, al 21,99‰ de la población candidata a cribado poblacional se le detectará y resecaará alguna lesión colorrectal que, posteriormente, requerirá seguimiento endoscópico¹.

Existe una elevada tasa de inadecuación de la vigilancia pospolipectomía. Para asegurar la adecuación y la realización de la vigilancia endoscópica se recomienda, entre otras medidas, establecer sistemas de recordatorio dirigidos al médico de atención primaria².

Es fundamental dirigir la vigilancia endoscópica a aquellos pacientes que realmente se benefician de ella, con la mínima frecuencia necesaria para lograr el mayor rendimiento preventivo del CCR, evitando las molestias y las complicaciones de la colonoscopia y limitando el número de exploraciones de eficacia dudosa².

En este sentido, parece necesario que el médico de AP conozca bien los intervalos de vigilancia endoscópica adecuados con base en la evidencia científica disponible en cada momento, puesto que van a ser ellos quienes remitan las

solicitudes de colonoscopia de seguimiento pospolipectomía y deberán de hacerlo en tiempo y forma.

Si bien es cierto que deben de ser los endoscopistas quienes indiquen el tiempo adecuado en que realizar la siguiente colonoscopia de seguimiento en cada paciente, siempre está bien que el médico de AP conozca también esta información y aconseje adecuadamente a sus pacientes.

Como base para indicar estas recomendaciones de seguimiento, se han revisado las 3 evidencias científicas más recientes al respecto, incluyendo una española², otra europea³ y otra americana⁴, siendo especialmente práctico un Spotlight⁵ de esta última.

Atendiendo a las mencionadas evidencias científicas, los pacientes pueden clasificarse en 2 grupos de riesgo, en dependencia de si requieren o no vigilancia endoscópica:

1. Pacientes que *no requieren* vigilancia endoscópica (o en 10 años):
 - 1 o 2 lesiones adenomatosas tubulares con displasia de bajo grado (DBG) y tamaño < 10 mm
 - Cualquier número de pólipos hiperplásicos en recto-sigma < 10 mm
 - Cuando la colonoscopia índice ha sido normal

2. Pacientes que *requieren* vigilancia endoscópica:

2.1. A los 5 años:

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjsebastian@salud.aragon.es

- Tres o más lesiones adenomatosas tubulares con DBG y tamaño < 10 mm
- Pólipos hiperplásicos de tamaño > 10 mm

2.2. A los 3 años:

- 5 a 10 adenomas con DBG
- 1 o 2 adenomas de tamaño > 10 mm
- Al menos una lesión adenomatosa con componente vellosa (> 20%) o con displasia de alto grado (DAG) o tamaño ≥ 10 mm

2.3. Al año:

- Más de 10 adenomas

Aunque la calidad de la evidencia es baja, se finalizará la vigilancia endoscópica si el paciente tiene 80 años (o 75 años si hay comorbilidad asociada) o se han realizado 2 colonoscopias sin detectarse lesiones que requieran vigilancia.

Cuando se detecten lesiones serradas durante la colonoscopia, por la peculiaridad de estas lesiones, lo más aconsejable es ponerse en contacto directamente con la unidad de endoscopias digestivas de referencia para que desde allí se planifique el seguimiento.

Para que estas recomendaciones de vigilancia tengan valor y puedan establecerse de forma garante, es necesario que la colonoscopia basal sea de calidad, para lo que se precisa que la inspección del colon haya sido completa, la limpieza colónica adecuada y se hayan resecado de forma completa todas las lesiones detectadas⁶.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Salas Trejo D. Situación actual de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España. Indicadores de resultados. Red de Programas de Cribado de Cáncer. XX Reunión Anual, Zaragoza, 17-19 de mayo de 2017 [consultado 21 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.cribadocancer.es/index.php/cancer-demama/actividades/reunion-anual-de-la-red-de-programas-decribado/876-aragon-2017>. <http://www.cribadocancer.es/images/archivos/LolaSalas.8.pdf>.
2. Mangas-Sanjuan C, Jover R, Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Balaquer F, Bessa X, et al. Endoscopic surveillance after colonic polyps and colorectal cancer resection 2018 update. *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42:188-201.
3. Hassan C, Quintero E, Dumonceau JM, Regula J, Brandão C, Chaussade S, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2013;45:842-51.
4. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, et al. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastrointest Endosc*. 2020;91:463-85.
5. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, Burke CA, Dominitz JA, Kaltenbach T, et al. Spotlight: US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer Recommendations for Follow-up After Colonoscopy and Polypectomy. *Gastroenterology*. 2020;158:1154.
6. Jover R, Dekker E, Schoen RE, Hassan C, Pellise M, Ladabaum U, et al. Colonoscopy quality requisites for selecting surveillance intervals: A World Endoscopy Organization Delphi Recommendation. *Dig Endosc*. 2018;30:750-9.