



DNI

11111111X

Contraseña

Acceso con DNIe

Olvidé la contraseña

Nuevo usuario
Murciasalud >> BVMS >> PREEVID

Biblioteca

Región de Murcia
Consejería de Salud

Principal | Todos los recursos (A/Z) | Obtención de documentos | Mi biblioteca | **Preevid** | Ayudas y tutoriales | Quiénes
somos



Banco de preguntas

Formular preguntas

Mis preguntas

Sobre Preevid

FAQ

Seguimiento con colonoscopia en pacientes con un adenoma tubular con displasia de bajo grado.

La pregunta original del usuario era "¿Cuál es el protocolo de seguimiento en los pacientes que se han realizado una colonoscopia y en los que se ha extirpado un adenoma tubular con displasia de bajo grado?"

Uso de cookies

CERRAR [X]

Este sitio web utiliza cookies propias y de terceros para mejorar la experiencia de navegación del usuario. Las cookies utilizadas no contienen ningún tipo de información de carácter personal. Si continua navegando entendemos que acepta su uso. Dispone de más información acerca de las cookies y cómo impedir su uso en nuestra [política de cookies](#).

Respuesta

En base a la información que aportan guías de práctica clínica (GPC)⁽¹⁻⁷⁾ y un sumario de evidencia⁽⁸⁾, **en un paciente en que se ha realizado una polipectomía y extirpado uno o dos adenomas tubulares pequeños (<1 cm) con displasia de bajo grado, la siguiente colonoscopia de control debería realizarse tras un periodo de 5-10 años.**

En el caso de que el número de adenomas tubulares sea mayor de 2 (entre 3 y 10 pólipos) o el tamaño de alguno de los pólipos sea mayor (≥ 1 cm) se sugiere realizar la colonoscopia de seguimiento a los 1-3 años.

En la **GPC** de más reciente actualización⁽¹⁾, se establece que en pacientes con un incremento del riesgo de cáncer colorrectal en base a sus antecedentes de pólipos adenomatosos o pólipos serrados sésiles (PSS), se repita la colonoscopia:

- ✔ **a los 5-10 años en caso de pólipos de bajo riesgo (adenoma tubular o PSS sin displasia citológica): en número menor o igual de 2 y menores de 1 cm.**
- ✔ a los 3 años ante el hallazgo de pólipos de alto riesgo: adenomas con displasia de alto grado o PSS con displasia; adenoma o cualquier PSS ≥ 1 cm; pólipos con histología vellosa o tubulovellosa; o ante 3-10 pólipos adenomatosos y/o PSS sin displasia.
- ✔ a los 2-6 meses en caso de polipectomía incompleta o en fragmentos, o ante polipectomía de grandes pólipo sésiles.

Además señala considerar un síndrome de poliposis y un realizar un manejo individualizado en el caso de que el paciente presente más de 10 pólipos adenomatosos.

Similar información encontramos en una **GPC** española publicada en 2008⁽⁷⁾ que, respecto al seguimiento de los pólipos colónicos, indicaba que:

- ✔ Para decidir el programa de seguimiento es necesario disponer de una colonoscopia completa hasta el ciego, con la preparación adecuada. Si la preparación es inadecuada, debe repetirse la exploración endoscópica.
- ✔ A los pacientes con pólipos hiperplásicos rectosigmoides pequeños (<1 cm) se les recomienda un seguimiento cada diez años.
- ✔ **Los pacientes con solo uno o dos adenomas tubulares pequeños (<1 cm), con displasia de bajo grado, tienen que repetir la colonoscopia de control al cabo de 5-10 años.**
- ✔ Los pacientes con 3-10 adenomas o algún adenoma avanzado (>1 cm de diámetro, componente veloso o displasia de alto grado) deben repetir la colonoscopia de control a los 3 años, siempre que se tenga el convencimiento de que la resección de los pólipos ha sido completa. Se aconseja repetir después las colonoscopias cada 5 años. Si se sospecha que la resección ha sido incompleta, y sobretodo con displasia de alto grado, está justificada la repetición de la endoscopia a los 3 meses.
- ✔ A los pacientes con más de 10 adenomas en una primera exploración, se les debería volver a explorar a los 3 años y considerar la posibilidad de que se trate de un síndrome de poliposis familiar atenuada.
- ✔ Los pacientes con adenomas sésiles que se han resecado en fragmentos deben volverse a explorar a los 2-6 meses para confirmar que la resección ha sido completa. En estos casos es necesario individualizar el programa de seguimiento. El criterio de resecabilidad es endoscópico e histológico.

De entre las consideraciones adicionales que aportaba la guía destacamos el comentario de que “Las guías de seguimiento se establecen para las personas asintomáticas. La aparición de sintomatología digestiva entre las revisiones obliga a iniciar el proceso diagnóstico.”

En otras **GPC** de publicación más reciente también encontramos como recomendación que en pacientes con 1 o 2 adenomas tubulares pequeños (< 1 cm) con displasia de bajo grado se repita la colonoscopia transcurridos al menos 5 años⁽²⁻⁶⁾.

A diferencia de lo comentado en el resto de los documentos, en dos de las guías^(2,6) se clasifican los pólipos en tres estadios, en función de riesgo de progresión a cáncer colorrectal: bajo riesgo, riesgo intermedio y alto riesgo. Ambas guías proponen repetir la colonoscopia:

- ✔ a los 5 años en caso de pacientes con uno o dos adenomas <1 cm de tamaño sin displasia de alto grado (riesgo bajo);
- ✔ a los 3 años ante la presencia de 3-4 adenomas pequeños (<1 cm), o 1-2 adenomas si uno es > 1 cm de tamaño (riesgo intermedio);
- ✔ y al año en pacientes con ≥ 5 adenomas pequeños, o ≥ 3 adenomas con al menos un pólipo ≥ 1 cm de tamaño (riesgo alto).

El **sumario de evidencia** de Uptodate sobre el enfoque del paciente con pólipos colónicos⁽⁸⁾ no aporta información que matize o sea diferente a la expuesta en las GPC.

1. Colorectal Cancer Screening: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. National Comprehensive Cancer Network. Version 2.2016. (Consultado en <https://www.nccn.org>; precisa registro gratuito)
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of colorectal cancer. A national clinical guideline. December 2011 (Revised August 2016). [[Texto Completo](#)] [Consulta: 22/03/2017]
3. Alberta Colorectal Cancer Screening Program (ACRCSP). Post Polypectomy Surveillance Guidelines. June 2013. [[Texto Completo](#)] [Consulta: 22/03/2017]
4. Guidelines and Protocols Advisory Committee. Follow-up of colorectal polyps or cancer. Victoria (BC): British Columbia Medical Association; 2013 Jan 16. [[Texto Completo](#)] [Consulta: 22/03/2017]
5. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2012 Sep;143(3):844-57. [[Texto Completo](#)] [Consulta: 22/03/2017]
6. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline: Colorectal cancer prevention: colonoscopic surveillance in adults with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas. Published: 23 March 2011. [[Texto Completo](#)] [Consulta: 22/03/2017]
7. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catalunya. OncoGuía de colon y recto. Actualización 2008. [[Texto Completo](#)] [Consulta: 22/03/2017]
8. Macrae FA. Approach to the patient with colonic polyps. This topic last updated: Jul 14, 2016. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2017.

Estas referencias son del tipo:

- I. Metaanálisis y/o revisiones sistemáticas: 0 referencia
- II. Ensayos clínicos: 0 referencia
- III. Cohortes, casos controles, serie de casos clínicos: 0 referencia
- IV. Consenso de profesionales: 0 referencia
- V. Guías de práctica clínica: 7 referencias
- VI. Sumario de evidencia: 1 referencia
- VII. Información para pacientes: 0 referencia

Preguntas relacionadas

- [¿Con que frecuencia se recomienda realizar una colonoscopia en el seguimiento de pacientes intervenidos quirúrgicamente de cáncer colorectal? \[27/01/2015\]](#)
- [¿Con qué frecuencia es recomendable realizar colonoscopias de control a una paciente de 67 años a la que se le ha hecho una polipectomía de un adenoma tubulovelloso? \[21/03/2006\]](#)

Cita recomendada

Banco de Preguntas Preevid. Seguimiento con colonoscopia en pacientes con un adenoma tubular con displasia de bajo grado. Murciasalud, 2017. Disponible en http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=21678&idsec=453

Advertencia sobre la utilización de las respuestas

Las contestaciones a las preguntas formuladas, se elaboran con una finalidad exclusivamente formativa. Lo que se pretende, es contribuir con información al enriquecimiento y actualización del proceso deliberativo de los profesionales de la Medicina y de la Enfermería. Nunca deberán ser usadas como criterio único o fundamental para el establecimiento de un determinado diagnóstico o la adopción de una pauta terapéutica concreta.

De ningún modo se pretende sustituir, avalar o tutelar la responsabilidad del médico. Esta deriva de sus propias decisiones y sólo por él debe ser asumida, no pudiendo ser compartida por quienes sólo le han informado. La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud, rechazan a priori toda responsabilidad respecto de cualquier daño o perjuicio que se pueda imputar a la utilización total o parcial de la información aportada y que fue solicitada previamente por el profesional médico o de enfermería.

