

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE LAS LESIONES ÍNDICE O PRECURSORAS (PÓLIPOS) DE CÁNCER COLORRECTAL

Dr. Alain García de Castro; Dra. Begoña Bravo Bueno. Dra. Nerea López Ocaña y Dr. Francisco Javier Maestro Saavedra. Centro de Salud de Elviña-Mesoiro. Xerencia Xestión Integrada de A Coruña. Servicio Gallego de Salud.

CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL EN INDIVIDUOS SIN HISTORIA FAMILIAR DE CCR

Recomendaciones de las sociedades científicas en pacientes sin factores de riesgo de Cáncer Colorrectal. ^(1,2)

PRUEBA DE CRIBADO	SEMFYC ^a, CCI ^b, AEG ^c	ACS ^e (Elegir la prueba según la preferencia del paciente, dándole al menos 2 a elegir)
SANGRE OCULTA EN HECES (SOH)	Debe realizarse cada dos años a todos los individuos de 50 a 75 años (Excepcionalmente hasta los 80 años en pacientes seleccionados sin comorbilidades) y sin factores de riesgo. Se recomienda SOH-I ^d . En la población de riesgo medio no se recomienda el cribado mediante la detección de ADN en heces.	Anualmente a todos los individuos de 45 a 75 años (Entre los 75 y los 85 años se podría realizar dependiendo de las preferencias del paciente, estado de salud, expectativas de vida y el resultado de anteriores colonoscopias) o cada 3 años si es mediante detección de ADN.
SIGMOIDOSCOPIA	Podría estar justificada dependiendo, entre otros factores, de la aceptabilidad y la disponibilidad de recursos	Cada 5 años.
SOH + SIGMOIDOSCOPIA	No ha demostrado ser más eficaz que la sigmoidoscopia sola.	
COLONOSCOPIA	Pruebas científicas indirectas muestran que reducen la incidencia y la mortalidad. Efecto protector durante un periodo superior a 10 años. En la población de riesgo medio no se recomienda el cribado poblacional con colonoscopia.	Cada 10 años.

a Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. b Centro Cochrane Iberoamericano. c Asociación Española de Gastroenterología. d SOH-I Sangre en heces realizado por test inmunoquímico. e American Cancer Society

Tabla 1. Recomendaciones de las sociedades científicas en pacientes sin factores de riesgo de Cáncer Colorrectal

Si en la colonoscopia se resecan pólipos, hemos de valorar si esta colonoscopia basal cumple con los criterios de alta calidad para ser considerada como válida:

- ✓ Adecuada intubación y exploración completa con valoración de estructuras proximales, medias y distales del colon. Deberá ir acompañado de fotografías de esas zonas
- ✓ Valorar la limpieza adecuada del colon
- ✓ Descripción de los hallazgos con número de pólipos, número de los extirpados y si esta ha sido completa. Morfología y localización, método de resección y resultado
- ✓ Informe de la Anatomía patológica con diagnóstico histopatológico y grado de displasia.

Esto nos permite clasificar al paciente dentro de diferentes grupos de riesgo para el desarrollo de CCR (tabla 2)

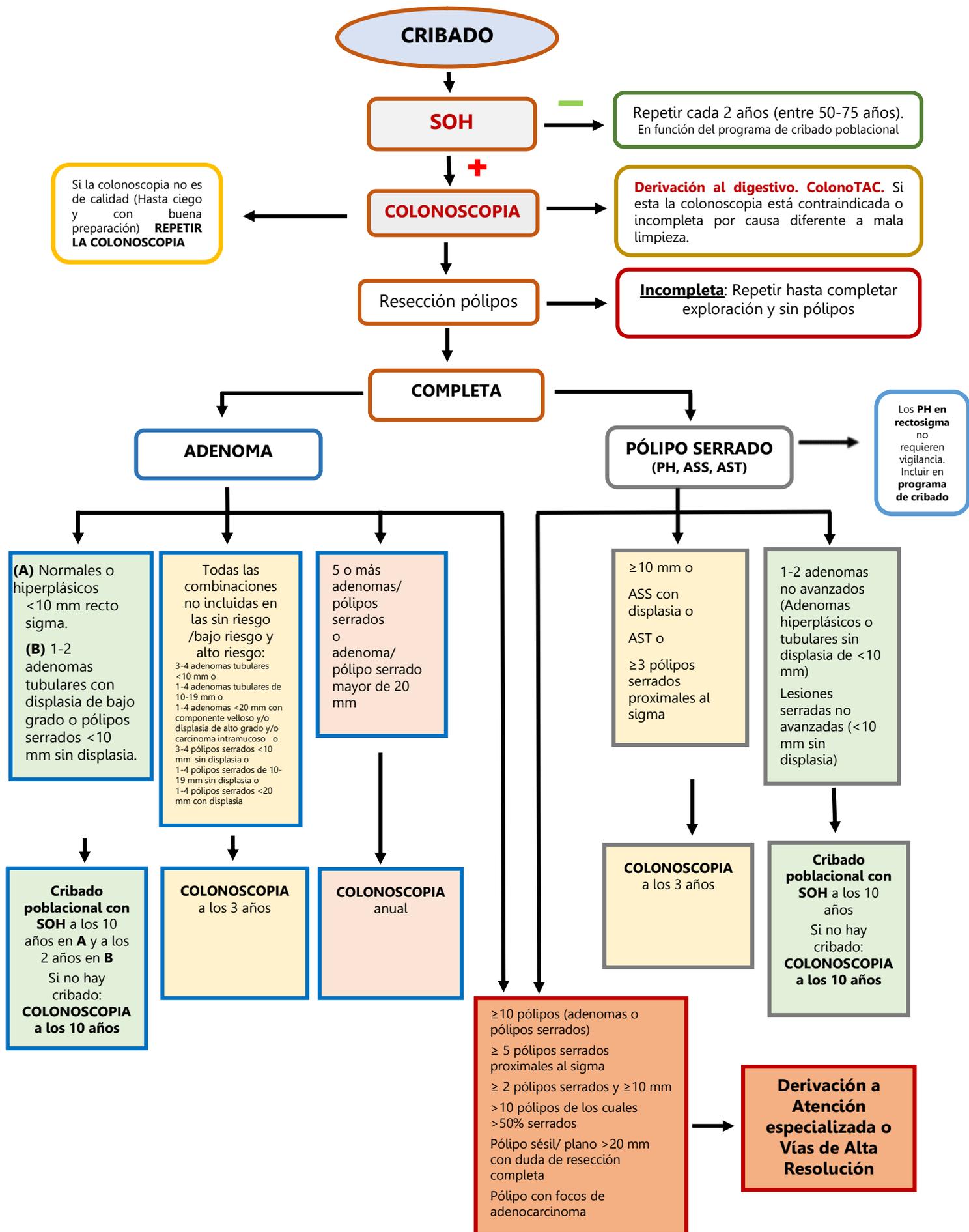
GRUPOS DE RIESGO Y CARACTERÍSTICAS	
BAJO RIESGO	1-2 adenomas tubulares <10 mm o pólipos serrados <10 mm sin displasia
RIESGO INTERMEDIO	3-4 adenomas tubulares <10 mm o 1-4 adenomas tubulares de 10-19 mm o 1-4 adenomas <20 mm con componente vellosos y/o displasia de alto grado y/o carcinoma intramucoso o 3-4 pólipos serrados <10 mm sin displasia o 1-4 pólipos serrados de 10-19 mm sin displasia o 1-4 pólipos serrados <20 mm con displasia
ALTO RIESGO	5 o más adenomas/ pólipos serrados o adenoma/pólipo serrado mayor de 20 mm

Tabla 2. Grupos de riesgo para desarrollar CCR y características

y permitirá establecer un plan de seguimiento, para los que sean establecido unos periodos de control. que se establecerán en función de los hallazgos en la última colonoscopia, y que de manera general lo resumimos en una adaptación, mediante un algoritmo de manejo clínico para la consulta clínica en Atención Primaria, de las recomendaciones de las sociedades científicas en la vigilancia tras una primera colonoscopia de vigilancia y que sería el siguiente:

ALGORITMO DE VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

Figura 1



Vigilancia en situaciones especiales

Las recomendaciones de vigilancia se establecen siempre tras la resección completa de lesiones halladas en la colonoscopia basal.

- ✓ En caso de resección incompleta. Repetir la colonoscopia hasta la exploración total de esta y esté libre de lesiones neoplásicas.
- ✓ En las lesiones sésiles o planas de gran tamaño (≥ 20 mm) y reseçadas de forma fragmentada. Colonoscopia en un plazo de 3- 6 meses desde la colonoscopia basal.
- ✓ Ante la pérdida o no recuperación del pólipo reseñado, se recomienda considerarlos como potenciales adenomas, y realizar la recomendación en función de su tamaño y localización: Así si se trata de micropólipos en recto/sigma, se consideran hiperplásicos; si se trata de pólipos de menos de 10 mm, se consideran adenomas tubulares con displasia de bajo grado (adenomas no avanzados), y si se trata de pólipos de más de 10 mm, se consideran como adenomas avanzados.
- ✓ En el supuesto que se detecten adenomas y pólipos en la misma exploración, se aconseja la estrategia que conlleve el intervalo más corto.

Criterios de derivación a atención especializada

Pacientes con ≥ 10 adenomas, en una sola exploración o acumulados a lo largo del tiempo, para valorar la posibilidad de un síndrome de poliposis adenomatosa familiar

Pacientes con múltiples pólipos serrados (≥ 10 en total, o ≥ 5 proximales al recto-sigma), para valorar la posibilidad de un síndrome de poliposis serrada •

Pacientes con pólipos con foco de adenocarcinoma

Ante pólipos irreseccables

En caso de polipectomía incompleta

Pacientes con antecedentes familiares de primer grado de CCR que justifiquen su valoración en las unidades especializadas de alto riesgo (consejo genético)

Pacientes con antecedentes familiares de síndromes hereditarios (síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de poliposis serrada, poliposis asociada al gen MUTYH) para su valoración en las unidades especializadas de alto riesgo (consejo genético)

No poder solicitar una colonoscopia

Dudas sobre el seguimiento postpolipeptomía

Tras dos colonoscopias de vigilancia sin lesiones colorrectales avanzadas se debería reincorporar a los pacientes a los programas poblacionales de cribado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cribado del cáncer colorrectal. Ángel Núñez Vázquez; Bárbara Díaz García; Carolina Aller Gómez. Cad Aten Primaria. 2010. 4 (1): 24-29
- 2.- 2018 American Cancer Society updates its colorectal cancer screening guideline. Cancer, 2018. 124: 3631-3632. doi:10.1002/cncr.3442