



# Consenso actualizado sobre recomendaciones para la vigilancia colonoscópica luego de una Polipectomía

Los nuevos aspectos incorporados a las Recomendaciones 2006 son: Evaluación de los factores de riesgo de adenomas avanzados, mayor énfasis en la calidad de la colonoscopia inicial y su impacto sobre la detección de cáncer colorectal post Polipectomía y aplicación de los conocimientos surgidos de los últimos estudios epidemiológicos.

## INTRODUCCIÓN

---

Los pólipos adenomatosos son el hallazgo neoplásico más frecuente durante una colonoscopia, y se demostró que su extirpación reduce el riesgo de cáncer colorectal y de adenomas avanzados. Debido a una cierta tendencia recidivante (pólipos metacrónicos) y para detectar pólipos que, por su tamaño o por razones técnicas, no fueron detectados en el primer examen (pólipos sincrónicos), se estableció un programa de colonoscopia periódica de vigilancia.

A los efectos de reducir los costos y el abuso de estos estudios, la US Multi-Society Task Force on Colorectal and the American Cancer Society han actualizado las recomendaciones sobre vigilancia postpolipectomía. Estas recomendaciones difieren de las anteriores en varios aspectos: evalúan los factores de riesgo de adenomas avanzados, enfatizan la calidad de la colonoscopia inicial y su importancia para la detección de cáncer colorectal postpolipectomía y aplican los conocimientos de los últimos estudios epidemiológicos.

## RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA COLONOSCÓPICA

---

El cuadro n°1 resume los intervalos de vigilancia que deben considerar según el hallazgo de la colonoscopia inicial.

Las nuevas recomendaciones destacan además de los siguientes aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una colonoscopia:

-Se asume que la colonoscopia fue completa y que llegó hasta el ciego y la preparación del colon fue correcta. De no haberse cumplido con estas condiciones, se debe repetir la colonoscopia, antes de planear un programa de vigilancia.

-Es fundamental el mejoramiento continuo de la calidad de la colonoscopia para su aplicación efectiva en la prevención del cáncer colorectal.

-Si el pólipo no fue removido completamente o presenta un elevado grado de displasia, se deberá repetir el procedimiento.



-El especialista deberá informar claramente al médico de cabecera sobre la fecha de la próxima colonoscopia de control o vigilancia.

-El especialista y el paciente deben tener un contacto regular ante la posibilidad de futuros cambios en las recomendaciones de guía.

-El examen de sangre oculta en materia fecal es desaconsejado en pacientes bajo colonoscopia de vigilancia.

-En los pacientes con enfermedades asociadas graves y con expectativa de vida inferior a 10 años, se puede omitir la colonoscopia de vigilancia.

-La aplicación de nuevas tecnologías como la cromoendoscopia, magnificación endoscópica, imagen de banda angosta y colonografía por tomografía computada son los procedimientos que, por el momento, no están establecidos para la vigilancia postpolipectomía.

Hallazgo en la colonoscopia inicial	Colonoscopia de vigilancia
El pólipo rectal pequeño hiperplásico se considera como colonoscopia normal	Intervalo de 10 años
Síndrome de poliposis hiperplásica	Intervalo < 10 años
1 o 2 pólipos pequeños (<1 cm) de tipo adenoma tubular con bajo grado de displasia	Intervalo de 5 a 10 años. El momento preciso dependerá de otros factores clínicos (hallazgos en la colonoscopia inicial, antecedentes familiares, etc.)
3 adenomas o algún adenoma $\geq 1$ cm o de aspecto vellosos o con elevado grado de displasia	Intervalo de 3 años si él o los adenomas fueron completamente extirpados. Si la segunda colonoscopia es normal o hay adenomas tubulares con baja displasia, el intervalo será de 5 años.
Más de 10 adenomas	Intervalo de <3 años. Considerar la posibilidad de poliposis familiar
Adenoma sésil que debe ser extirpado en varios fragmentos.	Intervalo de 2 a 6 meses.
Antecedentes familiares de cáncer colorectal hereditario	Intervalos más frecuentes



## Características de los adenomas basales como predictores de subsecuentes adenomas avanzados.

**Multiplicidad.** Las personas con 3 o más adenomas tienen mayor posibilidad de que se les detecte un adenoma en el programa de vigilancia que las que tienen hasta 2 adenomas (OR, 2,23; 95% IC;1,20-4,21)

**Tamaño.** Los pólipos de más de 1 cm tienen mayor posibilidad de desarrollar futuros adenomas metacrónicos.

**Histología.** La Histología es un factor pronóstico de relativo valor debido al carácter subjetivo para la clasificación morfológicamente al adenoma como tubular, veloso o tubuloveloso. En el pasado las displasias se clasificaban en grado leve, moderada, grave, carcinoma *in situ*. Actualmente, displasia grave y carcinoma *in situ* están dentro del concepto de displasia de grado elevado, mientras que la displasia leve y moderada se agrupan como displasias de grado bajo. Aproximadamente el 10% de las displasias de grado elevado evolucionan a carcinoma dentro de los 5 años comparado con solo el 0,6% de los adenomas tubulares menores de 1 cm con ausencia de displasia de alto grado.

**Localización.** Los adenomas proximales tienen mayor riesgo de evolucionar a formas más displásicas que los adenomas distales.

**Antecedentes Familiares.** Los antecedentes familiares de cáncer colorectal y de los adenomas constituyen un factor de riesgo de cáncer rectal, El Nacional Polyp Study mostró que una historia familiar de cáncer colorectal en pacientes con 60 o más años de edad, predicen un aumento del riesgo de adenomas avanzados de hasta 5 veces.

## Bibliografía

---

*Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Polypectomy: A Consensus Update by the US Multisociety Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. Winawer Sj, Zauber AG, Fletcher RH, et al. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York Harvard Medical School, Boston Massachusetts; Boston University School of Medicine, Boston Massachusetts; University of Texas Houston, Texas; American Cancer Society, Atlanta, Georgia; Oregon Health and Science University, Portland Oregon; University of Utah, Salt Lake City, Utah; Kaiser Permanente Medical Center, Walnut Creek, California; University of Minnesota; University of Colorado, Denver, Colorado; University of Vermont, Burlington, Vermont, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas; Creighton University, Omaha, Nebraska; Eastern Virginia; Indiana University School of Medicine, Indianapolis Indiana.*

*Gastroenterology 2006;130:1872-1885.*