

# Vigilancia excesiva de cáncer colorrectal luego de una polipsectomía

## Excessive colonoscopic surveillance after polypectomy

Bohland V y col. Ann Intern Med. 2006; 145: 654-9.

### Objetivo

Determinar las recomendaciones de los médicos de atención primaria (MAP) para el seguimiento de cáncer colorrectal (CCR) luego de una polipsectomía y compararla con las de la Fuerza de Tareas Multisociedad de Cáncer Colorrectal de EEUU.

### Diseño

Estudio de corte transversal (encuesta postal nacional).

### Lugar

EE.UU.

### Participantes

Muestra aleatoria de 500 miembros del Colegio Americano de Médicos y 500 de la Academia Americana de Médicos de Familia.

### Medición de resultados principales

A cada médico se le preguntó cuando recomendaría repetir la colonoscopia en un hipotético hombre sano de 55 años, sin antecedentes familiares de CCR, en quien una colonoscopia hubiera arrojado los siguientes seis resultados: 1) pólipo hiperplásico, 2) adenoma tubular de 6 mm, 3) dos adenomas tubulares de 6 mm, 4) adenoma tubulovelloso de 12 mm, 5) adenoma tubular de 12 mm con displasia de alto grado, 6) sin pólipos pero con antecedentes de adenomas previos.

### Resultados

El 57% (568 médicos) respondieron. De éstos, el 61% repetiría la colonoscopia en no más de cinco años en los pacientes con pólipos hiperplásicos, el 71% en no más de tres en los portadores de adenomas tubulares, y el 80% en no más de tres en quienes se había hallado dos adenomas tubulares. Ver tabla 1.

**Tabla 1:** lapsos de vigilancia colonoscópica recomendados por la Guía de la Fuerza de Tareas Norteamericana y conductas que tomarían los médicos atención primaria de EEUU frente a un caso clínico hipotético.

Escenario clínico planteado	Recomendación USMSTF 2003 <sup>1</sup>	Lapsos para repetir la vigilancia elegidos por los médicos encuestados (en %)			
		Menos un año	Tres años	Cinco años	Más de cinco años
Pólipo hiperplásico	No especificado ( diez años?)	16%	16%	29%	35%
Adenoma tubular 6 mm	Cinco años	25%	46%	23%	3%
Adenoma tubular de 12 mm con displasia de alto grado	No especificado (breve)	85%	12%	2%	1%
Adenoma tubulovelloso de 12 mm	Tres años	59%	33%	6%	1%
Dos adenomas tubulares de 6 mm	Cinco años	37%	43%	15%	1%
Sin pólipos pero con el antecedente de un adenoma hace tres años	Cinco años	2%	21%	57%	18%

### Conclusión

Los médicos de atención primaria refieren realizar "sobre-vigilancia" colonoscópica -lapsos menores a los recomendados por la USMSTF- de lesiones polipoideas colorrectales, especialmente en las de bajo riesgo como pólipos hiperplásicos o un

único adenoma pequeño simple.

**Palabras claves:** cáncer colorrectal, vigilancia, médicos de atención primaria, rastreo.

**Keywords:** colorectal cancer, surveillance, primary care physicians, screening.

**Fuentes de financiamiento:** Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Cleveland.

## Comentario

El CCR proviene generalmente de un pólipo, tardando años en volverse invasor, lo que lo hace potencialmente "rastreadable" y tratable tempranamente. Sin embargo, una consecuencia inmediata de los programas de rastreo masivo es el diagnóstico de pólipos colónicos sin riesgo de malignización pero que obligan a un realizar un seguimiento. Teniendo en cuenta que el "mirar" el colon de nuestra población genera una "epidemia" de pólipos<sup>2</sup>, la vigilancia excesiva de lesiones de bajo riesgo, además de implicar efectos adversos, aumenta los costos de los sistemas de salud, y dada la finitud de los recursos -ej. disponibilidad de equipos y personal entrenado en video-colonoscopia- compromete la adecuada implementación del procedimiento en quienes sí lo requieran.

Este estudio de corte transversal<sup>3</sup> -diseño sencillo y económico- que comentamos tiene como objetivo establecer con qué frecuencia los MAP utilizan la colonoscopia para el seguimiento de un paciente polipsectomizado, comparándola con guías de práctica clínica. Sin embargo, sus resultados están basados en

auto-reportes del 57% de los profesionales encuestados sobre un caso clínico hipotético, lo que podría no coincidir con la práctica clínica real. Es difícil extrapolar estas conclusiones a la población general de MAP de EEUU, ya que si bien la muestra fue aleatoria y a nivel nacional, no podemos saber cuán representativa es de aquellos, dado que no fue informado que porcentaje se encontraba afiliado a las instituciones académicas participantes, ni se reportaron los intervalos de confianza de los resultados. Por último resaltamos que dada la confusión que genera la profusión de guías existentes, siempre son bienvenidas las guías conjuntas de varias asociaciones<sup>4</sup>.

### Conclusiones de la comentadora

Es posible que exista sobrevigilancia de lesiones colónicas de bajo riesgo. Sería interesante realizar un estudio en nuestro medio para evaluar objetivamente -no meramente por auto-reporte- la frecuencia con la que se solicita adecuadamente una colonoscopia de control luego de una polipsectomía.

**Melina Verna** [ Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. melina.verna@hospitalitaliano.org.ar ]

Recibido el 30/11/07 y aceptado el 11/01/08.

Melina V. ¿Vigilancia excesiva de cáncer colorrectal luego de una polipsectomía? .Evid. actual. práct. ambul; 11(1): 7, Ene-Feb.2008. Bohland V, Olds G, Singh J, Singh P, Chak A, Cooper GS. Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians. Ann Intern Med. 2006;145(9):654-9. PMID: 17088578.

### Referencia

1. Winawer S, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale. Update based on new evidence. Gastroenterology. 2003;124:544-60.
2. Kopitowski K. Rastreo del cáncer colorrectal. En: Adolfo Rubinstein et al. Medicina y Práctica Ambulatoria. 2da edición, Buenos Aires, Médica Panamericana 2006. Pág. 1979-1982.
3. Rubinstein R. Medicina Basada en la Evidencia. En: Adolfo Rubinstein et al. Medicina y Práctica Ambulatoria. 2da edición, Buenos Aires, Médica Panamericana 2006. Pág. 64-85.
4. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer and the American Society. Gastroenterology. 2006;130:1872-85.