

Asociación inversa entre la tasa de detección de adenomas y el intervalo del cáncer de colorrectal

Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death

Douglas A y col. N Engl J Med. 2014 April 3; 370(14):1298–1306.

Objetivo

Evaluar asociación entre la tasa de detección de adenomas por colonoscopia y la incidencia y mortalidad de cáncer colorrectal (CCR).

Diseño, lugar y pacientes

Cohorte retrospectiva realizada en EE.UU. Fueron analizadas 314.872 colonoscopias (entre 1998 y 2010) del registro de pacientes de la cobertura de salud Kaiser Permanent (136 gastroenterólogos).

Evaluación de factores pronósticos

Los resultados fueron ajustados por las características demográficas de

los pacientes, las indicaciones de la colonoscopia y las morbilidades coexistentes. Fue definido cáncer colorrectal del intervalo (CCRI) como aquel diagnosticado entre los seis y los diez años desde la realización de la colonoscopia índice.

Resultados principales

Fueron detectados 712 casos de CCRI. Comparando los quintiles extremos de las tasas de detección de adenomas, se observó una diferencia del riesgo relativo para el CCRI (RR 0,52; IC95% 0,39 a 0,69), el cáncer avanzado (0,43; 0,29 a 0,64) y el cáncer fatal (0,30; 0,22 a 0,65). Ver tabla 1.

Tabla 1. tasa de detección de adenomas y riesgo de cáncer colorrectal de intervalo (análisis por quintiles).

Detección de adenomas		Número de casos de CCR del intervalo	Hazard ratio (IC 95%) ^a
Quintiles de distribución	Tasa de detección		
1	7,35 a 19,05%	186	1,00 (referencia)
2	19,06 a 23,85%	144	0,93 (0,70 a 1,23)
3	23,86 a 28,40%	139	0,85 (0,68 a 1,06)
4	28,41 a 33,50%	167	0,70 (0,54 a 0,91)
5	33,51 a 52,51%	76	0,52 (0,39 a 0,69)

^aAjustado por edad, sexo, puntaje de comorbilidades de Charlson y motivo de indicación de la colonoscopia.

Cada 1% de aumento en la tasa de detección de adenomas se asoció con una disminución del 3% en el riesgo de CCR (HR 0,97; 0,96 a 0,98). Los endoscopistas que lograrían incrementar su tasa de detección de adenoma de desde menos de 19% a más de 34% prevenirían a diez años de seguimiento un cáncer cada 213 colonoscopias realizadas.

Conclusión

La incidencia de CCRI, los estadios avanzados y las muertes por este cáncer se encuentran inversamente asociados con la tasa de detección de adenomas por parte del endoscopista.

Fuente de financiación: no referida.

Comentario

Se denomina CCRI al diagnosticado después de un examen de detección o vigilancia en el que no se había detectado el cáncer, pero antes de la fecha del siguiente examen recomendado y es un importante indicador de la calidad y la eficacia de los programas de pesquisa¹. Se estima que ocurre un CCRI cada 27 CCRI, postulándose distintas teorías en su origen, como fal-las en la visualización de lesiones en la colonoscopia (lesiones planas, del colon proximal, déficit en la preparación intestinal, falta de experiencia del operador), cánceres que se desarrollaron a partir de lesiones precursoras perdidas e incompletamente reseadas o bien tumores poseedores de una biología con tiempos de crecimiento acelerados (lesiones de novo, lesiones aserradas)^{2,3,4,5,6}. Sin embargo, dado que sus características clínicas y de supervivencia no sugieren una biología más agresiva, existen buenas razones para pensar en los CCRI predominan las lesiones pérdidas⁷. Si bien existen varias estrategias para disminuir la incidencia de CCRI (preparación intestinal con dosis divididas y adecuadas al horario del estudio, optimización de la técnica de retirada del endoscopio, técnicas que garanticen polipectomías completas, y un cuidadoso examen patológico del tejido extirpado), el mayor énfasis se centra en cómo se entrenan los endoscopistas para adquirir y aplicar técnicas de alta calidad en sus estudios⁸. Si bien la preparación y la evaluación completa del colon es habitualmente informada, otros

parámetros de tipo técnico han sido definidos como indicadores de calidad (tiempo de retirada, tasa de detección de adenomas del endoscopista y del centro) no suelen ser comunicados en los informes de la colonoscopia ni son conocidos por los profesionales no especialistas que solicitan el estudio⁹. <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-cancer-colorrectal-intervalo-criterios-calidad-90187142> - bib10 Es imprescindible que tanto los especialistas que realizan las colonoscopias como los médicos que solicitan el estudio conozcan sus limitaciones de cara a introducir las en la práctica clínica habitual. Vale destacar que aún resta definir cuándo repetir una colonoscopia de cribado subóptima o con qué estudios complementarlo¹⁰; y por otro lado, es importante informar a los pacientes que, incluso una colonoscopia de alta calidad, no es perfectamente sensible para la detección de todas las neoplasias colónicas.

Conclusiones del comentador

La tasa de detección de adenomas da una aproximación de la calidad del endoscopista para hallar estas lesiones pero no informa como las trata (por la posibilidad de resecciones incompletas). Actualmente se sospecha de los pólipos aserrados como potenciales orígenes del CCRI.

Luis Díaz Oscar [Coloproctólogo, Hospital Provincial de Neuquén, nqn Luis@hotmail.es]

Díaz L. Asociación inversa entre la tasa de detección de adenomas y el intervalo del cáncer de colorrectal. Evid Act Pract Ambul. 2016;19(1):21. Ene-Mar. Comentario de: Corley DA, y col. Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death. NEJM. 2014;370(14):1298-306. PMID: 24693890.

Referencias

1. Sanduleanu S y Col. On behalf of the Expert Working Group on 'Right-sided lesions and interval cancers', Colorectal Cancer Screening Committee, World Endoscopy Organization. Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature. Gut. 2014, Sep 5.
2. Singh S y Col. Prevalence, risk factors, and outcomes of interval colorectal cancers: a systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2014 Sep; 109(9):1375-89.
3. Imperiale T y Col. Five-Year of colorectal neoplasia after negative screening colonoscopy. NEJM. 2008;359:1218-24.
4. Kaminski M y Col. Quality indicators for colonoscopy and the risk of interval cancer. NEJM. 2010;362:1795-803.
5. Cisyk A y Col. Establishing a biological profile for interval colorectal cancers. Dig Dis Sci. 2014 Oct;59(10):2390-402.
6. Samadder N y Col. Characteristics of missed or interval colorectal cancer and patient survival: a population-based study. Gastroenterology. 2014 Apr;146(4):950-60.
7. Erichsen R y Col. Characteristics and survival of interval and sporadic colorectal cancer patients: a nationwide population-based cohort study. Am J Gastroenterol. 2013 Aug;108(8):1332-40.
8. Patel S. y. Col. Prevention of interval colorectal cancers: what every clinician needs to know. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 Jan;12(1):7-15.
9. Burt R. y Col. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Colorectal cancer screening. J Natl Compr Canc Netw. 2010 Jan;8(1):8-61.
10. Patel S y Col. Prevention of interval colorectal cancers: what every clinician needs to know. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014 Jan;12(1):7-15.

