

SEGUIMIENTO TRAS POLIPECTOMÍA COLORRECTAL: UNA OPORTUNIDAD DE ORO PARA ESTABLECER PROTOCOLOS DESDE LAS UNIDADES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

COLORECTAL POLYPECTOMY FOLLOW-UP: AN OPPORTUNITY TO ESTABLISH PROTOCOLS FROM THE DIGESTIVE ENDOSCOPY UNITS

Díaz Alcázar, María del Mar; García Robles, Adelina; Martín-Lagos Maldonado, Alicia
UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada (España).

Recibido: 05/10/2020 | Revisado: 12/10/2020 | Aceptado: 09/11/2020

DOI: 10.15568/am.2021.812.cd02

Actual Med. 2021; 106(812): 109-110

Cartas al editor

Sr. Editor,

El número de pacientes que se someten a procedimientos endoscópicos está aumentando significativamente, y una de las principales indicaciones de colonoscopia es el seguimiento tras resección de pólipos y/o cáncer colorrectal. Con el empleo de endoscopia de alta definición, la prevalencia de adenomas se estima en hasta el 70% de la población cribada, lo que obliga a establecer políticas conservadoras para evitar la sobrecarga de las unidades de endoscopia digestiva y el consumo excesivo de recursos en sistemas sanitarios con recursos limitados (1). Por ello, antes de solicitar una colonoscopia por esta indicación se debe tener en cuenta que no todos los pólipos tienen potencial maligno y que no todos los individuos con antecedente de pólipos tienen riesgo aumentado de recurrencia (2). Además, aunque la mayoría de tumores se desarrollan a partir de pólipos premalignos, el proceso requiere muchos años de evolución (2).

Las recomendaciones para el seguimiento de lesiones de premalignas de colon se modifican continuamente. Por ejemplo, según la guía de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria de 2018 se recomienda colonoscopia a los 3 años cuando hay tres o más lesiones no avanzadas, considerando lesiones avanzadas aquellas de ≥ 10 mm, con histología vellosa o con displasia de alto grado, además de lesiones serradas de ≥ 10 mm o con displasia de cualquier grado (3). Sin embargo, guías clínicas publicadas poco después, como la de la Sociedad Británica de Gas-

troenterología en 2019 y la actualización de 2020 de la Sociedad Europea de Endoscopia Digestiva ya recomiendan que haya al menos 5 pólipos premalignos no avanzados para mantener esta recomendación de colonoscopia a los 3 años, además de no considerar la histología vellosa como lesión avanzada (1,2).

Estas guías utilizan como principio fundamental el equilibrio entre la eficacia del seguimiento endoscópico, la seguridad de los pacientes y la sobrecarga de las unidades de endoscopia digestiva (1). Asegurar la ausencia completa de pólipos premalignos en una colonoscopia basal de calidad, con limpieza adecuada, es una herramienta más importante en la prevención del cáncer colorrectal que el seguimiento sucesivo (1,2). Por otra parte, se considera que las colonoscopias diagnósticas implican un riesgo bajo de complicaciones, pero este riesgo puede aumentar en individuos de edad avanzada o con comorbilidades (1).

En definitiva, se requiere un esfuerzo conjunto de los especialistas de Aparato Digestivo y Atención Primaria para la aplicación rigurosa de estas recomendaciones guiadas por la mejor evidencia científica disponible actualmente con el fin último de la prevención primaria del cáncer colon, minimizando los riesgos a los que se exponen los pacientes cuando se someten a procedimientos invasivos. Dada la prevalencia de estas lesiones, la evidencia disponible es numerosa y las recomendaciones se modifican continuamente, por lo que es necesario un esfuerzo constante de actualización. Por ello, los especialistas de Aparato Digestivo deberían fa-

Correspondencia

María del Mar Díaz Alcázar

Hospital Universitario Clínico San Cecilio

Avda de la Investigación, s/n · 18016 Granada

E-mail: mmardiazalcazar@gmail.com

vorecer la labor del médico de Atención Primaria con la elaboración de protocolos locales. Además, el desarrollo tecnológico actual permite disponer de herramientas de comunicación telemática bidireccional rápida para facilitar la aplicación de estos documentos de consenso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM, Regula J, Bretthauer M, Chaussade S, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2020. *Endoscopy* 2020;52(8):687-700. DOI: 10.1055/a-1185-3109
2. Rutter MD, East J, Rees CJ, Cripps N, Docherty J, Dolwani S, et al. British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland/Public Health England post-polypectomy and post-colorectal cancer resection surveillance guidelines. *Gut* 2020;69:201-23. DOI: 10.1136/gutjnl-2019-319858.
3. Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Moreno FJ, Bellas-Beceiro B, Cofent-Vilaplana J, et al. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorectal. Actualización 2018. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(9):585-596. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2018.07.012

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A. Seguimiento tras polipectomía colorrectal: una oportunidad de oro para establecer protocolos desde las Unidades de endoscopia digestiva. *Actual Med*. 2021; 106(812): 109-110. DOI: 10.15568/am.2021.812.cd02