



DOCUMENTO DE CONSENSO

# Vigilancia de polipectomías en el cribado de cáncer de colon y recto.

Red de Programas de Cribado de  
Cáncer.

Noviembre de 2021

## Tabla de contenido

|  |    |
|--|----|
| Vigilancia de polipectomías en el cribado de cáncer de colon y recto.....                      | 1  |
| Red de Programas de Cribado de Cáncer. Noviembre de 2021 .....                                 | 1  |
| Grupo de Actualización de la Vigilancia .....  | 3  |
| Justificación de la actualización de la vigilancia .....                                       | 4  |
| Recomendaciones de seguimiento hasta 2020.....   | 5  |
| Nueva Guía Española .....  | 5  |
| Guías de Práctica Clínica. Conceptos .....   | 7  |
| Vigilancia de polipectomizados. Nuevas recomendaciones .....                                   | 7  |
| Criterios de calidad de la colonoscopia basal antes de las recomendaciones de vigilancia ..... | 7  |
| Escala de Boston .....   | 8  |
| Informe de la colonoscopia .....   | 9  |
| Clasificación de París de las lesiones neoplásicas superficiales del colon ...                 | 9  |
| Informe de anatomía patológica .....   | 10 |
| Lesiones avanzadas y no avanzadas .....  | 10 |
| Pólipos no recuperados.....  | 11 |
| Lesiones que no requieren vigilancia endoscópica.....  | 11 |
| Lesiones que requieren vigilancia endoscópica.....   | 12 |
| Situaciones especiales .....   | 12 |
| Cuándo repetir la colonoscopia dentro de los 6 meses siguientes .....                          | 13 |
| Derivación a consultas de alto riesgo .....  | 13 |
| Algoritmo de vigilancia .....  | 14 |
| Bibliografía .....   | 14 |

## Grupo de Actualización de la Vigilancia

- Coordinador.
  - Carlos Tourné García. Coordinador Regional del Programa de Prevención de Cáncer de Colon y Recto. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Región de Murcia.
- Participantes.
  - I. Aragón.
    - M<sup>a</sup> Isabel Cano del Pozo. Jefa de Servicio de Estrategias de Salud y Formación. Dirección General Asistencia Sanitaria.
    - Ángel Lanas Arbeloa. Jefe de Servicio de Digestivo del Hospital "Lozano Blesa" de Zaragoza. Coordinador Clínico del Programa de Cribado de Cáncer de Colon y Recto.
  - II. Islas Baleares.
    - Guillem Artigues Vives. Dirección General de Salud Pública y Participación.
  - III. Castilla-La Mancha.
    - M<sup>a</sup> Luisa Torijano Casalengua. Programas de Cribado de Cáncer. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
    - Ángel Pérez Sola. Ex Director Gerente del Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.
  - IV. Castilla y León.
    - Carmen Romero Hergueta. Jefe de la Sección de Programas Preventivos. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.
  - V. Ceuta.
    - Ana Isabel Rivas Pérez. Jefa del Servicio de Epidemiología.
  - VI. Comunidad de Madrid.
    - Agustín Albillos Martínez. Coordinador de PREVECOLON.
  - VII. Comunidad Foral de Navarra.
    - María Ederra Sanz. Jefe de la Sección de Detección Precoz. Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
  - VIII. Comunidad Valenciana.

- Susana Castán Cameo. Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.
- Dolores Salas Trejo. Ex Jefa de Servicio de Promoción de la Salud y Prevención en el Entorno Sanitario. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

IX. Galicia.

- Isabel Peña-Rey Lorenzo. Ex Jefa de Servicio de Programas Poblacionales de Cribado. Dirección General de Salud Pública.
- Ángel Gómez Amorín. Jefe de Servicio de Programas Poblacionales de Cribado. Dirección General de Salud Pública.

X. País Vasco.

- Isabel Portillo Villares. Coordinadora Programas de Detección del Cáncer Colorrectal y Cribado Prenatal.
- Isabel Bilbao Iturribarria. Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal.

XI. Región de Murcia.

- Olga Monteagudo Piqueras. Jefa de Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

## Justificación de la actualización de la vigilancia

1. Las actuales recomendaciones de la Guía Europea de Calidad en Cribado y Diagnóstico de Cáncer Colorrectal de 2011(1), suponen una sobrecarga para los hospitales y dificultan la extensión del cribado en el rango de edad recomendado.
  1. Alrededor del 20% de las colonoscopias que se hacen en mayores de 50 años corresponden al seguimiento de polipectomías(2).
  2. El valor predictivo para cáncer o adenoma avanzado de estas colonoscopias es muy bajo en comparación con las que se hacen para sangre oculta en heces positiva.
2. A final de 2018 la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Endoscopia

Digestiva, publicaron la Actualización 2018 de la Vigilancia tras resección de pólipos de colon y de cáncer colorrectal(2).

- Hasta final de 2021 la Comisión Europea no tiene previsto comenzar a trabajar sobre la actualización de Guía Europea, y se espera que necesitará unos dos o tres años para terminar.

Hasta entonces la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer, debe seguir informando al Ministerio de Sanidad y a la Comisión Europea, de los niveles de riesgo estratificados en la Guía Europea.

## Recomendaciones de seguimiento hasta 2020

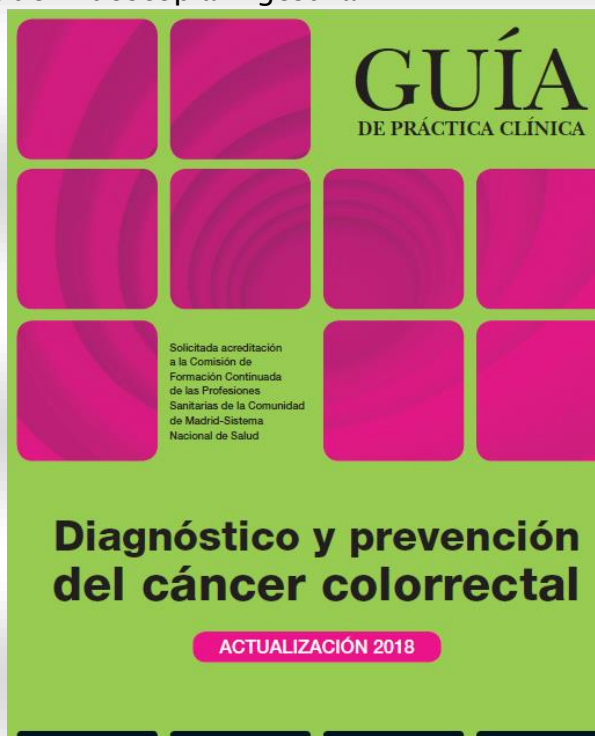
En la tabla siguiente se detallan las recomendaciones de los grupos internacionales más importantes, estratificadas por riesgo y tipo de lesión epitelial.

|  | Bajo Riesgo           | Riesgo Intermedio | Alto Riesgo | Serrados   |
|--|-----------------------|-------------------|-------------|--|
| Guía Europea(1)                                    | Cribado 5 años        | 3 años            | 1 año       | No recomendaciones   |
| European Society for Gastrointestinal Endoscopy(3) | Cribado 10 años       | 3 años            | 3 años      | 3 años ( $\geq 10$ mm o con displasia)<br>Cribado 10 años (resto)              |
| United States Multi-Society Task Force(4)          | Colono de 5 a 10 años | 3 años            | 3 años      | 3 años ( $\geq 10$ mm o con displasia)<br>5 años (serrado sésil sin displasia) |

## Nueva Guía Española

A finales de 2018 la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria publican la *Actualización de 2018 de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer*

colorrectal(5). Y paralelamente se publica el artículo *Vigilancia tras resección de pólipos de colon y de cáncer colorrectal. Actualización 2018*(2), firmado por las dos sociedades citadas, más la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva.



Model GASTRO-1352; No. of Pages 14

ARTICLE IN PRESS

Gastroenterol Hepatol. 2018;xxx(xx):xxx-xxx


**Gastroenterología y Hepatología**


www.elsevier.es/gastroenterologia

REVISIÓN

**Vigilancia tras resección de pólipos de colon y de cáncer colorrectal. Actualización 2018**

Carolina Mangas-Sanjuan<sup>a</sup>, Rodrigo Jover<sup>b\*</sup>, Joaquín Cubiella<sup>b</sup>, Mercè Marzo-Castillejo<sup>c</sup>, Francesc Balaguer<sup>d</sup>, Xavier Bessa<sup>e</sup>, Luis Bujanda<sup>f</sup>, Marco Bustamante<sup>g</sup>, Antoni Castells<sup>h</sup>, José Diaz-Tasende<sup>h</sup>, Pilar Díez-Redondo<sup>i</sup>, Maite Herráiz<sup>j</sup>, Juan José Mascort-Roca<sup>k</sup>, María Pellisé<sup>l</sup>, Enrique Quintero<sup>l</sup> y Grupo de Cribado del Cáncer Colorrectal de la Sociedad Española de Epidemiología

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Digestiva, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Ourense, España

<sup>c</sup> Unitat de Suport a la Recerca Metropolitana Sud-Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP), Cornellà de Llobregat, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínic de Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Barcelona, España

<sup>e</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>f</sup> Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad del País Vasco, San Sebastián, Guipúzcoa, España

<sup>g</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>h</sup> Servicio de Medicina de Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>i</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

<sup>j</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España

<sup>k</sup> Centre d'Atenció Primària La Florida Sud, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>l</sup> Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 6 de julio de 2018; aceptado el 12 de noviembre de 2018

**PALABRAS CLAVE**  
Cáncer colorrectal;  
Colonoscopia;

**Resumen** La evidencia disponible para estratificar el riesgo de presentar un cáncer colorrectal metastásico tras la extracción de pólipos colorrectales y determinar los intervalos de vigilancia es limitada y se basa en estudios observacionales. No obstante, a la espera de nuevas eviden-

## Guías de Práctica Clínica. Conceptos

Las Guías de práctica clínica aportan información a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas.

Las condiciones clínicas pueden justificar formas de actuación diferentes a las recomendaciones.

No se deben interpretar como un estándar legal de cuidados.

## Vigilancia de polipectomizados. Nuevas recomendaciones

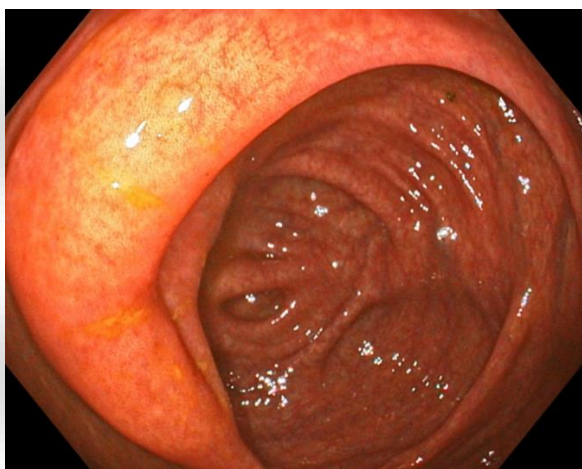
Las recomendaciones de vigilancia son para individuos asintomáticos y sin antecedentes personales o familiares relevantes de cáncer de colon y recto.

**Textos o flecha en rojo: aclaraciones o ligeros añadidos que no están en la Guía de Práctica Clínica o en el artículo de actualización de la vigilancia.**

## Criterios de calidad de la colonoscopia basal antes de las recomendaciones de vigilancia

La colonoscopia basal debe reunir unos criterios de calidad antes de emitir las recomendaciones de vigilancia:

1. Inspección total del ciego, incluidos válvula ileocecal y orificio apendicular.
  - a. **Adjuntar fotografía que incluya el orificio apendicular y pliegue característico del ciego.**



2. Informe sobre la calidad de la limpieza del colon adecuada según una escala validada **segmentaria**.
  - a. **Escala de Boston CD+CT+CI. Y Global.**

#### Escala de Boston

| Colon                | Derecho<br>(Ciego y<br>ascendente) | Transverso | Izquierdo<br>(Descendente,<br>sigma y recto) | Global |
|----------------------|------------------------------------|------------|--|--------|
| Grado de<br>limpieza | 0-3                                | 0-3        | 0-3  | 0-9    |

La puntuación se obtiene tras lavar o aspirar los restos líquidos y/o movilizar los restos sólidos, lo que refleja la práctica real de la colonoscopia.

Si un endoscopista aborta un procedimiento debido a una preparación inadecuada, a cualquier segmento proximal no visualizado se le asigna un puntaje de 0. Si aborta por otro motivo, a dichos segmentos se le asigna un puntaje de X.

0: Segmento de colon no preparado, con mucosa no vista debido a heces sólidas que no pueden eliminarse.

1: Parte de la mucosa del segmento del colon vista, pero otras áreas del segmento del colon no se ven bien debido a tinción, heces residuales y/o líquido opaco.

2: Cantidad sin importancia de tinción residual, pequeños fragmentos de heces y/o líquido opaco, pero la mucosa del segmento de colon se ve bien.

3: Mucosa entera del segmento de colon vista bien sin tinción residual, fragmentos de heces o líquido opaco.

Ejemplo de informe de limpieza: Boston 2+3+1. 6.

En el cribado se exige que no haya ningún tramo con puntuación menor de 2.



### Informe de la colonoscopia

El informe de la colonoscopia debe incluir (según el panel de expertos de la World Endoscopy Organization)(6):

1. Número total de pólipos, de pólipos extirpados y de pólipos recuperados
  - a. En frascos numerados.
2. Tamaño de cada pólipo en mm
3. Localización de cada pólipo por segmentos
4. Morfología de cada pólipo. **Clasificación de París**
5. Método de extirpación de cada pólipo
6. Evaluación de la integridad de la resección
7. Si la resección es en bloque o fragmentada

### Clasificación de París de las lesiones neoplásicas superficiales del colon

Las lesiones neoplásicas epiteliales del colon se clasifican por su morfología en(7):

1. Polipoideas
  - a. Pediculadas 0-Ip
  - b. Pseudopediculadas 0-Isp
  - c. Sésiles 0-Is
2. No polipoideas
  - a. Planas
    - i. 0-IIa ligeramente elevada
      1. Si mayor de 10 mm:
        - a. LST-G homogénea: lesión de extensión lateral granulada (3-7% invasión submucosa)
        - b. LST-G Mixta: (granulada con 1 o más nódulos dominantes mayores de 1 cm) (23% invasión submucosa)
        - c. LST-NG lesión de extensión lateral no granulada (15% invasión submucosa)
          - i. IIa + IIc: ligeramente elevada con depresión central

- ii. IIc + IIa: ligeramente deprimida con bordes elevados
- ii. 0-IIb plana
- iii. 0-IIc ligeramente deprimida
- b. Excavadas (úlceras) 0-III (añadida a la clasificación de la bibliografía)

### Informe de anatomía patológica

El informe de anatomía patológica debe incluir:

1. Número total de adenomas y de pólipos serrados
2. Diagnóstico histopatológico de cada pólipo
3. Presencia de componente vellosos en cada pólipo
4. Grado de displasia de cada pólipo
5. **Afectación de márgenes en pólipos con displasia de alto grado o  $\geq 20$  mm.**
  - a. No poder valorar los márgenes en el resto de pólipos no suele ser clínicamente relevante (con mucha frecuencia se han traumatizado o electrocoagulado durante la extirpación)

### Lesiones avanzadas y no avanzadas

Las lesiones adenomatosas se consideran avanzadas si cumplen uno de los tres criterios siguientes:

1. Adenoma con componente vellosos ( $> 20\%$ )
2.  $\geq 10$  mm de diámetro
3. Displasia de alto grado.

Y se consideran no avanzadas en el caso de:

- Adenoma tubular ( $\geq 80\%$ ) menor de 10 mm y con displasia de bajo grado.

Las lesiones serradas (pólipos hiperplásicos, lesiones sésiles serradas y adenoma serrado tradicional) se consideran avanzadas si cumplen uno de los siguientes criterios:

1.  $\geq 10$  mm

2. Presentan displasia (se recuerda que los pólipos hiperplásicos nunca tienen displasia)

Los pólipos hiperplásicos en recomendaciones previas no eran consideradas lesiones avanzadas independientemente de su tamaño.

Y se consideran no avanzadas si cumplen los dos siguientes criterios:

1. < 10 mm.
2. No presentan displasia.

## Pólipos no recuperados

- Los pólipos no recuperados se consideran como adenomas tubulares con displasia de bajo grado a la hora del recuento (**salvo que el endoscopista, gracias a las nuevas ópticas con magnificación, esté seguro de que es un pólipo hiperplásico, en cuyo caso primará su criterio**)
- Para establecer la recomendación de vigilancia, las lesiones no recuperadas se sumarán a las recuperadas.
  - Se considerarán pólipos hiperplásicos las lesiones no recuperadas de recto y sigma cuando cumplan los dos siguientes criterios:
    - Sean menores de 10 mm
    - **El endoscopista no las informe específicamente como adenomatosas o serradas no hiperplásicas.**

## Lesiones que no requieren vigilancia endoscópica

- Lesiones serradas no avanzadas.
- 1-2 adenomas no avanzados.

En estos casos se recomienda cribado poblacional en 5-10 años (**se recomienda invitar a los 69 si cuando cumple 70, hace más de 5 años de la colonoscopia**)

- Este grupo de pacientes tiene una reducción del riesgo de muerte por CCR del 25 % respecto a la población general.

## Lesiones que requieren vigilancia endoscópica

- $\geq 1$  lesión avanzada
- o  $\geq 3$  adenomas no avanzados

### Colonoscopia a los 3 años

- Si lesiones que no precisan vigilancia.
  - Colonoscopia a los 5 años.
    - Si lesiones que no precisan vigilancia.
      - Cribado poblacional con SOHi en 10 años (o a los 69 si cuando cumple 70, hace más de 5 años de la colonoscopia)

## Situaciones especiales

- Lesión sésil o plana  $\geq 20$  mm con resección fragmentada.
  - La tasa de recidiva a los 3–6 meses en estas lesiones puede ser de hasta el 32 %<sup>(8)</sup>.
  - En estas lesiones, el lugar debe ser tatuado en el momento de la extirpación.
  - Colonoscopia dentro de los 6 meses siguientes para biopsiar la escara
    - Colonoscopia al año (salvo nueva resección fragmentada de una lesión sésil/plana  $\geq 20$  mm)
      - Si lesiones que no precisan vigilancia
        - Colonoscopia a los 3 años
          - Si lesiones que no precisan vigilancia
            - Colonoscopia a los 5 años
              - Si lesiones que no precisan vigilancia

- Cribado poblacional con SOHi en 10 años (o a los 69 si cuando cumple 70, hace más de 5 años de la colonoscopia)

## Cuándo repetir la colonoscopia dentro de los 6 meses siguientes

Debe repetirse lo colonoscopia dentro de los 6 meses siguientes cuando concurra al menos una de estas circunstancias:

- No haya podido hacerse la intubación cecal
- La preparación sea insuficiente. Boston menor de 2 en cualquier tramo.
- Alguna lesión haya quedado reseca de forma incompleta

## Derivación a consultas de alto riesgo

Los criterios para derivar a consultas de alto riesgo son:

1.  $\geq 10$  adenomas.
  - Posibles síndromes de cáncer hereditario.
2.  $\geq 5$  pólipos serrados (PS) proximales a sigma, **de los cuales**  $\geq 2$  PS  $\geq 10$  mm proximales al sigma, o  $\geq 10$  pólipos con  $\geq 50\%$  de PS.
  - Posibles síndromes de poliposis serrada.
3. pT1 no quirúrgico.

Derivar a comités de cáncer o consultas de Alto Riesgo de Colon.

Fin de la vigilancia con colonoscopia

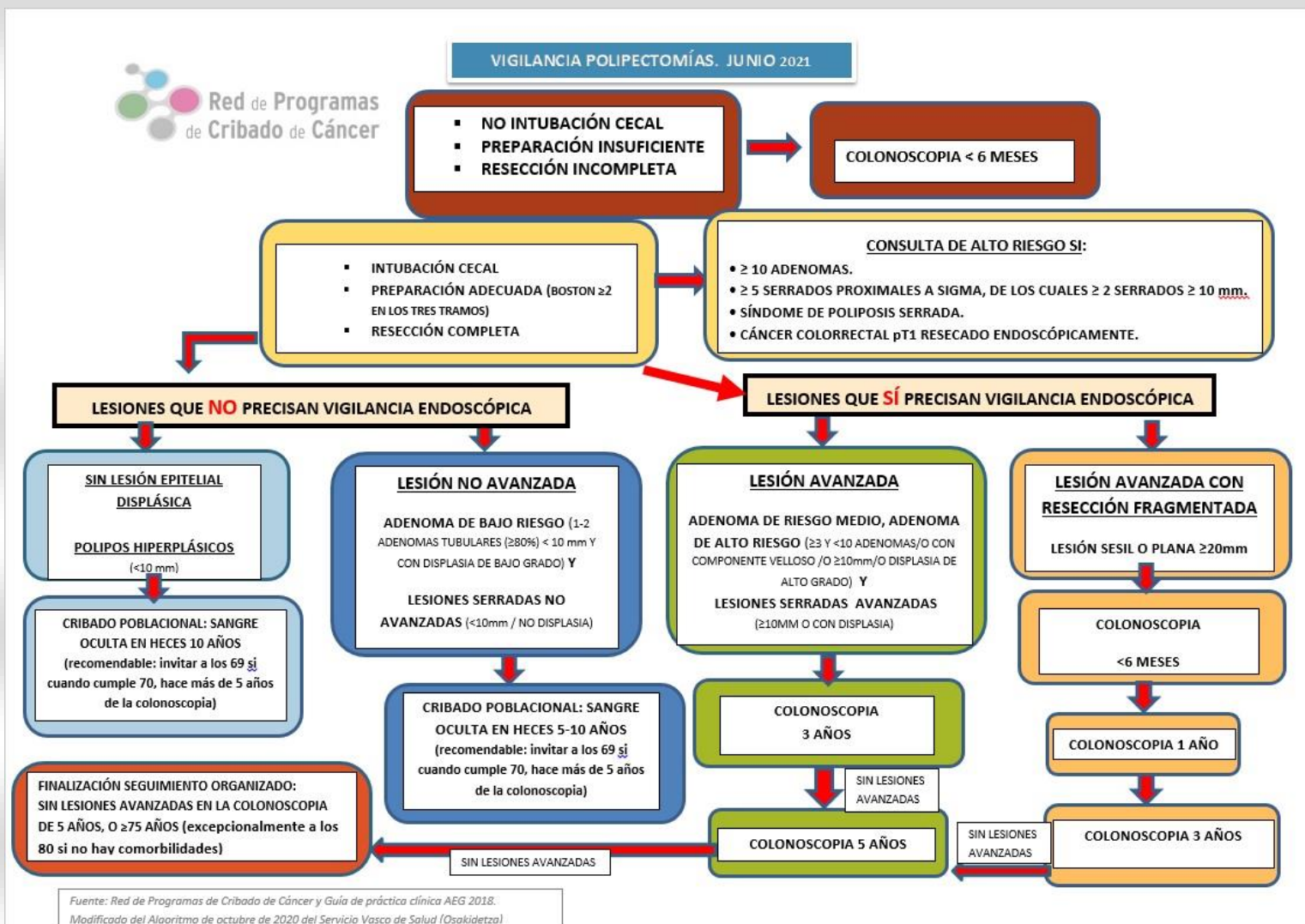
El seguimiento organizado con colonoscopia se suspende:

- Tras dos\* colonoscopias de seguimiento sin lesiones que requieran vigilancia.

- Al cumplir 75 años (excepcionalmente a los 80 si no hay comorbilidades)

\*En el caso de que se parta de las situaciones especiales, tras la revisión de la escara se recomiendan tres colonoscopias de seguimiento sin lesiones que requieran vigilancia, antes de finalizar las revisiones endoscópicas.

## Algoritmo de vigilancia



## Bibliografía

- Segnan N, Patnick J, von Karsa L, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis - First Edition. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. Luxembourg: European Commission; 2010. 1-1432 p.

2. Mangas-Sanjuan C, Jover R, Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Balaguer F, Bessa X, et al. Endoscopic surveillance after colonic polyps and colorectal cancer resection. 2018 update. *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42(3):188-201.
3. Hassan C, Quintero E, Dumonceau J-M, Regula J, Brandão C, Chaussade S, et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy [Internet]*. 2013 Oct;45(10):842-51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24030244>
4. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: A consensus update by the us multi-society task force on colorectal cancer. *Gastroenterology [Internet]*. 2012;143(3):844-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2012.06.001>
5. Cubiella J, Marzo M, Mascort-Roca J, Amador-Romero F, Bellas B, Clofent J, et al. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. International Marketing & Communication S.A., editor. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2018. 297 p.
6. Jover R, Dekker E, Schoen RE, Hassan C, Pellise M, Ladabaum U, et al. Colonoscopy quality requisites for selecting surveillance intervals: A World Endoscopy Organization Delphi Recommendation. *Dig Endosc [Internet]*. 2018 Nov [cited 2021 Apr 26];30(6):750-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29971834>
7. Albéniz Arbizu E, Pellisé Urquiza M, Alberca de las Parras F, Alonso Aguirre P, Álvarez MA, Barquero Declara D, et al. Guía clínica para resección endoscópica de pólipos de colon y recto. Sociedad Española de Endoscopia Digestiva. 2017.
8. Knabe M, Pohl J, Gerges C, Ell C, Neuhaus H, Schumacher B. Standardized long-term follow-up after endoscopic resection of large, nonpedunculated colorectal lesions: A prospective two-center study. *Am J Gastroenterol*. 2014 Feb;109(2):183-9.