



# Seguimiento de los pólipos intestinales

## Juanjo Mascort Roca

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida. Unitat de Gestió d'Atenció Primària L'Hospitalet Nord. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

## Mercè Marzo Castillejo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva. Unitat de Suport a la Recerca - IDIAP Jordi Gol Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

### Puntos clave

- El cribado del cáncer colorrectal (CCR) es una estrategia coste-efectiva para disminuir la incidencia y la mortalidad por CCR.
- La colonoscopia se debe realizar bajo sedación, con una preparación adecuada y ha de ser completa (tiene que llegar hasta el ciego). Si no se cumplen estas condiciones, habrá que valorar la repetición de la colonoscopia.
- La presencia de adenomas avanzados y de múltiples adenomas ( $\geq 3$ ) son los factores de riesgo más importantes para desarrollar un CCR.
- Se define un adenoma avanzado por la presencia de displasia de alto grado, o componente vellosa, o tamaño  $\geq 10$  mm.
- En los pacientes con  $\geq 5$  adenomas o al menos uno  $\geq 20$  mm, el intervalo recomendado es de 1 año.
- En los pacientes que presentan 3-4 adenomas, o algún adenoma de 10-19 mm, o componente vellosa, o displasia de alto grado, el intervalo recomendado es de 3 años.
- En los pacientes con 1-2 adenomas tubulares de pequeño tamaño ( $< 10$  mm) y displasia de bajo grado, el intervalo recomendado es de 5 años.
- En los pacientes con pólipos serrados que presenten displasia (adenomas serrados sésiles [ASS] con displasia o adenomas serrados tradicionales [AST]) o un tamaño  $\geq 10$  mm, o  $\geq 3$  pólipos serrados proximales al recto-sigma, el intervalo recomendado es de 3 años.
- En los pacientes con pólipos serrados (pólipos hiperplásicos [PH] o ASS) sin displasia, proximales al recto-sigma y  $< 10$  mm, el intervalo recomendado es de 5 años.
- Pacientes con pólipos hiperplásicos  $< 10$  mm y situados en recto o sigma deben ser incluidos en el programa de cribado poblacional o realizar una colonoscopia transcurridos 10 años.
- Los individuos con historia familiar de adenoma colorrectal tienen un mayor riesgo de CCR. La historia

clínica debe recoger antecedentes familiares de CCR o adenomas colorrectales en dos o tres generaciones.

- El nivel de riesgo está relacionado con el número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad del familiar afectado en el momento del diagnóstico de CCR.

### Introducción

El CCR es el segundo tumor más frecuente en nuestro medio, tanto en hombres como en mujeres, por detrás del cáncer de pulmón y de mama, respectivamente<sup>1</sup>. La incidencia del CCR ocupa la primera posición cuando se considera al conjunto de la población<sup>1</sup>.

El riesgo de CCR varía entre poblaciones e individuos y depende en gran medida de factores hereditarios, pero también de los factores dietéticos, ambientales o relacionados con el estilo de vida, los cuales son potencialmente modificables<sup>2,3</sup>.

El CCR no solo es una neoplasia susceptible de prevención primaria (evitar los factores de riesgo), sino que constituye el paradigma de las neoplasias susceptibles de prevención secundaria (cribado): se conoce su evolución natural, es posible eliminar la lesión precursora (pólipos) y detectar el CCR en fases iniciales, y se dispone de un tratamiento que resulta más efectivo cuando se diagnostica en un estadio precoz. El cribado del CCR es una estrategia altamente coste-efectiva para disminuir la incidencia y la mortalidad por CCR<sup>4,5</sup>.

En el año 2009, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud aprobó la propuesta de realizar cribado poblacional del CCR en personas entre 50 y 69 años con periodicidad bienal, mediante el test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi)<sup>6</sup>. La progresiva implantación de los programas de cribado en las distintas comunidades autónomas está ocasionando un aumento considerable del número de colonoscopias realizadas, derivadas de la positividad del test de SOHi, así como de seguimiento y

control de aquellos casos con presencia de adenomas. De la misma manera, el acceso a la colonoscopia desde Atención Primaria (AP) se traduce en un aumento de hallazgos de pólipos y CCR.

Por otro lado, para conseguir detectar el máximo de lesiones y para establecer los intervalos de seguimiento, se debe asegurar la calidad de la colonoscopia, se realice o no en el contexto de un programa de cribado<sup>2</sup>. La colonoscopia se debe hacer bajo sedación, con una preparación (limpieza) adecuada y debe ser completa (tiene que llegar hasta el ciego). Si no se cumplen estas condiciones, habrá que valorar su repetición.

Así mismo, una colonoscopia de alta calidad ha de permitir establecer recomendaciones de seguimiento y vigilancia adecuadas. Para ello, es fundamental disponer de un informe endoscópico descriptivo y claro con los resultados de la colonoscopia y de la anatomía patológica. En el informe debería constar el número, el tamaño, la localización y la histología de los pólipos detectados<sup>2</sup>.

Por todo lo expuesto, ante el aumento exponencial del número de colonoscopias solicitadas y con la exigencia de realizar colonoscopias con una calidad adecuada, habrá que racionalizar los recursos disponibles y probablemente aumentarlos. Igualmente, desde AP, habrá que mejorar la idoneidad de las indicaciones, conocer la actitud que seguir ante un paciente con pólipos y realizar un seguimiento adecuado, seleccionar a la población de riesgo, saber cuándo debe solicitarse una derivación a atención especializada y cuándo dar un consejo para estudio genético y también, y no menos importante, hacer el seguimiento de los familiares de estos pacientes.

## Definición y clasificación de los pólipos

Se denomina pólipo a todo tumor circunscrito que protruye desde la pared hacia la luz intestinal. Es importante tener en cuenta que tan solo uno de cada 20 pólipos evoluciona a CCR<sup>7</sup>. La gran mayoría de los CCR se desarrollan a partir de un pólipo adenomatoso (70–80%) o un pólipo serrado (20–30%).

Por su morfología, pueden ser pediculados o sésiles.

Por su histología, se clasifican en: adenomatosos (60–70%), serrados (10–30%) y el resto (10–20%), que incluye los pólipos inflamatorios, juveniles, hamartomatosos y otras lesiones no mucosas.

- **Pólipos adenomatosos.** Se clasifican en tubulares (85%), tubulovelloso (10%) y vellosos (5%; más de un 50% de componente vellosos). Pueden ser de bajo o alto grado de displasia (o carcinoma *in situ*). La presen-

cia de **adenomas avanzados** (definidos por la presencia de displasia de alto grado, o componente vellosos, o tamaño  $\geq 10$  mm) y la presencia de múltiples adenomas ( $\geq 3$ ) son los factores de riesgo más importantes para desarrollar un CCR.

- **Pólipos serrados.** Antes llamados hiperplásicos, comprenden un grupo heterogéneo de lesiones con una característica común: la presencia de una arquitectura en «dientes de sierra» en el epitelio de la cripta, con o sin displasia. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) los divide en tres categorías<sup>8</sup>:
  - **Pólipos hiperplásicos (PH).** Constituyen el 10–30% de todos los pólipos colónicos. Representan, aproximadamente, el 75% de todos los pólipos serrados. Son más prevalentes en personas de edad avanzada y suelen localizarse en la parte distal del colon (sigma) y en el recto. No requieren un seguimiento específico fuera del programa de cribado<sup>8</sup>.
  - **Adenomas serrados sésiles (ASS).** Representan el 15–25% de los pólipos serrados y se encuentran principalmente en el colon proximal. Pueden presentar displasia y, por lo tanto, pueden malignizar<sup>9</sup>.
  - **Adenomas serrados tradicionales (AST).** Representan el 1–6% de los pólipos serrados. Presentan displasia y son más frecuentes en el colon izquierdo y con riesgo de transformación neoplásica.

El riesgo de malignización de los pólipos serrados vendrá dado por las características histológicas (ASS con o sin displasia y AST), el número, el tamaño  $\geq 10$  mm y la localización proximal del colon<sup>8,9</sup>.

El síndrome de la poliposis serrada (SPS) se caracteriza por la presencia de numerosos pólipos de estirpe serrada, que pueden ser de gran tamaño, con historia familiar y un riesgo excepcionalmente alto de CCR (se ha estimado de hasta el 70%). Se debe recomendar que sean incluidos en un programa de estrecha vigilancia endoscópica. Actualmente se considera recomendable la realización de una colonoscopia total anual de alta calidad<sup>9</sup>.

- **Pólipos inflamatorios.** Se forman como consecuencia del proceso regenerativo de un foco inflamatorio, y carecen de potencial de degeneración neoplásica.

## Recomendaciones sobre la vigilancia endoscópica de los pólipos

Estas recomendaciones están basadas en los documentos de consenso utilizados en nuestro entorno, entre ellos el de la Clínica de Alto Riesgo de CCR del Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas del Hospital Clínico Universitario de Barcelona<sup>10</sup>, y el programa AEGastrum como material de soporte para los profes-

sionales dentro del Programa de Detección Precoz del CCR<sup>7</sup>. Estos consensos basan sus recomendaciones en la guía de práctica clínica (GPC)<sup>2</sup> de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCI); la US Multi-Society Task Force estadounidense<sup>11</sup> y la guía europea para la garantía de calidad en la detección del CCR y el diagnóstico<sup>12</sup>.

A continuación se exponen las recomendaciones de vigilancia endoscópica de los pólipos, reflejadas en el algoritmo (figura 1); en la tabla 1 se incluyen los criterios de derivación a la atención especializada<sup>7</sup>:

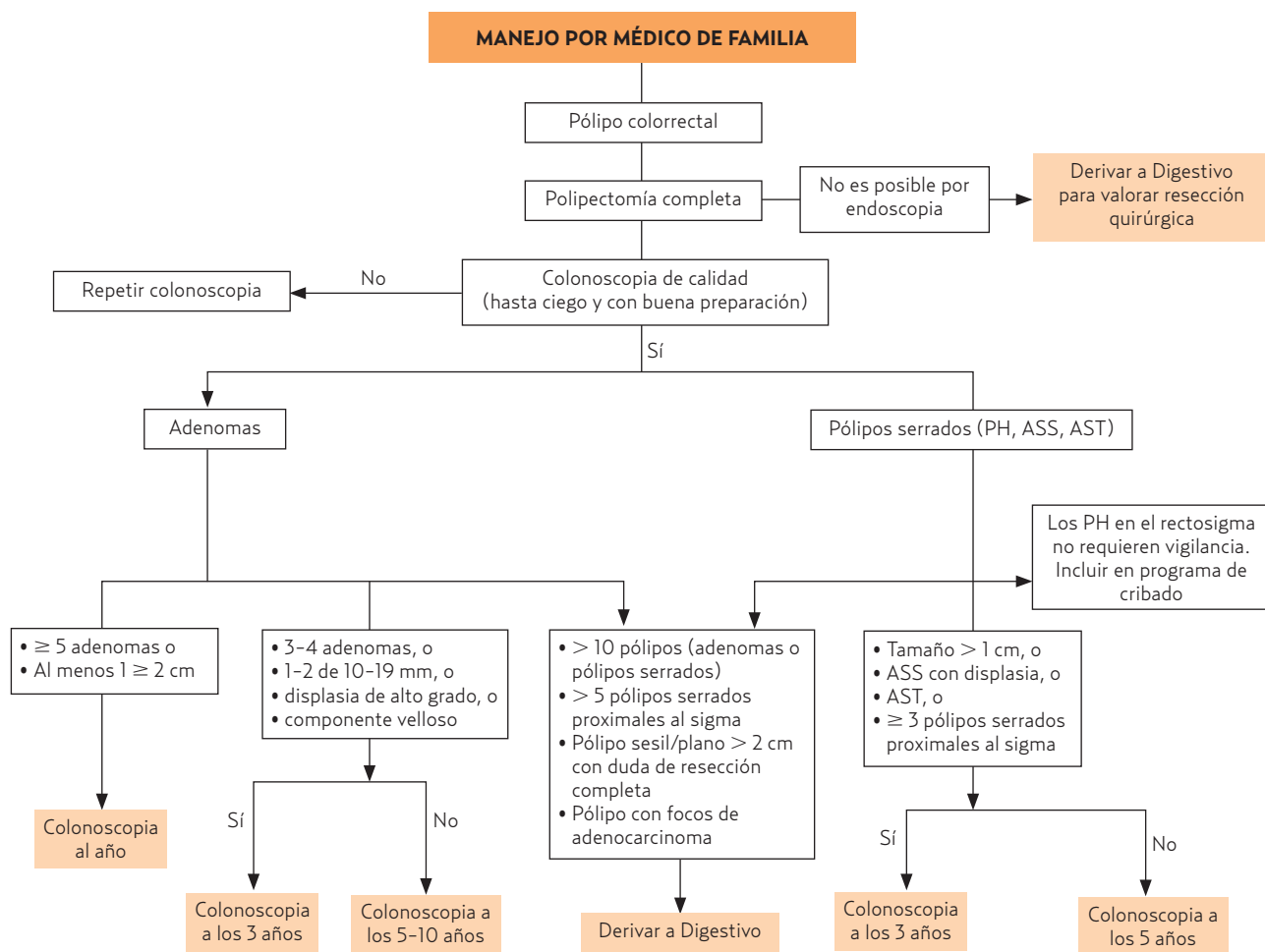
- En los pacientes con  $\geq 5$  adenomas o al menos uno  $\geq 20$  mm, el intervalo recomendado es de 1 año. Si en

esta exploración no se identifican adenomas, el siguiente intervalo es de 3 años.

- En los pacientes que presentan 3-4 adenomas, o algún adenoma de 10-19 mm, o componente vellosa, o displasia de alto grado, el intervalo recomendado es de 3 años. Si en esta exploración no se identifican adenomas, el siguiente intervalo es de 5 años.
- En los pacientes con 1-2 adenomas tubulares de pequeño tamaño ( $< 10$  mm) y displasia de bajo grado, el intervalo recomendado es de 5 años. Si en esta exploración no se identifican adenomas, el siguiente intervalo es de 10 años.
- En los pacientes con pólipos serrados que presenten displasia (ASS con displasia o AST) o un tamaño  $\geq 10$  mm, o  $\geq 3$  pólipos serrados proximales al rectosigma, el intervalo recomendado es de 3 años.

FIGURA 1

### Algoritmo de vigilancia endoscópica de los pólipos



ASS: adenomas o pólipos serrados sésiles; AST: adenomas serrados tradicionales; PH: pólipos hiperplásicos. Adaptado de: AEGastrum<sup>7</sup>.

TABLA 1

### Criterios de derivación a atención especializada

- Pacientes con  $\geq 10$  adenomas, en una sola exploración o acumulados a lo largo del tiempo, para valorar la posibilidad de un síndrome de poliposis adenomatosa familiar
- Pacientes con múltiples pólipos serrados ( $\geq 10$  en total, o  $\geq 5$  proximales al recto-sigma), para valorar la posibilidad de un síndrome de poliposis serrada
- Pacientes con pólipos con foco de adenocarcinoma
- Ante pólipos irreseccables
- En caso de polipectomía incompleta
- Pacientes con antecedentes familiares de primer grado de CCR que justifiquen su valoración en las unidades especializadas de alto riesgo (consejo genético)
- Pacientes con antecedentes familiares de síndromes hereditarios (síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar, síndrome de poliposis serrada, poliposis asociada al gen MUTYH) para su valoración en las unidades especializadas de alto riesgo (consejo genético)
- No poder solicitar una colonoscopia
- Dudas sobre el seguimiento postpolipectomía

CCR: cáncer colorrectal.  
Fuente: AEGastrum<sup>7</sup>.

- En los pacientes con pólipos serrados (PH o ASS) sin displasia, proximales al recto-sigma y  $< 10$  mm, el intervalo recomendado es de 5 años.
- Ante pólipos hiperplásicos  $< 10$  mm y situados en recto o sigma, estos pacientes deben ser incluidos en el programa de cribado poblacional o realizar una colonoscopia transcurridos 10 años.

Asimismo, se deben tener en cuenta los siguientes puntos:

- En caso de duda de resección completa (pólipo  $\geq 20$  mm resecado en fragmentos), se debe comprobar la extirpación con una nueva colonoscopia a los 3-6 meses.
- Ante la pérdida de pólipo resecado, se recomienda considerarlos como potenciales adenomas, y realizar la recomendación en función de su tamaño.
- En el supuesto de que se detecten adenomas y pólipos serrados en la misma exploración, se aconseja la estrategia que conlleve el intervalo más corto.
- En las colonoscopias sucesivas, el intervalo de vigilancia se basará en los hallazgos de la última colonoscopia.

### Cáncer colorrectal familiar

El CCR familiar hace referencia a aquella situación en la que existen antecedentes familiares de CCR, pero no se cumplen ni los criterios clínicos ni los moleculares de los síndromes hereditarios conocidos<sup>2</sup>.

Los individuos con historia familiar de adenoma colorrectal tienen un mayor riesgo de CCR. La historia clínica debe recoger antecedentes familiares de CCR o adenomas colorrectales en dos o tres generaciones.

El nivel de riesgo está relacionado con el número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad del familiar afectado en el momento del diagnóstico de CCR y ello condiciona las recomendaciones. El riesgo aumenta más en presencia de familiares de primer grado (padres y hermanos) afectados de CCR, pero también, aunque de forma más discreta, en presencia de familiares de segundo grado (abuelos, tíos, sobrinos) y de tercer grado (bisabuelos y primos).

La vigilancia endoscópica reduce la incidencia y la mortalidad del CCR en individuos con historia familiar de CCR. El cribado de CCR en individuos de alto riesgo, por presentar antecedentes familiares de CCR, requiere realizar una colonoscopia con intervalos menores y a una edad más precoz.

Los profesionales de AP deben identificar a los individuos con un riesgo incrementado de CCR a partir de factores familiares y derivarlos a las unidades especializadas, donde se valorará la solicitud de pruebas moleculares o estudios genéticos en función del riesgo.

Las recomendaciones establecidas están basadas en los documentos de consenso utilizados en nuestro entorno, entre ellos el Programa de Prevención y control del cáncer del Institut Català d'Oncologia (ICO)<sup>15</sup> y las recomendaciones de la GPC<sup>2</sup> de la AEG, la semFYC y el CCI:

- Individuos con familiares de primer grado:
  - Tres o más familiares: siempre se deben derivar a una unidad especializada de alto riesgo.
  - Dos familiares  $< 60$  años en el momento del diagnóstico: se deben derivar a una unidad especializada de alto riesgo.
  - Dos familiares  $> 60$  años en el momento del diagnóstico: colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años de edad (o 10 años antes de la edad del diagnóstico del familiar afectado más joven, lo primero que ocurra).
  - Un familiar  $< 60$  años en el momento del diagnóstico: colonoscopia 5 años antes de la edad del diagnóstico de este familiar afectado (o 10 años antes de la edad del diagnóstico del familiar afectado más joven, lo primero que ocurra). Si la edad del familiar es  $< 50$  años, valorar derivar a una unidad especializada de alto riesgo.
  - Un familiar  $> 60$  años en el momento del diagnóstico: seguir la misma recomendación que para la población de riesgo medio (SOHi cada 2 años, colonoscopia cada 10 años), pero a partir de los 40 años.

- Individuos con familiares de segundo grado:
  - Más de dos familiares afectados: seguir la misma recomendación que para la población de riesgo medio (SOHi cada 2 años, colonoscopia cada 10 años), pero a partir de los 40 años.
  - Un familiar afectado: seguir las recomendaciones de la población de riesgo medio (SOHi cada 2 años, colonoscopia cada 10 años), iniciando el cribado a partir de los 50 años.
- Individuos con familiares de tercer grado:
  - En todos los casos se deben seguir las recomendaciones de la población de riesgo medio (SOHi cada 2 años, colonoscopia cada 10 años), iniciando el cribado a partir de los 50 años.

### Poliposis colorrectales

Las poliposis colorrectales (poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Peutz-Jeghers, poliposis juvenil, etc.) constituyen un grupo de síndromes caracterizados por la aparición de múltiples pólipos en el intestino grueso con alto riesgo de desarrollar un CCR, por lo que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior, así como el estudio de los familiares con riesgo de desarrollar la enfermedad, deberán ser realizados por el especialista y preferentemente en un centro con experiencia en formas hereditarias de CCR.

### Documentos de consenso y actualización de recomendaciones

Para homogeneizar las recomendaciones de seguimiento de los pólipos, de los familiares de pacientes con pólipos o CCR, así como la descripción de las lesiones y los informes de las exploraciones para facilitar la toma de decisiones, es necesario elaborar documentos de consenso o GPC entre la AP y la atención especializada, con actualizaciones periódicas en las que quede bien establecida la periodicidad en el seguimiento. Se deben establecer circuitos adecuados de derivación y mecanismos de consulta, no necesariamente presenciales, para disminuir las dudas o situaciones de incertidumbre y evitar solicitar endoscopias muchas veces no indicadas o con periodicidad no recomendada.

### Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Disponible en: <http://globo.iarc.fr>, accessed on 12/01/2016.
2. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Amador FJ, Andreu M, Bellas B, et al. Guía de Práctica Clínica. Prevención del Cáncer Colorrectal. Actualización 2009. Gastroenterol Hepatol. 2009;32:717-58.
3. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín C, Nuin-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Vilarrubí-Estrella, et al., Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPs de semFYC. Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria. 2014;46(Supl.4):24-41.
4. Whynes DK, Neilson AR, Walker AR, Hardcastle JD. Faecal occult blood screening for colorectal cancer: is it cost-effective? Health Econ. 1998;7:21-9.
5. Calonge N, Petitti DB, DeWitt TG, Dietrich AJ, Gregory KD, Harris R, et al. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;149(9):627-37.
6. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Centro de Publicaciones; 2010.
7. Moreira L, Ferrández A; AEGastrum. Protocolos de actuación conjunta entre médicos de familia y gastroenterólogos. Revisión del paciente pospolipectomía. Asociación Española de Gastroenterología (AEG), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Volumen 1, n.º 2, 2013.
8. Sabela-Carballal S, Moreira L, Balaguer F. Pólipos serrados y síndrome de poliposis serrada. Cir Esp. 2013;91:141-8.
9. Rodríguez-Moranta F, Rodríguez-Alonso L, Guardiola Capon J. Síndrome de poliposis serrada. Cir Esp. 2014;92:643-4.
10. Instituto Clínic de Enfermedades Digestivas y Metabólicas (ICM-DiM). Clínica de Alto Riesgo de Cáncer Colorrectal. <http://www.hospitalclinic.org/es/asistencia/atencion-hospitalaria/enfermedades-digestivas-y-metabolicas/clinica-de-alto-riesgo-de-cancer-colorrectal>
11. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR; United States Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines for colonoscopy surveillance after screening and polypectomy: a consensus update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2012;143(3):844-57.
12. Atkin WS, Valori R, Kuipers EJ, Hoff G, Senore C, Segnan N, et al. International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Colonoscopic surveillance following adenoma removal. Endoscopy. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE151-63.
13. Programa de detecció precoz de càncer colorrectal. Material de suport per a professionals. Institut Català d'Oncologia. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.