

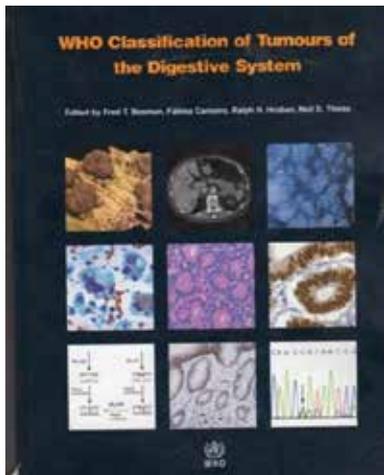
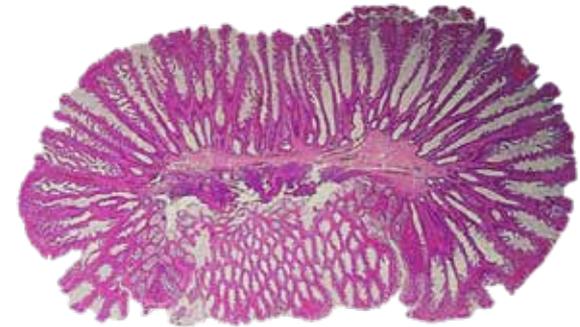
Incidencia de neoplasia colónica en pacientes con Síndrome de Poliposis Serrada durante la vigilancia endoscópica: estudio multicéntrico

Sabela Carballal, Daniel Rodríguez-Alcalde, Leticia Moreira, Luis Hernández, Lorena Rodríguez, Francisco Rodríguez-Moranta, Victoria Gonzalo, Luis Bujanda, Xavier Bessa, Carmen Poves, Joaquín Cubiella, Inés Castro, Mariano González, Eloísa Moya, Susana Orquiñena, Joan Clofent, Enrique Quintero, Pilar Esteban, Virginia Piñol, Francisco Javier Fernández, Rodrigo Jover, Lucía Cid, Esteve Saperas, María López-Cerón, Miriam Cuatrecasas, Jorge López-Vicente, María Liz Leoz, Liseth Rivero, Antoni Castells, María Pellisé, y Francesc Balaguer

Financiación: Beca Gonzalo Miño 2013



Pólipos Serrados



Clasificación de los pólipos serrados (OMS 2010)

- q Pólipo hiperplásico (PH)
- q Adenoma /pólipo serrado sesil (ASS/PSS)
- q Adenoma /pólipo serrado tradicional (AST/PST)



Vía Serrada
20-30% CCR esporádicos

De Sousa EMF. Nature medicine 2013
Leggett B, Gastroenterology 2010

Síndrome de Poliposis Serrada (SPS)

Definición (OMS 2010):

Criterio I: ≥ 5 pólipos serrados proximales a sigma (al menos 2 ≥ 10 mm)

Criterio II: Cualquier número de pólipos serrados proximales al colon sigmoides en un individuo con un FPG con SPS.

Criterio III : ≥ 20 pólipos serrados de cualquier tamaño en todo el colon

*WHO Classification of tumours of the digestive system
FT Bosman, F Carneiro, RH Hruban, ND Theise. 4th Ed. 2010*

Incidencia

1/151 (0,66%) Colonoscopias basadas en TSOH+ (Guayaco).

1/294 (0,33%) Colonoscopias basadas en TSOH+ (FIT+)

Biswas et al. Gut 2012, Moreira et al. Gut 2012



SPS y riesgo de Cáncer colorrectal (CCR)

✓ Primeras series de casos:

- ✓ Riesgo acumulado: **7% a los 5 años**
- ✓ CCR al diagnóstico de SPS en el **50%**
- ✓ Frecuente el **CCR de intervalo**

✓ Expertos y sociedades científicas



Vigilancia endoscópica ANUAL y resección de todas las lesiones >3mm

Rubio et al, Endoscopy 2006
Chow et al, Gastroenterology 2006
Boparai et al, Gut 2010
Kalady et al, Dis.Col. Rectum 2011
Edelstein et al, Gastroenterology 2011

SPS y riesgo de CCR: evidencia actual

Tipo de estudio	Retrospectivo, multicéntrico	
Número de pacientes	296 ¹	434 ²
Incidencia acumulada CCR (5 años)	1,9%	1,5%
Factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none">• ASS proximales• PS DAG proximales	<ul style="list-style-type: none">• PS con displasia• Adenoma avanzado• Criterios I +III
Manejo: endoscópico vs IQ	73,3% vs 26,7%	76,5% vs 23,5%

¹ Carballal S, et al. Gut, 2015

² J.E.G Ijspeert, et al. Gut, 2015

Estudio prospectivo 42 pacientes con SPS:

- Seguimiento anual con polipectomía PS ≥ 3 mm
- Derivación adecuada a IQ =12 (24%)

Ningún CCR a los 3 años de seguimiento

Hipótesis

- ✓ La incidencia de CCR en pacientes con SPS es menor a la descrita inicialmente
- ✓ Los intervalos de vigilancia actuales deberían basarse en factores de riesgo específicos

Objetivo

- ✓ Describir la **incidencia** de neoplasia durante la vigilancia endoscópica de pacientes con SPS
- ✓ Identificar qué **factores clínicos** y **lesiones de la colonoscopia basal predicen** la aparición de neoplasia avanzada durante la vigilancia

Métodos

Diseño

Población a estudio:

- q Estudio **multicéntrico** : **18 centros** españoles con experiencia en manejo de SPS
- q Inclusión retrospectiva de pacientes ≥ 18 años con **SPS** (OMS 2010)
- q Exclusión: síndromes hereditarios , enfermedad inflamatoria intestinal
- q Periodo de inclusión: **marzo 2013-abril 2015**

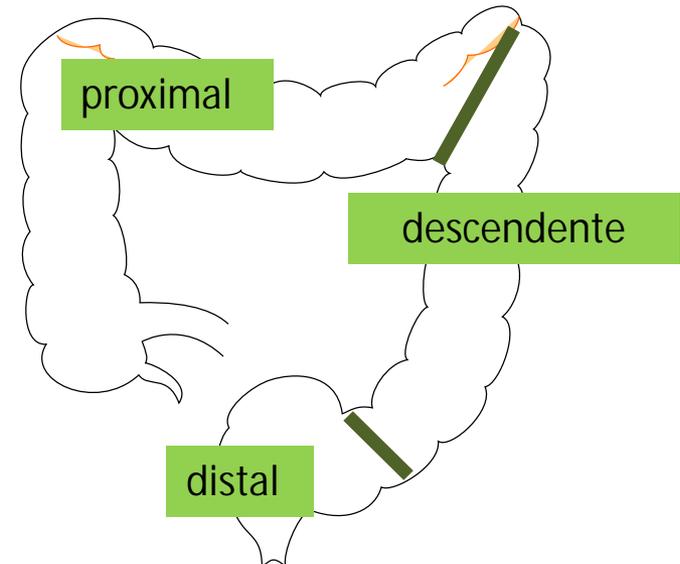
Información clínica: edad, sexo, IMC, tabaquismo, H^a familiar

Información endoscópica e histológica:

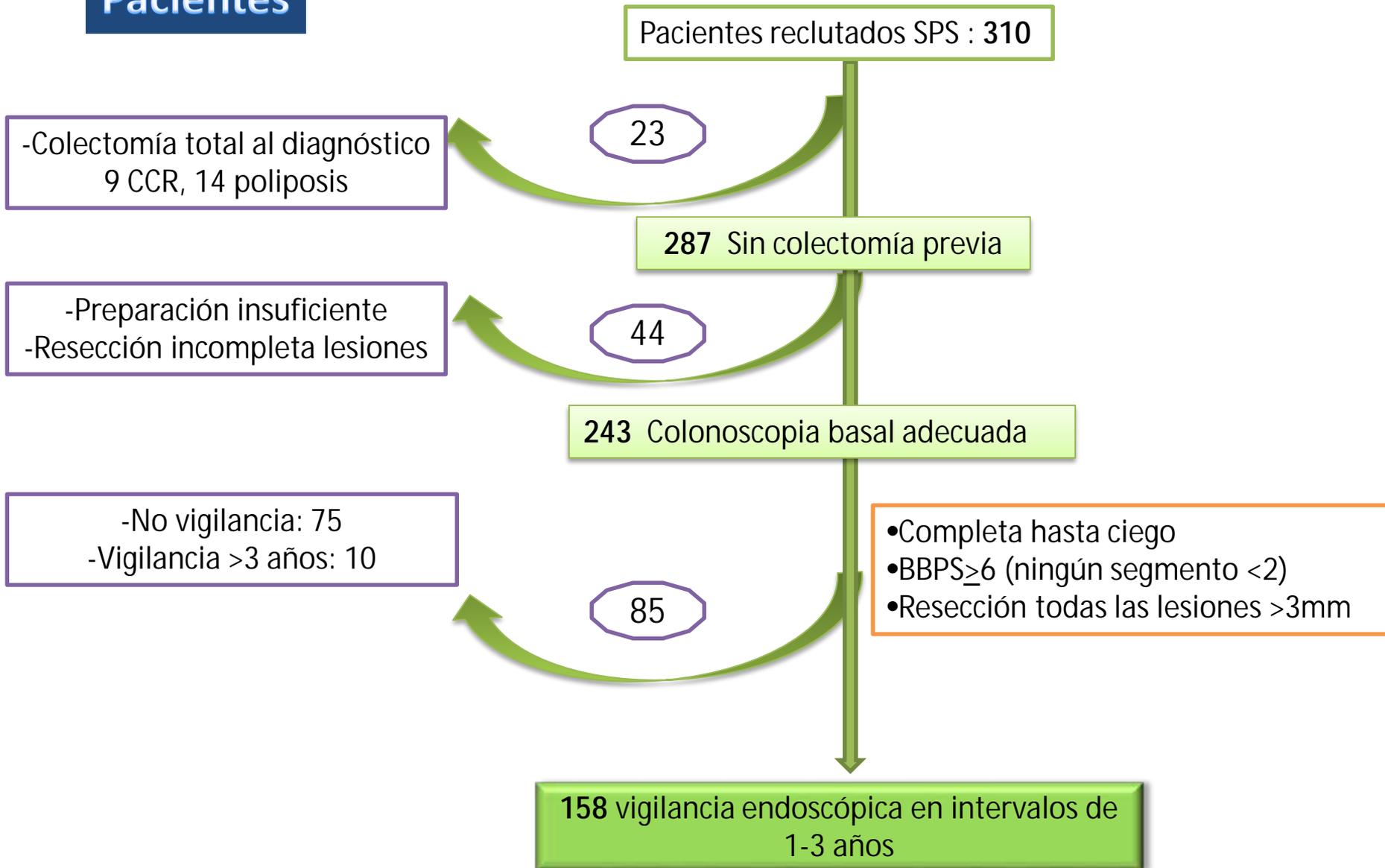
- Colonoscopias: fecha, tipo, preparación de las colonoscopias
- Informes quirúrgicos: tipo de colectomía, descripción de los hallazgos

Información de las lesiones

- q **Pólipos serrados**
 - § Tamaño
 - § Localización
 - § Subtipo histológico (PH, ASS, AST)
 - § Displasia asociada (DBG, DAG o CCR im)
- q **Adenomas:** n^o, tamaño, avanzados...
- q **Tumores invasivos:**
 - § Tamaño
 - § Localización
 - § Histología, estadio, tratamiento.



Pacientes



Definiciones

✓ Adenoma avanzado

- Tamaño ≥ 1 cm
- Componente Velloso
- Displasia alto grado (DAG)

✓ Pólipo serrado avanzado :

- Tamaño ≥ 1 cm
- Pólipo serrado con displasia
 - Adenoma serrado sésil (ASS) con displasia de bajo o alto grado
 - Adenoma serrado tradicional (AST)

✓ Neoplasia avanzada

- Cáncer invasivo (CCR)
- Pólipo serrado avanzado
- Adenoma avanzado

Resultados

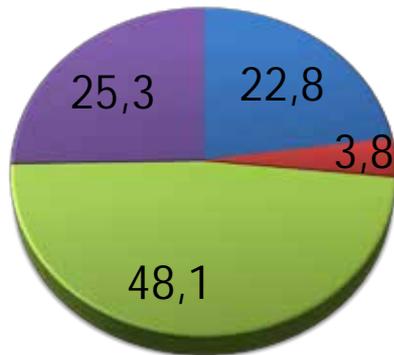
Pacientes

Características demográficas y clínicas

N 158

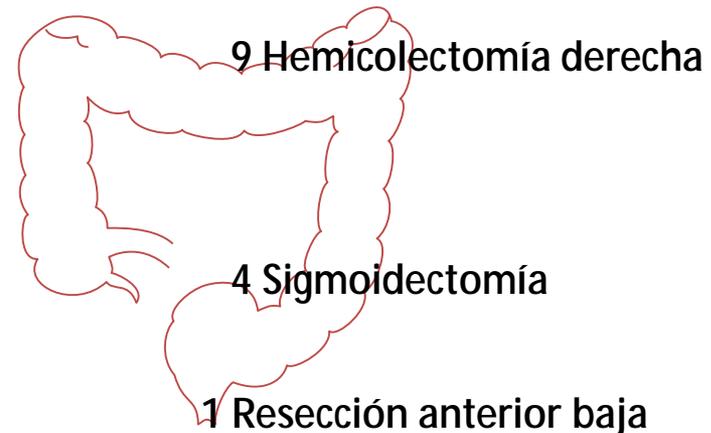
✓ Edad al diagnóstico de SPS ,media (desviación típica)	53 (9,8) años
✓ Sexo (femenino)	71 (45%)
✓ IMC >25	115/ 152 (75,7%)
✓ Tabaco	80/111 (72,1%)
✓ AF de primer grado de CCR	54 (34,2%)
✓ AF SPS	13 (8,2%)

Criterios OMS (2010)



- Criterio I
- Criterio II
- Criterio III
- Criterios I y III

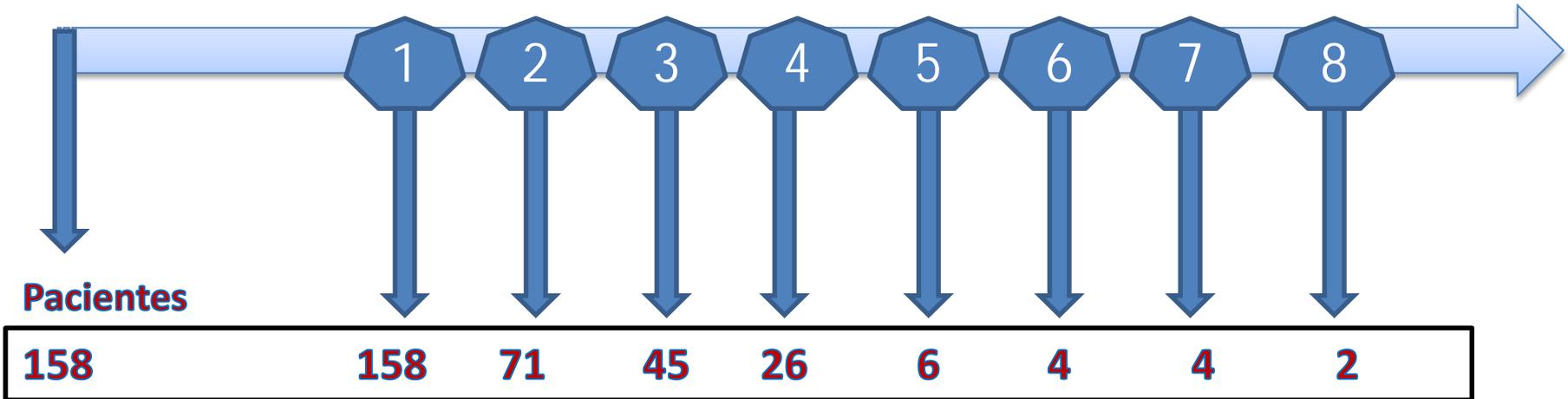
CCR previo: 14 (8,8%)



Colonoscopias

COLONOSCOPIA BASAL

COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA



Colonoscopias:

- ✓ Numero total colonoscopias de seguimiento: 321
- ✓ Por paciente, mediana (rango): 2 (1-8)
- ✓ Intervalo entre medio entre exploraciones: 15 (\pm 5,3) meses

Seguimiento medio: 32 (\pm 25) meses

Lesiones en la colonoscopia basal

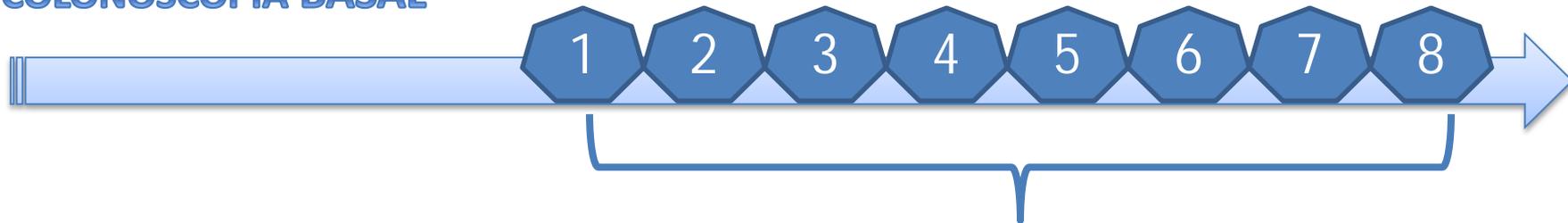
COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA

COLONOSCOPIA BASAL

Lesión	Pacientes , N° (%)
Cáncer invasivo	0 (0%)
PS avanzado	75 (47,4%)
Adenomas avanzados	35 (22%)
Neoplasia avanzada	82 (51,8%)

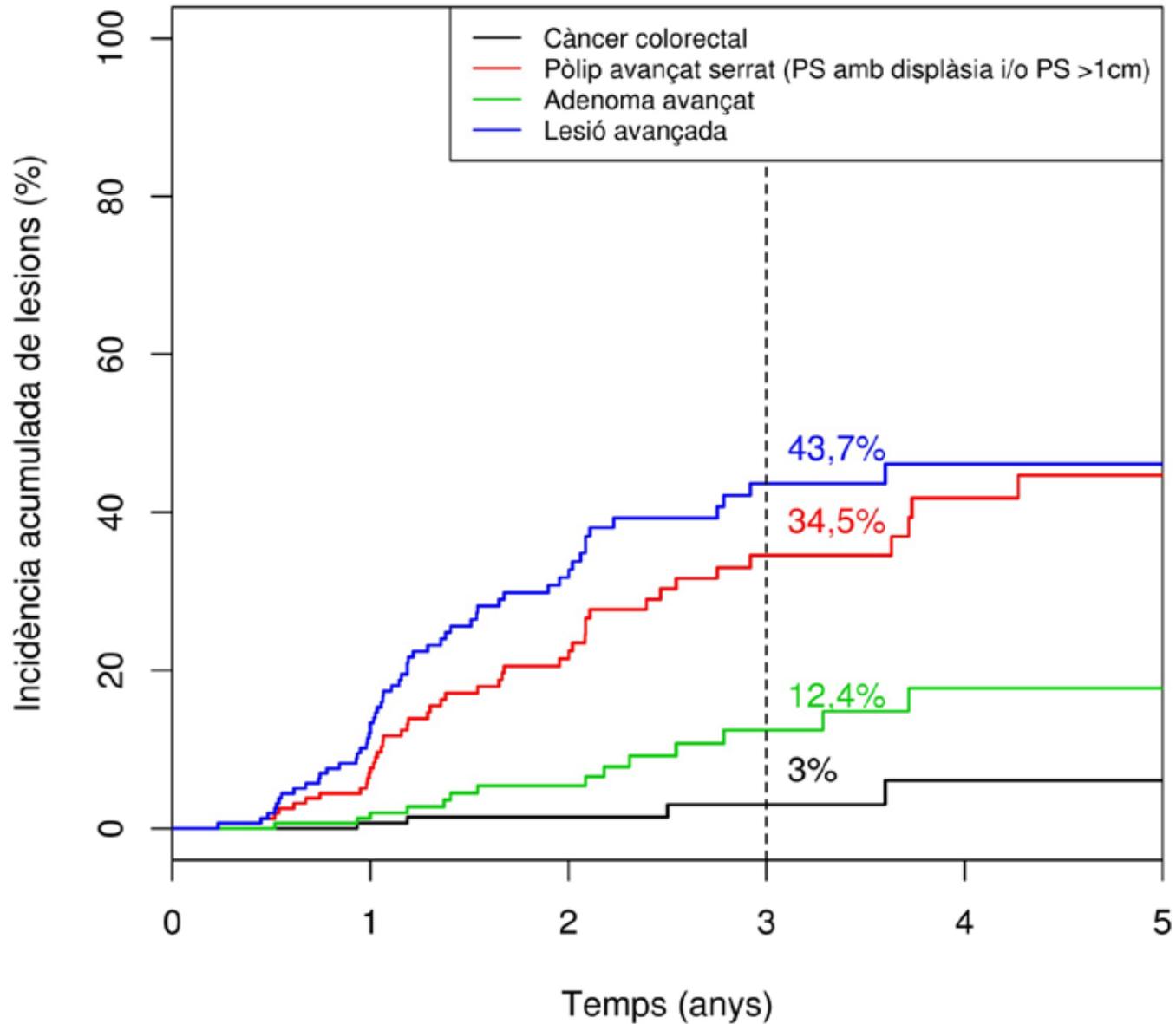
Incidencia de lesiones en la vigilancia

COLONOSCOPIA BASAL



COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA

Incidència acumulada de neoplasia durant la vigilància endoscòpica



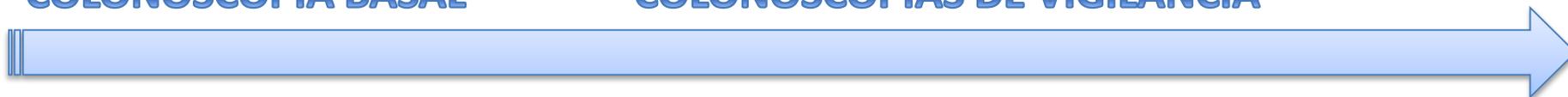
Cáncer incidente= 4

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad (años)	68	54	66	62
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Criterio (OMS, 2010)	III	I+III	I+III	I+III
Nº colonoscopias vigilancia previas	3	2	2	7
Intervalo desde última colonoscopia	26	13	6	11
Indicación endoscopia	vigilancia	vigilancia	vigilancia	vigilancia
Histología	ADK	MANEC	ASS + ADK	ADK
Tamaño (mm)	10	25	9	4
Localización	Transverso	Transverso	Ascendente	Sigma
Morfología	Lesión ulcerada	0-IIa+IIc	0-Is+IIc	0-IIa
Estadío	I	IV	I	I

Factores clínicos asociados a neoplasia avanzada durante la vigilancia

COLONOSCOPIA BASAL

COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA



Factores clínicos	Neoplasia avanzada durante la vigilancia		p
	No (101)	Sí (57)	
•Edad años(mediana)	58	54	0,144
•Sexo (mujer)	41 (40,5%)	30 (52,6%)	0,215
•IMC \geq 25	52 (51,4%)	28 (73,6%)	0,785
•Tabaco	78 (77,2%)	37 (64,9%)	0,219
•AF de CCR	40 (39,6%)	14 (24,5%)	0,056
•AF de SPS	11 (10,8%)	2 (3,5%)	0,105
•Criterios I y III	14 (13,8%)	26 (45,6%)	0,000
•AP CCR	8 (7,9%)	6 (10,5%)	0,580

Factores clínicos asociados a neoplasia avanzada durante la vigilancia

COLONOSCOPIA BASAL

COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA



Factores clínicos	Neoplasia avanzada durante la vigilancia		p
	No (101)	Sí (57)	
•Edad años(mediana)	58	54	0,144
•Sexo (mujer)	41 (40,5%)	30 (52,6%)	0,215
•IMC \geq 25	52 (51,4%)	28 (73,6%)	0,785
•Tabaco	78 (77,2%)	37 (64,9%)	0,219
•AF de CCR	40 (39,6%)	14 (24,5%)	0,056
•AF de SPS	11 (10,8%)	2 (3,5%)	0,105
• Criterios I y III	14 (13,8%)	26 (45,6%)	0,000
•AP CCR	8 (7,9%)	6 (10,5%)	0,580

Lesiones de la colonoscopia basal asociadas a neoplasia avanzada durante la vigilancia

COLONOSCOPIA BASAL

COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA



Lesiones en la colonoscopia basal	Neoplasia avanzada durante la vigilancia		p
	No (101)	Sí (57)	
PÓLIPOS SERRADOS Número ; mediana (RIC)	11 (6-20)	11 (6-17)	0,350
✓ PS \geq 1 cm	35 (34,6%)	37 (64,9%)	0,000
✓ PS proximales (149)	67 (70,9%)	45 (83,3%)	0,082
✓ PS con DAG	1 (0,9%)	2 (3,5%)	0,265
✓ PS avanzados	36 (35,6%)	39 (68,4%)	0,000
ADENOMAS Numero (medio, DT)	1 (0-3)	1 (0-2)	0,600
✓ Adenomas avanzados	17 (16,8%)	14 (24,5%)	0,204
NEOPLASIA AVANZADA	41 (40,6%)	41 (71,9%)	0,000

Lesiones de la colonoscopia basal asociadas a neoplasia avanzada durante la vigilancia

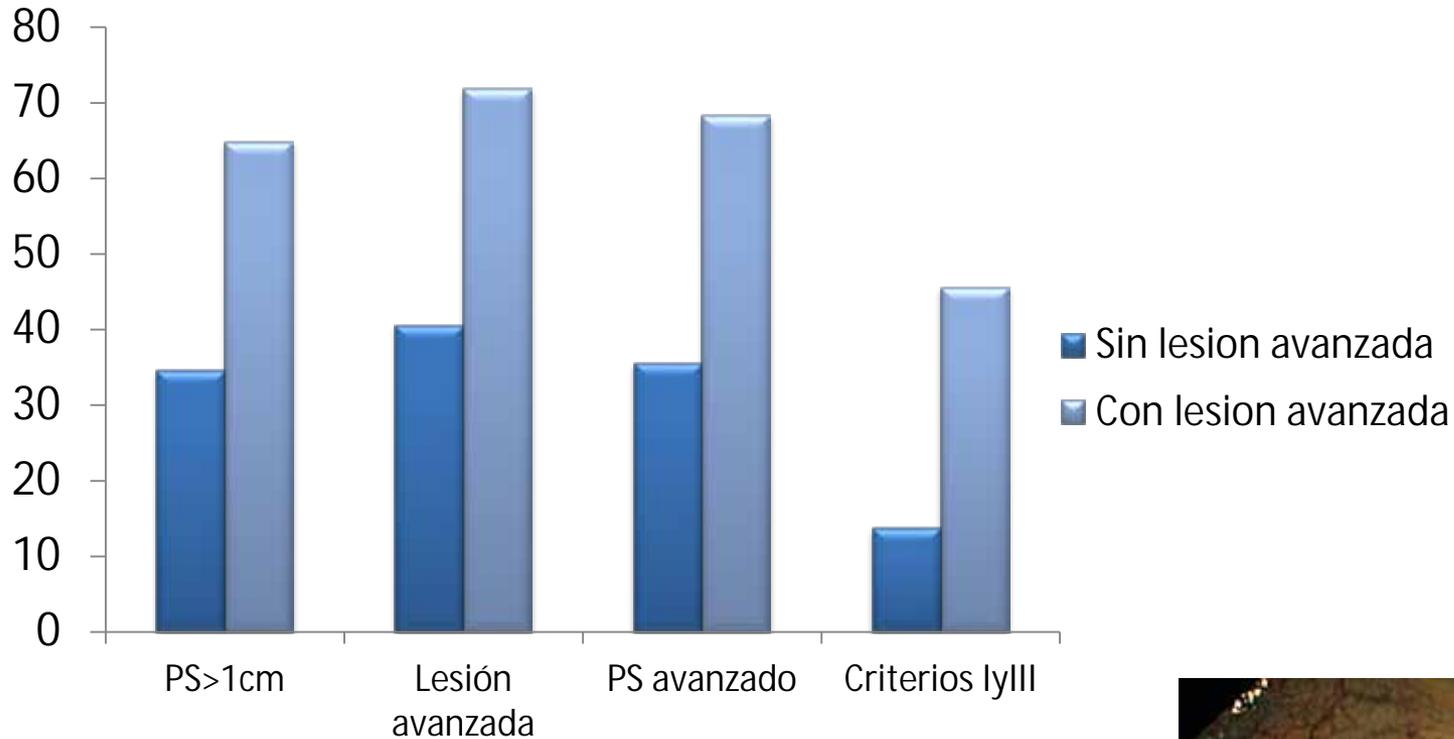
COLONOSCOPIA BASAL

COLONOSCOPIAS DE VIGILANCIA

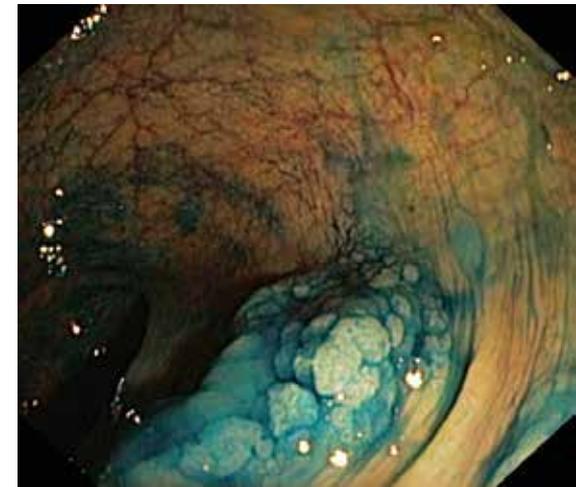


Lesiones en la colonoscopia basal	Neoplasia avanzada durante la vigilancia		p
	No (101)	Sí (57)	
PÓLIPOS SERRADOS Número ; mediana (RIC)	11 (6-20)	11 (6-17)	0,350
✓ PS ≥ 1 cm	35 (34,6%)	37 (64,9%)	0,000
✓ PS proximales (149)	67 (70,9%)	45 (83,3%)	0,082
✓ PS con DAG	1 (0,9%)	2 (3,5%)	0,265
✓ PS avanzados	36 (35,6%)	39 (68,4%)	0,000
ADENOMAS Numero (medio, DT)	1 (0-3)	1 (0-2)	0,600
✓ Adenomas avanzados	17 (16,8%)	14 (24,5%)	0,204
NEOPLASIA AVANZADA	41 (40,6%)	41 (71,9%)	0,000

Factores predictivos de neoplasia colónica avanzada en la vigilancia del SPS



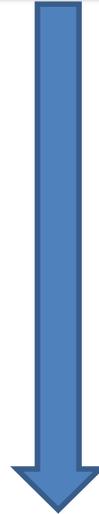
Factores basales	OR (IC 95%)	P
✓ PS \geq 1cm	0,68 (0,16-2,98)	0,616
✓ Lesión avanzada	1,08 (0,24-4,77)	0,913
✓ PS avanzado	2,38 (1,28-4,45)	0,006
✓ Criterios I y III	2,15 (1,22-3,80)	0,008



Manejo terapéutico durante la vigilancia del SPS

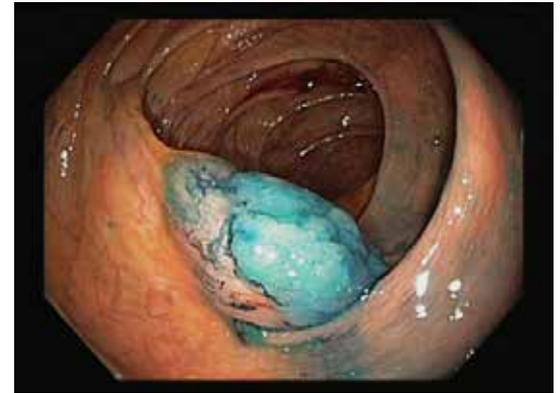
158 COLONOSCOPIA BASAL

Endoscópico: 148 (93,4%)



Quirúrgico: 10 (6,3%)

6 imposibilidad para control endoscópico
4 por CCR



Resumen y conclusiones

■ En el Síndrome de Poliposis Serrada la **incidencia de neoplasia avanzada** (adenoma avanzado, PS avanzado o CCR) durante la vigilancia endoscópica es alta

✓ **Incidencia acumulada: 45% en 3 años**

■ La incidencia de **cáncer** es sólo de 3% (la mayoría en estadíos iniciales)

■ Mayor riesgo de lesiones metacrónicas

✓ Pacientes con SPS que cumplen los criterios I y III simultáneamente

✓ Antecedente de pólipos serrados avanzados

■ **Control endoscópico es la clave del tratamiento (>90% de los pacientes)**

■ Garantizar exploraciones de calidad, asegurar la resección completa de las lesiones y establecer los intervalos de vigilancia en función de factores de riesgo.

Muchas gracias