

NO HACER COLONOSCOPIAS EN PÓLIPOS NO SUBSIDIARIOS DE SEGUIMIENTO



Publicada en: 2013

Actualizada en: 2024

Resumen breve:

No todos los pólipos colónicos extirpados requieren seguimiento endoscópico (1-2 adenomas tubulares <1 cm sin displasia o serrados sin displasia y <1 cm). Debemos realizar seguimiento endoscópico en pólipos que presenten un mayor riesgo de cáncer colorrectal (CCR) metacrónico.

Información adicional:

Para poder establecer recomendaciones de vigilancia tras colonoscopia, ésta debe cumplir unos criterios de calidad.

No todos los pacientes deber ser incluidos en cribado de cáncer colorrectal o seguimiento de pólipos (edad, comorbilidades...).

No debemos incluir en cribado o realizar seguimiento a pacientes sintomáticos (el cribado o seguimiento solo debemos aplicarlo a pacientes asintomáticos).

Efectos secundarios de la utilización de la práctica no recomendada:

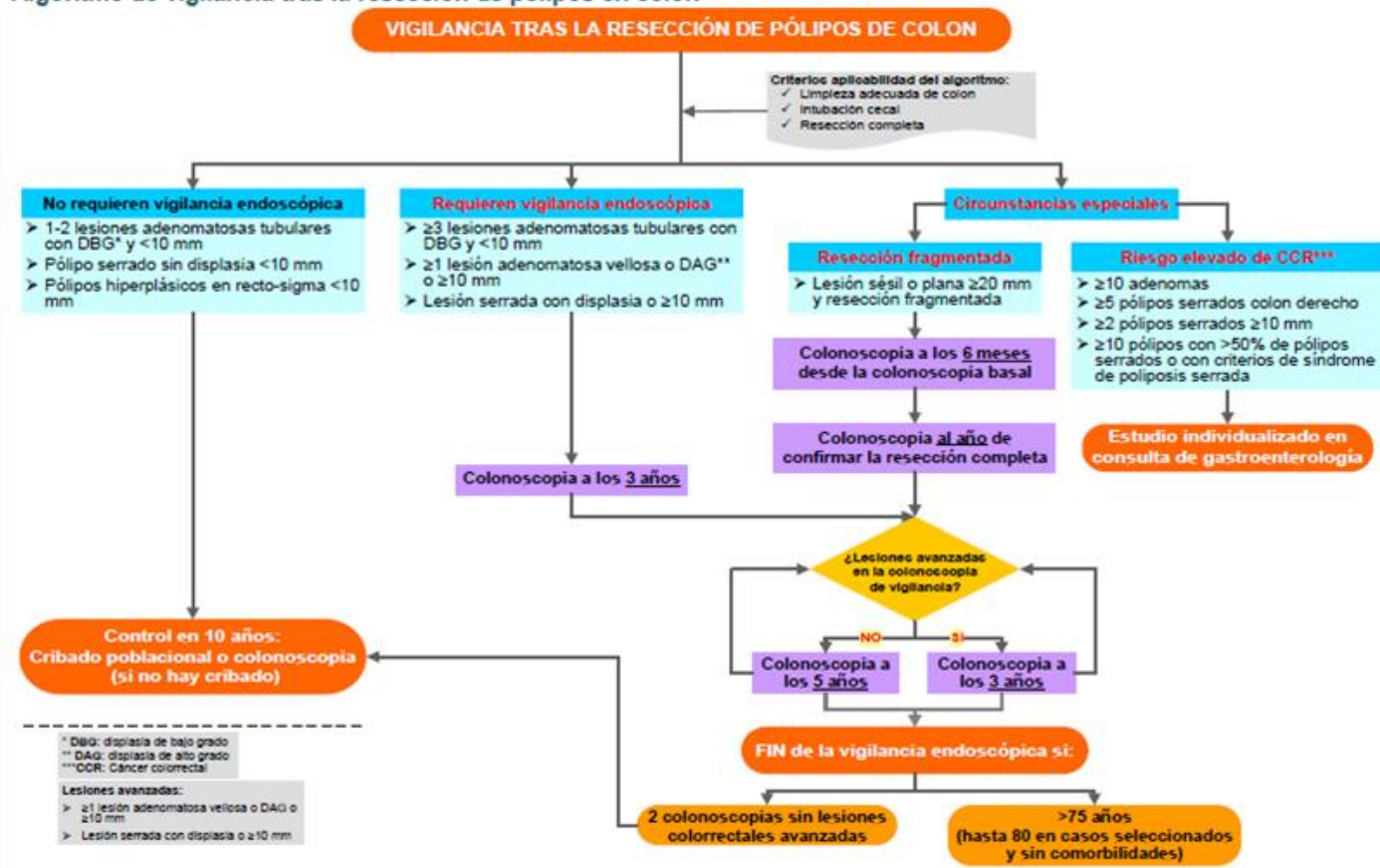
- Los inherentes a una preparación para colonoscopia y las complicaciones de la técnica, especialmente en pacientes frágiles.
- Carga psicológica para el paciente y su entorno por un seguimiento innecesario.
- Sobrecarga del sistema sanitario que impida aplicar un seguimiento adecuado a pacientes que sí lo precisan.

Recomendación de lo que se debe hacer:

A día de hoy solo se requiere seguimiento endoscópico tras resección de pólipos cuando se cumplen los criterios reflejados en la guía española de consenso y aprobados en el PCAI del Principado de Asturias (ver gráfico).

No requieren seguimiento endoscópico 1 a 2 lesiones adenomatosas tubulares (sin componente veloso) menores de 10 mm, los pólipos serrados menores de 10 mm y sin displasia ni los pólipos hiperplásicos en recto-sigma menores de 10 mm. Esta recomendación se establece suponiendo una colonoscopia de calidad, una extirpación completa de las lesiones visualizadas y una ausencia de otros factores personales o familiares de riesgo.

Algoritmo de vigilancia tras la resección de pólipos en colon



CLASIFICACIÓN GRUPOS RIESGO		
NO REQUIEREN VIGILANCIA ENDOSCOPICA (BAJO RIESGO)	1 o 2 adenomas tubulares con DBG y < 10 mm Serrados sin displasia < 10 mm (incluidos hiperplásicos de recto - sigma, independiente del número)	CRIBADO POR SOH EN 10 AÑOS
SÍ REQUIEREN VIGILANCIA ENDOSCOPICA (ALTO RIESGO)	3 o más adenomas tubulares con DBG y < 10 mm Al menos 1 adenoma con componente vellosa, DAG o ≥ 10 mm Al menos 1 serrado con displasia o ≥ 10 mm	COLONOSCOPIA A LOS 3 AÑOS <i>¿Colonoscopia a 1 año en subgrupo considerado de mayor riesgo? (1 adenoma > 20 mm o >5 adenomas)</i>

Bibliografía:

1. Recomendaciones de vigilancia tras resección de pólipos en colon. Programa Clave de Atención Interdisciplinar Cáncer Colorrectal (PCAI). Actualización 2019: https://www.astursalud.es/documents/35439/38460/2019%20VIGILANCIA%20TRAS%20RESECCION%20DE%20POLIPOS%20EN%20COLON_ED02.pdf/34a4d80e-00c5-bcd5-30ac-ac9e41299875
2. Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Guía práctica clínica. Actualización de 2018: <https://www.aegastro.es/documents/pdf/Diagn%C3%B3stico-y-Prevenci%C3%B3n-del-C%C3%A1ncer-colorrectal.pdf>

Recomendación elaborada en 2013 por: Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD)

Actualización realizada en 2024 por: Pedro Amor Martín, María Pipa Muñiz, Leire Parapar Álvarez, Gustavo Pérez Álvarez. Sociedad Asturiana de Patología Digestiva.