

Descripción del apego al seguimiento endoscópico de pacientes postoperados de cáncer colorrectal: ¿en verdad se siguen las recomendaciones?

Description of endoscopic surveillance adherence of post-surgery colorectal cancer patients: are the recommendations really followed?

Lucía Vásquez-Sánchez* y Carlos J. Mata-Quintero

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal es el tercer más frecuente del mundo. El 40% de los pacientes con enfermedad loco-regional desarrollarán recurrencia, 90% ocurrirá en los primeros 5 años y 6.3% será local. La importancia del seguimiento endoscópico es prolongar la supervivencia diagnosticando recurrencia y cáncer metacrónico en etapas curables. Se recomienda hacer el primer control endoscópico al año o a los 3-6 meses en caso de no contar con estudio prequirúrgico completo. Posteriormente a los 3 y a los 5 años de la endoscopia inicial. **Objetivo:** Conocer las características del apego al seguimiento endoscópico en los pacientes con cáncer de colon que fueron llevados a cirugía con intento curativo en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. Analizar la prevalencia de recurrencia con respecto al protocolo endoscópico. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y observacional. Se estudiaron pacientes que fueron valorados y seguidos por el servicio de endoscopia gastrointestinal y oncología del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos en el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre de 2019. Para el seguimiento endoscópico se comparará lo actual con las recomendaciones de la ASGE. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para variables cualitativas. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos al obtener una $p < 0.05$. El análisis fue realizado en el programa SPSS v. 25 para iOS. **Resultados:** Se encontraron 232 pacientes, de los cuales se excluyeron 184. De los 84 pacientes resultantes, 50% eran mujeres, la edad promedio 69 años. 19% contaban con antecedente de otro cáncer no gastrointestinal. El síntoma más frecuente fue rectorragia (48%). El sitio más frecuente de cáncer fue sigmoides (36%). La estirpe histológica más frecuente fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado (56%). En 33% se encontraron pólipos concomitantes en la endoscopia prequirúrgica, siendo 6% adenomas avanzados. La etapa clínica más frecuente fue la I (33%). El control endoscópico fue dividido en aquel realizado dentro de un intervalo adecuado, aquel fuera de intervalo, pacientes en espera del control en intervalo adecuado y aquellos fuera de intervalo. Sobre el primer control endoscópico, el 33% lleva un seguimiento adecuado, ya sea que estén en espera del estudio (6%) o que ya se haya realizado (27%). De los pacientes que ya cuentan con el primer seguimiento, 19% presentaron adenomas, aun cuando su anastomosis no presentó actividad tumoral. Durante este primer control, se encontró un paciente con recurrencia local y dos pacientes con cáncer metacrónico, las 3 colonoscopias fueron realizadas fuera del intervalo

Correspondencia:

Lucía Vásquez-Sánchez

E-mail: lucyvasquezs@yahoo.com.mx

0188-9893/© 2020. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 31-07-2020

Fecha de aceptación: 14-08-2020

DOI: 10.24875/END.M20000216

Endoscopia. 2020;32(Supl 2):122-128

www.endoscopia-ameg.com

adecuado. La mediana de tiempo de los estudios fue de 36 meses posterior a la cirugía. El 19% de los pacientes cuentan con el segundo control endoscópico y no se encontró diferencia estadística entre los intervalos de tiempo. En este grupo se encontró el segundo paciente con recurrencia, a 5 años de la cirugía. Para el tercer control endoscópico, el 6% cuenta con el, el 2% se hizo a buen intervalo de tiempo. Se encontró una prevalencia del 4% de recurrencia, que coincide con la literatura y 4% para metacrónico, el cual es un porcentaje mayor al registrado en la literatura. **Conclusiones:** La adherencia a las recomendaciones de seguimiento, frecuentemente es pobre. El seguimiento endoscópico de cáncer colorrectal es tan importante como el screening. Aunque los pacientes si tienen seguimiento, falta más participación por parte de endoscopia. A partir de ahora se buscará trabajar de forma conjunta con el servicio tratante para crear protocolos de trabajo conjunto y poder generar un impacto en nuestra población. Este estudio da pie a una segunda parte, donde se busca realizar control endoscópico en estos pacientes; debido a la contingencia actual, no se ha podido completar, quedando pendiente al fin de la misma.

Palabras clave: Cáncer colorrectal. Seguimiento colonoscópico. Seguimiento de cáncer colorrectal. Recurrencia de cáncer colorrectal.

Introducción

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente del mundo y actualmente se están llevando a cabo métodos de escrutinio y seguimiento para su tratamiento oportuno. La colonoscopia es el estándar para la detección de lesiones premalignas y cáncer colorrectal¹.

En los Estados Unidos, se ha descrito que el 70-80% de los pacientes serán llevados a una resección quirúrgica con intento curativo^{2,3}. El 40% de los pacientes con enfermedad locoregional desarrollarán recurrencia, de los cuales, el 90% ocurrirá dentro de los primeros 5 años⁴. Si tomamos en cuenta solo la recurrencia local, el rango descrito es cerca del 6.3% y está asociado a la etapa clínica al diagnóstico⁵. La importancia del seguimiento endoscópico postoperatorio es prolongar la supervivencia diagnosticando recurrencia y cáncer metacrónico en etapas curables.

Las estrategias de seguimiento incluyen historia clínica, exploración física, antígeno carcinoembrionario, tomografía computada, exploración intraluminal, incluyendo colonoscopia, rectosigmoidoscopia, ultrasonido endoscópico y colonografía virtual^{2,7}.

Se define como cáncer metacrónico como aquel cáncer colorrectal diagnosticado como segundo primario posterior a resección quirúrgica. Recurrencia incluye al cáncer que recurre intraluminalmente en la anastomosis o proximal a esta.

El cáncer rectal está generalmente asociado a mayor riesgo de recurrencia local, en comparación con otros segmentos.

En pacientes con cáncer colorrectal, la prevalencia de cáncer sincrónico va del 0.7% al 7% (8), por lo cual es importante contar con colonoscopia preoperatoria; o bien, dentro de los 3-6 meses posterior a la cirugía

en casos donde no se haya podido completar el estudio debido a tumor no franqueable^{2,7}. Esto cobra importancia, debido a que si se llega a encontrar lesiones premalignas, estas sean reseccionadas para prevenir un cáncer metacrónico, el cual tiene una incidencia por año de 0.35%. Después del primer año, el intervalo para los siguientes estudios debe ser a los 3 y a los 5 años. Las colonoscopias subsecuentes deben realizarse en intervalos de 5 años hasta que el beneficio de la vigilancia se vea superado por la disminución de la esperanza de vida². En caso de detectar pólipos, los intervalos deben ser de acuerdo con las guías de vigilancia, siendo recomendable seguir el protocolo de vigilancia más corto.

Objetivo

Conocer las características del apego al seguimiento endoscópico en los pacientes con cáncer de colon, que fueron llevados a cirugía con intento curativo en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Analizar la prevalencia de recurrencia con respecto al protocolo endoscópico.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y observacional. Se estudiaron pacientes que fueron valorados y seguidos tanto por el servicio de endoscopia gastrointestinal, como oncología del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, en el periodo comprendido de enero 2015 a diciembre de 2019. Se revisó expediente electrónico de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos para encontrar los casos.

Los pacientes fueron estadiados de acuerdo a la clasificación de la American Joint Committee on

Cancer 8th Ed (AJCC) de las guías de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) versión 4.2020. Para el seguimiento endoscópico se comparará lo actual con las recomendaciones de la ASGE y la *US multi-society task force* en cáncer colorectal, las cuales son: una colonoscopia completa y de alta calidad al año de la cirugía; o bien, dentro de los 3-6 meses posterior a la cirugía, en caso de no contar con estudio completo durante el diagnóstico, como en el caso de tumor obstructivo. Posteriormente cada 3 y cada 5 años.

Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes mayores de 18 años.
 - Diagnóstico de cáncer colorrectal no paliativos
 - Tener al menos una colonoscopia prequirúrgica
 - Que hayan sido llevados a tratamiento quirúrgico potencialmente curativo
- Criterios de exclusión:
 - Etapa clínica IV al momento de diagnóstico.
 - Pacientes que en el transquirúrgico se encontró enfermedad localmente avanzada, con tumores irresecables
 - Pacientes con protocolo prequirúrgico o postquirúrgico fuera de la institución
 - Pacientes que sin importar su etapa clínica no quisieron continuar con el tratamiento y fueron enviados a cuidados paliativos
 - Pacientes que al momento del estudio se encontraban aún en adyuvancia
- Criterios de eliminación
 - Aquellos que no contaban con expediente completo

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para variables cualitativas. Las variables categóricas fueron comparadas entre grupos usando prueba chi cuadrada. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos al obtener una $p < 0.05$. El análisis fue realizado en el programa SPSS v.25 para iOS.

Resultados

Se realizó una búsqueda en el sistema de Servicios Médicos del Hospital Central Norte de Petróleos

Mexicanos, con diagnóstico de cáncer colorrectal, que fueron valorados y seguidos por los servicios de endoscopia gastrointestinal y oncología del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, en un periodo de 5 años (del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2019), que en su momento fueron llevados a tratamiento quirúrgico o endoscópico potencialmente curativo.

Se encontraron 232 pacientes, de los cuales se excluyeron 184. Dentro de las causas de exclusión se encontraron: 72 pacientes con etapa clínica IV, 43 pacientes sin estudios endoscópicos prequirúrgicos que fueron diagnosticados en una laparotomía exploradora y por lo tanto no fueron vistos por nuestro servicio, 30 pacientes con expediente incompleto, 14 pacientes fallecidos antes del año del control endoscópico, ya fuera por causa oncológica o no, 10 pacientes que durante el transquirúrgico se encontró enfermedad irresecable, 7 pacientes protocolizados fuera de los servicios médicos de Petróleos Mexicanos, 6 pacientes que no quisieron continuar con el tratamiento y 2 pacientes que se encuentran actualmente en adyuvancia.

De los 48 pacientes resultantes, 24 (50%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 69 años, con una desviación estándar de + 11, con un rango de 45 a 92 años.

En cuanto a las comorbilidades más importantes, 27% tenían DM2, 23% hipertensión arterial sistémica, 6% enfermedad renal crónica, 4% hipotiroidismo, 4% con enfermedad mamaria benigna, 2% asma, 2% obesidad al momento del diagnóstico, 2% con antecedente de evento vascular cerebral con secuelas, 2% con enfermedad hemorroidal, 2% con antecedente de cardiopatía isquémica, 2% con esófago de Barrett sin displasia y 2% con macroadenoma hipofisiario. El resto (20.8%) no tenían comorbilidades.

Llama la atención que 9 pacientes (19%) contaban con antecedente de cáncer o desarrollaron un segundo primario no gastrointestinal. El 10.4% con cáncer de mama, 2% con cáncer de próstata, 2% con melanoma, 2% con cáncer renal y 2% con cáncer suprarrenal.

La mayoría de los pacientes presentaron al menos un síntoma, de los cuales el sangrado de tubo digestivo bajo fue el más prevalente, con un 48% rectorragia, cambios en hábito intestinal (13%), oclusión o suboclusión intestinal (6%), dolor abdominal acompañado de pérdida de peso (4%). Solo el 10% de los pacientes no tuvieron síntomas, por lo cual fueron llevados a colonoscopia por hallazgos de imagen, anemia o alteraciones en antígeno carcinoembrionario (una paciente con antecedente de cáncer de mama presentó elevación

de este). De forma global el 58% presentaron síndrome anémico al momento del diagnóstico.

De los 48 pacientes, solo 8 (17%) tuvieron un tamizaje previo para cáncer de colon. Una paciente contaba con colonoscopia fuera de la institución, realizada un año antes a su llegada a nuestro servicio; en la cual solo se reportó enfermedad diverticular. En total, 3 pacientes contaban con colonoscopia fuera de los servicios médicos de Petróleos Mexicanos.

De los pacientes revisados, el rango de detección de cáncer por colonoscopia fue desde octubre 2003 hasta diciembre de 2019. De acuerdo a la localización, el 36% se localizó en sigmoides (no franqueable el 18.8% y franqueable el 16.7%), en recto el 21% (no franqueable el 4.2% y franqueable 16.7%), en colon ascendente 17% (no franqueable 10.4% y franqueable 6.3%), tumor de colon transversal 8% (4.2% cercano a ángulo hepático no franqueable, 2.1% cercano a ángulo esplénico y 2.1 en la porción media), en ciego 4.2%, tumor de unión rectosigmoidea 4.2%, tumor de colon descendente 4.2%, tumor en unión de colon descendente y sigmoides 2.1%. La estirpe histológica más frecuente encontrada, fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado, en un 56%.

Además del hallazgo del tumor, se encontraron pólipos concomitantes en 16 pacientes (33%). 10% de los pacientes presentaron adenomas y 6% fueron catalogados como adenomas avanzados, ya fuera por el tamaño o la histología.

Todos los pacientes fueron llevados a tratamiento quirúrgico potencialmente curativo, excepto uno que se resolvió endoscópicamente, por mucosectomía, resultando tumor in situ.

En cuanto a etapa clínica, 16 casos se encontraron en etapa clínica I (33%), 13 casos en etapa clínica IIA (27%), 10 casos en etapa IIIB (20%), 3 en etapa 0 (6%), 2 en etapa IIIA (4%), 2 en IIIC (4%), 1 en etapa IIB (2%) y 1 en IIC (2%).

Todos los pacientes fueron operados en un rango de 0 a 12 meses del diagnóstico. Siendo la neoadyuvancia un motivo en el retraso. La mediana del intervalo entre la cirugía y el primer control endoscópico, fue de 16 meses (rango intercuartil de 9-31.5).

La primera endoscopia postquirúrgica se dividió en aquellas que si fueron realizadas dentro de un intervalo adecuado, ya fuera a los 12 meses de la cirugía o dentro de los 3-6 meses posteriores en caso de no haber contado con una colonoscopia completa y de calidad previo al tratamiento. De las colonoscopias no realizadas, también fueron divididas; en aquellas que están en espera y que no han sido realizadas dentro

del tiempo estipulado; o bien, aquellas que se encuentran en espera dentro de un intervalo adecuado, esto debido a que por tiempo, aún no se ha cumplido el año. De los 48 pacientes, el 69% de los pacientes si cuentan con el primer control endoscópico y solo el 27% fue realizado dentro del intervalo de tiempo estipulado. Si tomamos en cuenta el intervalo adecuado, ya sea que estén en espera o ya realizado el estudio, 33% de los pacientes han llevado un seguimiento adecuado. Específicamente de los pacientes que se encuentran en espera (31%), solo el 6% está a buen intervalo de tiempo, mientras que el 25% restante no se ha realizado el primer control endoscópico.

Del total de los 48 pacientes, 33 pacientes ya fueron llevados a la primera endoscopia postquirúrgica. Si los dividimos de acuerdo a su etapa clínica, uno de ellos tenía EC 0, 11 pacientes EC I, 9 pacientes con EC IIA, 1 paciente con EC IIB, 1 con EC IIIA, 9 con EC IIIB y 1 con EC IIIC. En cuanto a hallazgos endoscópicos, de los 33 pacientes, 3 pacientes presentaron proctitis posderivación, en 14 se encontró la anastomosis sin datos de actividad tumoral, de estos 14 pacientes, 4 fueron EC I, 6 eran EC IIA y 4 eran EC IIIB. 1. A pesar de este número de pacientes, solo a 22 casos se le tomaron biopsias, confirmando la ausencia de progresión tumoral local.

De los pacientes a los que si se les ha realizado el primer control endoscópico, se encontraron 9 pacientes (19%) con adenomas, aun cuando su anastomosis o sitio de resección se encontraron sin datos de actividad tumoral. De estos pacientes, 3 pacientes se habían hecho el control en un intervalo de tiempo adecuado; mientras que en 6 pacientes su colonoscopia fue realizada fuera del intervalo adecuado. Existe tendencia en haber encontrado adenomas cuando el control endoscópico fue realizado fuera del intervalo adecuado; sin embargo, no fue estadísticamente significativo usando chi cuadrada de Pearson ($p > 0.087$)

Cabe mencionar que uno de los pacientes, quien fue llevado inicialmente a resección anterior baja con anastomosis, presentó recurrencia local antes la primera colonoscopia de control. Se descubrió la recurrencia por medio de tomografía por emisión de positrones (PET) 17 meses posterior a la cirugía; por lo cual fue reintervenido, resultando nuevamente adenocarcinoma moderadamente diferenciado en el reporte histopatológico. El primer control endoscópico posterior a ser operado por la recurrencia, también fue desfasado, realizándose a los 29 meses; sin embargo, el hallazgo endoscópico arrojó únicamente proctopatía posderivación, sin datos de actividad tumoral.

Durante el primer seguimiento endoscópico, se encontraron dos pacientes con cáncer metacrónico. Estos estudios fueron realizados fuera de tiempo, una de ellas, realizada 32 meses después de la cirugía y el otro 60 meses después. La primera paciente tenía inicialmente un adenocarcinoma bien diferenciado en colon ascendente. Se le realizó hemicolectomía derecha con ileostomía terminal, resultando una etapa clínica IIB. Su tumor metacrónico se encontró en colon transversal, le fue realizado el primer control endoscópico al observar elevación de antígeno carcinoembrionario a 13.8 y una tomografía por emisión de positrones con captación en esta zona; por lo que fue llevada a cirugía, resultando también etapa clínica IIB. En estos momentos se encuentra en espera de realización de su nuevo control endoscópico, el cual también está fuera de un intervalo adecuado.

El segundo paciente tenía un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigmoides, fue llevado a cirugía, resultando una etapa clínica I. No fue llevado a control endoscópico, sino hasta después de encontrar sospecha de actividad tumoral tanto en colon como pulmonar, encontrando así en la colonoscopia un adenocarcinoma bien diferenciado en colon ascendente.

Otra paciente también presentó desfase de seguimiento endoscópico. Cerca de los 4 años posterior a la cirugía, a pesar de no mostrar evidencia de progresión local del primario conocido, por PET presentó actividad extracolónica, encontrando segundo primario de mama, probable tercer primario renal versus actividad metastásica, por lo cual se detuvo el seguimiento endoscópico y fue llevada a cuidados paliativos.

Acerca del segundo control endoscópico, el cual se esperaba a 3 años del primero, del 100% de la muestra, solo el 19% fue llevado a este control, mientras que el 42% está a la espera del mismo. Se detuvo el seguimiento a 4% de los pacientes, debido a actividad tumoral a distancia. El 35% restante, corresponde a los pacientes que se encuentran a la espera de la realización del primer control endoscópico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el intervalo de tiempo realizado para el segundo control endoscópico, con prueba de Fisher de 1.0.

Del 19% de los pacientes que si cuentan con el segundo control endoscópico, el 15% muestran la anastomosis sin datos de recurrencia local, 2 pacientes (4%) presentan estenosis de la anastomosis. En esta etapa, se encontró nuestro segundo paciente con recurrencia, el cual fue llevado a control endoscópico, si bien 19 meses posterior al primer estudio, este se realizó a los 5 años posteriores de la cirugía. Durante el

primer control, el cual no se hizo dentro del intervalo adecuado, se encontró un adenoma no especificado en colon transversal y la colorrecto-anastomosis sin aparente actividad tumoral; sin embargo, no se tomaron biopsias de esta. Se decidió realizar el seguimiento endoscópico a los 9 meses por hallazgos en imagen sugestivos de actividad tumoral local y a distancia. Los hallazgos del segundo estudio mostraron estenosis de la anastomosis, no franqueable, así como un pólipo hiperplásico de recto, no contamos con reporte histopatológico de la anastomosis. El servicio de oncología decidió solicitar una PET, la cual captó actividad a nivel de la anastomosis. Actualmente se encuentra en protocolo de reintervención.

Durante el segundo control endoscópico, también se encontraron adenomas; a diferencia del primer control, en este caso los tres pacientes con adenomas, dos de ellos se realizaron el estudio endoscópico dentro de un buen intervalo de tiempo y solo uno no lo hizo.

Se compararon la etapa clínica de los pacientes con los hallazgos histopatológicos del control endoscópico 1, resultando estadísticamente significativo con chi cuadrada de Pearson (0.008), con respecto a que en estadios clínicos más tempranos se podrán encontrar desde cambios inflamatorios hasta adenomas.

Para el tercer control endoscópico, mismo que se espera a 5 años del control anterior, 6% de los pacientes se ha sometido al mismo, de estos, solo el 2% se hizo en un intervalo adecuado de tiempo. Cuatro por ciento se encuentra en espera de realizarse, la mitad en un adecuado intervalo. En 4% se detuvo el seguimiento por actividad tumoral a distancia. En un paciente se encontró un adenoma tubular, esta hallazgo se hizo en una colonoscopia fuera de intervalo adecuado.

Uno solo paciente ha sido llevado más allá del control de los 5 años, mostrando ausencia de actividad tumoral tanto a nivel de la colorrecto-anastomosis, como en el resto del colon.

Discusión y análisis de resultados

Existen dos propósitos para el seguimiento endoscópico de cáncer colorrectal: 1. Detectar tumor residual o recurrencia. 2. Detección de tumores metacrónicos⁷. A pesar de que todos los pacientes fueron llevados a tratamiento quirúrgico en un tiempo adecuado, el impacto en el pronóstico de los pacientes se ve afectado, debido al intervalo irregular entre la cirugía y el primer control endoscópico.

Se encontraron en total 2 pacientes con recurrencia local, que representa el 4%, porcentaje que está dentro de lo permitido de acuerdo a la literatura. El primer caso de recurrencia encontrado fue un paciente con tumor en sigmoides no franqueable. Fue llevado a resección anterior baja y se encontró recurrencia a los 17 meses por método de imagen. No fue llevado a tiempo a control endoscópico, primero porque el primer estudio fue una rectosigmoidoscopia, por lo tanto, su primer control endoscópico tendría que haber sido 3-6 meses posterior a la cirugía. Este caso muestra claramente que la recurrencia pudo haber sido detectada de manera más temprana si el control endoscópico hubiera sido a tiempo.

El segundo caso de recurrencia se presentó durante el segundo estudio endoscópico de control, teniendo un primer estudio realizado fuera del intervalo adecuado (a 41 meses de la cirugía), pero sin aparente actividad tumoral. Este caso presenta recurrencia tanto local como a distancia a 5 años de la cirugía. Llama la atención que su etapa clínica inicial era I, misma que le confiere una tasa de supervivencia a 5 años del 90% de acuerdo a la American Cancer Society.

Es importante recalcar que 10% de los pacientes tenían lesiones premalignas sincrónicas, colocándolos así en un riesgo mayor de generar cáncer metacrónico.

Se encontraron dos pacientes con tumores metacrónicos. Uno de ellos, con adenocarcinoma de sigmoides, no fue llevado a colonoscopia completa de control, sino hasta 60 meses después de su cirugía; manifestando su segundo primario de colon ascendente, tras presentar probable actividad metastásica por tomografía. La segunda paciente si contaba con colonoscopia completa prequirúrgica; sin embargo, en este estudio se encontraron 4 pólipos de colon transversal, de 5mm, Paris 0-Is, resultando adenomas en el reporte histopatológico, mismos que fueron resecados con pinza de biopsia en "piecemeal". Al cabo de 32 meses, se llevó a cabo la primera colonoscopia postquirúrgica, encontrando el cáncer metacrónico. En la cohorte de Le Clercq del 2015¹⁰, mencionan que encontraron una incidencia del 1.8% de cáncer metacrónico, de los cuales, casi la mitad se diagnosticó dentro de los primeros 36 meses posquirúrgicos, atribuyendo el 43% de estos a lesiones perdidas, otro 43% a la falta de adherencia de las recomendaciones de seguimiento endoscópico y el 5.4% a resección incompleta. En nuestro estudio, el porcentaje de cáncer metacrónico es del 4%, siendo el 2% debido a la resección incompleta, pero consideramos que ambos casos, pudieran

haber sido detectados a tiempo si se hubiera seguido el protocolo de seguimiento endoscópico. Se ha descrito que la resección de adenomas en "piecemeal" confiere un riesgo elevado de recurrencia de las lesiones, siendo de 32% a las 12 meses y hasta el 30.7% a los 24 meses; por lo tanto se debe mantener un seguimiento estrecho, de 6-1 año dependiendo de la literatura⁷.

En cuanto al segundo control endoscópico, son pocos pacientes a los que se les ha realizado, en su mayoría (42%) está a la espera del mismo. Otro porcentaje importante, el 35% aún está en espera del primer control. Si tomamos en cuenta ambos grupos, el 77% de los pacientes se encuentran esperando para su control endoscópico de los 3 años.

Se ha descrito que el seguimiento endoscópico para cáncer colorrectal está indicado a largo plazo, hasta que el beneficio sea superado por la expectativa de vida en relación con la edad o las comorbilidades. La guía de la Asociación Mexicana de Endoscopia, propone, aunque con calidad de evidencia baja, terminar el seguimiento en mayores de 85 años y/o la presencia de enfermedades cardiopulmonares que incrementen el riesgo de complicaciones¹². Aunque solo 2 de nuestros pacientes superaban esta edad al momento del estudio, debemos tomar en cuenta el estado funcional de cada paciente y la presencia o no de comorbilidades deben ser los factores más importantes en la individualización del seguimiento de pacientes mayores a esta edad.

Conclusión

La adherencia a las recomendaciones de seguimiento frecuentemente es pobre, incluso en países de primer mundo; por lo cual, cobra relevancia que todos los médicos involucrados en el manejo del cáncer colorrectal profundicen en el conocimiento de la vigilancia.

El seguimiento endoscópico del cáncer colorrectal es tan importante como el screening y diagnóstico del mismo. Su realización correcta puede impactar de manera favorable en la sobrevida del paciente. Como servicio de endoscopia, debemos comprometernos con estos pacientes. Aunque los pacientes si tienen un seguimiento médico, falta más participación por parte del servicio de endoscopia. A partir de ahora se buscará trabajar de forma conjunta con el servicio tratante para crear protocolos de trabajo y poder generar un impacto en nuestra población.

Este estudio da pie a una segunda parte, donde se busca realizar control endoscópico de estos pacientes. Debido a la contingencia actual por Covid-19, no se ha podido completar, quedando pendiente al fin de la misma.

Bibliografía

- Humphrey F, G.M; Smith J et al. "Interval colorectal cancers at Ochsner Medical Center: Where do we stand?" *Ochsner Journal* 2017;17:322-327
- Kahi, CJ; Boland C; Dominitz JA; et al. "Colonoscopy surveillance after colorectal cancer resection: recommendations of the US multi-society task force on colorectal cancer. *Gastrointestinal Endoscopy* 2016; 83(3): 489-498
- Pfister DG, Benson AB 3rd, Somerfield MR. Clinical practice. Surveillance strategies after curative treatment of colorectal cancer. *N Engl J Med* 2004;350:2375-82
- Kjeldsen BJ, Kronborg O, Fenger C, et al. The pattern of recurrent colorectal cancer in a prospective randomised study and the characteristics of diagnostic tests. *Int J colorectal Dis* 1997;12:329-34
- Gunawardene, A; Desmond B et al. Disease recurrence following surgery for colorectal cancer: five-years follow-up. *NZ Med J* 2018;131(1469):51-58
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Colon Cancer. Version 4.2020-June 15,2020. National Comprehensive Cancer Network.
- Sekiguchi M, Matsuda T, Saito Y. Surveillance after endoscopic and surgical resection of colorectal cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2016;30(6):959-970
- Samadder NJ, Curtin K, Wong J, et al. Epidemiology and familial risk of synchronous and metachronous colorectal cancer: a population-based study in Utah. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12:2078-84 e1-2
- Murphy CC, Sandler RS, Grubler JM, et al. Underuse and overuse of colonoscopy for repeat screening and surveillance in the veterans health administration. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016 Mar;14(3):436-444
- Le Clercq CM, Winkens B, Bakker CM et al. Metachronous colorectal cancers result from missed lesions and non-compliance with surveillance. *Gastointest Endosc* 2015;82:325-333
- Kim NH, Jung YS, Park JH, et al. Risk of developing metachronous advanced colorectal neoplasia after resection of low-risk diminutive versus small adenomas. *Gastrointestinal Endoscopy* 2020 (91)3:622-630
- Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero A, De Icaza-del Rio E et al. Guías de prevención y manejo endoscópico del cáncer colorrectal. 2016. www.amegendoscopia.org.mx