

CRIBADO DE CCR Y SEGUIMIENTO DE POLIPOS EN CONSULTA

DRA. ALBA NAGER
R1 DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

LEON, MARZO 2024

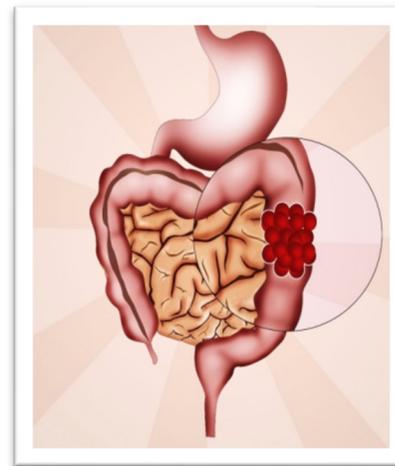
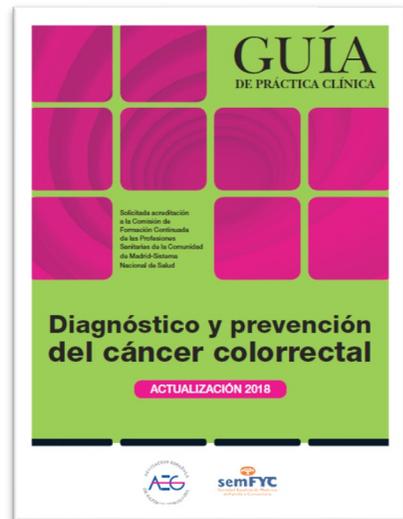
Indice

- Concepto
- Epidemiología
- Factores de Riesgo
- Manifestaciones Clínicas
- Localización y Anatomía Patológica
- Grados de Riesgo de CCR
- Riesgo Normal
- Riesgo Moderado
- Riesgo Alto
- Resumen de Vigilancia de Polipos
- Bibliografía



Cancer de Colon rectal (CCR)

Es un tipo de tumor que aparece en el intestino grueso. En el cancer de Colon y Recto, existen diferencias entre las cuales tenemos, las anatómicas, el patrón de progresión y consecuentemente, las pautas de tratamiento y el pronóstico pueden diferir según se trate de un cáncer localizado en el colon o en el recto.



Epidemiología



Asociación Española de Gastroenterología

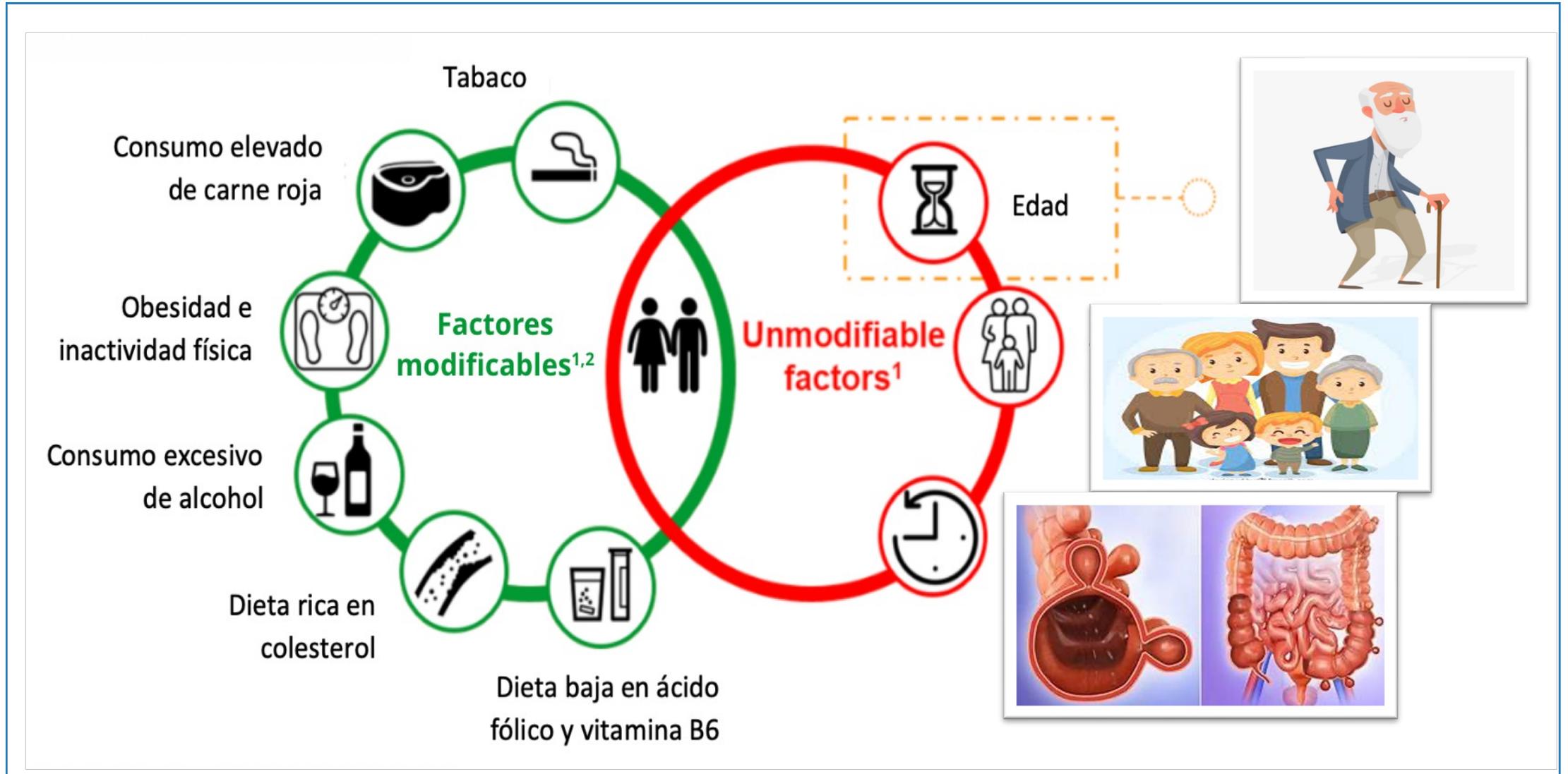
- El riesgo de CCR comienza a incrementarse a partir de los 50 años.
- Se estima que en España se diagnosticaron **40.203** nuevos casos de cáncer colorrectal en **2023**
- Fallecieron a causa del cáncer colorrectal en el año **2023** un total de **15.385** personas en España.
- En la actualidad la supervivencia relativa a 5 años en etapas localizadas es del 90,5%, mientras que en aquellos con afectación locorregional es del 71,9%, siendo del 12,5% en los que presentan metástasis a distancia.



- Incidencia 2º (Mama /Próstata)
- Mortalidad 2º (Pulmón)



Factores de Riesgo



Manifestaciones Clínicas

- Crecimiento lento. Clínica en estadios avanzados.
- Diferentes signos y síntomas según localización y progresión.



Clínica local

- Anemia Ferropénica
- Dolor Abdominal
- Cambios en el Ritmo Intestinal
- Rectorragia
- Hematoquecia
- Tenesmo Rectal
- Masa Abdominal
- Obstrucción de Colon

Síntomas generales

- Perdida de Peso
- Perdida del Apetito
- Astenia

Síndrome paraneoplásico

- Dermatomiositis
- Acantosis nigricans
- Hipertrichosis lanuginosa

Localización y Anatomía Patológica

Localización

- Recto (20%)
- Recto-Sigma (20%)
- Sigma(25%)
- 3% T. Sincrónicos
- 2% T. Metacrónicos

Anatomía Patológica

Adenocarcinoma

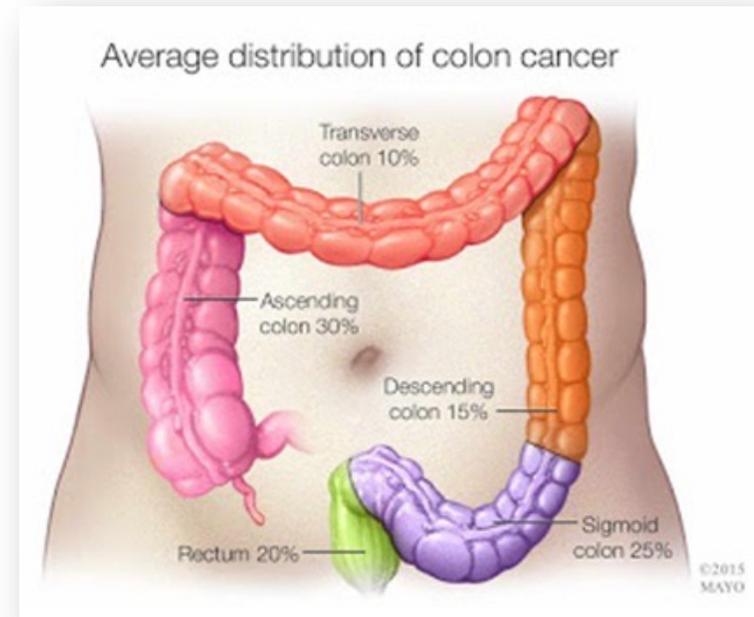
95%

- **Tubular-Glandular (+ FREC)**
- Mucinoso
- Células en anillo de sello
- Medular

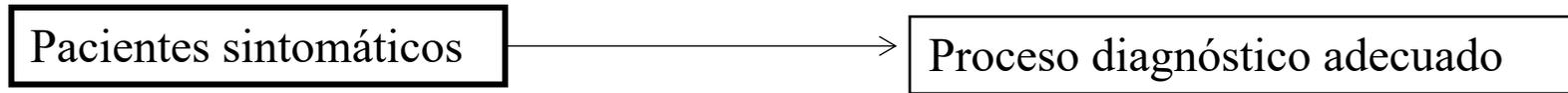
Otras AP

5%

Carcinoma adenoescamoso, sarcoma, linfoma, melanoma en UAR, indiferenciado...



Grados de Riesgo de CCR



“Normal”

- ≥ 50 años
- No otros factores.

**CRIBADO
POBLACIONAL**

Moderado

- AP de pólipos
- AF de CCR (no síndromes)
- EII

**SEGUIMIENTO DE
PÓLIPOS
SEGUIMIENTO
TRAS CCR
SEGUIMIENTO
ESPECÍFICO EEI/AE**

Alto

- PAF
- S. De Lynch
- Otros síndromes menos frecuentes

**CONSULTAS DE ALTO
RIESGO ESPECÍFICAS
/AE**

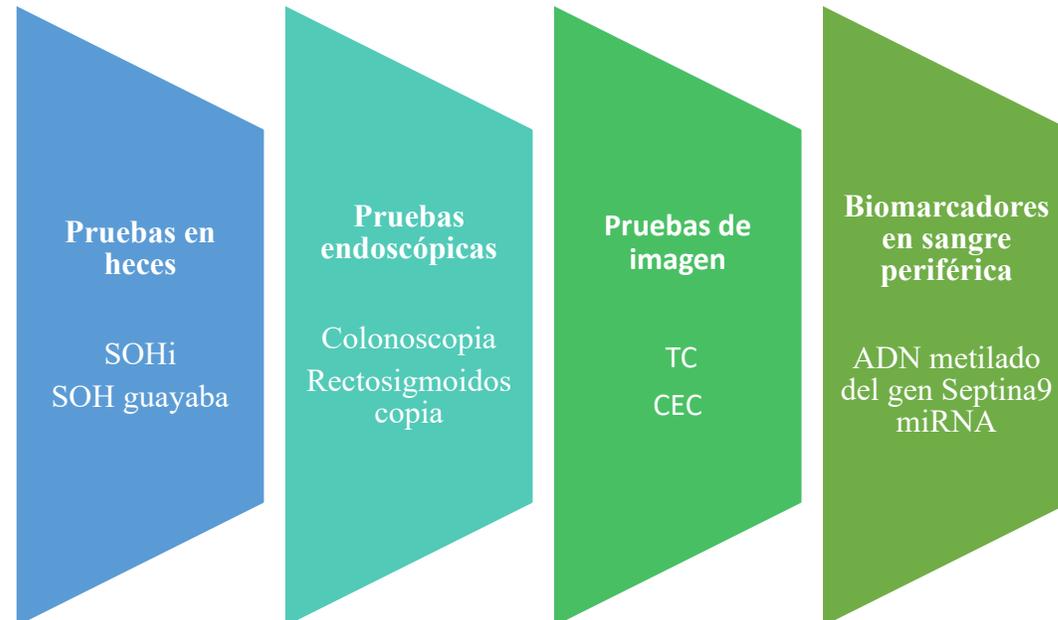
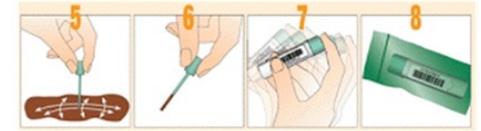
Riesgo Normal

Pruebas de
cribado

Detección de la enfermedad en su fase inicial o lesiones precursoras



INCIDENCIA (mediante detección de lesiones precursoras)
MORTALIDAD (mediante el diagnóstico precoz)




START

A los 50 años



75-80 años
(individualizar)

PUNTO DE CORTE

≥ 100 ng /ml

**SOLICITUD DE
COLONOSCOPIA**

Riesgo Moderado

1. Antecedentes Personales de Pólipos



Seguimiento de los pólipos

Seguimiento endoscópico

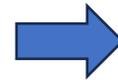
CALIDAD DE LA ENDOSCOPIA BASAL

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

A. Calidad de endoscopia basal

B. Hallazgos endoscópicos

Tipos de Pólipos



Forma

- Pediculados
- Sésiles
- Planos
- Semipediculados

Histología

- Adenomas (70%)
- Serrados (20-30%)
- Otros (10%):
Inflamatorios/ Juveniles

Riesgo Moderado

1. Antecedentes Personales de Pólipos

Adenomas

Adenoma No avanzado

- Componente tubular
- Displasia de bajo grado
- Tamaño < de 1 cm

Adenoma Avanzado

- Componente **velloso**
- Displasia de **alto grado**
- Tamaño **≥ de 1 cm.**



Mayor riesgo de lesiones metacrónicas

- Presencia de ≥ 3 adenomas
- Tamaño \geq de 1 cm
- Componente velloso en AP
- Displasia de alto grado en AP

Tipos de Serrados:

- Hiperplásicos
- Serrados sésiles
- Adenomas serrados Tradicionales

Serrados

Serrado No avanzado

- Tamaño < de 1 cm.
- Hiperplásicos de recto-sigma**

Serrado Avanzado

- Componente de **displasia**
- Tamaño < de 1 cm.



Mayor riesgo de lesiones metacrónicas

- Tamaño \geq de 1 cm
- Displasia

Riesgo Moderado



1. Antecedentes Personales de Pólipos

Pacientes que **NO** requieren seguimiento endoscópico

- 1 o 2 Pólipos adenomas tubulares con **displasia de bajo grado, < 1 cm**
- Pólipos **serrados < 1cm**
- Pólipos **hiperplásicos** en recto-sigma <1cm

Cribado con SOHi en 10 años

Pacientes que **SI** requieren seguimiento endoscópico

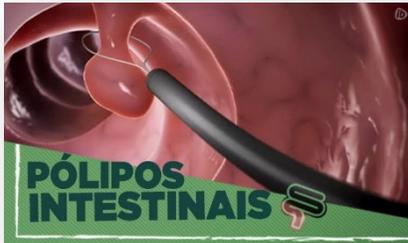
- **3 o más** Pólipos adenomas tubulares con **displasia de bajo grado y < 1cm**
- Pólipos adenomas con componente **velloso**, componente de **displasia de alto grado o ≥ 1 cm.**
- Pólipos **serrados con displasia o ≥ 1 cm.**

Colonoscopia de Revisión en 3 años

Riesgo Moderado

1. Antecedentes Personales de Pólipos

Casos Especiales en endoscopias



No resección completa del pólipo

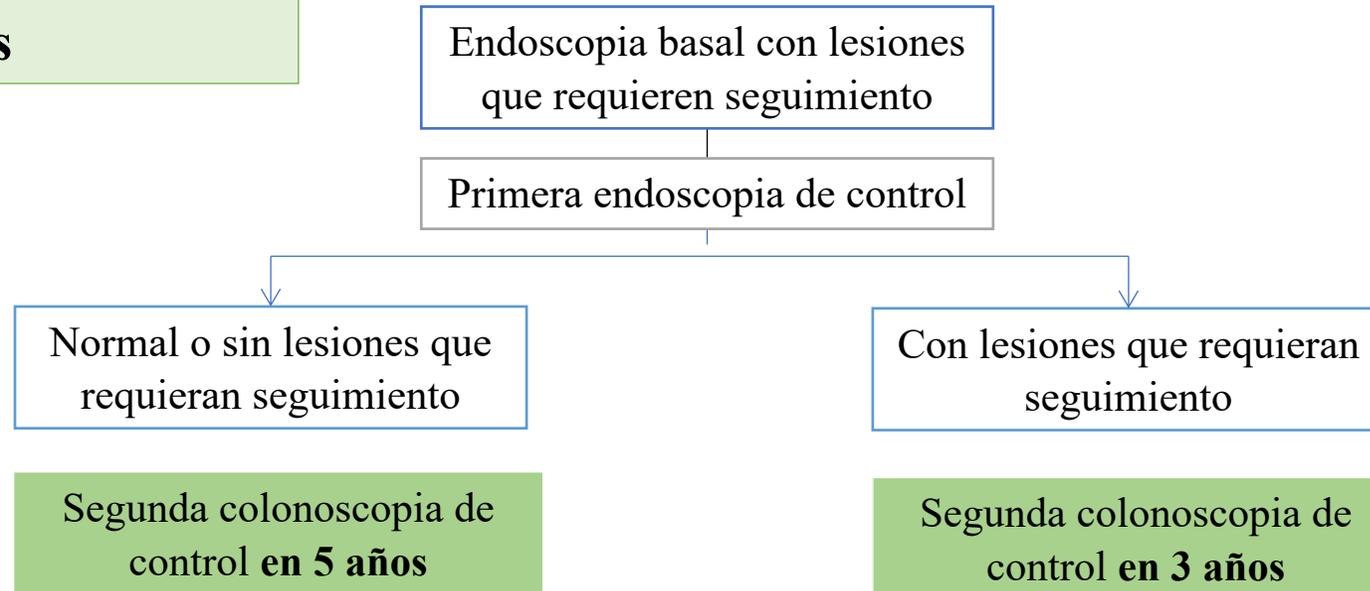
Resección fragmentada

Pólipos resecados no recuperados

Tatuaje de las lesiones

Riesgo Moderado

1. Antecedentes Personales de Pólipos



¿CUÁNDO PARAR EL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO?



- Dos colonoscopias de control NORMALES o CON LESIONES QUE NO REQUIERAN SEGUIMIENTO.

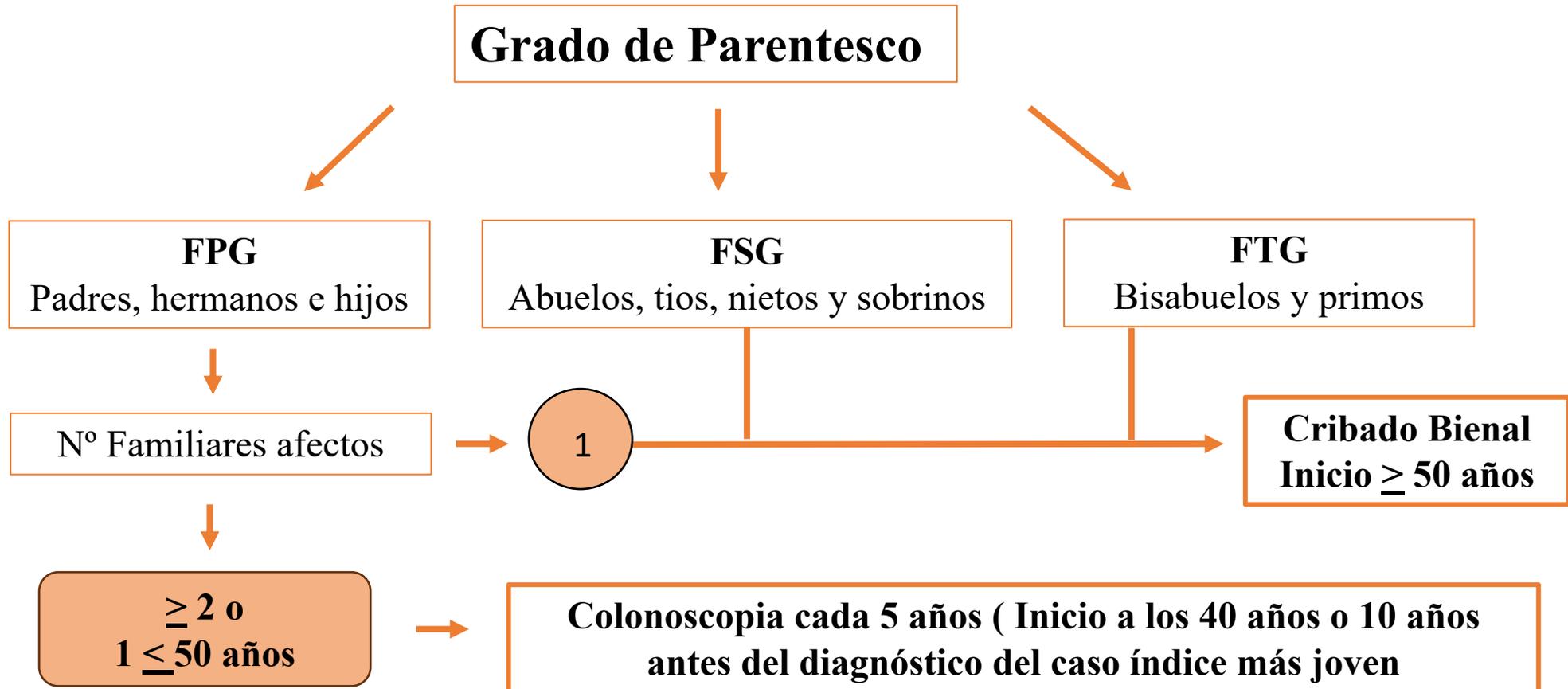
- A partir de los 80 años (75 años si comorbilidades que disminuyan EV)



Vuelta a SOHi a los 10 años

Riesgo Moderado

2. Antecedentes Familiares de CCR (No Síndromes Hereditarios)



Riesgo Moderado

3. Antecedentes Personales de EII

Los pacientes con EII requieren un cribado de CCR específico en función de:

- Grado de afectación y extensión
- Tiempo de evolución
- Tipo de EII y M. extradigestivas (CEP)
- AF de CCR

Clasificación en grados de riesgo



Riesgo Alto

Se derivarán a los pacientes a **Consultas de Alto Riesgo o al Servicio de Digestivo** si:



Hallazgos Endoscópicos específicos

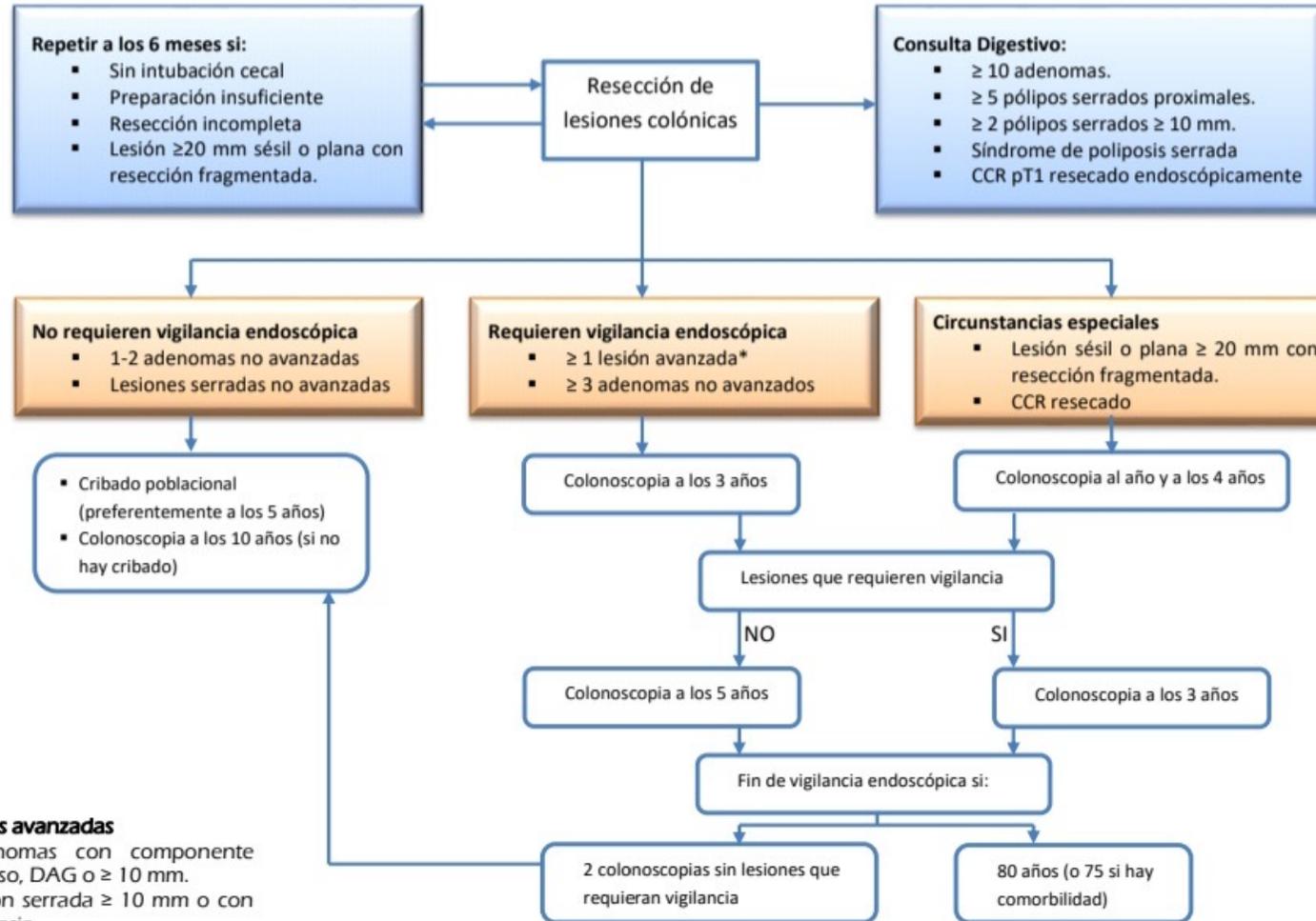
- ≥ 10 Adenomas
- ≥ 5 Pólipos serrados proximales
- 2 pólipos serrados ≥ 10 mm
- Síndrome de poliposis serrada
- CCR pT1 resecado endoscópicamente

Antecedentes familiares de síndromes hereditarios

- Síndrome de poliposis adenomatosa familiar.
- Síndrome de Lynch.
- Síndrome de poliposis serrada.
- Otros síndromes más infrecuentes

Resumen de Vigilancia de Pólipos

Vigilancia tras la resección de adenomas o CCR con intención curativa



***Lesiones avanzadas**

- Adenomas con componente vellosos, DAG o ≥ 10 mm.
- Lesión serrada ≥ 10 mm o con displasia

Bibliografía

- Sociedad Española de Oncología Médica, SEOM. Cáncer de colon y recto.
- Qaseem A, Crandall CJ, Mustafa RA, Hicks LA, Wilt TJ; Clinical Guidelines. Committee of the American College of Physicians. Screening for Colorectal. Cancer in Asymptomatic Average-Risk Adults: A Guidance Statement From the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2019;171(9):643-54. PubMed.
- GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA. 2018.
- *Oncología Clínica* 6ª Edición. JJ Cruz, CA Rodríguez, E. Del Barco, E. Fonseca. Elsevier, 2017.
- Chan A, Philpott H, Lim AH, Au M, Tee D, Harding D, Chinnaratha MA, George B, Singh R. Anticoagulation and antiplatelet management in gastrointestinal endoscopy: A review of current evidence. *World J Gastrointest Endosc.* 2020 Nov 16;12(11):408-450. doi: 10.4253/wjge.v12.i11.408. PMID: 33269053; PMCID: PMC7677885.

GRACIAS

