

El cáncer de intervalo, un reto aún por resolver

Interval Cancer, a Challenge yet to Be Solved

David B. Páramo-Hernández.^{1*} 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Páramo-Hernández D. El cáncer de intervalo, un reto aún por resolver. *Revista Colomb. Gastroenterol.* 2024;39(1):1-2.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1177>

¹ Hospital Santa Clara. Médico especialista en Gastroenterología y Epidemiología Clínica. Editor de la Revista colombiana de Gastroenterología. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: David B. Páramo-Hernández.
paramo.david@gmail.com

Fecha recibido: 12/02/2024

Fecha aceptado: 13/02/2024



La definición del cáncer de intervalo (o perdido o posendoscopia) para el cáncer gástrico y el cáncer colorrectal es compleja. Por ello, el Grupo de Trabajo de Expertos en cáncer colorrectal de intervalo del Comité de Detección de Cáncer Colorrectal de la Organización Mundial de Endoscopia (OME)^(1,2) la ha definido como el cáncer después de un examen o prueba de detección colorrectal en el que no se detecta cáncer y antes de la fecha del siguiente examen recomendado, y actualmente se usa indiscriminadamente para describir cánceres del tracto gastrointestinal que se diagnostican durante el intervalo entre un estudio endoscópico informado como normal y el posterior examen fijado como de seguimiento. La proporción de cáncer de intervalo para cáncer gástrico es del 9,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 5,7-13,1%)⁽³⁾, con una tasa ideal menor del 5% según la OME; la tasa de incidencia del cáncer de intervalo para el cáncer colorrectal es controvertida: varía entre 5,25% y 9,3%^(4,5). Su importancia tiene implicaciones diagnósticas, terapéuticas, éticas, legales y de salud pública, dada la carga de la enfermedad que representan las 2 neoplasias digestivas de mayor incidencia en nuestro medio.

El Dr. Castaño y colaboradores⁽⁶⁾ presentan un interesante análisis del problema para establecer la tasa de cáncer de intervalo en cáncer gástrico y colorrectal por medio de un comparativo de las dos neoplasias. Revisan la incidencia local de los tumores y, dado que no se tenían datos de este fenómeno en nuestro medio, esperamos incrementar el interés en tener los datos locales y propios de cada uno de los lectores de la revista.

La etiología de estas neoplasias es de naturaleza multifactorial y el mayor riesgo proviene de lesiones omitidas o extirpadas de forma incompleta. La literatura no muestra un consenso sobre si los cánceres colorrectales de intervalo son biológicamente más agresivos debido a cambios en su composición molecular⁽⁷⁾. El cáncer colorrectal es una enfermedad heterogénea y las vías de oncogénesis comprenden diferentes entidades moleculares que parecen contribuir al desarrollo del cáncer colorrectal de intervalo, y hay evidencia que sugiere que la vía de la neoplasia serrada sésil puede promover un desarrollo más rápido del carcinoma después de una colonoscopia de detección. Sin embargo, la supervivencia general, independientemente de su biología, parece ser similar entre los cánceres colorrectales de intervalo y los detectados⁽⁷⁾. Las neoplasias en forma de lesión plana representan un desafío bien definido tanto para el endoscopista como para el patólogo⁽⁷⁾. En nuestro medio, la sobrecarga de las agendas, las dificultades en la preparación (ver Aponte y colaboradores)⁽⁸⁾, la prisa del endoscopista y la ausencia de tecnología adecuada en diferentes lugares son algunos de los muchos factores determinantes de la calidad en endoscopia diagnóstica y de tamización^(9,10).

Mejorar la calidad del procedimiento endoscópico mediante la educación del endoscopista, los sistemas de vigilancia de la calidad de los procedimientos, la tamiza-

ción estratificada por riesgo, el uso de tecnologías con la cromosendoscopia y la inteligencia artificial podrán impactar esta situación⁽⁷⁾.

REFERENCIAS

1. Rutter MD, Beintaris I, Valori R, Chiu HM, Corley DA, Cuatrecasas M, et al. World Endoscopy Organization Consensus Statements on Post-Colonoscopy and Post-Imaging Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2018;155(3):909-925.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.05.038>
2. Sanduleanu S, le Clercq CM, Dekker E, Meijer GA, Rabeneck L, Rutter MD, et al. Definition and taxonomy of interval colorectal cancers: a proposal for standardising nomenclature. *Gut*. 2015;64(8):1257-67. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2014-307992>
3. Pimenta-Melo AR, Monteiro-Soares M, Libânio D, Dinis-Ribeiro M. Missing rate for gastric cancer during upper gastrointestinal endoscopy: A systematic review and meta-Analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2016;28(9):1041-9. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000000657>
4. Ertem FU, Ladabaum U, Mehrotra A, Tehranian S, Shi Z, Saul M, et al. Incidence of interval colorectal cancer attributable to an endoscopist in clinical practice. *Gastrointest Endosc*. 2018;88(4):705-711.e1. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2018.05.012>
5. Shanahan JJ, LeBlanc DM, Courage ER, Benesch MGK, Hickey KE, Hartwig KA, et al. Characteristics of Interval Colorectal Cancer: A Canadian Retrospective Population-Level Analysis from Newfoundland and Labrador. *Curr Oncol*. 2022;29(12):9150-9162. <https://doi.org/10.3390/curroncol29120716>
6. Castaño R, Puerta-Díaz JD, Jaramillo R, Palacio-Fuenmayor LJ, Rodríguez-Molina M, Molina-Meneses SP, et al. Cáncer gástrico y cáncer colorrectal posendoscopia: vidas paralelas. *Revista. colomb. Gastroenterol*. 2024;39(1):3-13. <https://doi.org/10.22516/25007440.1145>
7. Ibáñez-Sanz G, Sanz-Pamplona R, Garcia M, On Behalf Of The Msic-Sc Research Group. Future Prospects of Colorectal Cancer Screening: Characterizing Interval Cancers. *Cancers (Basel)*. 2021;13(6):1328. <https://doi.org/10.3390/cancers13061328>
8. Aponte-Martín DM, Corso-Bernal CL, Aponte-Aparicio MV, Sabbagh-Sanvicente LC. Mejoría de la preparación de colonoscopia usando tecnologías de la información y comunicación (TIC), ensayo clínico aleatorizado. *Revista. colomb. Gastroenterol*. 2024;39(1):51-58. <https://doi.org/10.22516/25007440.1092>
9. Deding U, Kobaek-Larsen M, Bøggild H, Kaalby L, Thygesen MK, Baatrup G. Socioeconomic inequalities in interval colorectal cancer are explained by differences in faecal haemoglobin concentration and age: a register-based cohort study. *BMJ Open Gastroenterol*. 2023;10(1):e001113. <https://doi.org/10.1136/bmjgast-2023-001113>
10. Castaño-Llano R, Piñeres A, Jaramillo R, Molina S, Aristizábal F, Puerta JE. Interval gastric cancer: A call to attentiveness and action. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2023;88(2):91-99. <https://doi.org/10.1016/j.rgmexn.2022.05.015>