

## Neoplasia avanzada colorrectal: respuesta a Parra del Riego



### Advanced colorectal neoplasia: Response to Parra del Riego

Sr. Editor:

Agradecemos a Parra del Riego et al.<sup>1</sup>, su interés en nuestro artículo<sup>2</sup>, y nos permitimos enviar nuestra respuesta. En primer lugar, los autores mencionan que «debería haberse precisado el número de pacientes que presentaron 3 adenomas o más... pues... el número de pólipos es... un factor de riesgo para desarrollar neoplasia colorrectal». Esto es correcto, no lo discutimos<sup>3</sup>. Pero, como mencionamos en el artículo, nuestro interés era detectar a las personas con alto riesgo de desarrollar neoplasia avanzada (NA) colorrectal, con el fin de optimizar el cribado de cáncer colorrectal. Para ello, se tenía que evaluar los factores previos al procedimiento en sí, tales como la edad, sexo, historia familiar de cáncer de colon, etc. Por tal motivo, no se analizó la presencia de adenomas como un factor de riesgo, pues estos son detectados durante el procedimiento, no antes. En la evaluación de los factores relacionados a neoplasia avanzada proximal, sí se tomó en cuenta los hallazgos endoscópicos distales, pues también queríamos evaluar qué pacientes sometidos a sigmoidoscopia se beneficiarían de una colonoscopia complementaria, ante el alto riesgo de presentar lesiones proximales.

Igualmente, se menciona que los adenomas aserrados mayores a 10 mm debieron clasificarse como NA, y así se hizo en nuestro estudio, pues en material y métodos mencionamos que «Se definió NA como la presencia de lesiones de más de 10 mm en tamaño, con componente vellosa o con displasia de alto grado o carcinoma». Más adelante se menciona que los «adenomas serrados... fueron categorizados como adenomas tubulares». Pero, aquellos con tamaño mayor a 10 mm, sí fueron considerados NA.

De otro lado mencionan que «según la British Society of Gastroenterology se deben reseca todos los pólipos encontrados sin importar el tamaño ni su localización», pero en dicha guía también se menciona que dichos pólipos deberían ser removidos a menos que sea muy obvio su carácter neoplásico<sup>4</sup>. Y ese fue el caso de los 6 pacientes en los cuales se detectó pólipos menores de 10 mm en recto, motivo por el cual el endoscopista decidió no resecaarlos. Similar conducta tuvieron Kaminski et al. en su estudio<sup>5</sup>. Respecto a la Adenoma Detection Rate (ADR) de los endoscopistas que

participaron en el estudio, diremos que fue, en promedio, del 28.7% (dato no consignado en el estudio).

### Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ninguna clase de financiamiento para la realización de este trabajo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias

1. Parra del Riego A, Olivares-Sparks A, Barreda F, et al. Neoplasia avanzada colorrectal: importancia de una clasificación adecuada. *Rev Gastroenterol Mex.* 2016;81:117.
2. Parra-Pérez V, Watanabe-Yamamoto J, Nago-Nago A, et al. Factores relacionados a neoplasia avanzada colorrectal en el Policlínico Peruano Japonés. *Rev Gastroenterol Mex.* 2015;80:239-47.
3. Solakoğlu T, Atalay R, Köseoğlu H, et al. Analysis of 2222 colorectal polyps in 896 patients: A tertiary referral hospital study. *Turk J Gastroenterol.* 2014;2:175-9.
4. Cairns S. Colonoscopic Polypectomy and Endoscopic Mucosal Resection: A Practical Guide [Internet]. *BMJ Open Gastroenterol.* 2008 [consultado 30 Oct 2015] Disponible en: [http://www.bsg.org.uk/images/stories/docs/sections/endo/polypectomy\\_08.pdf](http://www.bsg.org.uk/images/stories/docs/sections/endo/polypectomy_08.pdf)
5. Kaminski MF, Polkowski M, Kraszewska E, et al. A score to estimate the likelihood of detecting advanced colorectal neoplasia at colonoscopy. *Gut.* 2014;63:1112-9.

V. Parra-Pérez<sup>a,\*</sup>, J. Watanabe-Yamamoto<sup>a</sup>, A. Nago-Nago<sup>a</sup>, M. Astete-Benavides<sup>a</sup>, C. Rodríguez-Ulloa<sup>a</sup>, G. Valladares-Álvarez<sup>a</sup>, N. Núñez-Calixto<sup>a</sup>, M. Yoza-Yoshidaira<sup>a</sup>, T. Gargurevich-Sánchez<sup>a</sup>, J. Pinto-Sánchez<sup>a</sup>, J. Niebuhr-Kakiuchi<sup>a</sup>, G. Uehara-Miyagusuku<sup>a</sup>, J. Rodríguez-Grandez<sup>a</sup>, R. Komazona-Sugajara<sup>a</sup> y C. Gutiérrez de Aranguren<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Gastroenterología, Policlínico Peruano Japonés, Lima, Perú

<sup>b</sup> Servicio de Gastroenterología, Clínica Centenario Peruano Japonés, Lima, Perú

\* Autor para correspondencia. Jr. Colmenares N.° 281, Pueblo Libre (L21), Lima, Perú. Teléfono: +987720981; Fax: +2042126.

Correo electrónico: [vfparrap@yahoo.es](mailto:vfparrap@yahoo.es) (V. Parra-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2015.11.001>