



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ARTÍCULO ORIGINAL

Frecuencia de adenomas serrados sésiles en pacientes con antecedente de cáncer colorrectal detectados durante colonoscopias de vigilancia

J.P. Pérez-Macías*, J.C. Sánchez-del Monte, A.I. Hernández-Guerrero, W.D. Torrecilla-Ramírez, B.A. Sánchez-Jiménez y G.M. Salgado-Castellón

Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Instituto Nacional de Cancerología, Tlalpan, Ciudad de México, México

Recibido el 29 de mayo de 2024; aceptado el 25 de noviembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Cáncer colorrectal;
Adenoma serrado sésil;
Colonoscopia;
Polipectomía;
Vigilancia endoscópica

Resumen

Introducción: Los adenomas serrados sésiles (ASS) son lesiones precursoras del cáncer colorrectal (CCR) hasta en un 15-30% de los casos; sin embargo, debido a algunas de sus características, su detección endoscópica resulta un reto. El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de ASS en pacientes con antecedente de CCR que acudieron a realizarse colonoscopias índices y de vigilancia posterior a su diagnóstico.

Material y métodos: Cohorte observacional de pacientes con diagnóstico de CCR que acudieron a su colonoscopia índice y al menos dos de vigilancia al Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México entre enero de 2015 y diciembre de 2018. Se analizaron variables demográficas, clínicas y hallazgos endoscópicos. Se calculó la frecuencia de ASS como número de pacientes con uno o más ASS dividido entre el número total de pacientes analizados. Para el análisis inferencial bivariado se utilizó comparación de medias. Para el análisis de variables nominales se utilizó χ^2 y prueba exacta de Fisher. Se realizó regresión logística para búsqueda de factores relacionados a ASS.

Resultados: Se incluyeron 400 pacientes con una media de edad de 58 años; el 52% eran mujeres. La frecuencia de ASS fue del 5.25%, de los cuales el 33% se encontraron en la misma colonoscopia y el 38% en colonoscopias posteriores. En cuanto a las características de los ASS, estas tuvieron un promedio de 5.52 mm, 84% Paris Is, 45% KUDO II, la mayoría localizadas en el colon ascendente o en el transverso (21 y 20%, respectivamente).

Conclusiones: Los ASS son lesiones premalignas infrecuentes. Su diagnóstico endoscópico es retador, pero su hallazgo es fundamental durante el seguimiento de pacientes con antecedente de CCR para reducir el riesgo de progresión maligna.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Benito Juárez 36; Colonia Centro, La Piedad, Michoacán, CP 59300. Tel.: +521 3525575834.
Correo electrónico: drjorgepabloperez@gmail.com (J.P. Pérez-Macías).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.11.008>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Colorectal cancer;
Sessile serrated
adenoma;
Colonoscopy;
Polypectomy;
Endoscopic
surveillance

The frequency of sessile serrated adenomas detected during surveillance colonoscopy in patients with a history of colorectal cancer

Abstract

Introduction: Sessile serrated adenomas (SSAs) are precursor lesions of colorectal cancer (CRC) in 15-30% of cases, but due to their subtle characteristics, their endoscopic detection is a challenge. The present work aimed to determine the frequency of SSAs in patients with a history of CRC who underwent index and surveillance colonoscopies after their cancer diagnosis.

Material and methods: An observational cohort study was conducted on patients diagnosed with CRC who underwent an index colonoscopy and at least two surveillance colonoscopies at the *Instituto Nacional de Cancerología* in Mexico City, between January 2015 and December 2018. Demographic and clinical variables and endoscopic findings were analyzed. SSA frequency was calculated as the number of patients with one or more SSAs divided by the total number of patients analyzed. Means were compared for the bivariate inferential analysis and the chi-square test and Fisher's exact test were used for the nominal variable analysis. Logistic regression was carried out to search for factors related to SSA.

Results: Four hundred patients were included; the mean patient age was 58 years and 52% were women. SSA frequency was 5.25%. Thirty-three percent of the SSAs were found in the index colonoscopy and 38% in subsequent colonoscopies. SSAs had a mean size of 5.52 mm, 84% were classified as Paris Is, 45% as KUDO II, and most were located in the ascending or transverse colon (21% and 20%, respectively).

Conclusions: SSAs are rare premalignant lesions, and their endoscopic diagnosis is a challenge. Their identification during the follow-up of patients with a history of CRC is essential for reducing the risk of metachronous progression.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción y objetivos

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia más frecuente en Estados Unidos y la segunda en Europa¹. En 2020, en México el CCR tuvo una incidencia de 10.6 casos por 100,000 habitantes, con una cifra de 540,000 muertes al año². Se ha identificado como el principal factor de riesgo para el desarrollo de CCR la presencia de pólipos en el colon³. En 1990, Longacre y Fenoglio-Preiser analizaron un grupo de pólipos que mezclaba las características de los adenomas con el aspecto serrado de los pólipos hiperplásicos, reconociendo su independencia al nombrarlos como «adenoma serrado»⁴. Posteriormente, Torlakovic y Snover en 1996 y luego en 2003 demostraron que algunas lesiones previamente categorizadas como pólipos hiperplásicos en realidad correspondían a los recientemente descritos pólipos serrados, sugiriendo su alta predisposición al CCR, renombrando a estas lesiones como adenomas serrados sésiles (ASS) para diferenciarlas de los adenomas serrados tradicionales⁴.

Los ASS corresponden al 9% de todos los pólipos colorrectales y al 22% de las lesiones serradas encontradas durante una colonoscopia^{1,5}. Se han descrito con mayor frecuencia en el sexo femenino (65%), con una edad promedio de 62 años. Los factores de riesgo son: consumo de alcohol, tabaquismo, obesidad, poca ingesta de fibra y dieta alta en folatos^{1,6}.

El diagnóstico endoscópico de ASS es retardador^{5,7}. Suelen encontrarse en el colon derecho, se observan con luz blanca

como pólipos sésiles o lesiones planas ligeramente elevadas, de coloración rojiza,^{3,5,8-10} son pequeños, frecuentemente recubiertos de una capa de moco, con bordes pobremente definidos, pudiendo «imitar» a pliegues engrosados^{1,3-5,8-10}. Su detección en población que acude a colonoscopias de vigilancia posterior a CCR es de particular importancia, debido a que la presencia de ASS puede explicar hasta un 7% de los CCR metacrónicos^{6,9}.

El objetivo de este trabajo fue determinar la frecuencia de ASS en pacientes con antecedente de CCR que acudieron a realizarse colonoscopias índices y de vigilancia en un centro de referencia nacional (Instituto Nacional de Cancerología de México).

Material y métodos

Tipo de estudio

Cohorte observacional de pacientes con diagnóstico de CCR que acudieron a su colonoscopia índice y al menos dos de vigilancia al Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México entre enero de 2015 y diciembre de 2018. Se excluyeron pacientes con colonoscopias incompletas, con mala preparación intestinal, con presencia de estenosis colónica o angulaciones no franqueables. Se eliminaron pacientes con expedientes incompletos, sin reportes de patología o con menos de dos colonoscopias de vigilancia registradas.

Se recabaron las variables demográficas de edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), localización del CCR primario, antecedente heredo-familiar de CCR, antecedentes personales de diabetes mellitus, tabaquismo o consumo de alcohol. Los hallazgos endoscópicos recabados fueron: colonoscopia índice o de vigilancia, tiempo entre la colonoscopia de vigilancia y la colonoscopia índice, número total de pólipos encontrados por colonoscopia, número de ASS, localización, tamaño, morfología de acorde a clasificación de París, KUDO y NICE, técnica de retiro de la lesión, así como confirmación histopatológica.

Todas las colonoscopias fueron realizadas por residentes en formación bajo vigilancia de un médico certificado en endoscopia. Todas se realizaron con ayuda de cromoendoscopia electrónica tipo NBI (por sus siglas en inglés, *Narrow Band Imaging*) con un tiempo de retiro superior a 6 minutos. La tasa de detección de adenomas en pacientes con riesgo promedio en este grupo está reportada en el 29%¹⁰.

Análisis estadístico

Los datos se capturaron en hoja de cálculo de Excel. Se utilizó el programa SPSS para el análisis estadístico. La normalidad de las variables se determinó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables continuas fueron reportadas mediante mediana e intervalo intercuartil en caso de resultar no paramétricas, y mediante media y desviación estándar en caso de ser paramétricas. Para variables cualitativas se utilizaron porcentajes.

Se calculó la frecuencia de ASS como número de pacientes con uno o más ASS dividido entre el número total de pacientes analizados.

Para el análisis inferencial bivariado se utilizó comparación de medias (t de Student) o suma de rangos (U de Mann-Whitney) para variables no relacionadas, y comparación de medias (t de Student pareada) o rangos señalados (Wilcoxon) para variables relacionadas. Para el análisis de variables nominales se utilizó χ^2 y prueba exacta de Fisher. Se realizó regresión logística para buscar factores asociados a ASS. Se consideró un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Consideraciones éticas

Este estudio se realizó cumpliendo la normativa actual en investigación bioética, registrado en el comité de investigación del Instituto Nacional de Cancerología con el No. 2022/165, después de cumplir los siguientes criterios, como la protección de personas y animales, la confidencialidad de los datos siguiendo los protocolos del centro de trabajo sobre su publicación y preservación de su anonimato, el derecho a la privacidad y el consentimiento informado. Los autores declaran que no existe información personal que permita identificar a los pacientes.

Resultados

Se revisaron 740 expedientes de pacientes con diagnóstico de CCR atendidos durante el periodo de enero de 2015 y diciembre de 2018 en el Instituto Nacional de Cancerología

Tabla 1 Características demográficas y clínicas de la muestra

Características (n = 400)	Frecuencia (DS / %)
<i>I. Características antropomórficas</i>	
Femenino	212 (53)
Edad (años)	58.4 (11.59)
Peso (kg)	67.2 (14.1)
Talla (m)	1,60 (0.1)
Índice de masa corporal	26 (4.2)
<i>II. Antecedentes relevantes</i>	
Antecedente heredo-familiar primer grado de CCR	61 (15.3)
Diabetes mellitus	74 (18.3)
Localización del CCR	33 (8.3)
Ciego	36 (9)
Colon ascendente	11 (2.8)
Colon transverso	20 (5)
Colon descendente	89 (22.3)
Colon sigmoides	211 (52.8)
Recto	
<i>III. Antecedentes personales no patológicos</i>	
Tabaquismo	133 (33)
Alcoholismo	144 (36)

CCR: cáncer colorrectal; DS: desviación estándar.

en la Ciudad de México, de los cuales se incluyeron un total de 400 pacientes y 1,200 colonoscopias (fig. 1).

La media de edad de los pacientes fue de 58 años (± 11.5), siendo el 53% mujeres, y la media de IMC, de 26 kg/m² (± 4.2). Un 15.3% refirieron antecedente heredo-familiar de primer grado de CCR. Dentro de los antecedentes relevantes, un 33% presentaban tabaquismo positivo. En relación con su diagnóstico personal de CCR, el 52.8% se localizaban en el recto, el 22.3% en el colon sigmoides, el 9% en el colon ascendente, el 8.3% en el ciego, el 5% en el colon descendente y solo el 2.8% se encontraban en el colon transverso (tabla 1).

Hallazgos endoscópicos

Se detectaron 421 pólipos, de los cuales el 15.3% (n=65) correspondieron histopatológicamente a ASS. Se encontró al menos un ASS en 21 de los 400 pacientes estudiados, por lo que la frecuencia de ASS fue del 5.25% (fig. 2). Se evidenció la presencia de ASS en dos o más segmentos distintos del colon en 7 pacientes (33%), y 8 pacientes presentaron nuevos ASS durante las colonoscopias de vigilancia (38%). Solo se reportó adenocarcinoma en colonoscopias posteriores en el 0.25% (n=1), el cual fue detectado en el recto.

Características de los ASS

La media de tamaño de los ASS fue de 5.52 mm (± 3.1); su localización proximal al ángulo esplénico fue del 54% vs el 46% distal, sin alcanzar una relevancia estadística. El 84% (n=54) fueron clasificados como Paris 0-I, seguido de 0-Ip en el 8% (n=5), 0-IIa en el 6% (n=4) y 0-Ips y 0-IIb en el 1% (n=1), respectivamente. En cuanto al patrón glandular,

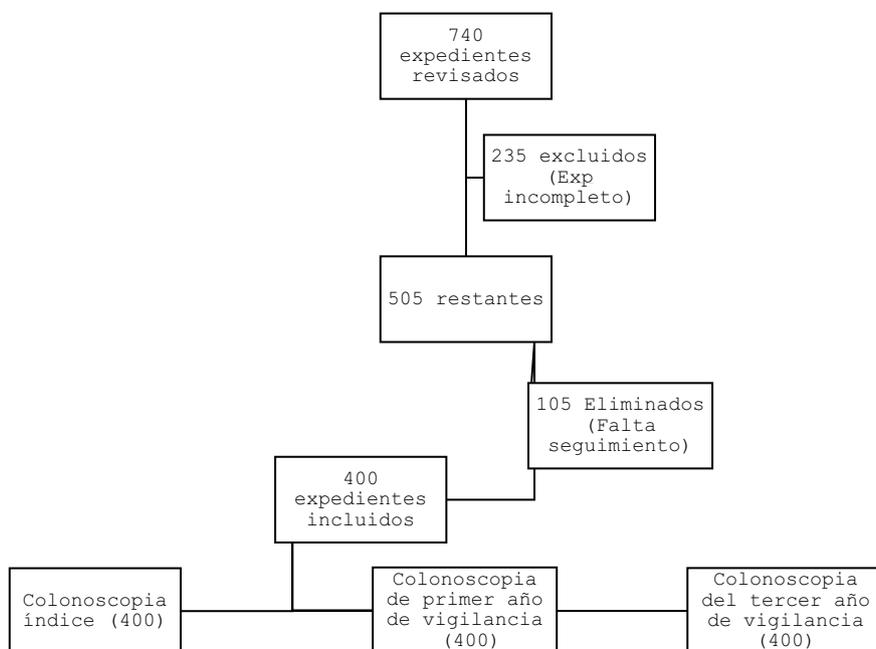


Figura 1 Flujograma de pacientes. Análisis de los resultados obtenidos del grupo de 400 pacientes durante la colonoscopia índice y las colonoscopias de vigilancia del primer y tercer año; en total, 1200 colonoscopias revisadas.

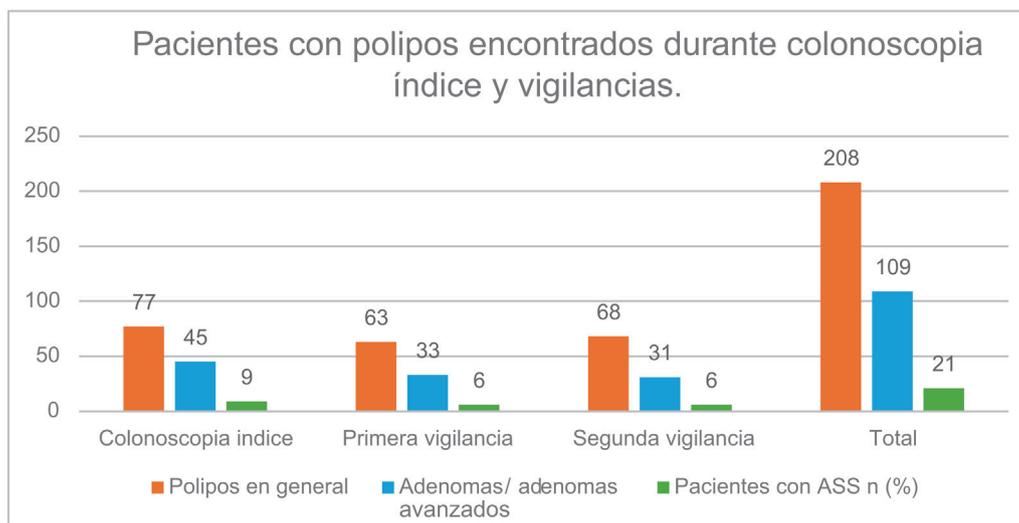


Figura 2 Gráfica de barras que ilustra el número de pacientes con hallazgo de pólipos en general, adenomas/adenomas avanzados y ASS encontrados durante la colonoscopia índice y primera y segunda colonoscopia de vigilancias.

el 45% (n=29) se reportaron como KUDO II, el 35% (n=23) KUDO I, el 12% (n=8) IILs y el 8% (n=5) IIL. No se reportaron ASS con patrón IV o V. Utilizando la clasificación NICE (*NBI International Colorectal Endoscopic*), hasta el 74% (n=48) presentaban NICE 1, y solo el 26% (n=17) NICE 2. Ningún ASS fue reportado con datos de alto riesgo o NICE 3. A la vez, la clasificación de JNET (*Japan NBI Expert Team*) fue tipo 1 en un 77% (n=50) y tipo 2a en un 23% (n=15), sin reportarse tipo 2b ni 3. Acerca del tipo de resección del pólipo, el 48% (n=31) se resecaron con asa fría, el 45% (n=29) con pinza de biopsia y solo el 7% (n=5) con asa caliente (tablas 2 y 3).

Ninguna de las variables analizadas (sexo, edad > 50 años, obesidad, antecedente hereditario de CCR, tabaquismo,

alcoholismo y localización del tumor primario) en la regresión logística se asoció a la presencia de ASS.

Discusión

La identificación de ASS es esencial para reducir el riesgo de CCR recurrente en pacientes sometidos a colonoscopias de vigilancia. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y las características de los ASS en una cohorte de pacientes en un centro de referencia, lo que permite mejorar la comprensión de su comportamiento clínico y la optimización de las estrategias de seguimiento.

Tabla 2 Características de las ASS encontradas durante las colonoscopias

Características de ASS	Colonoscopia índice N 25 (DS / %)	Primera vigilancia N 24 (DS / %)	Segunda vigilancia N 16 (DS / %)	Total ASS N 65 (DS / %)	Valor p
<i>Tamaño del pólipo, mm</i>	5.48 (3.6)	6.00 (3.1)	4.88 (3.0)	5.52 (3.1)	0.538
<i>Localización de los pólipos</i>					0.183
Ciego	0 (0)	4 (17)	5 (31)	9 (14)	
Colon ascendente	5 (20)	4 (17)	3 (19)	12 (19)	
Colon transverso	7 (28)	5 (21)	2 (13)	14 (21)	
Colon descendente	4 (16)	4 (17)	5 (31)	13 (20)	
Colon sigmoides	4 (16)	2 (8)	0 (0)	6 (9)	
Recto	5 (20)	5 (20)	1 (6)	11 (17)	
<i>Clasificación de París</i>					0.008
0-Is. Sésil	22 (88)	23 (96)	9 (57)	54 (84)	
0-Ip. Pediculado	2 (8)	1(4)	2(12)	5 (8)	
0-Ips.	0 (0)	0 (0)	1 (6)	1 (1)	
Pseudopediculado	1 (4)	0 (0)	3 (19)	4 (6)	
0-IIa. Plano bordes sobrelevados					
<i>Clasificación de KUDO</i>					0.003
I. Redondeado	5 (20)	14 (58)	4 (25)	23 (35)	
II. Estrellado	16 (64)	6 (25)	7 (44)	29 (45)	
III C. Tubular corto	0 (0)	4 (17)	4 (25)	8 (12)	
III L. Tubular largo	4 (16)	0 (0)	1 (6)	5 (8)	

ASS: adenomas serrados sésiles.

Tabla 3 Clasificaciones y tipos de resección de las ASS encontradas durante las colonoscopias

Características de ASS	Colonoscopia índice N 25 (DS / %)	Primera vigilancia N 24 (DS / %)	Segunda vigilancia N 16 (DS / %)	Total ASS N 65 (DS / %)	Valor p
<i>Clasificación de NICE</i>					0.154
1	19 (76)	20 (83)	9 (56)	48 (74)	
2	6 (24)	4 (17)	7 (44)	17 (26)	
<i>Clasificación de JNET</i>					0.557
1	19 (76)	20 (83)	11 (69)	50 (77)	
2a	6 (24)	4 (16.7)	5 (31)	15 (23)	
2b	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
<i>Cumple criterios WASP</i>	14 (56)	12 (50)	9 (56)	35 (54)	0.893
<i>Técnica de resección</i>					0.722
Pinza de biopsia	13 (52)	10 (42)	6 (38)	29 (45)	
Asa fría	11 (44)	11 (45)	9 (56)	31 (48)	
Asa caliente	1 (4)	3 (13)	1 (6)	5 (7)	

JNET: Japan NBI Expert Team; NICE: NBI International Colorectal Endoscopic; WASP: Workgroup Serrated PolypS and Polyposis.

Los resultados de este estudio proporcionan información valiosa sobre la frecuencia y las características de los ASS en pacientes con antecedente de CCR que acudieron a colonoscopias de vigilancia. La frecuencia de ASS en esta población fue del 5.25%, lo que se encuentra por debajo de los reportes previos, que sugieren una frecuencia que puede alcanzar hasta el 9% en la población general y hasta el 15-30% en estudios de lesiones precancerosas en CCR^{1,5}. Esta variabili-

dad puede estar influenciada por diferencias en las técnicas de detección, la calidad de la preparación intestinal y las características demográficas de las poblaciones estudiadas.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la localización proximal de los ASS, ya que más del 50% se encontraron en el colon ascendente o transversal, lo que coincide con la literatura, que describe una predilección de estos pólipos por el colon derecho^{3,5}. Este hecho subraya la importancia de una

adecuada visualización de dicha región durante la colonoscopia, ya que la detección de pólipos en el colon derecho puede verse afectada por su difícil identificación debido a las características morfológicas y de tamaño de los ASS, que suelen ser sutiles y estar recubiertos de moco⁸⁻¹¹.

A nivel clínico, no se identificaron factores de riesgo específicos que estuvieran asociados con la presencia de ASS en el análisis multivariado. Esto es consistente con otros estudios que no han logrado establecer asociaciones claras entre factores como el sexo, la edad o el IMC y la presencia de ASS⁶. La falta de asociación podría explicarse por la compleja interacción entre factores genéticos, ambientales y moleculares en la patogénesis de los ASS^{5,6}.

En relación con el antecedente heredo-familiar de cáncer, este fue positivo para familiares de primer grado en un 15.3%, lo cual es similar a la cifra del 15-30% de cáncer hereditario reportado por Morales Saavedra et al. en 2017¹². Es importante comentar que en esta muestra el CCR se localizó con mayor frecuencia en el recto (52.8%), lo cual contrasta con lo reportado por Carethers et al. en su estudio de cohorte multinacional europea, en donde reporta una frecuencia de CCR localizado en recto del 28%, en colon izquierdo del 22% y en colon proximal al ángulo esplénico del 41%¹³. Es posible que esta diferencia se pueda atribuir a una distribución geográfica, ya que Charúa et al., en su estudio retrospectivo de 20 años en pacientes mexicanos con CCR, documentaron una localización del 52% en el recto, del 16% en el colon distal y del 32% en el colon proximal¹⁴.

De relevancia en nuestro estudio es el hallazgo de ASS en dos o más segmentos distintos del colon (sincrónicas) en el 33% y la presencia de nuevas ASS durante colonoscopias de vigilancia en el 38%, lo cual es similar a lo reportado por Fischer et al. en 2012 en su estudio retrospectivo de 16,574 colonoscopias entre 2003 a 2010, evidenciando un 31% de lesiones sincrónicas y hasta un 39% en vigilancias posteriores¹⁵. En el mismo sentido, Pereyra et al., en su estudio prospectivo de 2016, evidenciaron que para los 185 pacientes con ASS, el hallazgo de sincrónicos fue del 27%, evidenciando que aquellos pacientes con ASS sincrónicos en la colonoscopia índice presentaban una mayor incidencia de lesiones metacrónicas (12.96 por 1,000 personas), por lo que sugieren una vigilancia más cercana con estos pacientes¹¹.

Es importante resaltar que en años recientes se han publicado múltiples estudios que resaltan el desafío que se presenta para visualizar a los ASS durante la colonoscopia si solo se utiliza luz blanca, y dentro de las modalidades sugeridas para favorecer la detección se encuentran el uso de filtros de imagen de banda estrecha (NBI), capuchones plásticos y el uso de cromosendoscopia vital^{4,5,7,16-18}. En nuestro estudio se utilizó principalmente la detección con luz blanca y el uso de filtros de imagen de banda estrecha, que permitieron observar lesiones sésiles hasta en un 84% y con patrón glandular estrellado en un 45%. Al utilizar filtro de NBI se caracteriza a los ASS de color rojizo brillante con la presencia de puntos negros estrellados que corresponden a la apertura de criptas, un patrón glandular característico de estas lesiones^{5,6,8}, y además permite visualizar los capilares dilatados y ramificados que discurren a través de la mucosa profunda. Para ayudar a su clasificación se utilizaron la clasificación NICE y la JNET, que en nuestro estudio fueron 74% NICE 1 y 77% JNET 1, lo cual corresponde a lesiones de aspecto hiperplásico o ASS. Acerca de la utilidad del

NBI comparado con pura luz blanca, Murakami et al. establecieron en 2018 una sensibilidad del 89% y una especificidad del 96% con uso de NBI, comparado con el 75% y el 79%, respectivamente, con luz blanca⁷.

Otra de las estrategias para aumentar la tasa de detección de estas lesiones es el uso de cromosendoscopia vital con ácido acético a concentraciones del 2-5%. Autores como Suzuki et al. en 2020 y Galvarini et al. en 2020 reportan mejoría en la definición de los bordes del pólipo, la limpieza de la capa subyacente de moco y la mejor definición del patrón glandular^{19,20}. Así mismo, Tribonias et al., en 2021, en su estudio aleatorizado de 412 pacientes, con el uso de una solución de ácido acético al 0.005% comprobaron un incremento considerable de detección de ASS en el grupo ácido acético del 13.5% vs 0.5% en el grupo control ($p < 0.001$)⁴, por lo que se propone como una herramienta que puede ser considerada en un nuestro centro para favorecer aumentar nuestra tasa de detección.

En los últimos años el empleo de inteligencia artificial (AI) a través del uso de redes neuronales profundas durante las colonoscopias ha permitido tener una mayor detección de pólipos pequeños, como lo demuestran Barua et al. en su metaanálisis de 2021, que comparó las tasa de detección de adenomas con el uso de AI y sin ella, reportando mayor detección de adenomas con AI (29.6% vs 19.3%; RR: 1.52), mayor detección de pólipos con AI (45.3% vs 30.6%; RR: 1.48), en particular aquellos adenomas menores de 5 mm¹⁶. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Glissen et al. en su estudio aleatorizado multicéntrico de 2021, que analizó 232 pacientes con el uso de CAde durante colonoscopia de cribado, reportando menores tasas de adenomas perdidos con AI (20.12 vs 31.25%; OR: 1.80), menor tasa de ASS perdidos (7.14% vs 42.11%) y mejor tasa de adenomas por colonoscopia (50.44 vs 34.64%)²¹, siendo la incorporación de la AI a las colonoscopias de vigilancia una herramienta que puede incrementar de manera significativa la detección de ASS.

Entre las limitaciones del estudio es importante mencionar su diseño observacional y retrospectivo, lo cual podría haber influido en la exhaustividad de la recolección de datos, particularmente en cuanto a la calidad de la preparación intestinal y los informes endoscópicos. Además, la inclusión de pacientes de un único centro de referencia podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones. Futuros estudios multicéntricos, con muestras más grandes y seguimiento a largo plazo, permitirían obtener una visión más completa sobre la prevalencia y la evolución de los ASS en pacientes con antecedentes de CCR.

En conclusión, los ASS son lesiones premalignas infrecuentes en pacientes con antecedente de CCR, pero su identificación durante las colonoscopias de vigilancia es de vital importancia para la prevención de CCR metacrónico. La implementación de nuevas tecnologías endoscópicas y la estandarización de las técnicas de detección pueden contribuir a mejorar la identificación de estas lesiones y, por ende, a reducir el riesgo de progresión maligna en esta población.

Financiación

Este estudio no recibió ningún apoyo específico por parte de agencias de fondos, en el sector público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no contar con ningún tipo de relación financiera o personal con otras personas u organizaciones que pudieran dar lugar a conflicto de intereses en relación con este manuscrito que se remite para publicación.

Agradecimientos

Se agradece en particular a la Dra. María Fernanda Saldívar Cavazos por su apoyo en la recolección de datos, así como en la revisión ortográfica de este manuscrito; sin tu ayuda este trabajo no hubiera sido posible.

Referencias

1. Rodríguez-Bolaños MD, Muñoz-Porras A. Pólipos aserrados y cáncer colorrectal. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR - HSJD*. 2014;4:11–7, <http://dx.doi.org/10.15517/rc-ucr-hsjd.v4i4.14929>.
2. International Agency for Research on Cancer. Estimated number of new cases in 2020. WHO [consultado 19 Abr 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars>
3. Arévalo F, Aragón V, Alva J, et al. Pólipos colorrectales: actualización en el diagnóstico. *Rev Gastroenterol Perú*. 2012;32:123–33. PMID: 23023174.
4. Tribonias G, Theodoropoulou A, Stylianou K, et al. Irrigation acetic acid solution during colonoscopy for the detection of sessile serrated neoplasia: A randomized controlled trial. *Dig Dis Sci*. 2022;67:282–92, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-021-06858-x>.
5. Moussata D, Boschetti G, Chauvenet M, et al. Endoscopic and histologic characteristics of serrated lesions. *WJG*. 2015;21:2896–904, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i10.2896>.
6. Anderson J, Srivastava A. Colorectal cancer screening for the serrated pathway. *Gastrointest Endoscopy Clin N Am*. 2020;30:457–78, <http://dx.doi.org/10.1016/j.giec.2020.02.007>.
7. Murakami T, Sakamoto N, Nagahara A. Endoscopic diagnosis of sessile serrated adenoma/polyps with and without dysplasia/carcinoma. *World J Gastroenterol*. 2018;24:3250–9, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v24.i29.3250>.
8. Murakami T, Sakamoto N, Nagahara A. Clinicopathological features, diagnosis, and treatment of sessile serrated adenoma/polyp with dysplasia/carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol*. 2019;34:1685–95, <http://dx.doi.org/10.1111/jgh.14752>.
9. Nishizawa T, Yoshida S, Toyoshima A, et al. Endoscopic diagnosis for colorectal sessile serrated lesions. *World J Gastroenterol*. 2021;27:1321–9, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v27.i13.1321>.
10. Sánchez-Jiménez BA, Hernández-Guerrero A, Ramírez-Solis ME, et al. Artificial intelligence-enhanced colonoscopy reduces adenoma miss rate: randomized clinical trial in a Hispanic population. Washington D.C: ASGE Presidential Plenary Session; DDW; 2024. p. 18–21.
11. Pereyra L, Gómez EJ, González R, et al. Finding sessile serrated adenomas: is it possible to identify them during conventional colonoscopy? *Dig Dis Sci*. 2014;59:3021–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-014-3295-z>.
12. Saavedra JL, Torres V, Tena E, Asociación Mexicana de Cirugía General. *Tratado de cirugía general*. 3.ª edición Ciudad de México: Manual Moderno; 2017. p. 1255–63.
13. Carethers JM. Risk factors for colon location of cancer. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2018;3:76, <http://dx.doi.org/10.21037/tgh.2018.09.15>.
14. Charúa L, Lagunes AA, Villanueva JA. Comportamiento epidemiológico del cáncer de colon y recto en el Hospital General de México. Análisis de 20 años: 1998-2007. *Rev Gastroenterol Mex*. 2009;74:99–104.
15. Fischer C, Pereyra L, González R, et al. Prevalencia de adenomas serratos de colon y asociación con lesiones neoplásicas sincrónicas y metacrónicas. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2012;42:92–9. PMID: 22876710.
16. Barua I, Guerrero-Vinsard D, Jodal HC, et al. Artificial intelligence for polyp detection during colonoscopy: A systematic review and meta-analysis. *Endoscopy*. 2021;53:277–84, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1201-7165>.
17. Tanaka Y, Yamano H-O, Yamamoto E, et al. Endoscopic and molecular characterization of colorectal sessile serrated adenoma/polyps with cytologica dysplasia. *Gastrointest Endosc*. 2017;86:1131–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2017.05.006>.
18. Barros RA, Monteverde MJ, Aslanian H, et al. Ácido acético en una serie prospectiva de 104 adenomas/pólipos serrados séisiles: mucho más que cromosocopia. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49:394–9.
19. Suzuki Y, Ohata K, Matsushashi N. Delineating sessile serrated adenomas/polyps with acetic acid spray for a more accurate piecemeal cold snare polypectomy. *VideoGIE*. 2020;5:519–21, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vgie.2020.05.030>.
20. Galvarini Recabarren MM, Pereyra L, Ahumada C, et al. Acetic acid for subtle serrated lesions of the right colon: does it facilitate diagnosis? *Endoscopy*. 2020;52:E432–3, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1158-8780>.
21. Glissen Brown JR, Mansour NM, Wang P, et al. Deep learning computer-aided polyp detection reduces adenoma miss rate: A United States multi-center randomized tandem colonoscopy study (CADet-CS trial). *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;20:1499–507, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2021.09.009>.