

Pregunta PICO 9: ¿Cuál es la eficacia y seguridad del seguimiento endoscópico en los pacientes adultos post-resección endoscópica de cáncer?

Resumen de la evidencia

Métodos de revisión

Inicialmente se elaboró el protocolo de la revisión sistemática (**Anexo P9**, Tabla N°1) y luego se procedió a realizar la búsqueda de la literatura en las bases de datos: MEDLINE (a través de PubMed) y LILACS (a través de BIREME). La búsqueda se realizó en el mes de noviembre del año 2017 y no se limitó por la fecha de publicación. Se combinaron términos sobre *cáncer gástrico temprano*, seguimiento, resección endoscópica, procedimiento endoscópico, *seguridad y eficacia*. Posteriormente, se revisó las referencias bibliográficas de los trabajos seleccionados para identificar otros estudios que no fueron captados en la búsqueda sistemática. (**Anexo P9**, Tabla N°2)

Los criterios de elegibilidad fueron Ensayos clínicos o estudios observacionales que evaluaron la eficacia y seguridad del seguimiento endoscópico post-resección endoscópica de cáncer comparado a no recibir seguimiento endoscópico en la detección temprana de cáncer gástrico. Los estudios incluyeron población adulta (≥ 18 años) con diagnóstico histológico de cáncer gástrico en los cuales se realizó resección endoscópica de la lesión. Se consideraron estudios publicados en idioma inglés o español y se excluyeron los estudios que no ofrecieran información específica sobre pacientes con cáncer gástrico en los cuales se había realizado resección endoscópica de la lesión.

Búsqueda de la literatura

Con la estrategia de búsqueda diseñada se logró identificar 12 estudios para revisión a texto completo. Luego de la revisión a texto completo de estos 12 estudios quedaron 5 estudios observacionales que fueron los siguientes: Abe 2015 (Abe et al., 2015), Hahn 2016 (Hahn et al., 2016), Kato 2013 (Kato et al., 2013^a), Min 2015 (Min et al., 2015) y finalmente Nakajima 2006 (Nakajima et al., 2006). Fueron excluidos 7, 5 porque no respondían a la pregunta y 2 porque no se encontraban los desenlaces requeridos. No se encontró ningún ensayo clínico que se adaptara a la pregunta PICO probablemente por cuestiones éticas. Sería poco ético que un paciente post resección endoscópica por Cáncer gástrico no reciba seguimiento (**Anexo P9**, Figura N°1).

Características de los estudios incluidos

Todos los estudios incluidos fueron observacionales retrospectivos, 3 de ellos de Japón (Abe et al., 2015; Kato et al., 2013b; Nakajima et al., 2006) y 2 de Corea (Hahn et al., 2016; Min et al., 2015). No hubo comparador, la evidencia fue indirecta a través de la Incidencia acumulativo de Cáncer metacrónico y Tasa de supervivencia (**Anexo P9**, Tabla N°3).

El número de pacientes incluidos en los estudios fue desde 633 (Nakajima et al., 2006) hasta 1526 (Abe et al., 2015) pacientes con Cáncer gástrico, quienes habían sido sometidos a una Resección Endoscópica y en estudios más recientes específicamente se refieren a la técnica de Disección Sub mucosa endoscópica. El riesgo de sesgo de los estudios incluidos, según la escala Newcastle-Ottawa, fue moderado. La valoración del riesgo de sesgo se presenta en un cuadro en el **Anexo P9**, Tabla N°4.

Resultados

De los estudios incluidos básicamente se han considerado dos desenlaces: la tasa de incidencia acumulada de Cáncer metacrónico y la Tasa de Supervivencia.

Tasa de Incidencia Acumulada de Cáncer Metacrónico.

Esta tasa se ha reportado en algunos estudios desde el primer año hasta casi 10 años de seguimiento y va desde 3.5% hasta 22.7 % respectivamente. Considerando el rango de 3 a 4 años de seguimiento , se incluyeron 3 estudios (Hahn et al., 2016; Kato et al., 2013b; Nakajima et al., 2006) evidenciándose una tasa de recurrencia metacrónica en el rango de 5.9 a 15%.

Tabla P9.1. Tasa de recurrencia metacrónica acumulada desde 1 año hasta 10 años post resección endoscópica de Cáncer gástrico temprano.

	TASA DE RECURRENCIA METACRÓNICA acumulada						
	1año	2años	3 años	4 años	5 años	7 años	10 años
Nakajima 2006	NR	NR	5.90%	NR	NR	NR	NR
Kato 2013	3.50%	3.70%	6.90%	10%	16%	NR	NR
Abe 2015	NR	NR	NR	NR	9.50%	13.10%	22.70%
Min2015	NR	NR	NR	NR	3.60%	NR	NR
Hahn 2016	NR	10%	NR	15%	NR	NR	NR

Tasa de Supervivencia Global

La Tasa de Supervivencia Global solo se identificó en dos estudios (Kato et al., 2013b; Min et al., 2015), siendo ésta en el lapso de 3 a 5 años entre 96.8% y 96.85%.

Tabla P9.2. Sobrevida Global a los 3 y 5 años de pacientes post resección endoscópica de Cáncer gástrico temprano.

	Sobrevida Global	
	3 años	5 años
Nakajima 2006	NR	NR
Kato 2013	96.80%	NR
Abe 2015	NR	NR
Min2015	NR	96.85%
Hahn 2016	NR	NR

Graduación GRADE de la evidencia a la recomendación

La calidad de la evidencia se evaluó siguiendo las recomendaciones del sistema GRADE (**Anexo P9**, Tabla N°5). En relación con el riesgo de sesgo, la inconsistencia, la imprecisión y el sesgo de publicación, no se consideró alguno serio. En cuanto a la evidencia indirecta si se consideró seria pues se está tratando con un desenlace sin un grupo comparador, por lo tanto, la calidad de la evidencia disminuyó. En conclusión, la calidad global de la evidencia de esta PICO fue muy baja para los dos desenlaces.

Valores y preferencias

No se incluyó una revisión sistemática sobre este punto, pero el panel de expertos manifestó que probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes en el hecho de que los pacientes valoren la utilidad de la endoscopia sobre los desenlaces principales (**Anexo P9**, Tabla N°6).

Uso de recursos

No se incluyó una revisión sistemática sobre este dominio, sin embargo, el panel de expertos manifestó que el costo de la intervención sería no significativo comparado con el ahorro que constituiría la detección precoz del cáncer gástrico en pacientes sometidos a una resección endoscópica (**Anexo P9**, Tabla N°6).

Costo efectividad

Existe información acerca de que la erradicación después de resección endoscópica es costo efectivo. El panel de expertos opina que faltan mayores estudios al respecto en nuestro medio, sin embargo, si se hace un buen seguimiento de aquellos pacientes, el diagnóstico temprano será costo-efectivo si el diagnóstico se hace tardíamente (**Anexo P9**, Tabla N°6).

Recomendación Clínica

El panel de expertos **recomienda** un programa de seguimiento endoscópico posterior a la resección endoscópica en pacientes con Ca gástrico temprano (**certeza baja de la evidencia**).

Observación: No obstante, la certeza baja de la evidencia, el panel de expertos considera una recomendación fuerte a favor de un programa de vigilancia endoscópica ya que disminuye la incidencia de recurrencia de Cáncer gástrico posterior a una resección endoscópica.

Consideraciones para la implementación

Se recomienda después de una resección endoscópica curativa un seguimiento entre los 3 a 6 meses y luego anualmente en forma indefinida. En el caso de que no haya sido una resección endoscópica en bloque, con margen lateral positivo, sin criterios de cirugía, se recomienda hacer una endoscopia con biopsia a los 3 meses, luego entre los 9 y 12 meses y posteriormente anualmente. Se recomienda así mismo implementar el programa de seguimiento de post resección endoscópica. Por otro lado los pacientes que tienen cáncer gástrico precoz y Helicobacter pylori (HP) tienen mayor riesgo de recidiva, por eso se debe considerar no solo tomar biopsia a la lesión sino también a la mucosa sana por posibilidad de HP. (Kwon, Jeon, Nam, & Shin, 2017) Para evaluar la efectividad de los programas de detección de cáncer precoz se debería realizar supervisión periódica de dicho programa y dada la alta tasa de cáncer gástrico se deberían hacer estudios nacionales de seguimiento post resección endoscópica en cáncer gástrico.