

Escrutinio en el cáncer de colon y recto

José Eduardo Rovelo
Lima,* Ulises Rodríguez
Wong,** Alejandro Badillo
Bravo,* Julio César Meza
Sánchez*

* Médico residente de Cirugía General.
** Coloproctólogo.

Hospital Juárez de México, Ciudad de México

Dirección para correspondencia:
Dr. José Eduardo Rovelo
e-mail: lalomd@gmail.com

Resumen

El cáncer colorrectal es una neoplasia prevenible e idónea para el escrutinio, dado el conocimiento de la progresión de adenoma a carcinoma; el 70% son pacientes de riesgo promedio y el 30% tienen un componente hereditario o enfermedad inflamatoria intestinal que los hace de alto riesgo. Se recomienda a partir de los 50 años iniciar el escrutinio por los médicos de primer contacto en pacientes promedio con uno o varios de los siguientes métodos, búsqueda de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible, enema de doble contraste, colonoscopia virtual, y/o colonoscopia con toma de biopsia y/o polipectomía, para referir de manera oportuna al especialista. En pacientes de alto riesgo se cuenta ya con pruebas moleculares para búsqueda de mutaciones genéticas específicas, junto con los métodos antes mencionados.

Palabras clave: Escrutinio del cáncer colorrectal.

Abstract

Colorectal cancer is a preventive neoplasm, and an ideal situation for screening, because the current knowledge of the adenoma-carcinoma progression; 70% are average risk patients, while the other 30% have an hereditary component, or inflammatory bowel disease, these two conditions make them high risk patients. It recommends to begin screening at 50 years old by the first contact physicians, in average risk patients with one or several tests, fecal occult blood, flexible sigmoidoscopy, double contrast enema, virtual colonoscopy, and/or colonoscopy with biopsy and/or polypectomy, and opportune reference to the specialist. In high risk patients, currently, there is a molecular test, with seek of specific genetic mutations, besides the anterior test mentioned.

Key words: Screening for colorectal cancer.

INTRODUCCIÓN

El escrutinio (detección temprana, screening) se define como la aplicación de una prueba a sujetos asintomáticos, quienes pueden tener una cierta enfermedad, o bien un precursor de la misma.

La capacidad de la prueba de escrutinio para identificar sujetos verdaderos positivos (aquellos con escrutinio positivo y presencia de la enfermedad) y verdaderos negativos (aquellos con escrutinio negativo y sin enfermedad) se conocen como sensibilidad y especificidad, respectivamente.

El reconocimiento de la progresión de pólipos adenomatosos a carcinoma (10 años) ha hecho del cáncer colorrectal una neoplasia prevenible, por lo tanto es una entidad ideal para el escrutinio, dado la presencia de un precursor benigno.^{1,2}

El escrutinio es necesario porque el carcinoma de colon y recto se presenta con síntomas tempranos en el 10-15% de los casos.

GENERALIDADES

El cáncer de colon y recto es la segunda causa de muerte relacionada con neoplasias malignas en los Estados Unidos de América, con 150,000 casos nuevos y 57,000 muertes por año, secundario a la carencia de escrutinio generalizado a la población. En dicho país, se aplica la detección temprana aproximadamente al 40% de los habitantes, lo cual contrasta notablemente con el escrutinio de otras entidades oncológicas, tales como cáncer de cuello uterino y mama (70% y 80% respectivamente).^{3,4}

En un estudio de Lafata y cols., se proponen 5 puntos para el consejo a los pacientes quienes son candidatos para el escrutinio:

1. Assess: valoración
2. Advice: recomendación
3. Agree: aceptación

4. Assist: efectuar
5. Arrange: disposición

dada la carencia de detección generalizada de esta neoplasia.⁵

¿Quiénes deben iniciar el escrutinio y cómo?

Los médicos de primer contacto deben ser los primeros en ofrecer el consejo y orientación al respecto, teniendo en cuenta 3 elementos:

1. Preguntar al paciente si tiene un familiar de primer grado con cáncer colorrectal (CCR),
2. preguntar si ese parente tuvo CCR antes de los 50 años,
3. definir si el paciente se encuentra en población de riesgo promedio (adultos de 50 años o mayores, sin antecedentes de adenoma o CCR, 70% de los casos), o si es de riesgo alto (30%) por presentar una de las siguientes situaciones: enfermedad inflamatoria intestinal, adenomas o pólipos colorrectales, algún síndrome polipósico o de CCR hereditario no asociado a pólipos (síndrome de Lynch).⁶

MÉTODOS DE ESCRUTINIO

1. Sangre oculta en heces (SOH)
2. Sigmoidoscopia flexible
3. SOH y sigmoidoscopia flexible
4. Colonoscopia
5. Enema con doble contraste
6. Colonoscopia virtual
7. Escrutinio molecular

Existen 5 organizaciones que han propuesto lineamientos para llevar a cabo la detección del CCR, en 1996 la Fuerza de Tareas de los Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, United States Preventive Services Task Force) sugirió el escrutinio a base del SOH anual o la sigmoidoscopia flexible, o su combinación; en 1997, un panel de expertos de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) y la Agencia Federal de Política de Investigación y Cuidado de la Salud (AHCPR) determinaron que a mayores de 50 años se efectuara anualmente SOH, o sigmoidoscopia flexible cada 5 años, enema de doble contraste cada 5 a 10 años o colonoscopia cada 10 años; en ese mismo año, la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) sugirió lo mismo, y en el año 2000 el Colegio Americano de Gastroenterólogos (ACG) propuso realización de colonoscopia cada 10 años, SOH cada año y sigmoidoscopia cada 5 años.^{7,8}

Actualmente, en el 2006, la ASGE (Sociedad Americana de Gastroenterólogos Endoscopistas), publicó sus lineamientos, similares a los descritos anteriormente.

1. Sangre oculta en heces (SOH).

Esta prueba se recomienda en la mayoría de los lineamientos en población de riesgo promedio a partir de los 50 años y realizarla de forma anual, y es la preferida en pacientes geriátricos.

Existen dos modalidades, la tradicional de guayaco, que detecta la actividad de la pseudoperoxidasa en el grupo hem (la excreción fecal del grupo hem es patológica), y hay que tener medidas dietéticas previas al examen (evitar carnes rojas, así como algunos vegetales tales como el rábano, nabo, brócoli y cantalupo) así como recolectar 3 muestras debido al sangrado intermitente del CCR; y la inmunoquímica, que es más específica para detectar hemoglobina humana proveniente del tracto digestivo, y no necesita restricciones en la dieta. Si sale positivo debe continuar protocolo con una colonoscopia.

En general, posee una sensibilidad del 92% y una especificidad del 95%.^{9,10}

2. Sigmoidoscopia flexible.

Estudio endoscópico e invasivo, recomendado a partir de los 50 años cada 5 años, puede diagnosticar 50% de adenomas y neoplasias, sin embargo puede tener 50% de error al no detectar hasta 50% de las lesiones proximales (a la derecha de la flexura esplénica), si se encuentra alguna lesión debe hacerse posteriormente colonoscopia para descartar tumores sincrónicos (8%).

Cuenta con una sensibilidad de 90% y especificidad de 85%.

3. SOH y sigmoidoscopia flexible.

No existen estudios que evalúen su eficacia al combinarlos.

4. Colonoscopia.

Es el método preferido por muchos especialistas, debido a la eficacia para detectar lesiones en el sitio más habitual del CCR (sigmoides y recto) además de evaluar la totalidad del colon, se recomienda practicarla cada 5 ó 10 años; tiene la ventaja de que puede extirpar lesiones precursoras como los pólipos, tomar biopsias de lesiones sospechosas, y descartar tumores sincrónicos en colon derecho. Es invasiva, requiere preparación de colon, y en 5% de los casos no puede realizarse por completo por falta de cooperación del paciente. Su índice de complicaciones es menor del 1% (sangrado, perforación).

Sensibilidad y especificidad superiores al 95%.^{11,12}

5. Enema con doble contraste.

Actualmente con poco uso debido a la inadecuada detección de pólipos de 1 cm o menores. Se llega a utilizar cuando existe contraindicación para la colonoscopia o falta de disponibilidad de ésta. Muy incómodo para los pacientes.

6. Colonoscopia virtual o colonografía tomográfica computarizada.

Estudio de imagen menos invasivo, sin sedación, requiere preparación intestinal, con mayor comodidad para el paciente, que brinda la reconstrucción en cortes axiales coronales y sagitales en dos y tres dimensiones del colon, lo que permite observar la lesión, invasión a la pared, linfadenopatías, y hallazgos extracolónicos tales como la evaluación del hígado en busca de metástasis.

Es un excelente método de reciente introducción al rubro de la detección, sin embargo, posterior a un resultado positivo debe someterse al paciente a colonoscopia debido a que la colonoscopia virtual no puede tomar biopsias.^{13,14}

7. Escrutinio molecular.

Consiste en la búsqueda de mutaciones en la materia fecal, sin embargo, esta prueba no se usa en pacientes de riesgo promedio sino en individuos con historia familiar o personal que sugiere susceptibilidad genética a CCR, cuando se diagnostica un síndrome de CCR hereditario polipósico o no, clínicamente aparente, y en parientes de una persona con diagnóstico genético conocido.

Los resultados para pacientes con poliposis adenomatosa familiar oscilan entre 80-90%, para CCR hereditario no asociado a pólipos de 50-70%, y poliposis juvenil 40-60%.

Cabe mencionar que debe apoyarse en estos casos con los criterios de Amsterdam I y II y los de Bethesda.^{15,16}

ESCRUTINIO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Poliposis adenomatosa familiar

Con sus 3 variantes de síndrome de Gardner, Turcot y poliposis adenomatosa familiar atenuada, se recomienda iniciar la detección entre los 10-12 años de edad con sigmoidoscopia flexible anual hasta los 35 años, y posteriormente cada 3 años; puede usarse el escrutinio molecular, buscando mutaciones del gen APC.

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a pólipos

Con los síndromes de Lynch 1 y 2, se recomienda colonoscopias desde los 20 ó 30 años de edad, con intervalo de cada 2 años, y búsqueda de neoplasias ginecológicas, así como también de mutaciones en los genes de reparación.

Enfermedad inflamatoria intestinal

Colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) o enfermedad de Crohn, se recomienda efectuar colonosco-

pias anuales o a intervalos de 2 años, empezando 8 a 10 años después del diagnóstico.

Síndrome de Peutz-Jeghers y poliposis juvenil

Se recomienda vigilancia colonoscópica cada 3 años a partir de la adolescencia con o sin sintomatología.¹⁷⁻²²

CONCLUSIONES

Es importante considerar que los pacientes deben ser orientados adecuadamente y explicarles la necesidad del escrutinio para un diagnóstico y tratamientos precoces, teniendo en cuenta que los que deben iniciar la detección son los médicos de primer contacto, médicos generales o familiares, lo cual requerirá la creación de programas bien establecidos con el protocolo del escrutinio de esta neoplasia digestiva (SOH, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia y biopsia), junto con la correcta identificación del riesgo del paciente a evaluar (riesgo promedio o riesgo alto).

Debemos considerar siempre el bienestar del paciente, porque para ellos, algunas pruebas son incómodas o vergonzosas, situación que en países de primer mundo hace que se carezca de aceptación del consejo médico para llevar a cabo la detección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandel JS. Screening of patients at average risk for colon cancer. *Med Clin N Am* 2005; 89: 43-59.
2. Brosseuk D. Initial experience with a general population colorectal cancer screening clinic. *Am J Surg* 2006; 191: 669-672.
3. Maciosek MV. Colorectal cancer screening. Health impact and cost effectiveness. *Am J Prev Med* 2006; 31(1): 80-89.
4. Ladabaum U. Colorectal cancer screening. Differential costs for younger *versus* older Americans. *Am J Prev Med* 2006; 30(5): 378-384.
5. Lafata JE. Patient-Physician colorectal cancer screening discussions and screening use. *Am J Prev Med* 2006; 31(3): 202-209.
6. Lieberman D. Screening for colorectal cancer in average-risk populations. *Am J Med* 2006; 119: 728-735.
7. Trowbridge B. Colorectal cancer screening. *Surg Clin N Am* 2002; 82: 943-957.
8. Wei JT. The right test for colon cancer screening? *Gastrointest Endosc* 2006; 63(3): 459-460.
9. Walter LC. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: A review of the evidence. *Am J Med* 2005; 118: 1078-1086.
10. Gilbert A, Kanarek N. Colorectal cancer screening: Physician recommendation is influential advice to Marylanders. *Prev Med* 2005; 41: 367-379.

11. Davila RE et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis, staging, and management of colorectal cancer. *Gastrointest Endosc* 2005; 61: 1-7.
12. Ransohoff D. Colon cancer screening in 2005 status and challenges. *Gastroenterology* 2005; 128: 1685-1695.
13. Banerjee S. CT colonography for colon cancer screening. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 121-133.
14. Yee J. Screening CT colonography. *Radiol Clin N Am* 2004; 42: 757-766.
15. Burt R. Genetic testing for inherited colon cancer. *Gastroenterology* 2005; 128: 1696-1716.
16. ASGE. ASGE guideline: colorectal cancer screening and surveillance. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 546-557.
17. Bosworth HB et al. Prospective comparison of patient experience with colon imaging tests. *Am J Med* 2006; 19: 791-799.
18. Robertson RH et al. Trends in colon cancer screening procedures in the US Medicare and Tricare populations: 1999-2001. *Prev Med* 2006; 42: 460-462.
19. Federici A et al. Colorectal cancer screening: recommendations and guideline adherence by physicians from digestive endoscopy centers in the Lazio region, Italy. *Prev Med* 2006; 43: 183-186.
20. Walsh JME. Colon cancer screening in the ambulatory setting. *Prev Med* 2002; 35: 209-218.
21. Wee CC et al. Factors associated with colon cancer screening: the role of patient factors and physician counseling. *Prev Med* 2005; 41: 23-29.
22. Yepes-Rios M et al. Colorectal cancer screening among Mexican americans at a community clinic. *Am J Prev Med* 2006; 30: 204-210.