

ONCOLOGIA

**CÁNCER COLONORECTAL
Y TAMIZAJE POBLACIONAL
(Revisión Bibliográfica)**

Glenda Viales López *

Jorge Villalobos Alpizar **

Ruy Vargas Baldares ***

S U M M A R Y

Colorectal cancer constitute a health issue at a worldwide and national level. In order to obtain an early detection of the disease, it is recommended for the population over 50 years old to take screening tests. This article will review the generalities on colorectal cancer, besides some of the tendencies and recommendations for the screening of the population.

I N T R O D U C C I Ó N

El cancer colorectal es el tercero relevante en incidencia, y ocupa el cuarto lugar en mortalidad en todo el mundo. En el año 2005 la OMS estimó más de 950 000 nuevos casos y más de 665 000 muertes por

esta causa.(16) La principal estrategia que se puede utilizar para la disminución del mismo es la detección y extirpación de las lesiones tempranas que lo preceden.

La evidencia existente señala que la reducción de la mortalidad y la supervivencia están directamente relacionadas con el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Dado que esta patología presenta una serie de características, entre ellas la lenta evolución de la enfermedad desde su aparición hasta su transformación

en cáncer, se convierte en un candidato excelente para la realización de un tamizaje poblacional (3). Por lo tanto, el objetivo de este artículo es hacer una revisión de la más reciente literatura internacional en lo que respecta a la historia natural de este padecimiento y las recomendaciones para su tamizaje

Generalidades

El cáncer es uno de los más importantes problemas de salud pública en Costa Rica. Según el Re-

* Médico General, Área de Salud de Oreamuno, Cartago, CCSS

** Médico General, Estudiante de Posgrado International Health Program, Institute of Public Health, National Yang Ming University, Taipei, Taiwán.

*** Médico General, Hospital de la Anexión de Nicoya, CCSS.

Materiales y Metodos: Revistas y Artículos para revision bibliografica.

Descriptores: Cáncer; colorectal, tamizaje

Correspondencia a Glenda Viales López, gviales@gmail.com, Apdo. Postal: 607-1200 Pavas.

Dirección: Rohrmoser de la Embajada de USA, 200 oeste, 100 norte y 25 este.

Aportes de los Autores:

- Dra.: Glenda Viales López: Recolección, análisis y redacción.

- Dr. Jorge Villalobos Alpizar: Recolección, análisis y redacción.

- Dr. Ruy Vargas Baldares: Recolección y análisis de la información

gistro Nacional de Tumores de Costa Rica actualmente se diagnostican más de 7 500 casos nuevos cada año(8). En nuestro país la mortalidad por neoplasias malignas ocupa el segundo lugar entre todas las causas de muerte y sólo es superada por las enfermedades del sistema circulatorio. En la década del 90 el cáncer de colon tuvo un importante incremento en su incidencia en ambos sexos. Para el año 2003 ocupó el quinto lugar en la incidencia de patologías malignas y se convirtió en el cuarto cáncer que provoca más mortalidad tanto en mujeres como en hombres(8).

Etiología

La gran mayoría de neoplasias de colon parece guardar relación con factores no genéticos y se indica que los factores dietéticos tienen importancia etiológica en su desarrollo. El consumo de una dieta occidental mixta, rica en grasas animales y pobre en fibras, aumenta su incidencia. Otros factores son la edad (mayor de 50 años), la historia personal de adenoma o carcinoma, la existencia de una predisposición a otras enfermedades, como enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa), una historia familiar de síndromes poliposos (Poliposis Adenomatosa Familiar, Síndrome de Gardner, Síndrome de Turcot, Síndrome de Muir Torre, Síndrome de Peutz Jeghers y Poliposis Familiar Juve-

nil), el cáncer colónico hereditario no relacionado con la poliposis y la existencia de familiares en primer grado con cáncer colorectal(12,17).

Manifestaciones clínicas del cáncer de colon

Por lo general, los adenocarcinomas del colon y del recto crecen lentamente y se pueden diagnosticar hasta 5 años después de iniciados los síntomas. Las personas con cánceres asintomáticos pueden presentar pérdida de sangre oculta en heces y los sangrados pueden aumentar con el crecimiento del tamaño del tumor y el grado de ulceración(12). Los síntomas dependen de la extensión del tumor y de su ubicación. Los síntomas constitucionales como fatiga, disnea y angina son secundarios a la anemia microcítica hipocrómica, que puede ser la principal presentación del cáncer de colon derecho(12). La obstrucción es poco común en este tipo de tumor por el diámetro del ciego y el colon ascendente, sin embargo los tumores del ciego pueden bloquear la válvula ileocecal y causar obstrucción en el intestino delgado distal(12).

Diagnóstico y tamizaje

1. Diagnóstico

Cuando se sospecha de cáncer colorectal, ya sea por signos o síntomas clínicos o porque los tamizajes sugieren la posibilidad de un

tumor, la evaluación endoscópica y radiológica diagnóstica debe ser llevada a cabo lo más rápidamente posible. De estas evaluaciones la colonoscopia es la más exacta, en comparación con el enema de bario, especialmente para detectar lesiones pequeñas como adenomas menores de 1 cm. (12,4) Las neoplasias en el recto y en el colon sigmoides son a veces difíciles de diagnosticar radiológicamente, por lo que se debe usar la proctosigmoidoscopia como complemento del enema de doble contraste. La sigmoidoscopia flexible es superior a la rígida. Además, si un carcinoma es detectado por este método se debe realizar una colonoscopia completa por la alta incidencia de lesiones sincrónicas(15).

2. Tamizaje poblacional

El tamizaje se puede definir como "la presunta identificación de una enfermedad no reconocida, mediante la aplicación de tests, exámenes u otros procedimientos que pueden ser aplicados rápidamente para separar a personas que aparentemente están bien, pero que pueden tener una enfermedad, de aquellos que probablemente no tengan" (16). Se dice que para que una enfermedad justifique una política de tamizaje requiere: (12)

- Representar un problema de salud pública.
- Que hayan sido encontradas terapias efectivas para la enfermedad.

TABLA 1
TENDENCIAS DE TAMIZAJE PARA CÁNCER COLORECTAL

Prueba	Preventive Service Task Force (9)	Gastrointestinal Consortium (17)	American College of Gastroenterology	American Cancer Society (1)
Año de las recomendaciones	2002	2003	2007	2007
Sangre oculta en heces (3 muestras)	Anual	Anual	Anual	Anual
Sigmoidoscopia	Cada 5 años	Cada 5 años	Cada 5 años	Cada 5 años
Sangre oculta en heces más Sigmoidoscopia	Insuficiente información para determinar que la prueba sola es más eficaz que las dos juntas.	Cada 5 años	Cada 5 años	Cada 5 años
Colonoscopia	Cada 10 años	Cada 10 años	Cada 10 años	Cada 10 años
Enema de Bario	Cada 5 años	Cada 5 años	Cada 5 años	Cada 5 años

- Que un tamizaje sensible y específico haya sido aceptado por los médicos.
- Que el examen de tamizaje sea costo/efectivo.

El cáncer colorectal cumple con al menos dos de estas condiciones, porque representa un problema de salud pública y las lesiones localizables son curables por resección quirúrgica. Es más, la historia natural prolongada de la neoplasia

de colon da tiempo suficiente para detectar y eliminar tempranamente lesiones que pueden crecer y avanzar hasta estadios incurables.(12,3) Existen diferentes tipos de estudios de tamizaje que han sido utilizados en diferentes situaciones. Comúnmente están determinados por el país o localidad, la incidencia y la tasa de morbi-mortalidad del cáncer colorectal.

La escogencia de cuál de estos exámenes de tamizaje utilizar es controversial. La colonoscopia ha recibido una atención especial en los últimos tiempos por ser el test más preciso y está altamente recomendado en pacientes con riesgo elevado de cáncer colorectal. La elección para realizar el tamizaje en las personas con riesgo promedio de cáncer colorectal requiere considerar varios factores, como

el valor diagnóstico de cada test, su costo y la preferencia del paciente(2).

Guías clínicas de tamizaje

Con respecto a las guías clínicas de tamizaje para cáncer colorectal, existen varias tendencias. Una de ellas es la United States Preventive Services Task Force, que recomienda el tamizaje periódico en personas de 50 años y más como clave para la prevención de la patología(9). Según estas recomendaciones, el tamizaje del cáncer colorectal puede reducir la mortalidad del cáncer en un 60%.(15)

Según estas guías se recomienda que las personas con alto riesgo de cáncer colorectal puedan ser tamizadas a una edad más temprana y se sugiere que podrían necesitar exámenes con más frecuencia. Por otro lado, la Sociedad Americana del Cáncer, en sus guías clínicas para tamizaje de cáncer colorectal, propone iniciar de igual manera a los 50 años con alguna de las pruebas recomendadas.(1)

Las personas que deben ser valoradas antes de esta edad son aquellas con un riesgo elevado de cáncer, por ejemplo aquellas que (11,13) tienen antecedentes personales de cáncer colorectal o pólipos adenomatosos, historia personal de enfermedad inflamatoria intestinal, o con antecedentes hereditarios de Síndrome de cáncer colorectal (poliposis adenomatosa familiar) Algunas tendencias son repasadas en el cuadro

de recomendaciones para tamizaje. En lo que respecta a la prevención del cáncer colorectal, algunas drogas han sido investigadas con respecto a su prevención en este cáncer. Entre ellas se encuentran la Aspirina y los Antiinflamatorios no esteroideos. Aunque ya existe evidencia de que reducen el riesgo de padecer la enfermedad, todavía se necesitan más estudios para definir el papel de las mismas en la quimioprevención del cáncer colorectal(4, 10,19.)

R E S U M E N

El cáncer de colon y recto constituye un problema de salud a nivel mundial y nacional. Para su detección temprana se recomienda a las personas de más de 50 años someterse a pruebas de tamizaje. A continuación se realiza una revisión de las generalidades sobre cáncer de colon y recto además de algunas tendencias y recomendaciones para el tamizaje poblacional.

C O N C L U S I O N E S

El cáncer colorectal es un problema importante de salud, cuya incidencia ha ido en aumento en los últimos años. La mayoría de los casos surgen de pólipos adenomatosos benignos y es posible la resección temprana de estos. El lar-

go intervalo de tiempo entre la aparición de las lesiones premalignas y la aparición en el período presintomático. Se concluye que la prueba de tamizaje más conveniente sería la de sangre oculta en heces, dado que los ensayos clínicos lo demuestran y debido a su buen cociente de riesgo/beneficio y costo-efectividad(6). La sigmoidoscopia y la colonoscopia son más sensibles, pero también más invasivas y costosas. Algunos estudios sugieren que la alternativa más costo/efectiva es la realización de una única colonoscopia a los 55 años, y posteriormente dar seguimiento únicamente a los individuos con pólipos de riesgo.

R I B L I O G R A F I A

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta. Ga: American Cancer Society; 2007.
2. David F.Ransohoff, MD and Robert S. Sandler, MD, MPH. Screening for Colorectal Cancer. N Engl J Med, 2002
3. John H Scholefield. Screening for colorectal cancer. British Medical Bulletin 2002;64:75—80.
4. Jürgen Weitz, Moritz Koch, Jürgen Debus, Thomas Höhler, Peter R Galle, Markus W Büchler. Colorectal cancer. Lancet 2005; 365:153—65
5. Lang A, Ransohoff D. What can we conclude from the randomized controlled trials fecal occult blood test screening. Eur J Gastroenterol Hepatol 1998;10:199-204
6. L. Paz valiñas, G Atienza Merino. Evaluación de la eficiencia y efectividad del cribado poblacional del cáncer colorectal. Aplicabilidad en el sistema nacional de Salud. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Gade. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t, 2002.

7. Mandel JS, Church TR, Ederer F. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *New England Journal Med* 2001;344:1022-3.
8. Ministerio de Salud, Dirección vigilancia de la Salud, Unidad de estadística- Registro Nacional de Tumores. Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica 1990-2003, Dr. Adolfo Ortiz Barboza, Msc Rosia Maria Vargas Alvarado y Dipl Georgina Muñoz Leiva.
9. Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 2002;137:132—141.
10. Robert S. Sandler, M.D., M.P.H., Susan Halabi, Ph.D., John A. Baron, M.D., Susan Budinger, B.S., A Randomized Trial of Aspirin to Prevent Colorectal Adenomas in Patients with Previous Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2003;348:883-90.
11. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al for the American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:75-89.
12. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management,
13. Smith RA, Cokkinides V, Lyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006;56:11-25.
14. Towler B, Irving L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Stagy C. A systematic review of the effect of screening for colorectal cancer using the fecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ* 1998; 371:559-65.
15. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research Quality; 2002.
16. WHO Media Centre, Cancer, Fact sheet N°297, February 2006.
17. Winawer S, Fletcher R, Rex D, Bond J, Burt R, Ferrucci J, Ganiats T, Levin T, Woolf S, Johnson D, Kirk L, Litin S, Simmang C, Gastrointestinal Consortium Panel. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale. Update based on new evidence. *Gastroenterology* 2003 Feb;124(2):544-60.
18. Winawer SJ, Zauber AG: Risk of colorectal cancer in the families of patient with adenomatous polyps. *New England Journal Med* 1996;334:82-7.
19. Yana Vinogradova, Julia Hippisley—Cox, Carol Coupland y Richard F. Logan. Risk of Colorectal Cancer in Patients Prescribed Statins, Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs, and Cyclooxygenase-2 Inhibitors: Nested Case-Control Study. *GASTROENTEROLOGY* 2007;133:393—402