

Cribado del cáncer colorrectal. ¿A quién debemos cribar?

Mercedes Ricote Belinchón

Medico de familia. C.S. Mar Báltico, Área 4. Madrid

INTRODUCCIÓN

Para la implantación de un programa de salud hemos de tener en cuenta tanto la perspectiva sanitaria como la económica.

Desde la perspectiva sanitaria, y según los principios para su evaluación desarrollados por Wilson y Jungner (Organización Mundial de la Salud [OMS],1968)¹, los criterios que debe reunir una enfermedad para ser objeto de un programa de cribado son:

1. La enfermedad deber ser un problema de salud importante.
2. Su historia natural debe ser conocida de forma precisa.
3. Debe presentar una fase de latencia identificable, duradera y de prevalencia elevada en la población objetivo del cribado.
4. Los criterios para el diagnóstico deben estar bien establecidos.
5. El tratamiento efectuado en la fase subclínica debe ser más efectivo que el tratamiento efectuado después del diagnóstico clínico habitual.

La elevada incidencia y morbimortalidad asociada hacen actualmente del CCR (cáncer colorrectal) un importante problema de salud. Además, se conoce su historia natural y disponemos de pruebas de cribado que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales, siendo el tratamiento efectivo cuando la lesión se identifica en un estadio temprano. El CCR cumple, en la actualidad, todos los criterios necesarios para desarrollar un programa de cribado.

Desde la perspectiva económica, el cribado del CCR es coste-efectivo respecto a la no realización del cribado y con independencia de la prueba empleada. En los modelos de simulación se atribuyen ganancias similares en años de vida a la prueba de SOHg o a la prueba de SOHi anuales, a la sigmoidoscopia cada 5 años asociada a la prueba de SOHg y a la colonoscopia cada 10 años².

Actualmente, en España, la estrategia de cribado más coste-efectiva es la prueba de SOHi con periodicidad anual frente a la no realización del cribado, con un coste incremental de 2.154 euros por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado. Le siguen la prueba de SOHg anual (2.211 euros), la prueba de SOHi bienal (2.233 euros), la sigmoidoscopia flexible cada 5 años (2.305 euros), la prueba de SOHg bienal (2.322 euros) y la colonoscopia cada 10 años (2.369 euros) por AVAC ganado³.

En España, la Asociación Española de Gastroenterología recomienda una estrategia de cribado poblacional con la prueba de SOH con una periodicidad bienal en personas de 50 a 69 años. Y se propone analizar la posibilidad de ampliarla a la población hasta los 74 años y con la prueba de SOHi⁴.

Los programas pilotos actualmente en España presentan diferencias en:

1. Tipo de prueba de cribado: SOHg, SOHg (no hidratado) o SOHi.
2. Edad y fuente de obtención de la población diana: Edad: unos programas son de 50-69 años y otros de 55-69 años.

PRUEBAS DE CRIBADO PARA EL CÁNCER COLORRECTAL

Actualmente disponemos de las siguientes pruebas de cribado:

1. Pruebas de cribado fecales:
 - a) Sangre oculta en heces.
 - b) Pruebas de inmunoquímica fecal (FIT- IFOBT).

- c) Pruebas de determinación del ADN fecal.
- 2. Enema opaco.
- 3. Sigmoidoscopia.
- 4. Colonoscopia.
- 5. Colonoscopia-TAC.

Pruebas de cribado fecales

En una revisión Cochrane⁵ sobre la detección de CCR con las pruebas de sangre oculta en heces se valoraron cuatro ensayos controlados aleatorios en los que se obtuvieron una reducción en el riesgo relativo del 16% para la mortalidad por cáncer colorrectal (RR: 0,84; IC: 0,78 a 0,90). En los tres estudios que usaron la detección bienal hubo una reducción del riesgo relativo del 15% (RR: 0,85; IC: 0,78 a 0,92) en la mortalidad por cáncer colorrectal. Otros beneficios que se obtuvieron fueron: una posible reducción en la incidencia del cáncer a través de la detección y extracción de los adenomas colorrectales y la necesidad de una cirugía menos invasiva.

Los efectos perjudiciales de la detección incluyen las consecuencias de recibir un resultado falso positivo: las complicaciones potencialmente significativas de la colonoscopia, o un resultado falso negativo.

PRUEBA DE SANGRE OCULTA EN HECES (SOHg)

En varios estudios aleatorizados se ha demostrado que la prueba de sangre oculta en heces puede reducir la mortalidad por cáncer colorrectal entre 15-33% según las distintas cohortes⁶.

La prueba de sangre oculta en heces o prueba de frotis de guayaco es la más común para detectar la presencia de sangre oculta en materias fecales. Se realiza por reactividad ante la peroxidasa del Hem, y también ante otras peroxidases fecales presentes en ciertos frutos y hortalizas comunes en la dieta, como hortalizas y carnes rojas⁶.

Para la correcta realización de la prueba⁷:

- El paciente deberá realizar tres días antes una dieta exenta de carne roja, morcilla u otros productos que puedan contener hemoglobina, algunos vegetales, así como el consumo de AINEs (da falsos positivos) y vitamina C (da falsos negativos).
- Se deben recoger y analizar tres muestras de heces en días consecutivos.

La **sensibilidad** de la prueba es tan sólo de 50-60% cuando se utiliza una vez; esto ocasiona un número alto de resultados falsos-negativos. Esta sensibilidad puede mejorar, llegando al 90% cuando se realiza la prueba cada 1-2 años y durante largos periodos de seguimiento de estos pacientes.

PRUEBAS DE INMUNOQUÍMICA FECAL (SOHi)

Hay distintos tipos de pruebas inmunológicas; las más utilizadas son las de aglutinación en látex, hemaglutinación pasiva e inmunocromatografía. Estas pruebas detectan por métodos inmunológicos la hemoglobina humana (detectan entre 20 y 300 µg Hb/g de heces); no precisan las restricciones dietéticas.

En la revisión sistemática de la USPSTF, en la que se incluyen estudios hasta 2007 y centra su revisión en 9 estudios de cohorte, se concluye que la prueba de SOHi es más sensible para la detección del CCR (61-69%) que la prueba de SOHg Hemoccult II[®] no rehidratada (25-38%), aunque menos específica (el 91-98% frente al 98-99%, respectivamente)⁸.

Para disminuir los falsos positivos podemos realizar una prueba de detección de SOHi tras una de SOHg positiva, con esto logramos una sensibilidad para el diagnóstico de CCR del 95,9% (cuando ambas son positivas). Pero dejamos de diagnosticar los falsos negativos de la prueba de SOHg⁹.

PRUEBAS DE ADN FECAL PARA CÁNCER COLORRECTAL⁶

Se ha sugerido que la identificación de ADN anormal en muestras de heces puede dar un método posible para una detección temprana de cáncer colorrectal. Sin embargo, todavía están por determinarse los marcadores moleculares óptimos y no se conoce aún la factibilidad de dichas pruebas aplicadas a la población general.

Enema opaco de doble contraste

El enema opaco con doble contraste permite la evaluación de todo el colon, pero su sensibilidad y especificidad son inferiores a las de la colonoscopia y la colonografía por tomografía computerizada y no permite la toma de biopsias ni la resección simultánea de los pólipos.

En el contexto de un cribado poblacional de CCR no existe evidencia de que el enema opaco sea eficaz⁶.

El enema opaco de doble contraste no debería considerarse en el cribado de CCR⁶, salvo en lugares donde no se disponga de otra prueba diagnóstica.

Sigmoidoscopia flexible

Esta técnica puede llegar hasta unos 60 cm del margen anal y detectar los pólipos y cánceres colorrectales, y también es utilizada para extraer pólipos o tomar muestras para examen histológico. Pero aunque son importantes sus ventajas, no llega al colon derecho, lo que le resta una sensibilidad para el colon entero de 35 a 70% debido a un número significativo de adenomas del lado derecho que aparecen en ausencia de tumores distales y que, por tanto, se pasan por alto con la sigmoidoscopia flexible⁶.

Colonoscopia

La colonoscopia permite visualizar la superficie mucosa de la totalidad del colon. Para considerarla completa debe llegar al ciego (visualización de la válvula ileocecal o del orificio apendicular), hecho que se consigue en el 80-95% de las exploraciones⁴. Y se debe efectuar una exploración minuciosa durante la retirada, la cual debe durar un mínimo de 6-8 minutos.

La colonoscopia se debe realizar bajo sedación, utilizando fármacos intravenosos, y requiere efectuar una dieta baja en residuos los días previos a la exploración y limpieza anterógrada del colon con administración de laxantes e ingesta abundante de agua.

El examen dura entre 20 y 40 minutos. La mayoría de personas se recuperan totalmente después de una hora de reposo.

La colonoscopia, es el *gold standard* para el diagnóstico del CCR, y los pacientes con resultados positivo en cualquier otra prueba deberían ser derivados posteriormente para colonoscopia. En algunos países en los que se dispone de los recursos, la colonoscopia directa se ha convertido en el procedimiento más prevalente para el cribado de CCR. Las complicaciones mayores aparecen en 1-2 por 1.000 casos.

La validez de la colonoscopia es difícil de analizar, pero en una revisión sistemática (6 estudios y 465 casos) se estima que la probabilidad de no detectar pólipos ≥ 10 mm es baja (2,1%; IC 95%: 0,3-7,3%), y que a medida que el tamaño de los pólipos es menor la probabilidad de no ser detectados por la colonoscopia aumenta: del 13% (IC 95%: 8,0-18%) para los adenomas entre 6 y 10 mm y del 26% (IC 95%: 21-35%) para adenomas entre 1 y 5 mm¹⁰.

Además de para el despistaje de cáncer colorrectal en individuos asintomáticos, la colonoscopia también está indicada para el seguimiento en pacientes que:

- Tras una colonoscopia positiva con extracción y biopsia de un pólipo, se recomienda realizar seguimiento colonoscópico anual en aquellos adenomas de alto riesgo, y seguimiento cada 5 años en aquellos de bajo riesgo¹¹.

Se consideran de alto riesgo:

1. Adenoma vellosos o tubulovellosos.
2. Tamaño ≥ 1 cm.
3. Múltiples adenomas.
4. Adenomas sesiles grandes.
5. Alto grado de displasia.

Se consideran de bajo riesgo:

1. Adenoma único.
2. Tamaño < 1 cm.
3. Adenoma tubular o no neoplásico (inflamatorio, hiperplásico, etc.).

- Como seguimiento tras resección curativa del carcinoma colorrectal se recomienda¹¹:

1. Colonoscopia a los 3 años de la cirugía.
2. Colonoscopia al año, si ésta no se había realizado en el preoperatorio.
3. Cada 5 años, si el control es normal.

Colonoscopia por tomografía computerizada o colonoscopia virtual

La colonoscopia virtual puede mostrarnos imágenes bidimensionales o tridimensionales de la luz del colon. Esta exploración precisa una preparación del colon mediante la ingesta de contraste oral y durante la prueba la insuflación con aire ambiente o dióxido de carbono para distender el intestino al máximo de su tolerancia.

La colonoscopia virtual ha demostrado una sensibilidad del 93% para la detección de pólipos fecales y cáncer y una especificidad del 97% para pólipos de 10 mm o mayores. Siendo muy baja la sensibilidad para pólipos de 6-9 mm y no detecta las lesiones planas de la mucosa intestinal.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴**

Las pruebas de cribado recomendadas son:

Pruebas de cribado fecales

- La PDSOH es una prueba eficaz que debe considerarse en el cribado del CCR.
- En el contexto de un **programa de cribado poblacional** debería utilizarse la prueba de SOHi cuantitativa de lectura automatizada con un punto de corte positivo que garantice un equilibrio óptimo entre sensibilidad y especificidad, según la disponibilidad de recursos endoscópicos.
- En el contexto de **un cribado oportunista** debería utilizarse la prueba de SOHi, aunque se podría ofrecer cualquiera de las prueba de SOHg de elevada sensibilidad disponibles.

Sigmoidoscopia

- La sigmoidoscopia flexible es una prueba eficaz que debería considerarse en el cribado del CCR.
- La detección de un pólipo adenomatoso distal requiere la realización de colonoscopia completa.
- La detección de un pólipo hiperplásico distal no requiere la realización de una colonoscopia completa.
- El intervalo entre sigmoidoscopias debería ser menor de 5 años.

Colonoscopia convencional

- La colonoscopia es una prueba eficaz que debería considerarse en el cribado del CCR.
- El intervalo entre las colonoscopias debería ser por lo menos de 10 años.
- La colonoscopia se debe realizar bajo sedación consciente y debe llegar hasta el ciego.

Tabla modificada de Grau J et al³.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴**

No deberían considerarse como pruebas de cribado del CCR:

Enema opaco

- El enema opaco de doble contraste no debería considerarse en el cribado del CCR.

Combinación de la prueba de SOH y de la sigmoidoscopia

- La estrategia combinada de la PDSOHg y de la sigmoidoscopia flexible no debería considerarse en el cribado del CCR.

Colonoscopia virtual

- La colonoscopia virtual no debería considerarse en el cribado del CCR mientras no se disponga de más evaluaciones sobre los beneficios, los costes y la aceptabilidad de esta nueva tecnología.

Tabla modificada de Grau J et al³.

CCR: POBLACIÓN A LA QUE DEBEMOS REALIZAR EL CRIBADO

El riesgo de CCR aumenta con la edad y los antecedentes familiares. El CCR es raro antes de los 50 años de edad, pero a partir de esta edad la incidencia aumenta de forma alarmante.

Además, el CCR tiene un gran componente familiar. La proporción atribuible a causas hereditarias varía del 5 al 30%, de ellos un 1-5% de los pacientes presentan síndromes heredados con defectos genéticos conocidos y un 10-30% de los pacientes con antecedentes familiares no pertenecen a un síndrome hereditario conocido.

El riesgo de CCR es el doble o triple en personas con un familiar de primer grado afecto. Este riesgo va en aumentando con la cantidad de parientes con CCR, cuanto más cercanos sean los parientes al paciente y con la edad de CCR en los miembros de la familia. Los individuos con antecedentes personales de cáncer colorrectal también tienen un mayor riesgo de presentar cáncer posteriormente.

Para la realización del cribado del CCR debemos clasificar a los pacientes según el riesgo de desarrollar un CCR, haciendo una valoración exhaustiva de estos criterios:

- Evaluación de los antecedentes y/o familiares: en la historia clínica debemos recoger los antecedentes de CCR o adenomas en el propio individuo y en familiares de primer (padres, hermanos e hijos), segundo (abuelos, tíos y sobrinos) y tercer (bisabuelos y primos) grado.
- En ausencia de antecedentes personales o familiares, es la edad del individuo el criterio más determinante del riesgo de CCR.

Cuando en un individuo coexistan ambos tipos de factores de riesgo (edad y antecedentes personales o familiares), debemos agrupar al individuo en la de mayor riesgo.

Clasificación de la población según riesgo⁴

Riesgo	Indicaciones
Bajo	Los individuos <50 años sin factores de riesgo adicionales. No precisan intervenciones de cribado.
Medio	Son individuos de edad ≥ 50 años sin factores de riesgo adicionales. En esta situación debe recomendarse el cribado de CCR mediante detección de sangre oculta en heces anual o bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años, o colonoscopia cada 10 años.
Alto	Individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para el desarrollo de CCR se consideran de riesgo elevado y son tributarios de programas de cribado o vigilancia específicos.

PROGRAMAS DE CRIBADO Y VIGILANCIA ESPECÍFICOS

Cribado de cáncer colorrectal poblacional

Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ para el cribado poblacional

- El cribado de CCR se debe ofrecer a todos los individuos sin factores de riesgo, a partir de los 50 años de edad.
- En nuestro medio, y en consonancia con las directrices establecidas (Europa, España, comunidades autónomas), se debe realizar cribado poblacional de CCR con la prueba de detección de SOH en varones y mujeres de 50 a 74 años cada 2 años.
- La prueba de cribado en los programas poblacionales debería ser SOHi cuantitativa con un punto de corte positivo que garantice un balance óptimo entre sensibilidad y especificidad, teniendo en cuenta la disponibilidad de colonoscopias.
- La elección de otras pruebas de cribado (SOHg anual o bienal, sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años) podría estar justificada dependiendo, entre otros factores, de la aceptabilidad y la disponibilidad de recursos.

Cribado del cáncer colorrectal familiar

Son pacientes que presentan antecedentes familiares de CCR que no cumplen los criterios de las formas hereditarias y que tienen factores de riesgo genético y ambientales no identificados.

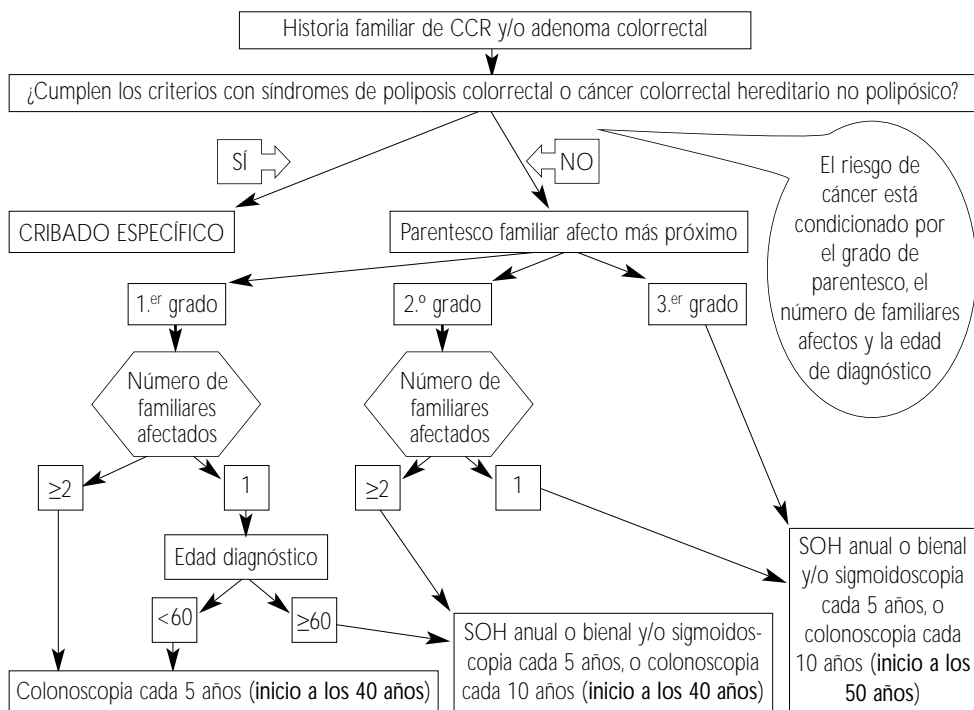
En distintos estudios, el riesgo de estos pacientes viene dado por el número de familiares afectados, el grado de parentesco, la edad de diagnóstico del CCR y la localización en el familiar afectado.

Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ para el cribado en el cáncer colorrectal familiar

- En la historia clínica de cualquier individuo debe recogerse la eventual presencia de antecedentes familiares de CCR o adenomas colorrectales en 2 ó 3 generaciones.
- El número de familiares afectados, el grado de parentesco y la edad en el momento del diagnóstico de CCR determinarán la estrategia de cribado que se seguirá.
- Los individuos con historia familiar de CCR deberían iniciar el cribado mediante colonoscopia a partir de los 40 años de edad, ó 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven.
- Los individuos con 2 ó más familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos) con una neoplasia colorrectal son tributarios de cribado mediante colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años de edad (ó 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven; lo primero que ocurra).
- Cuando los antecedentes de neoplasia colorrectal se hallan limitados a familiares de segundo grado (abuelos, tíos y sobrinos) y el número de familiares afectados son 2 ó más familiares afectados, el cribado recomendado es el mismo que el propuesto para la población de riesgo medio, pero iniciándolo a los 40 años de edad.
- Cuando únicamente hay un familiar de segundo grado afecto, o los antecedentes de neoplasia colorrectal se hallan limitados a familiares de tercer grado (bisabuelos y primos), el cribado recomendado es idéntico al propuesto para la población de riesgo medio.

Estrategia de cribado en el cáncer colorrectal familiar

Algoritmo modificado de Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴



CRIBADO DEL CCR HEREDITARIO ASOCIADO A LAS POLIPOSIS COLORRECTALES

Poliposis adenomatosa familiar (PAF)

La PAF es una enfermedad hereditaria autosómica dominante causada por mutaciones germinales en el gen APC213 y presenta una incidencia de 1/10.000-20.000 habitantes.

Hay dos tipos:

- **PAF clásica:** se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos adenomatosos (más de 100) distribuidos a lo largo de todo el intestino grueso. Se inicia en la pubertad, aunque habitualmente no ocasiona sintomatología hasta los 30-35 años de edad. Posee un alto potencial de malignización, de manera que si no se efectúa el tratamiento quirúrgico, la práctica totalidad de pacientes desarrollará CCR. Algunos pacientes también presentan un riesgo aumentado de neoplasias extracolónicas.
- **PAF atenuada:** constituye una variante que se caracteriza por un menor número de pólipos (20-100), localizados preferentemente en el colon derecho, y con una edad de presentación de CCR aproximadamente 10 años más tardía que en la PAF clásica.
- **El síndrome de Gardner** es otra variante de la PAF en la cual se asocian manifestaciones extracolónicas (adenomas gastro-duodenales, tumores de partes blandas y osteomas, entre otras).
- **El síndrome de Turcot** es otra variante de la PAF en la cual se desarrollan tumores del Sistema Nervioso Central, generalmente gliomas malignos o meduloblastomas.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ sobre el cribado del CCR en la poliposis adenomatosa familiar (PAF)**

- Los pacientes afectos de PAF y sus familiares deben ser remitidos a unidades especializadas en CCR hereditario para su registro y atención.
 - En los individuos con riesgo de PAF clásica se debe realizar una sigmoidoscopia cada 1-2 años a partir de los 13-15 años y hasta los 40 años de edad, y cada 5 años hasta los 50-60 años de edad.
 - En los individuos con riesgo de PAF atenuada debe realizarse una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 15-25 años, en función de la edad de presentación de la enfermedad en los familiares afectos.
 - Una vez detectada la presencia de adenomas, debe realizarse una colonoscopia anual hasta la realización del tratamiento definitivo.
 - En los pacientes con PAF se recomienda realizar un seguimiento endoscópico tras el tratamiento quirúrgico, con una periodicidad de 6-12 meses para los que tengan remanente rectal y de 3 años para los que presenten reservorio ileal.
 - La quimioprevención con la administración de AINE (sulindaco, celecoxib y probablemente otros) en la PAF sólo se podría considerar como tratamiento adyuvante de la cirugía en pacientes con pólipos residuales, y nunca como alternativa a ésta, y que no presenten factores de riesgo cardiovasculares.
-

Poliposis asociada al gen MYH

Es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva, debida a la presencia de mutaciones germinales bialélicas en el gen MYH264. La mayoría de individuos portadores de estas mutaciones presenta un fenotipo de poliposis atenuada. El desarrollo de pólipos en los individuos portadores de mutación bialélica en el gen MYH suele iniciarse a partir de la segunda o la tercera década de la vida.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ sobre el cribado del CCR en la poliposis asociada al gen MYH**

- En los individuos con riesgo de PAM (portadores de mutaciones bialélicas en el gen MYH) se debe realizar una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 20-25 años.
 - En los pacientes con PAM debería realizarse una endoscopia gastroduodenal con un aparato de visión lateral cada 4-5 años a partir de los 25-30 años de edad.
 - La elección de tratamiento endoscópico o quirúrgico dependerá, fundamentalmente, del número de pólipos.
-

Síndrome de Peutz-Jeghers

El síndrome de Peutz-Jeghers es un enfermedad hereditaria autosómica dominante debido a mutaciones en el gen STK11 (también llamado LKB1). Su incidencia es de 1/200.000 nacimientos.

Se caracteriza por la presencia de pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal, hiperpigmentación alrededor de la boca, mucosa bucal y dedos.

El riesgo global de cáncer en individuos con síndrome de Peutz-Jeghers es del 93% a los 65 años. Los cánceres más frecuentes son de mama y colon, con riesgos a lo largo de la vida del 50 y el 40%, respectivamente.

Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴. Medidas de cribado recomendadas en individuos afectos de síndrome de Peutz-Jeghers

- Entre el nacimiento y los 8 años de edad se recomienda realizar una búsqueda activa de rasgos fenotípicos de la enfermedad (hiperpigmentación melánica) y exploración de los testículos.
 - A la edad de 8 años se recomienda la realización de una exploración basal del tractogastrointestinal mediante una endoscopia gastroduodenal y un estudio de intestino delgado con tránsito baritado y/o cápsula endoscópica.
 - A partir de los 18 años de edad se recomienda la realización de colonoscopia, gastroduodenoscopia y tránsito baritado o cápsula de intestino delgado cada 2-3 años, así como un examen ginecológico anual.
 - A partir de los 25 años de edad se recomienda añadir a estas exploraciones la realización de una mamografía o RM anual y ultrasonografía endoscópica pancreática cada 2-3 años.
-

POLIPOSIS JUVENIL

La poliposis juvenil es una enfermedad hereditaria autosómica dominante con penetrancia variable. La incidencia de la enfermedad es de 1/100.000 nacimientos.

Los individuos con poliposis juvenil tienen un riesgo incrementado de CCR, cáncer gástrico y de intestino delgado.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ en la poliposis juvenil**

- Las medidas de cribado deberían incluir la realización de una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 15-18 años de edad, y una endoscopia gastroduodenal y un estudio de intestino delgado con tránsito baritado o cápsula endoscópica cada 1-2 años a partir de los 25 años de edad.
-

SÍNDROME DE POLIPOSIS HIPERPLÁSICA

El síndrome de poliposis hiperplásica se caracteriza por la presencia de pólipos hiperplásicos en el colon derecho y con potencial de progresión a CCR. Hay casos con agregación familiar (con patrón de herencia autosómico dominante y recesivo) y casos esporádicos.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ en el síndrome de poliposis hiperplásica**

- Las medidas de cribado deberían incluir la realización de una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 40 años de edad, ó 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven.
 - La elección del tratamiento endoscópico o quirúrgico dependerá, fundamentalmente, del número de pólipos. En los casos en que sea necesario el tratamiento quirúrgico, debe realizarse una colectomía total con anastomosis ileorrectal.
-

CRIBADO EN EL CCR HEREDITARIO NO ASOCIADO A POLIPOSIS: SÍNDROME DE LYNCH

El síndrome de Lynch es una enfermedad autosómica dominante debida a mutaciones germinales en genes reparadores del ADN. Aunque sólo representa entre el 0,9 y el 2% del total de casos de CCR, la forma de CCR hereditario más frecuente.

El síndrome de Lynch se caracteriza por el desarrollo temprano de CCR, habitualmente antes de los 50 años de edad, con un predominio en el colon derecho y una elevada tendencia a presentar neoplasias sincrónicas o metacrónicas, ya sea en el propio colon y recto o en otros órganos (endometrio, estómago, páncreas, sistema urinario, ovario, vías biliares, intestino delgado).

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ en el síndrome de Lynch**

- En los individuos a riesgo de síndrome de Lynch debe realizarse una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 20-25 años de edad, ó 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven (lo primero que ocurra).
 - Tras la resección del CCR debería realizarse un seguimiento endoscópico, con una periodicidad de 1-3 años en función de la edad del paciente, la presencia de enfermedades asociadas y el tipo de resección efectuada.
 - Para el cribado de neoplasias extracolónicas:
 - En las mujeres a riesgo pertenecientes a familias con síndrome de Lynch se debería valorar el cribado del cáncer de endometrio con periodicidad anual a partir de los 30-35 años de edad.
 - En familias con síndrome de Lynch y cáncer gástrico asociado debería valorarse la realización de una gastroscopia cada 1-2 años a partir de los 30-35 años de edad.
 - En familias con síndrome de Lynch y neoplasias urinarias asociadas debería valorarse la realización de una ultrasonografía y una citología urinaria cada 1-2 años a partir de los 30-35 años de edad.
-

CÁNCER COLORRECTAL FAMILIAR TIPO X

Este subgrupo de pacientes, aun cumpliendo los criterios de Amsterdam, no presentan evidencia de alteración del sistema de reparación del ADN. Por lo que actualmente se considera una entidad diferenciada del síndrome de Lynch, habiéndose propuesto la denominación de CCR familiar tipo X.

Estos pacientes tienen un riesgo de desarrollar CCR menor que el observado en el síndrome de Lynch y no hay un mayor riesgo de neoplasias extracolónicas.

**Recomendaciones del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de la
Prevención del Cáncer Colorrectal 2009⁴ en el cáncer colorrectal familiar tipo X**

- En los individuos pertenecientes a familias con CCR familiar tipo X debería ofrecerse cribado endoscópico cada 3 años a partir de los 35 años de edad, ó 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afectado más joven.
 - En el CCR familiar tipo X no debería realizarse cribado de neoplasias extracolónicas.
-

**Vigilancia en los adenomas colorrectales.
Estrategia de vigilancia en los adenomas colorrectales tras la polipectomía
endoscópica**

- El tratamiento de elección de los pólipos colorrectales es la polipectomía endoscópica. Cuando se trata de un adenoma colorrectal, el paciente debe realizar medidas de vigilancia endoscópica.
 - La polipectomía endoscópica, completa y en bloque, puede considerarse el tratamiento definitivo de adenomas con áreas de carcinoma que invaden la submucosa (pT1) siempre que se cumplan todos los criterios de buen pronóstico: margen de resección libre de enfermedad, carcinoma bien o moderadamente diferenciado y ausencia de invasión vascular y linfática. Para confirmar la resección completa de la lesión mediante colonoscopia y toma de biopsias de la base en un periodo de 3 meses.
 - Los pacientes con un adenoma sésil grande, a los que se ha realizado una resección endoscópica fragmentada, deben ser reexaminados con colonoscopia en un periodo de 3-6 meses mediante colonoscopia y biopsias .
 - A los pacientes con más de 10 adenomas en una exploración se les debería realizar una nueva colonoscopia en un intervalo inferior a 3 años, y descartarse la presencia de un síndrome polipósico familiar.
 - En los pacientes con 3-10 adenomas o un adenoma avanzado (>10 mm, con componente vellosa o con displasia de alto grado), la primera colonoscopia de vigilancia debe efectuarse a los 3 años de la exploración basal, mientras que en los que tienen 1 ó 2 adenomas tubulares pequeños (<10 mm), ésta puede demorarse hasta los 5 ó 10 años.
-

BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdá Mota T. Programas de cribado: características y condiciones para su puesta en marcha. *Medicine* 2003;8(118):6312-6317.
2. Zuber AG, Lansdorp-Vogelaar, Knudsen A B, Wilschut W, van Ballegooijen M, Kuntz KM. Evaluating tests strategies for colorectal cancer screening: A decision analysis for the US Preventive Services TaskForce. *Ann Intern Med* 2008;149:659-69.
3. Grau J et al. Programas de cribado del cáncer colorrectal en la población de riesgo medio en la Unión Europea y España. *Gastroenterol Hepatol* 2009. doi:10.1016/j.gastrohep.2009.03.007.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal. Actualización 2009. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4, Elsevier España, S.L. 2009 en <http://www.guiasalud.es/viewGPC.asp?idGuia=11>
5. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Detección del cáncer colorrectal con la prueba de sangre oculta en materia fecal (Hemoccult) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Guía de prevención y manejo del cáncer colorrectal en Atención Primaria

6. WGO/IDCA. Internacional para Cáncer Digestivo: Tamizaje del cáncer colorrectal. World Gastroenterology Organization, 2007.
7. Jiménez González-Anleo ML. Catálogo de Pruebas Diagnósticas disponibles desde Atención Primaria 2006. Servicio Madrileño de la Salud.
8. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Beil TL, Fu R. Screening for Colorectal Cancer: A Targeted, Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:135-44.
9. Fraser CG, Mathew CM, Mowat NA, Wilson JA, Carey FA, Steele RJ. Evaluation of a card collection-based faecal immunochemical test in screening for colorectal cancer using a two-tier reflex approach. *Gut* 2007;56:1415-8.
10. van Rijn JC, Reitsma JB, Stoker J, Bossuyt PM, van Deventer SJ, Dekker E. Polyp miss rate determined by tandem colonoscopy: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006;101:343-50.
11. Navarro López C, Rodríguez Ramos C. Indicaciones de colonoscopia, anoscopia y rectoscopia. *Medicine* 2008;10:470-3.