

la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN · Nº 21

Prevención del cáncer colorrectal

1 de mayo de 2011

Reproducción del documento "Prevención del cáncer colorrectal".

José Antonio Serrano, miembro del Área de Salud del Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia - The Family Watch.

Índice

1. Introducción.....	3
2. Etiopatogenia ...	3
3. Prevención del cáncer colorrectal.....	4
3.1. Prevención Primaria.....	5
3.2. Prevención Secundaria.....	5
3.2.1. Detección de sangre oculta en heces (SOH)..	5
3.2.2. Sigmoidoscopia.....	6
3.2.3. Colonoscopia.....	6
4. Recomendaciones de cribado.....	6
5. Referencias	7

1. Introducción

La Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon¹, con motivo de la celebración en marzo del Mes Europeo del Cáncer de Colon, ha presentado una campaña informativa de sensibilización y concienciación nacional para explicar la importancia de este tumor, la de su diagnóstico precoz y la necesidad de implantar programas de cribado. Esta noticia apareció en Diario Médico el 16 de marzo de 2011 y en la web oficial de la Organización Médica Colegial el mismo día².

El cáncer colorrectal (CCR) es, en conjunto, el primer tumor maligno en incidencia y el segundo en mortalidad en España. Según datos de 2007, y si sumamos ambos sexos, cada año se diagnostican más de 25.000 casos nuevos en nuestro país –500 nuevos casos diagnosticados semanalmente– y fallecen cerca de 14.000 personas (250 fallecimientos por este tumor cada semana).

La mortalidad por cáncer colorrectal cuadruplica a la de los accidentes de tráfico –alrededor de 4.000 fallecimientos anuales–, y también se sitúa muy por encima de los datos de fallecimiento por sida, que alcanza alrededor de 1.300 al año.

El problema que supone este tipo de tumor en España es todavía mayor si se tiene en cuenta la estimación de que su incidencia anual aumenta en un 2,4%. Ello supone un incremento de aproximadamente 600 casos más cada año con respecto al anterior. Estos datos estadísticos tan desfavorables se deben, en parte, al desconocimiento de la sociedad sobre el cáncer colorrectal y a la escasa implantación de programas preventivos de detección precoz para la población en general. De hecho, si el cáncer de colon se detecta precozmente se puede curar en más del 90% de los casos. Por ello, es necesaria una campaña informativa de concienciación que explique la relevancia de este tumor maligno y la posibilidad de ser detectado de manera precoz.

En la actualidad no hay duda sobre la necesidad de la prevención de este tumor, y eso compete a los médicos de Atención Primaria, a los de Especializada y los de Salud Pública.

2. Etiopatogenia

Tanto hombres como mujeres pueden tener CCR, siendo más frecuente en las personas mayores de 50 años (el riesgo aumenta con la edad). Podemos distinguir estos dos grupos de factores:

a) Los genéticos: Entre un 15-20% de estos tumores presentan predisposición genética y, dentro de ellos, un 5-10% se debe a una mutación de herencia autosómica dominante: el síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar.

b) Los no genéticos: por factores dietéticos, enfermedades asociadas y hábitos de vida. Una dieta pobre en fibras, la obesidad o la baja actividad física parecen aumentar el riesgo de CCR (se discute incluso si lo hacen también el tabaquismo y el consumo de alcohol). En cuanto a las en-

fermedades asociadas con mayor riesgo está la enfermedad inflamatoria intestinal y la *diabetes melitus*³.

Desde un punto de vista práctico, el riesgo individual de presentar un CCR se divide en *riesgo medio*, que corresponde a individuos de 50 o más años sin factores adicionales de riesgo – antecedente personal y/o familiar de adenomas o CCR–, y *riesgo alto*, que corresponde a los pacientes con algún factor de riesgo asociado. Dentro de este último grupo se incluye a los individuos que pertenecen a familias con síndromes hereditarios bien establecidos como la poliposis adenomatosa familiar, el CCR hereditario no asociado a poliposis o síndrome de Lynch, y la poliposis asociada al gen MYH, así como los individuos con familiares afectados de CCR o adenomas pero que no cumplen los criterios definitorios de estos síndromes (CCR familiar)⁶.

3. Prevención del cáncer colorrectal

Fuera de esta presentación está todo lo que se refiere a la histopatología, clínica, clasificación y tratamiento del CCR. Quien esté interesado puede revisar la Guía de Práctica Clínica en su revisión de 2009⁴, así como las diferentes páginas web que dan información actualizada tanto para pacientes como para profesionales⁵.

Cuando el CCR se diagnostica por sus síntomas está lo suficientemente avanzado como para tener un peor pronóstico. Estos síntomas son:

- Cambios en el ritmo intestinal.
- Presencia de sangre en las heces.
- Diarrea, estreñimiento, o sensación de que el intestino no se vacía completamente.
- Heces más delgadas de lo normal o cambios en su consistencia.
- Dolor frecuente en el abdomen ocasionado por gases, hinchazón, saciedad.
- Pérdida de peso sin razón aparente, anorexia y astenia.
- Vómitos.

Por lo tanto, interesa, por una parte, evitar aquellos factores conocidos que aumentan el riesgo y favorecer, por el contrario, aquellos otros que lo reducen. Esto es lo que se conoce como *Prevención Primaria* (cuyo ejemplo más claro sería el abandono del consumo de tabaco para la prevención del cáncer de pulmón). Por otra, está la estrategia de hacer el diagnóstico precoz antes de que aparezcan los síntomas antes descritos por medio de las técnicas de cribado en la población de riesgo medio y, por supuesto, en los casos de riesgo alto por sus antecedentes familiares, es decir la *Prevención Secundaria*.

3.1. Prevención Primaria

La Guía de Práctica Clínica para la Prevención del Cáncer colorrectal⁴ da las siguientes recomendaciones sobre Prevención Primaria.

- Moderar el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego.
- A pesar de los resultados poco concluyentes de que se dispone, promover una dieta baja en grasas y rica en fibra, fruta y vegetales.
- Promover una dieta rica en leche y productos lácteos.
- Ingesta adecuada de folato, calcio y vitamina D en la dieta (aunque estos micronutrientes no deberían administrarse en forma de suplementos para la prevención del CCR).
- No administrar suplementos de antioxidantes.
- Realizar ejercicio físico y evitar el sobrepeso y la obesidad.
- Evitar el consumo de tabaco y moderar el consumo de alcohol.
- No administrar aspirina ni antiinflamatorios no esteroideos de manera sistemática para la prevención del CRR.
- No administrar tratamiento hormonal.

3.2. Prevención Secundaria

En la actualidad, las directrices del Consejo de la Unión Europea y el Plan Integral del Cáncer recomiendan un cribado del CCR en la población general entre los 50 y 74 años. Las técnicas de cribado deben ser sensibles para la detección de adenomas y CCR, específicas para evitar falsos positivos, aceptadas por la población por seguridad, confort y accesibilidad y tener en cuenta la historia natural del tumor.

Hay diversos estudios que demuestran que el cribado del CCR mediante cualquiera de las estrategias disponibles en la actualidad –detección de sangre oculta en heces (SOH), sigmoidoscopia y colonoscopia– es coste-efectivo respecto al no cribado. Sin embargo, estos estudios no permiten establecer si una de estas estrategias es significativamente superior a las otras, ni la edad óptima de inicio y finalización de los programas de cribado.

3.2.1. Detección de sangre oculta en heces (SOH)

El intestino elimina cada día una pequeña cantidad de sangre detectable por la hemoglobina fecal. Cuando hay una lesión colorrectal las pérdidas suelen aumentar, aunque no de manera constante, es decir, con variaciones a lo largo del tiempo. En la actualidad disponemos de dos métodos para detectar la SOH: el del guayaco y el inmunológico.

El del Guayaco se basa en una prueba cualitativa basada en la actividad pseudoperoxidasa de la hemoglobina (Hb), pero no es específica de la Hb humana, por lo que puede haber falsos positivos por el consumo de determinados alimentos –por ejemplo, la carne roja cruda– y por la toma de medicamentos gastroerosivos (AINEs). Otros medicamentos –Vitamina C– pueden dar falsos negativos por inhibición de la reacción del guayaco (por eso se recomienda evitar esos alimentos y fármacos al menos durante 3 días previos a la recogida de la muestra y obtener 2 muestras en 3 deposiciones consecutivas).

El inmunológico se basa en la detección de la Hb humana por anticuerpos específicos. Esta prueba tiene mayor especificidad y mayor sensibilidad, por lo que no necesita restricciones en los días previos y sólo requiere una muestra⁶. Es una prueba segura, barata –unos 2€– y sencilla.

3.2.2. Sigmoidoscopia

La sigmoidoscopia flexible es una exploración realizada con endoscopio que permite examinar la superficie de la mucosa hasta unos 60cm desde el margen anal. Es una prueba bastante segura, sin apenas complicaciones. Si se detectan adenomas durante la misma es obligado hacer una exploración completa del colon mediante colonoscopia.

3.2.3. Colonoscopia

Permite la exploración de todo el colon y realizar el diagnóstico y el tratamiento en una sola sesión (es confortable cuando se realiza con sedación). Sus inconvenientes son que una preparación inadecuada dificulta el examen y que tiene un riesgo de perforación de un 2/1000 colonoscopias.

4. Recomendaciones de cribado

La Guía de Práctica Clínica para la Prevención del Cáncer colorrectal da las siguientes recomendaciones de cribado en la población de riesgo medio (para la población de alto riesgo la Guía da también las recomendaciones precisas en cada caso):

- La detección de SOH es una prueba eficaz que debe ser considerada en el cribado del CCR.
- En el contexto de un programa de cribado poblacional debería utilizarse una prueba de detección de SOH inmunológica cuantitativa con un punto de corte positivo que garantice un balance óptimo entre sensibilidad y especificidad, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos endoscópicos.
- En el contexto de un cribado oportunista debería utilizarse una prueba de detección de SOH inmunológica, aunque se podría ofrecer una prueba de detección de SOH con guayaco de sensibilidad alta.

- La sigmoidoscopia flexible es una prueba eficaz que debería ser considerada en el cribado del CCR.
- La detección por sigmoidoscopia de un pólipo adenomatoso distal requiere la realización de una colonoscopia completa.
- La detección por sigmoidoscopia de un pólipo hiperplásico distal no requiere la realización de una colonoscopia completa.
- El intervalo entre sigmoidoscopias debería ser, por lo menos, de 5 años.
- La estrategia combinada de detección de SOH con guayaco y sigmoidoscopia flexible no debería ser considerada en el cribado del CCR.
- El enema opaco de doble contraste no debería considerarse en el cribado del CCR.
- La colonoscopia es una prueba eficaz que debería ser considerada en el cribado del CCR.
- El intervalo entre colonoscopias debería ser, por lo menos, de 10 años.
- La colonoscopia se debe realizar bajo sedación, en condiciones de limpieza correcta, debe llegar hasta el ciego y con un tiempo de retirada de 6-8 minutos para considerarse completa y adecuada para aplicar los intervalos recomendados.
- La colonografía TC o colonoscopia virtual no debería ser considerada en el cribado del CRR mientras no se disponga de más evaluaciones sobre los beneficios, los costes y la aceptabilidad de esta nueva tecnología.

La estrategia actual recomendada por la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon es realizar una prueba inmunológica de SOH en la población entre los 50 y 69 años, asintomáticos y sin antecedentes personales ni familiares (población de riesgo medio). Si la prueba es positiva se realiza una colonoscopia, y si la SOH es negativa se repetirá cada 2 años.

5. Referencias

- 1.- <http://www.alianzaprevencioncolon.es/>
- 2.- http://www.cgcom.org/noticias/2011/03/11_03_16_colon. Página web oficial de la organización médica colegial, con motivo del Mes Europeo del Cáncer de Colon.
- 3.- Molina Villaverde, R. y cols. *Cáncer Colorrectal*. Medicine 2009,10 (26):1730-6.
- 4.- www.guiasgastro.net/guias_full/textos/ccolon.pdf. Prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica. Barcelona. Marzo de 2009.

- 5.- Alonso Gordo, JM y Mari Silva, M. *Las mejores páginas web en Cáncer Colorrectal*. FMC 2009; 16 (7):409-410.
- 6.-Castells, A, *Cribado del cáncer colorrectal*. Gastroenterol Hepatol. 2011;34 (Supl 1):59-63.
- 7.-Marzo M. y cols. *Prevención del cáncer colorrectal*. Rev Clin Med Fam 2010; 3 (2): 63-64.
- 8.- Núñez Vázquez, A y cols. *Cribado del cáncer colorrectal*. Cad Aten Primaria. 2010; 17:24-29.