

## Despistaje del cáncer colorectal: ¿es necesario?

### Colorectal cancer screening ¿Is it necessary?

#### Segundo Rebaza Vasquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Oncosalud. Lima, Perú.

Recibido: 02-06-2014; Aprobado: 17-06-2014

El cáncer constituye un problema de salud pública en el mundo, en las Américas y en el Perú, por su alta mortalidad como por la gran discapacidad que produce.

Se estima que se diagnostican 12,7 millones de casos nuevos al año a nivel mundial y se prevé que para el año 2030 esta cifra se elevará a 21,3 millones <sup>(1)</sup>. Según la OMS en el año 2005 las defunciones por cáncer ascendieron a 7,6 millones y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se toman las medidas necesarias <sup>(2)</sup>. Aunque la incidencia de cáncer es menor en Latinoamérica que en Estados Unidos y Europa <sup>(3)</sup>, la tasa de mortalidad es más alta debido al diagnóstico en estadios más avanzados y en parte al menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento.

El cáncer colorectal (CCR) forma parte de este problema. En el mundo, anualmente se diagnostican más de 1,2 millones de casos nuevos de CCR y aproximadamente 600 000 mueren cada año <sup>(4)</sup>. En Estados Unidos constituye la segunda causa de muerte por cáncer <sup>(5)</sup> y aproximadamente fallecen 51 370 americanos por esta enfermedad por año <sup>(6)</sup>. Tomando en consideración el promedio anual de casos notificados de cáncer en el Perú, el CCR ocupa el octavo lugar, siendo la tasa de mortalidad ajustada 6 por 100 000 habitantes para el 2011 <sup>(7)</sup>.

En Latinoamérica y en el Perú el número de casos de CCR se han incrementado en la última década y está estrechamente relacionada a la adopción del denominado estilo de vida occidental; sin embargo en Estados Unidos la incidencia está disminuyendo 2% a 3% por año en los últimos 15 años <sup>(8)</sup> probablemente debido a las efectivos programas de despistaje y vigilancia.

El cáncer CCR se origina usualmente de un adenoma, una de cuyas características principales es el crecimiento lento y su progresión a displasia de bajo grado, displasia de alto grado y carcinoma <sup>(9)</sup>. Esta propiedad permite que los programas de detección de lesiones neoplásicas colorectales se tornen indispensables para disminuir el número de casos de cáncer y las muertes relacionadas a ella. Existen evidencias suficientes que demuestran que el screening reduce la mortalidad por cáncer colorectal <sup>(10)</sup>. Por otro lado, los estudios de costo efectividad demuestran que el despistaje del CCR es costo efectivo <sup>(11)</sup>.

Existen varios métodos disponibles para el despistaje del CCR. Ellos se agrupan en dos categorías: la primera relacionada al estudio de las heces (investigación de sangre oculta en heces por el método del guayaco o el inmunoquímico y el DNA fecal) y la segunda, que comprenden las pruebas endoscópicas y radiológicas (sigmoidoscopia, colonoscopia, Rx. de colon doble contraste y colonoscopia virtual).

Sin embargo hay dos aspectos claves para el éxito del despistaje del CCR. En primer lugar el conocimiento que el paciente debe tener respecto a los métodos disponibles y la elección que él realice para optimizar la adherencia al screening <sup>(12)</sup>; y en segundo lugar la probada calidad del test a utilizar <sup>(13)</sup>. Para la colonoscopia, son cruciales para la calidad: la tasa de intubación cecal, la limpieza correcta del colon, la tasa de detección de adenomas y la resección completa de los mismos.

Cuál es la estrategia adecuada para realizar el despistaje del CCR? Existen diversas guías <sup>(14,15)</sup>, que con algunas diferencias, indican la manera de abordar este tema y que se puede sintetizar en lo siguiente: a) individualizar el riesgo para CCR en todos los adultos. b) para los adultos con riesgo promedio iniciar el despistaje a los 50 años de edad y para aquellos con riesgo alto a los 40 años o 10 años antes de la edad a la cual presentó el cáncer el pariente más joven. c) En personas con riesgo promedio se pueden utilizar las pruebas basadas en el estudio de las heces, sigmoidoscopia o colonoscopia; y en aquellos con riesgo alto, la colonoscopia. Dependerá, además, de la disponibilidad del test en la localidad respectiva y de la preferencia del paciente. d) El intervalo de despistaje, para adultos con riesgo promedio es 10 años para la colonoscopia; 5 años para la sigmoidoscopia, Rx. de colon y colonoscopia virtual; anualmente para la investigación de sangre oculta en heces.

En tanto no exista, en nuestro país, un programa de despistaje de CCR en la población general; los gastroenterólogos deberíamos asumir la responsabilidad de realizar el mismo, de manera individual o en las unidades de salud donde nos corresponda trabajar; toda vez que está demostrado que se disminuyen los casos y la mortalidad por dicha neoplasia maligna.

Citar como: Rebaza Vasquez S. Despistaje del cáncer colorectal: ¿es necesario? [editorial]. Rev Gastroenterol Peru. 2014;34(2):105-6.