

Rastreo: estrategias y fundamentos

El cáncer colorrectal (CCR) es una enfermedad frecuente (10 700 casos nuevos por año en la Argentina por referencia de certificados de defunción). A pesar de que el pronóstico del CCR es excelente cuando se diagnostica en etapas tempranas, esta enfermedad continúa siendo una causa mayor de muerte por cáncer y representa la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres. Esto se debe fundamentalmente al retraso diagnóstico (más de 2 tercios de los casos se presenta con metástasis ganglionares o hepáticas).

El rastreo ha demostrado disminuir la incidencia y mortalidad del CCR. Sin embargo, la adherencia a las recomendaciones sigue siendo baja. Durante muchas décadas esto se debió a la falta de evidencia que la avalara y luego a la falta de recomendación por los médicos de cabecera. Actualmente, si bien este último factor no ha desaparecido por completo, probablemente la mayor resistencia provenga de la población que, aun informada, no lo acepta por encontrar en todas las alternativas de prevención cierto grado de incomodidades. En los Estados Unidos, que desde hace décadas tiene estrategias activas al respecto, la prevalencia de personas que han realizado un estudio de sangre oculta en materia fecal en el último año, o una videocolonoscopia (VCC) en los últimos 10 se ha incrementado. Sin embargo, se estima que no más del 60% de la población se encuentra controlada. Nuestro país carece de datos al respecto. La impresión personal es que, con respecto a los centros de salud de primer nivel y en los estratos socioeconómicos medio y alto, el rastreo (sobre todo efectuado con videocolonoscopia) se ha intensificado.

Desde el punto de vista poblacional, para que una estrategia de rastreo tenga impacto necesita que sea ampliamente aplicable y continuada a lo largo del tiempo. Las actuales recomendaciones varían entre los países y las Sociedades Científicas que las desarrollan. Conceptualmente, las estrategias han sido categorizadas como aquellas que pueden detectar adenomas y por ende ser consideradas preventivas (VCC, colon por enema, sigmoideoscopia, colonografía virtual) y aquellas que primariamente detectan cáncer (sangre oculta con guayaco, inmunoquímica o ADN). Si bien hay unanimidad en que la prevención en la población de riesgo promedio debe iniciarse a los 50 años (los perjuicios del rastreo superarían los beneficios en la mayoría de las personas mayores de 75 años o con una expectativa de vida menor de los 10 años), la Sociedad Estadounidense de Gastroenterología sugiere hacerlo con videocolonoscopia cada 10 años y el Colegio Estadounidense de Radiología con colonografía virtual cada 5 años. Las recomendaciones del año 2012 de la National Comprehensive Cancer

Network (NCCN) y la U. S. Multi Society Task Force on Colorectal Cancer (UMSTF) solo aconsejan la VCC cada 10 años, la sigmoideoscopia cada 5 o la sangre oculta (con guayaco o inmunoquímica) anual. El consenso nacional argentino avalado por la Academia Argentina de Medicina incluye, además de estas alternativas, el colon por enema o la colonografía virtual (CV) cada 5 años. Si la decisión debiera basarse en la evidencia, la única estrategia que cuenta con estudios aleatorizados con grupo control que mostraron reducir la mortalidad por CCR es la sangre oculta anual con guayaco (estudio de Minnesota). Sin embargo, incluso esta evidencia ha sido cuestionada por estimarse que hasta un 33% del efecto obtenido por esta estrategia se debe al impacto de la VCC efectuada en casos en los que el sangrado se originó en otras causas (una suerte de "falso positivo"). En tal escenario y dado que cada una de las estrategias tiene ventajas, desventajas, limitaciones y costos diferentes, la utilización de una u otra debe hacerse considerando todos estos aspectos e incluso la preferencia del paciente, como lo explicitan algunas de las Sociedades Científicas. Es necesario tener en consideración que los 2 métodos de implementación creciente en nuestro medio (la videocolonoscopia y la colonografía virtual) presentan también inconvenientes y limitaciones. Ambos requieren una excelente limpieza de colon que implica la toma de laxantes que no solo pueden ser mal tolerados sino que tienen una morbilidad inherente. La VCC, además de los riesgos reconocidos de perforación, muestra una proporción variable de estudios incompletos (que debería ser menor del 5%) y de falsos negativos (sobre todo para lesiones planas). La colonografía virtual implica la insuflación transanal sin sedación (lo que produce una sensación variable), la posibilidad de falsos negativos (con la VCC consiguiente) y una irradiación corporal cuyo riesgo todavía no se ha establecido. Por ejemplo, la percepción anticipada de las molestias que puede ocasionar la preparación intestinal para una videocolonoscopia es una razón mayor que el temor a tener una complicación anestésica o endoscópica.

Finalmente, hay consenso unánime en que para las personas con riesgo incrementado el método de elección es la VCC desde los 40 años o 10 años antes de la edad del afectado más joven. Por su parte, las personas que pertenecen a familias afectadas por formas hereditarias (síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar) deben ser manejadas por grupos interdisciplinarios especializados.

Carlos A. Vaccaro

Director del Programa de Cáncer Hereditario
(ProCanHe)

Director del Registro de Epidemiología Molecular
(REM) de Cáncer Colorrectal