

Recomendaciones de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay para la detección precoz y el seguimiento del cáncer colorrectal

Dres. Beatriz Iade^{1}, Asadur Jorge Tchekmedyan^{1#}, Carla Bianchi^{1‡}, Javier San Martín^{1‡}, Adriana Raggio^{1§}, María Amelia Rocha^{1§}, Henry Cohen^{2¶}*

Sociedad de Gastroenterología del Uruguay. Comisión de Recomendaciones para la Detección Precoz y Seguimiento del Cáncer Colorrectal. Comisión de Consensos

Resumen

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las tres primeras causas de muerte por cáncer en nuestro país, con una amplia repercusión socioeconómica. Es por ello que la comisión directiva de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay (SGU) consideró oportuno tomar medidas tendentes a disminuir su morbimortalidad. Con este fin se creó en el año 2001 una comisión que tuvo a su cargo la revisión de los consensos internacionales de diagnóstico precoz y seguimiento del CCR para adecuarlos a nuestro medio. Surgen así las "Recomendaciones de la SGU para la detección precoz y seguimiento del CCR". En ellas se propone aplicar un programa de screening y de seguimiento para CCR, clasificando a la población en cuatro grupos de riesgo en base a la edad, los antecedentes personales y familiares de enfermedades con riesgo aumentado para CCR. La técnica a utilizar en el caso del screening variará de acuerdo al grupo, aunque de ser posible se optará por la fibrocolonoscopia como técnica ideal. El seguimiento se aplica a aquellos pacientes con antecedentes personales de pólipos adenomatosos, CCR o enfermedad inflamatoria intestinal, siendo la fibrocolonoscopia la técnica de elección.

Estas recomendaciones fueron puestas a consideración y arbitraje en asamblea extraordinaria de la SGU.

Palabras clave: NEOPLASIAS COLORRECTALES - diagnóstico.

Importancia del CCR en Uruguay

El cáncer colorrectal constituye un grave problema sanitario en nuestro país.

Uruguay se encuentra entre los países con mayor incidencia y mortalidad por CCR. Constituye la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer y la tercera en el hombre⁽¹⁻³⁾.

En cuanto a la incidencia en el período 1996-1997, se registraron 3.009 nuevos casos representando 11,58% del total: 1.437 ocurrieron en hombres y 1.572 en mujeres, con tasas ajustadas para la edad de 33,83 y 26,41 respectivamente. La tendencia ascendente de la tasa de mortalidad tanto en hombres como en mujeres supone un agravamiento de la situación para el futuro (tabla 1).

Estrategias desarrolladas por países y organismos internacionales para disminuir el impacto del CCR

En las últimas décadas se ha acumulado suficiente evidencia científica de que es posible disminuir la mortalidad por CCR mediante su detección precoz y seguimiento⁽⁴⁻⁸⁾.

Esto ha determinado que en Estados Unidos, organizaciones como American College of Gastroenterology,

* Ex Prof. Adjunta, Clínica de Nutrición y Digestivo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Asistente, Clínica de Nutrición y Digestivo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

‡ Médico Gastroenterólogo.

§ Ex asistente, Clínica de Nutrición y Digestivo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

¶ Prof. Agregado, Clínica de Nutrición y Digestivo. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

1. Comisión de Recomendaciones para la detección precoz y seguimiento del cáncer colorrectal. Sociedad de Gastroenterología del Uruguay.

2. Comisión de Consensos. Sociedad de Gastroenterología del Uruguay.

Presentado: 26/11/02.

Modificado para su publicación: 27/6/03.

Aceptado: 15/8/03.

Tabla 1. Mortalidad por cáncer colorrectal en Uruguay^(1,3)

	Año 1958	Censo 1963	Censo 1975	Censo 1985	Quinquenio 1989-1993	Quinquenio 1994-1998
<i>Hombres</i>						
Población	1.239.298	1.290.386	1.363.300	1.431.400		
Muertes CCR	199	236	285	339	1.889	1.951
Tasas	16,0	18,2	20,9	23,6	18,27	17,57
<i>Mujeres</i>						
Población	1.239.192	1.305.124	1.418.700	1.508.900		
Muertes CCR	232	286	380	401	2.044	2.260
Tasas	18,8	21,9	26,7	26,5	13,65	13,94
Total	431	522	665	740	3.933	4.211
CCR: cáncer colorrectal						

American Gastroenterological Association, American Cancer Society, American Society of Colon and Rectal Surgeons, American Society for Gastrointestinal Endoscopy y Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons, publicaran en 1997 las guías nacionales para screening y seguimiento del CCR⁽⁹⁾.

Asimismo, la Organización Mundial de Gastroenterología (OMGE) a través del Comité de Guías prácticas y publicaciones ha desarrollado guías de screening y seguimiento del CCR que están disponibles para su utilización a partir de 2000 en Internet (www.omge.org)⁽¹⁰⁾.

El objetivo de estas guías es orientar al médico clínico acerca de la mejor estrategia a seguir para disminuir el impacto del CCR, a partir de la exhaustiva revisión de las publicaciones científicas válidas.

Debido a que la disponibilidad de recursos técnicos y económicos es variable entre diferentes países, la OMGE señala la flexibilidad de estas guías y el médico deberá elegir, entre las diferentes opciones, la que mejor se aplique para un individuo determinado.

En Argentina, las sociedades científicas vinculadas al CCR aprobaron en el año 2000 la guía de recomendaciones para la prevención y detección temprana del CCR⁽¹¹⁾.

Un importante avance representa la resolución tomada por Medicare (servicio de salud de Estados Unidos) de cubrir los gastos de screening para cáncer colorrectal (www.medicare.gov).

Conveniencia de seguir estrategias similares

Con el desarrollo de guías para la detección temprana y el seguimiento del CCR basadas en fuertes evidencias científicas, tanto por parte de organismos nacionales de diferentes países, como de la OMGE, organismo al que pertenece la SGU, no queda más que dirigir nuestros esfuerzos

a su implementación.

Para ello la comisión directiva de la SGU creó una comisión que tuvo a su cargo la revisión de los consensos internacionales de diagnóstico precoz y seguimiento del CCR, a fin de realizar las adaptaciones necesarias para su implementación en nuestro país.

Estas recomendaciones fueron presentadas y puestas a consideración en asamblea extraordinaria de la SGU el 24 de abril de 2002. Esta asamblea aprobó el programa de detección precoz y seguimiento que aquí se presenta.

Actualización

Estas recomendaciones fueron hechas a la luz del conocimiento y la disponibilidad técnica actual, por tanto podrán ser modificadas en un futuro.

Implementación del screening

Para que estas medidas sean eficaces es necesario que tengan el apoyo de las sociedades e instituciones relacionadas al tema.

Evaluación

La política de screening requiere de evaluación para determinar su efectividad. Consideramos que el Ministerio de Salud Pública debería realizar el seguimiento del programa.

Recomendaciones para la detección precoz y seguimiento del cáncer colorrectal

A) Definiciones

Screening, se refiere siempre a personas asintomáticas.

Se denomina screening (cuando se aplica al CCR) al pesquiasaje de personas con posible cáncer o lesiones premalignas (adenomas) o ambos^(9,10).

Es importante destacar que los individuos que refieren sangrado digestivo bajo o que presentan síntomas sugestivos de enfermedad colónica no entran en un programa de screening. Estos deben estudiarse a fin de determinar la causa de su sintomatología.

Diagnóstico, es el manejo de los individuos en los que un test de screening dio positivo, de tal manera de clasificar a los individuos en que se sospecha un CCR o adenoma, en aquellos que realmente lo tienen y los que no^(9,10). Por ejemplo, en caso de que un test de sangre oculta sea positivo, se deberá realizar fibrocolonoscopia (FCC) y confirmación histológica. De igual modo, si se detectan lesiones en el colon por enema por doble contraste o en la fibrorrectosigmoidoscopia (FRSC), o ambos, es aconsejable el estudio con FCC y confirmación histológica.

Seguimiento, es el monitoreo de los pacientes con condiciones premalignas, como enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o que hayan recibido una resección curativa de cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos, o ambos^(9,10). En el caso de pacientes tratados por CCR se busca despistar, además de una recurrencia local, el surgimiento de nuevos CCR (metacrónicos).

B) Poblaciones de riesgo

La población se clasifica en cuatro grupos de riesgo de desarrollar CCR en base a la edad (90% de los CCR se presenta por encima de los 50 años), los antecedentes personales y familiares de enfermedades con riesgo aumentado para CCR, de CCR o de pólipos adenomatosos, o ambos.

- Grupo de bajo riesgo: está compuesto por toda la población menor de 50 años, asintomática y sin antecedentes personales ni familiares que los coloquen en los otros grupos. Este grupo no entra en el programa de screening. Se estudia de presentar sintomatología.
- Grupo de riesgo medio: está compuesto por toda la población mayor de 50 años, asintomática, sin antecedentes personales ni familiares que los coloquen en los otros grupos y por aquellos individuos con antecedentes de CCR o adenomas en familiares que no sean de primer grado (constituye 75% de los casos de CCR⁽⁹⁾).
- Grupo de riesgo incrementado: se subdivide en dos grupos, A y B.
 - A. Lo constituyen aquellos individuos con antecedentes personales de CCR o adenoma o con EII. Estos pacientes entran en un programa de seguimiento (ver más adelante).

B. Con antecedentes de CCR o adenoma en familiares de primer grado (hermanos, hijos, padres), pero que no los coloquen en el grupo de alto riesgo. La edad de inicio del screening dependerá de la edad y el número de familiares afectados. Cuando se detecta más de un caso en una familia, se deberá investigar la posibilidad de CCR hereditario que los coloca en el grupo de alto riesgo (constituye 20% a 30% de los casos de CCR⁽⁹⁾).

- Grupo de alto riesgo: lo componen quienes tengan antecedentes personales o familiares de poliposis adenomatosa familiar (PAF)⁽¹²⁾ o cáncer colónico hereditario no asociado a poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés o síndrome de Lynch)^(13,14).

C) Estrategia de screening

De acuerdo a esta clasificación de riesgo se seleccionará la edad de inicio del screening, el método a utilizar y el intervalo de reiteración.

1. Grupo de bajo riesgo. No entra en el programa de screening (tabla 2).
2. Grupo de riesgo medio. La edad de inicio es 50 años. Las opciones recomendadas para screening son (tabla 3):
 - a. FCC cada diez años. La misma deberá ser total, de no serlo se complementará con colon por enema por doble contraste.
 - b. Colon por enema por doble contraste más FRSC cada cinco a diez años.
 - c. FRSC cada cinco años más test de sangre oculta anual.
 - d. FRSC cada cinco años. Esta opción sólo deberá escogerse en caso de no disponer de ninguna de la otras.
 - e. Test de sangre oculta anual. Esta opción sólo deberá escogerse en caso de no disponer de ninguna de la otras.
3. Grupo de riesgo incrementado. Grupo B en caso de un familiar mayor de 60 años con CCR o adenoma, se comenzará a los 40 años, con FCC cada cinco a diez años. En caso de un familiar menor de 60 años o dos o más familiares de cualquier edad, se comenzará a los 40 años o diez años antes de la edad del familiar afectado más joven, con FCC cada cinco años (tabla 4).
4. Grupo de alto riesgo: en caso de antecedentes familiares de PAF, se comenzará desde los 12 años con FRSC siendo el intervalo anual o cada dos años. En la variante de PAF atenuada se hará FCC dada la mayor incidencia de pólipos proximales. En el síndrome de Lynch se dará comienzo a los 21 años con FCC bianual y luego de los 40 años, anualmente.

Tabla 2. Screening grupo de riesgo bajo*

Toda la población menor de 50 años asintomática y sin antecedentes personales ni familiares que los coloquen en los otros grupos.
No entran en el programa de screening.

*Se estudian de presentar síntomas.

Tabla 3. Screening grupo de riesgo medio

Grupo de riesgo medio	Edad de inicio	Opciones	Intervalo
Toda la población mayor de 50 años asintomática* CCR o adenomas en familiar pero NO de primer grado	50	1) FCC† 2) CXE DC + FRSC 3) FRSC + test de sangre oculta 4) FRSC‡ 5) Test de sangre oculta‡	Cada diez años Cada cinco - diez años FRSC cada cinco años Test anual Cada cinco años Anual
* Sin antecedentes personales ni familiares que los coloquen en los otros grupos. † FCC total, de ser parcial completar con C x E por doble contraste. ‡ Sólo si no se pueden realizar las otras opciones. CCR: cáncer colorrectal, FCC: fibrocolonoscopia, CXE DC: colon por enema por doble contraste, FRSC: fibrorrectosigmoidoscopia.			

Tabla 4. Screening grupo de riesgo incrementado

Grupo de riesgo incrementado	Edad de inicio	Recomendación	Intervalo
Antecedentes familiares de primer grado (hermanos, hijos, padres):			
Un familiar mayor de 60 años con CCR o adenoma	40 años	FCC	Cada cinco - diez años
Un familiar menor de 60 años con CCR o adenoma	40 años o diez años antes de la edad del caso de menor edad	FCC	Cada cinco años
Dos o más familiares de cualquier edad*			
* En este caso pensar en CCR hereditario. FCC: fibrocolonoscopia, CCR: cáncer colorrectal.			

Este grupo de alto riesgo incluye el síndrome de Peutz-Jeghers.

Se recomienda vincular a los pacientes de este grupo con centros especializados (constituye 6% a 10% de los casos de CCR)⁽⁹⁾ (tabla 5).

En relación a los procedimientos de screening para el grupo de riesgo medio, se permite flexibilidad, de modo que tenga al menos acceso a algún método, pero se sugiere el

estudio total del colon preferentemente mediante FCC para los de riesgo incrementado y alto riesgo, aunque se considera que este estudio es el de elección para los tres grupos.

D) Estrategia de seguimiento: grupo A del grupo de riesgo incrementado.

Como se mencionó antes, el seguimiento se aplica a aque-

Tabla 5. Screening grupo de alto riesgo			
<i>Grupo de alto riesgo*</i>	<i>Edad de inicio</i>	<i>Recomendación</i>	<i>Intervalo</i>
Antecedentes familiares de:			
Poliposis adenomatosa familiar	12 años	FRSC FCC en PAF atenuada	Cada uno - dos años
Cáncer colónico hereditario no asociado a poliposis	Desde los 21 años	FCC	Cada dos años
(Síndrome de Lynch)	A partir de los 40 años	FCC	Cada año
En estos pacientes es recomendable el asesoramiento dentro de grupos de trabajo especializados. * Este grupo incluye el síndrome de Peutz-Jeghers. FRSC: fibrorrectosigmoidoscopia, FCC: fibrocolonoscopia			

Tabla 6. Seguimiento			
<i>Seguimiento</i>	<i>Edad de inicio</i>	<i>Recomendación</i>	<i>Intervalo</i>
Antecedentes personales de CCR o adenomas			
Adenoma* menor de 1 cm	Desde polipectomía	FCC	Al año Si es normal a los tres años Si es normal a los cinco años Si es normal screening de acuerdo al riesgo
Adenoma* mayor de 1 cm Varios de cualquier tamaño	Desde polipectomía	FCC	Al año Si es normal a los tres años Si es normal cada cinco años
CCR reseado con intento curativo	Luego de cirugía†	FCC	Entre seis meses y un año Si es normal a los tres años Si es normal cada cinco años
Enfermedad inflamatoria intestinal a) CUC izquierda b) Enfermedad de Crohn de colon	A partir de doce - quince años de inicio de la enfermedad	FCC con biopsias‡	Cada uno - dos años
c) Pancolitis	A partir de ocho años de inicio de la enfermedad		
* Verificar certeza de resección completa. † Si no fue posible estudiar completamente el colon previo a la cirugía se estudiará entre los tres y seis meses de la cirugía. ‡ Biopsiar fuera de los empujes. CCR: cáncer colorrectal, CUC: colitis ulcerosa crónica, FCC: fibrocolonoscopia.			

Los pacientes con riesgo incrementado de desarrollar CCR por sus antecedentes personales de CCR o pólipos adenomatosos, o ambos, que hayan recibido un tratamiento pretendidamente curativo así como a los pacientes con EII (tabla 6).

En el caso de antecedente de pólipo adenomatoso se

tendrá en cuenta para la elección del intervalo el tamaño, el número y la certeza de resección completa.

Si fue menor de 1 cm, se realizara FCC al año, de ser normal el próximo control será a los tres años. Si ésta no evidencia lesiones se hará un control en cinco años, para posteriormente seguir de acuerdo al grupo de riesgo en

que entre el paciente.

Si fue mayor de 1 cm, o independientemente del tamaño, más de un pólipo, se realizará FCC al año y a los tres años; de ser normal se continuará cada cinco años.

En pacientes con CCR resecado con intento curativo: si no fue posible estudiar completamente el colon previo a la cirugía, se estudiará entre los tres y seis meses después de la misma. De encontrarse el colon valorado previo a la cirugía, la primera FCC se realizará entre seis meses y un año después del acto quirúrgico. De ser ésta normal, se realizará la primera a los tres años y luego cada cinco años.

En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: en la colitis ulcerosa crónica (CUC), localizada en el colon izquierdo, se dará comienzo entre los doce a quince años luego del inicio de la enfermedad con FCC con biopsias (las que se tomarán fuera de los empujes), cada uno a dos años. Cuando existe una pancolitis, el seguimiento se realizará de igual forma, con la salvedad de comenzar a los ocho años de iniciada la enfermedad.

En la enfermedad de Crohn de colon se debe realizar una FCC luego de doce a quince años de iniciada.

Summary

Colorectal cancer is one of the three leading causes of cancer-related deaths in Uruguay. In 2001, the Uruguayan Gastroenterology Society recommended a special committee to revise international consensus on colorectal cancer early detection and follow-up to adapt its directions to Uruguay. *The Guidelines on early detection and follow-up colorectal cancer* designed a screening and follow-up program that divides population in four risk groups considering age, family and personal medical history. Techniques of screening will vary according to the group, fibrocolonoscopy, if possible, will be considered as first choice. Follow-up will be considered in patients with history of adenomatous polyps, colorectal cancer or inflammatory intestinal disease.

The Guidelines were put forward for consideration to a special assembly of the Uruguayan Gastroenterology Society.

Résumé

Le cancer colorectal (CCR) est parmi les trois premières causes de mort par cancer dans notre pays et il a une large répercussion socio-économique. C'est pour cela que la commission directive de la Société de Gastroentérologie de l'Uruguay (SGU) a envisagé de prendre des mesures afin de diminuer sa morbidité. Dans ce but, on a créé en 2001 une commission qui a eu la tâche de révision des

consensus internationaux de diagnostic précoce et de suivi du CCR afin de les adapter à notre réalité. C'est comme ça que les "Recommandations de la SGU pour le repérage précoce et le suivi du CCR" sont nées. Elles proposent d'appliquer un programme de creening et de suivi pour CCR, de classer la population en quatre groupes de risque basés sur l'âge, les antécédents personnels et de famille de maladies à risque augmenté pour CCR. La technique à utiliser en ce qui concerne le screening variera selon le groupe, tout en considérant la fibrocolonoscopie la technique idéale. Le suivi est conseillé pour les patients à antécédents personnels de polypes adénomateux, CCR ou maladie inflammatoire intestinale, la fibrocolonoscopie restant la technique de premier choix. Ces recommandations ont été analysées et évaluées à une assemblée extraordinaire de la SGU.

Bibliografía

1. **Vassallo JA.** Cáncer en el Uruguay. Montevideo: Registro Nacional de Cáncer del Uruguay, 1989. (2 v).
2. **Musé I, Sabini G, Ottati A, Piazza N.** Morbilidad por Cáncer. Aspectos epidemiológicos en el CASMU. Rev Med Uruguay 1987; 3: 121-34.
3. **Vassallo JA, Barrios E.** II Atlas de Mortalidad por Cáncer en el Uruguay. Comparación de dos quinquenios 1989-1993 y 1994-1998. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 1999.
4. **Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, Surawicz TS, Marcus PM.** Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. J Natl Cancer Inst 1992; 84: 1572-5.
5. **Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O.** Randomised study of screening for colorectal cancer with fecal-occult-blood test. Lancet 1996; 348: 1467-71.
6. **Winawer SJ, Flehinger BJ, Schottenfeld D, Miller DG.** Screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing and sigmoidoscopy. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 1311-8.
7. **Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al.** Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. N Engl J Med 1993; 329: 1977-81.
8. **Muller AD, Sonnenberg A.** Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. Arch Intern Med 1995; 155: 1741-8.
9. **Winawer SJ, Fletcher RH, Miller L, Godlee F, Stolar MH, Mulrow CD, et al.** Colorectal cancer screening: clinical guidelines and rationale. Gastroenterology 1997; 112: 594-642 [Fe de erratas en Gastroenterology 1997; 112: 1060 and 1998; 114: 625].
10. **Winawer SJ.** Position Statement: Colorectal cancer screening and surveillance. Obtenido de URL: <http://www.omge.org/guides/statement3.htm> (consultado el 7/4/2003).
11. **Gualdrini UA.** Guía de recomendaciones para la prevención y detección temprana del CCR. Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia. Buenos Aires, 2000. <http://www.coloproctología.com.ar/biblioteca/prevacolo.htm> (visto el 19/9/03).
12. **Bussey HJR.** Familial polyposis coli. Baltimore: John Hopkins University, 1975.
13. **Vasen HF, Mecklin JP, Kahn PM, Lynch HT.** The International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (ICG-HNPCC). Dis Colon Rectum 1991; 34: 424-5.