

Cribado del cáncer colorrectal

Las estrategias de cribado tienen como objetivo final disminuir la morbimortalidad de la enfermedad objeto de estos programas. Pero es muy importante recordar que estas estrategias van dirigidas a la población asintomática; por ello, antes de recomendar la generalización de una prueba de cribado es necesario asegurarnos de que tanto la enfermedad como el test de cribado cumplen algunas condiciones: *a)* que la enfermedad sea un problema de salud pública importante; *b)* que se conozca suficientemente bien su historia natural; *c)* que el tratamiento precoz mejore de manera sustancial su pronóstico; *d)* que el test de cribado sea aceptable, válido y seguro, y *e)* que la eficacia del cribado se haya demostrado en ensayos clínicos aleatorizados.

El cáncer colorrectal (CCR) cumple los primeros 3 requisitos: en la mayoría de los países occidentales ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad por cáncer si separamos la estadística entre varones y mujeres¹, pero si consideramos los 2 sexos conjuntamente, ocupa el primer lugar. El pólipo adenomatoso es la lesión precursora y su progresión a un CCR se estima que se produce en un período de 5-10 años. Desde el punto de vista terapéutico, el CCR es un claro ejemplo de que el tratamiento en los estadios iniciales mejora el pronóstico de la enfermedad, disminuye el impacto sobre la calidad de vida y la agresividad terapéutica y reduce sus costes.

Sin embargo, en relación con la prueba de cribado, las controversias son importantes, aun teniendo en cuenta que la eficacia del cribado del CCR con sangre oculta en heces (SOH) se ha demostrado en diferentes ensayos clínicos^{2,3}. En la revisión sistemática de Towler et al² se analizan los datos de más de 300.000 personas durante un período de seguimiento de 8-13 años y se demuestra una reducción de la mortalidad del 16% en el grupo cribado, la cual aumenta hasta el 23% al ajustar los datos por participación. Según el mismo autor, si se ofreciera a 10.000 pacientes la posibilidad de realizar un test de SOH cada 2 años y un 60% de ellos asistiera por lo menos a una prueba, se prevenirían 8,5 muertes por CCR en 10 años. Asimismo, los resultados del ensayo clínico de Minnesota, con un seguimiento de 18 años, muestran una reducción significativa de la mortalidad del 33% cuando el cribado con SOH es anual y del 21% si se realiza cada 2 años.

Aunque con menos evidencia disponible sobre su beneficio, la sigmoidoscopia y la colonoscopia también han sido estudiadas como métodos de cribado del CCR. Ac-

tualmente están en curso diversos ensayos clínicos para evaluar su eficacia y sus resultados deberán permitir discernir si una única endoscopia entre los 50 y 60 años muestra los mismos beneficios que las endoscopias periódicas.

A pesar de las controversias sobre la efectividad del cribado en la población asintomática, la evidencia científica lo avala y, en comparación con la ausencia de actuaciones, este cribado tiene una buena relación coste-efectividad, con independencia de la estrategia empleada. En la actualidad, las principales agencias (USPSTF⁴ y Canadian Task Force⁵) recomiendan el cribado del CCR en población de riesgo medio, es decir, los varones y mujeres mayores de 50 años, pero no especifican con cuál de las técnicas posibles ni recomiendan especialmente ninguna.

Sin embargo, estas mismas sociedades reconocen las importantes dificultades para aplicar esta recomendación. Por un lado, la baja participación de la población, que difícilmente supera el 50%. Esta escasa participación se explica por diversos motivos: el conocimiento insuficiente, tanto del cribado como de la enfermedad, o la baja percepción social de los beneficios de la detección precoz del CCR. Las encuestas revelan que los ciudadanos tienen un conocimiento significativamente menor del impacto del CCR que de otros cánceres como, por ejemplo, el de mama.

Las características de las distintas pruebas de cribado presentan también una obvia dificultad. El test de SOH tiene una baja sensibilidad y especificidad. La colonoscopia, como cribado o como prueba subsiguiente si el test de SOH es positivo, es una prueba invasiva y molesta para el paciente (debería hacerse siempre con sedación), además de tener un coste muy elevado.

Por último, también debemos tener en cuenta que las recomendaciones no son concretas, tanto en lo relativo a la prueba que se debe utilizar como sobre su periodicidad idónea. Las opciones que se debaten son efectuar el test de SOH cada 1 o 2 años. En el caso de la endoscopia, las opciones que se debaten son hacer sólo 1 entre los 50 y 60 años o endoscopias periódicas, con intervalos que deberían ser establecidos.

Es posible que técnicas aún no estudiadas en la población general permitan que en un futuro se avance en este tema, como los tests de ADN fecal, el rastreo de determinados oncogenes en las heces o en la sangre periférica y el perfeccionamiento de la técnica de colonoscopia virtual.

Estos condicionantes nos permiten afirmar que, actualmente, no disponemos de evidencias suficientes sobre la estrategia que presenta una mejor relación coste-efectividad en la población general. Sin embargo, resulta evidente que estamos ante una enfermedad con un coste sanitario y social muy elevados y para la que se dispone de mecanismos de cribado eficaces. Por ello, el colectivo médico tiene el urgente reto de definir cuál es la prueba más efectiva y qué estrategias garantizan una mayor participación; asimismo, la sociedad deberá tomar conciencia de la gravedad de esta enfermedad y, obviamente, la administración deberá plantearse perentoriamente si asume los costes de este cribado y le otorga los recursos necesarios, teniendo en cuenta que éstos son limitados y cualquier opción significa, de hecho, establecer una prioridad.

Aunque es admisible el debate en los puntos mencionados con anterioridad, no hay dudas respecto a que la máxima efectividad se obtiene mediante el cribado con colonoscopia de la población con factores de riesgo de CCR y con el seguimiento mediante esta misma técnica de las personas a las que les han sido extirpados adenomas con características histológicas de riesgo. Es importante señalar que los grupos de riesgo están bien delimitados y que el 15% de todos los CCR presentan agregaciones familiares y/o son cánceres hereditarios. En este grupo poblacional, además del cribado, se debería poder ofrecer la valoración por unidades genéticas.

El papel de la atención primaria resulta fundamental para la búsqueda activa y la identificación de las personas que forman parte de alguno de los grupos de riesgo. Para ello es necesario indagar de manera exhaustiva en los antecedentes personales y familiares, lo que requiere una clara concienciación del médico de familia.

P. Cierco Peguera

Médico de Familia. Miembro del grupo de cáncer del PAPPS. Centro de Salud Florida Sud. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EUCAN: cancer incidence, mortality and prevalence in the European Union 1998, version 5.0. IARC Cancer Base n.º 4. Lyon: IARC Press, 1999 [consultado 17/3/03]. Disponible en: www.dep.iarc.fr/eucan/eucan.htm
2. Towler B, Irwing L, Glaszion P, Weller D, Kewenter J. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *BMJ* 1998;317:559-65.
3. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:434-7.
4. Walsh JM, Terdiman JP. Colorectal cancer screening: scientific review. *JAMA* 2003;289:1288-96.
5. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Colorectal cancer screening: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2001;165:206-8.