



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EL ARTÍCULO DEL MES

Cribado del cáncer colorrectal

Nishihara R, Wu K, Lochhead P, Morikawa T, Liao X, Qian ZR, et al. Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. *N Engl J Med*. 2013;369:1095-1105.

Introducción: Tanto la colonoscopia como la sigmoidoscopia protegen contra la incidencia futura del cáncer colorrectal. Sin embargo, la magnitud y duración de esta protección, particularmente contra el cáncer del colon proximal, es dudosa.

Métodos: Se examina la asociación del uso de colonoscopia (efectuada bianualmente entre 1988 hasta 2008) con la incidencia de cáncer colorrectal (hasta junio del 2010) y la mortalidad por cáncer colorrectal (hasta junio 2012) entre los participantes del *Nurse' Health Study* y el *Health Professionals Follow-up Study*.

Resultados: Entre los 88.902 participantes seguidos durante un período de 22 años, se documentaron 1.815 casos de cáncer colorrectal y 474 muertes por dicha enfermedad. Comparando el uso de la colonoscopia con el no uso de la endoscopia, las *hazard ratio* (HR) para cáncer colorrectal fueron del 0,57 (intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 0,45-0,72) tras polipectomía del 0,6 (IC 95%: 0,53-0,68) tras sigmoidoscopias negativas y del 0,44 (IC 95%: 0,38-0,52) tras colonoscopias negativas. La presencia de colonoscopias negativas se asociaron con una menor incidencia del cáncer proximal (HR: 0,73, IC 95%: 0,57-0,92). Los HR para muerte fueron del 0,59 (IC 95%: 0,45-0,76) tras el cribado con sigmoidoscopia y del 0,32 (IC 95%: 0,24-0,45) con colonoscopia. La reducción en la incidencia del el cáncer colorrectal proximal solo se observó tras el cribado con colonoscopia (HR: 0,47, IC 95%: 0,29-0,76). Las alteraciones genéticas tipo CIMP o alteraciones de microsatélites aparecían en los cánceres diagnosticados dentro de los 5 años tras la prueba (*odds ratio* multivariante: 2,1, IC 95%: 1,1-4,02).

Conclusión: Tanto la sigmoidoscopia como la colonoscopia se asociaron con una reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de colon distal, pero solo la colonoscopia se asoció a una modesta reducción de cáncer proximal. El cáncer colorrectal diagnosticado dentro de los 5 años tras la endoscopia era más probable que presentase inestabilidad de los microsatélites y alteraciones tipo CIMP

que los diagnosticados fuera de ese periodo o sin endoscopia previa.

Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, et al. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2013;369:1106-1114.

Introducción: Diversos estudios indican que el cribado de cáncer colorrectal mediante la determinación de sangre oculta en heces reduce la mortalidad por cáncer colorrectal. Sin embargo, la duración de los beneficios es incierta, así como la relación con edad y sexo.

Métodos: Cuarenta y seis mil quinientos cincuenta y un participantes, de entre 50 y 80 años de edad, incluidos en el *Minnesota Colon Cancer Control Study*, fueron divididos en controles, determinación anual o bianual de sangre oculta en heces. El cribado se llevó a cabo en 2 periodos de tiempo, 1976-1982 y 1986-1992. Se determinó el estado vital y las causas de muerte de los participantes hasta el año 2008 (*National Death Index*).

Resultados: Durante los 30 años de estudio fallecieron 33.020 participantes (70,9%); 732 muertes fueron atribuidas a cáncer colorrectal; 200 de las 11.072 (1,8%) en el grupo de cribado anual, 237 de las 11.004 (2,2%) en el de cribado bianual y 295 de las 10.944 (2,7%) del grupo control. El cribado redujo la mortalidad por cáncer colorrectal (riesgo relativo [RR]: 0,68, intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 0,56-0,82 en el anual y RR: 0,78, IC 95%: 0,65-0,93 para el bianual). Dicha reducción fue mayor para los varones que para las mujeres en el cribado bianual ($p=0,04$). No se observó reducción de la mortalidad global.

Conclusión: Los efectos protectores sobre la incidencia del cáncer colorrectal del cribado mediante la determinación de sangre oculta en heces persisten tras 30 años, pero no afectan a la mortalidad global. La reducción sostenida de la mortalidad por cáncer colorrectal apoya la eficacia de las polipectomías.

Comentario

El cáncer colorrectal es la neoplasia maligna más frecuente en Europa y España, y constituye la segunda causa de mortalidad global por cáncer. El cáncer colorrectal permanece silente hasta etapas avanzadas, motivo por el que

parece razonable recurrir a técnicas diagnósticas que puedan detectar la neoplasia de forma precoz, cuando aún está localizada. En la actualidad, las 2 técnicas más utilizadas para su detección precoz son la determinación de sangre oculta en heces (SOH) y las endoscopias digestivas bajas.

El primer estudio comentado demostró una disminución en la incidencia y en la mortalidad por cáncer colorrectal en sujetos que habían sido sometidos a cribado con colonoscopia. Este descenso se mantuvo durante los 10 años siguientes (a excepción de los pacientes con familiares de primer grado afectados, cuyo riesgo se asemejaba a los controles 5 años después de la prueba). La presencia de colonoscopías repetidamente negativas parece identificar a los pacientes de menor riesgo, en los que se podría seguir un cribado más espaciado en el tiempo. Además, se observó una mayor proporción de alteraciones genéticas (inestabilidad de microsatélites, mutación de islotos CpG,...) en los cánceres diagnosticados en los 5 años posteriores a la colonoscopia.

El segundo estudio sugiere que el cribado realizado con la determinación de SOH, además de disminuir la mortalidad por cáncer colorrectal, hasta en un 30%, mantiene su efecto protector incluso tras la interrupción del cribado. Los grupos más beneficiados serían los varones de 60-69 años de edad (reducción de la mortalidad del 54% con prueba anual y del 58% con bianual) y las mujeres de más de 70 años (reducción de la mortalidad del 58% con la prueba anual).

El beneficio para la mujeres menores de 60 años parecería cuestionable.

Estos 2 estudios demuestran que ambos procedimientos resultan efectivos como cribado del cáncer colorrectal, al disminuir tanto la incidencia como la mortalidad, lo que concuerda con la bibliografía existente. No obstante, no se puede afirmar qué procedimiento sería más adecuado como cribado, si una prueba de alta sensibilidad y especificidad, como la colonoscopia, realizada a intervalos de tiempo largos o una de sensibilidad menor efectuada con mayor frecuencia.

Las poblaciones incluidas en ambos estudios son multirraciales, con claro predominio de las razas caucásicas, y sus resultados parecen extrapolables a la población española. Actualmente no disponemos de ningún estudio que compare directamente la rentabilidad de ambos procedimientos. Los datos disponibles sugieren que la colonoscopia es más efectiva, pero se debe tener en cuenta que tanto las poblaciones como la metodología de los estudios comentados no son comparables.

D. Sánchez Cabrero

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: dario.sc88@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.12.007>

Revascularización con *stent* y tratamiento médico en el manejo de la estenosis arteriosclerótica de arteria renal

Cooper CJ, Murphy TP, Cutlip DE, Jamerson K, Henrich W, Reid DM, et al.; CORAL investigators. *Stenting and medical therapy for atherosclerotic renal-artery stenosis*. N Engl J Med. 2014;370:13-22.

Introducción: La estenosis aterosclerótica de arteria renal (EAtAR) es un problema común en los ancianos. Dos ensayos clínicos no han demostrado beneficio de la revascularización con *stent* para preservar la función renal. Sin embargo, su utilidad en la prevención de eventos cardiovasculares (cv) y renales mayores es incierta.

Métodos: Se asignó de forma aleatoria a 947 participantes con EAtAR e hipertensión arterial (HTA) sistólica mientras recibían 2 o más antihipertensivos, o enfermedad renal crónica (ERC), a recibir tratamiento médico junto con revascularización con *stent* de la arteria renal o tratamiento médico únicamente. Se registró la incidencia de eventos CV o renales (variable final compuesta por muerte de causa CV o renal, infarto de miocardio, ictus, hospitalización por insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal progresiva o necesidad de tratamiento renal sustitutivo).

Resultados: Durante el periodo de seguimiento (mediana de 43 meses; rango intercuartílico: 31-55), la tasa de la variable final compuesta no difirió de forma significativa entre los pacientes en los que se realizó revascularización con *stent* frente a aquellos que recibieron únicamente tratamiento médico (35,1 frente al 35,8%; *hazard ratio*: 0,94; intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 0,76 a 1,17; $p=0,58$). Tampoco hubo diferencias significativas en las tasas de los componentes individuales de la variable final o en la mortalidad global. Durante el seguimiento hubo una diferencia modesta en la presión arterial sistólica a favor del grupo de revascularización con *stent* ($-2,3$ mmHg; IC 95%: $-4,4$ a $-0,2$; $p=0,03$).

Conclusiones La revascularización con *stent* de la arteria renal no confirió un beneficio significativo en la prevención de eventos clínicos añadida al tratamiento médico multifactorial en personas con EAtAR e HTA o ERC.

Comentario

La estenosis de la arteria renal se asocia a HTA, ERC y complicaciones CV a largo plazo. Cuando la estenosis es de origen arteriosclerótico suele acompañarse de enfermedad CV a otros niveles, así como de una elevada carga de factores de riesgo CV. La revascularización percutánea no ha mostrado mejores resultados que el tratamiento médico sobre la reducción de presión arterial o en la prevención del deterioro de función renal en pacientes con EAtAR (Wheatley K,