



SITUACIÓN CLÍNICA

Programa de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal en Canarias. A propósito de un caso

P.G. Mirpuri-Mirpuri*, M.M. Álvarez-Cordovés y A. Pérez-Monje

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Doctor Guigou, Tenerife, España

Recibido el 17 de mayo de 2012; aceptado el 2 de agosto de 2012

Disponible en Internet el 1 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Cáncer colorrectal;
Cribado;
Colonoscopia

Resumen El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer en España.

Los programas de cribado tienen como principal objetivo detectar precozmente o, mejor aún, prevenir la aparición de cáncer de colon y reducir la mortalidad que de él se deriva. Si se detecta a tiempo, es fácil de tratar y las posibilidades de curación son elevadas.

Solo 6 comunidades autónomas de España, entre las que se encuentra la canaria, pusieron en 2009 en marcha este programa de cribado.

Presentamos el caso de un paciente que tras el cribado de cáncer colorrectal fue diagnosticado de adenocarcinoma de unión recto-sigma.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Colorectal neoplasms;
Screening;
Colonoscopy

Screening program for the early diagnosis of colorectal cancer in the Canary Islands: Presentation of a case

Abstract Colorectal cancer is the second leading cause of cancer death in Spain

The main objective of screening programs is the early detection, or even prevention of the development, of colon cancer, as well as the mortality that results from it. If caught early, it is easy to treat and the chances of cure are high.

In 2009 only six regions in Spain, among which included the Autonomous Community of the Canary Islands, started this screening program.

We report the case of a patient, who after screening for colorectal cancer, was diagnosed with adenocarcinoma of the rectosigmoid.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(P.G. Mirpuri-Mirpuri\).](mailto:beauflower@gmail.com)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se entiende por cribado la utilización de pruebas sencillas en una

población sana con el fin de detectar sistemáticamente a las personas que aún no presentan ningún síntoma a pesar de tener una determinada enfermedad. Los programas de cribado deben realizarse solo cuando su eficacia se ha demostrado y cuando se dispone de recursos suficientes para abarcar el grupo destinatario casi por completo y de instalaciones para confirmar el diagnóstico y proceder con el tratamiento y el seguimiento de las personas que han dado resultados anormales, y cuando la prevalencia de la enfermedad es lo suficientemente elevada como para justificar el esfuerzo que supone el programa de cribado y sus costes.

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor más frecuente en nuestro país si consideramos ambos sexos de forma conjunta. Así, en las estimaciones realizadas a partir de los datos de los distintos registros de cáncer poblacional existentes en España, se estimó que en el año 2012 se diagnosticarían 19.700 casos nuevos en hombres y 14.000 en mujeres, en total 33.700 casos¹.

La mayoría de los tumores son esporádicos (70-80%), mientras que una pequeña proporción de ellos son hereditarios, ya sean síndromes polipósicos (1%), CCR hereditario no asociado a poliposis o síndrome de Lynch (2-5%), o CCR asociado al gen MYH (1%). Además, en un 20-25% de los casos existe una agregación familiar de esta neoplasia, sin que se haya identificado un componente hereditario bien establecido, lo que se conoce como CCR familiar².

La existencia de pruebas de *screening* o cribado como la detección de sangre oculta en heces (SOH), tanto realizada de forma anual como bianual, la rectosigmoidoscopia o la colonoscopia han demostrado su efectividad en la detección precoz de esta neoplasia y por tanto el descenso en la mortalidad.

En Canarias la incidencia anual es de aproximadamente 893 casos. Desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias se decide poner en marcha en 2009 el «Programa de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal»³.

Descripción del caso clínico

Varón de 69 años de edad con antecedentes personales de neumonectomía izquierda por tuberculosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e hipertensión arterial.

El paciente entra en el programa de cribado de CCR con resultado de sangre oculta en heces (SOH) positivo, siendo derivado a la consulta hospitalaria de digestivo para realizar una colonoscopia.

Pruebas complementarias hospitalarias

Analítica

Hemograma, bioquímica y marcadores tumorales normales.

Colonoscopia

En la zona superior de la válvula ileocecal el paciente presenta un pólipos sésil de 3 mm y en el colon transverso proximal otro pólipos de 3 mm. Se resecan ambos con polipectomía endoscópica y se toman muestras para estudio. A 15 cm del margen anal se observa una imagen polipoidea de base amplia (3 × 2 cm) que protruye la luz, no fue posible abordarlo endoscópicamente, por lo que se tomaron

muestras para estudio histológico. Resultado de anatomía patológica:

1. Válvula ileocecal: fragmentos de mucosa colónica con áreas de ulceración inespecífica sin evidencia de cambios adenomatosos o hiperplásicos.
2. Colon transverso proximal: fragmentos de mucosa colónica con discreta inflamación inespecífica de lámina propia sin evidencia de cambios adenomatosos o hiperplásicos.
3. Colon a 15 cm del margen anal. Fragmentos de adenoma veloso.

Enema opaco

Defecto de repleción de gran tamaño y aspecto polipoideo a 15 cm del margen anal con escaso paso de contraste a tramos superiores.

Realizan intervención quirúrgica con resección anterior del recto con hallazgo de tumoración móvil, y en el sigma engrosamiento de la pared del colon con reacción inflamatoria pericolónica. A las 24 h el paciente presenta rectorragia post-operatoria por sangrado anastomósico que precisa transfusión de hemoderivados y se realiza una rectoscopia con electrocoagulación. Fue intervenido nuevamente por fuga de anastomosis y peritonitis secundaria, con colostomía terminal en flanco izquierdo. Le fue dada el alta con el diagnóstico de adenocarcinoma de recto-sigma. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento en oncología médica.

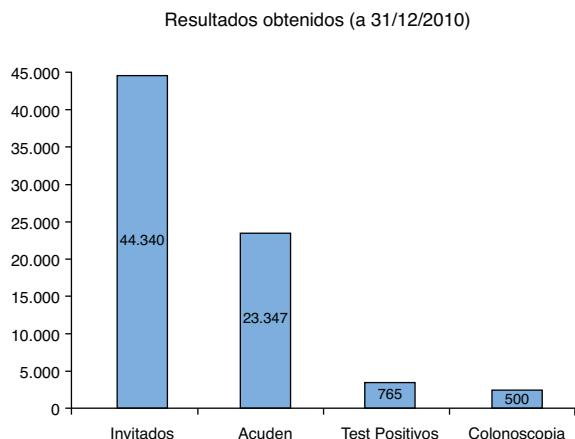
Discusión

El CCR representa un importante problema de salud pública debido a su gran frecuencia de aparición y a su mortalidad. Es uno de los tumores en los que se dispone de evidencias sobre el beneficio de realizar estrategias de detección precoz. Su cribado lo recomienda el Consejo Europeo y está incluido en las estrategias del cáncer del Sistema Nacional de Salud y en los planes oncológicos de las comunidades autónomas.

En 2009, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias pone en marcha el «Programa de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal». El pilotaje se llevó a cabo en 2 zonas básicas de salud, Tenerife y Gran Canaria.

Se escoge el grupo de población de 50 a 69 años de riesgo medio ([tabla 1](#))^{3,4}, excluyendo aquellas personas que no son subsidiarias de un programa de cribado: paciente con presencia de sintomatología actual y/o haberse realizado una colonoscopia, sigmoidoscopia o colonoscopia por tomografía computarizada (TC) hace menos de 5 años. Se realiza una prueba inmunológica cuantitativa de sangre oculta en heces (SOHi) con periodicidad bienal. Los resultados obtenidos a 31 diciembre de 2010 se muestran en las [figuras 1 y 2](#). Fases del programa:

- Invitación a participar, captación-citación.
- Entrevista personalizada en el centro de salud.
- Gestión de muestras y revisión de resultados.
- Derivación hospitalaria y confirmación diagnóstica, si procede.
- Seguimiento hospitalario de los casos.



La gráfica representa los resultados obtenidos del cribado del cáncer colorrectal en Canarias a 31/10/2010, de todos los que fueron invitados, acuden 12.247 presentando de éstos test positivos del 765, de los cuales se practican 500 colonoscopias.

Fuente: Barreras en la implantación del cribado del Cáncer de Colon en España. Madrid, 30 marzo de 2011. Alianza para la prevención del cáncer de colon; 3:8.

Figura 1 Resultados del programa del cribado de cáncer colorrectal en Canarias.

Esta gráfica representa los resultados obtenidos del cribado del cáncer colorrectal en Canarias a 31 de octubre de 2010. De todos los que fueron invitados, acuden 12.247, y de estos presentaron las pruebas positivas 765, en los cuales se practican 500 colonoscopias.

En nuestro caso fue tras cribado de SOH positivo cuando se procedió a la colonoscopia y se diagnosticó del CCR.

El objetivo del cribado es la detección de la presencia de lesiones precancerosas o de cáncer en individuos asintomáticos, permitiendo así el tratamiento precoz y el aumento de la supervivencia. La distribución anatómica del CCR es en la mayoría en recto (37%), sigma (31%) y, con menos frecuencia, en el colon ascendente (9%), ciego (8%), colon

Tabla 1 Clasificación de la población según el riesgo y recomendaciones de cribado

Riesgo	Indicaciones
BAJO	Individuos < 50 años sin factores de riesgo adicionales. No precisan intervenciones de cribado
MEDIO	Individuos entre 50 y 69 años sin factores de riesgo adicionales. En esta situación debe recomendarse el cribado de CCR mediante detección de sangre oculta en heces anual o bienal y/o sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 10 años
ALTO	Individuos con factores de riesgo personal y/o familiar para el desarrollo de CCR se consideran de riesgo elevado y son tributarios de programas de cribado o vigilancia específicos. Cribado con endoscopia y análisis genéticos

CCR: cáncer colorrectal.

Fuente: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano⁴.

descendente (5%), colon transverso (4%), ángulo hepático (4%) y ángulo esplénico (2%)⁵. Son factores de riesgo para el CCR una dieta rica en grasas animales, alcohol, tabaco, obesidad, antecedentes familiares (CCR no asociado a poliposis, poliposis adenomatosa familiar) y enfermedad inflamatoria intestinal⁵. La lesión precursora es el pólipos adenomatoso de lento crecimiento, sobre el que se puede actuar mediante polipectomía. El período desde la primera aparición de un pólipos hasta el desarrollo de cáncer oscila entre 5 y 15 años⁶.

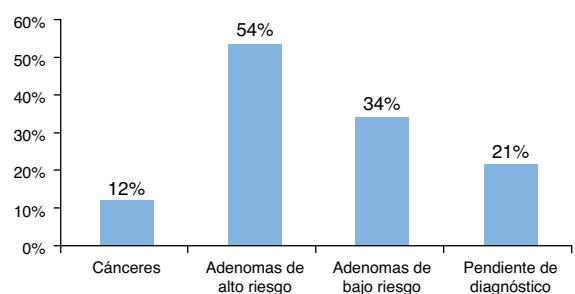
Actualmente disponemos de las siguientes pruebas de cribado para el CCR:

- Pruebas de cribado fecales.
- SOH: la de guayaco y la inmunológica.
- Prueba del ADN fecal.
- Enema opaco.
- Sigmoidoscopia.
- Colonoscopia.
- Colonoscopia por TC o colonoscopia virtual.

En la comunidad de Canarias se utiliza la prueba de cribado inmunológica que se basa en la detección de hemoglobina humana por anticuerpos específicos, tiene mayor sensibilidad y especificidad y no necesita restricción dietética en los días previos y requiere solo una muestra⁷.

- Mediante el análisis del ADN fecal es posible identificar alteraciones moleculares presentes en las células de los adenomas y CCR. No se dispone de estudios que evalúen la eficacia del análisis del ADN fecal en el cribado del CCR en términos de incidencia o mortalidad^{8,9}.
- La sigmoidoscopia y la colonoscopia son pruebas más sensibles pero también más invasivas y costosas. La sigmoidoscopia permite ver hasta 60 cm, con lo que podemos visualizar el recto, el sigma y la porción distal del colon

Resultados de colonoscopia (500)



La gráfica representa los resultados de la colonoscopia del programa de cribado de cáncer colorrectal en Canarias a 31/12/2010. Los resultados fueron 12% cánceres, 54% adenomas de alto riesgo, 34% adenomas de bajo riesgo.

Fuente: Barreras en la implantación del cribado del Cáncer de Colon en España. Madrid, 30 marzo de 2011. Alianza para la prevención del cáncer de colon; 3:8.

Figura 2 Resultados de colonoscopia del programa del cribado de cáncer colorrectal en Canarias. Esta gráfica representa los resultados de la colonoscopia del programa de cribado de cáncer colorrectal en Canarias a 31 de diciembre de 2010. Los resultados fueron: 12% cánceres, 54% adenomas de alto riesgo y 34% adenomas de bajo riesgo.

descendente, donde se localizan el 60% de los CCR y la mayoría de los pólipos. La colonoscopia también está indicada para el seguimiento de pacientes; se recomienda la realización anual en aquellos adenomas de alto riesgo, y cada 5 años en los de bajo riesgo¹⁰. Se consideran de alto riesgo: adenoma veloso o tubulovelloso mayor o igual a 1 cm, múltiples adenomas, adenomas sésiles grandes y alto grado de displasia. Se consideran de bajo riesgo: adenoma único, tamaño de 1 cm y adenoma tubular o no neoplásico (inflamatorio, hiperplásico, etc.).

También se recomienda una colonoscopia como seguimiento tras la resección curativa del carcinoma colorrectal en los siguientes casos: colonoscopia a los 3 años de la cirugía, colonoscopia al año, si esta no se había realizado en el preoperatorio, y cada 5 años si el control es normal.

Aunque no hay una estrategia de cribado de elección, la prueba de detección de SOH se justifica por las pruebas científicas disponibles, su relación coste-efectividad y su mayor factibilidad en términos de recursos. La investigación, la prevención de factores de riesgo modificables y la detección precoz son los factores clave para la supervivencia en esta enfermedad, y aquí es donde radica la importancia de la unión de todas las entidades de atención primaria, donde el médico de familia tiene un papel fundamental. Gracias a los programas de cribado basados en la SOH muchas personas han visto reducido el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer en el último año.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Sánchez MJ, Payer T, de Angelis R, Larrañaga N, Caocaccia R, Martínez C, et al. Cancer incidence and mortality in Spain: estimates and projections for the period 1981–2012. *Ann Oncol*. 2010;21 Suppl 3:30–6.
2. Castells A, Castellvi-Bel S, Balaguer F. Concepts in familial colorectal cancer: where do we stand and what is the future? *Gastroenterology*. 2009;137:404–9.
3. Vega M. Barreras en la implantación del cribado del cáncer de colon en España. Alianza para la prevención del cáncer de colon. Madrid: 2011;3:8 [consultado 20 Feb 2012]. Disponible en: www.aecc.es
4. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Guía de Práctica Clínica: prevención del cáncer colorrectal. Barcelona: Elsevier; 2009;5. p. 55–6.
5. López G, Hernández A. Cribado del cáncer colorrectal. Actualización en Medicina de Familia. 2010;6:338–45.
6. Asociación Española de Gastroenterología (AEG) [consultado 4 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.aegastro.es>
7. Castells A. Cribado del cáncer colorrectal. *Gastroenterol Hepatol*. 2011;34 Suppl. 1:59–63.
8. Whitlock EP, Lin JS, Liles E, Bell TL, Fu R. Screening for Colorectal Cancer: A Targeted, Updated Systematic Review for the U. S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2008;149:135–44.
9. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Andrews KS, Brooks D, Bond J, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps: a joint guideline from the American Cancer Society. *Gastroenterology*. 2008;134:1570–95.
10. Guía de prevención y manejo del cáncer colorrectal en Atención Primaria. Cribado del cáncer colorrectal. ¿A quién debemos cribar? Madrid: YOU & US; 2009;3. p. 34–5.