



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA AL DIRECTOR

Fracaso de los programas de cribado: cáncer de intervalo



Failure of screening programmes: Interval cancer

Sr. Editor:

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa mundial de cáncer en varones y la segunda en mujeres. Es más incidente en Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda, lo que se atribuye a exposición ambiental sobre una base de susceptibilidad genética¹. El cribado ha demostrado disminuir la incidencia y la mortalidad de este tumor. La prueba central en el programa de cribado es la colonoscopia².

Es importante diferenciar el cribado del seguimiento en pacientes ya diagnosticados de CCR o lesiones precancerosas; y del diagnóstico en pacientes con síntomas o prueba diagnóstica sugerente de cáncer³.

En ocasiones se producen fallos en los programas de cribado. Presentamos el caso de un paciente de 72 años que se le realizó una colonoscopia de cribado detectándose hemorroides. Un año después es derivado desde atención primaria a consulta de aparato digestivo por dolor abdominal, anemia y pérdida de peso. Se solicita tomografía computarizada abdominal que sugiere cáncer de colon, solicitándose nueva colonoscopia que detecta neoplasia en ángulo colónico hepático, con anatomía patológica compatible con carcinoma.

La eficacia del cribado está determinada por la adherencia poblacional a la colonoscopia, la eficacia de la colonoscopia, la calidad del servicio de endoscopias y del endoscopista y la detección del tumor en estadio precoz^{2,4}. El fracaso para detectar adenomas aumenta el riesgo de cáncer de intervalo, es decir, entre 6 meses y 10 años tras la endoscopia⁵. Una colonoscopia meticulosa es probablemente el factor más importante para reducir el cáncer de intervalo⁶.

Pocos estudios han investigado posibles causas del cáncer de intervalo. Es más frecuente en colon derecho, y habitualmente se detecta tras una prueba diagnóstica por sintomatología del paciente.

Según un estudio⁶ con 9.167 pacientes, de los que 58 presentaron cáncer de intervalo, la causa del CCR fue lesiones

no encontradas (52%), resección incompleta de adenomas (19%), cáncer nuevo (24%) y fallo en la biopsia (5%).

Razones para no detectar las lesiones incluyen colonoscopia incompleta, tiempo de retirada durante la colonoscopia insuficiente, preparación intestinal inadecuada, características del pólipo y biopsia inadecuada^{4,6,7}.

Por este motivo, concluimos que es importante lograr la máxima eficacia posible de los programas de cribado. Para ello se debe perseverar en el control de los factores que influyen en un programa de cribado de calidad, no solo por parte de los especialistas que deben realizar una colonoscopia de buena calidad, sino también desde atención primaria, insistiendo a los pacientes en la adherencia a los programas de cribado. El paciente también puede contribuir a una mayor eficacia del programa, por lo que se debe facilitar a la población la información necesaria para que la calidad de la colonoscopia sea la máxima, por ejemplo, la preparación catártica óptima es un factor decisivo en un programa de cribado adecuado.

De cualquier forma, si un paciente en programa de cribado presentara signos de alarma se debe valorar la indicación de acortar el periodo entre exploraciones. La colaboración de atención primaria en este aspecto es fundamental ya que se trata del primer contacto de los pacientes con la atención sanitaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Macrae FA. Colorectal cancer: Epidemiology. En: UpToDate, Savarese D, editores. risk factors and protective factors. Waltham, MA; 2017. UpToDate.
2. Robertson DJ, Kaminski MF, Bretthauer M. Effectiveness, training and quality assurance of colonoscopy Screening for colorectal cancer. Gut. 2015;64:982–90.
3. Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, Kaltenbach T. Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Am J Gastroenterol. 2017;112:1016–30.
4. Benedict M, Galvao Neto A, Zhang X. Interval colorectal carcinoma: An unsolved debate. World J Gastroenterol. 2015;21:12735–41.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.03.006>

1138-3593/© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

5. Douglas AC, Jensen CD, Marks AR, Zhao WK, Lee JK, Doubeni CA, et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. *N Engl J Med*. 2014;370:1298–306.
6. Robertson DJ, Lieberman DA, Winawer SJ, Ahnen DJ, Baron JA, Schatzkin A. Colorectal cancers soon after colonoscopy: A pooled multicohort analysis. *Gut*. 2013;63: 949–56.
7. Vaughan-Shaw PG, Aung M, Knight H, Williams T, Borley NR, Wheeler JMD. Systematic analysis of missed colorectal cancer cases and common pitfalls in diagnosis. *Frontline Gastroenterol*. 2015;6:232–40.

M.M. Díaz Alcázar^{a,*}, M. Rodrigo Molina^b, E. Ruiz Escolano^a y A. Martín-Lagos Maldonado^a

^a *Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada, España*

^b *Centro de Salud Huétor Tájar, Distrito Sanitario Granada-Metropolitano, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmardiazalcazar@gmail.com (M.M. Díaz Alcázar).