



PREGUNTAS Y RESPUESTAS/ONCOLOGÍA DIGESTIVA

En una población de riesgo medio para el desarrollo de cáncer colorrectal, ¿cuál es el método de cribado más efectivo?

What is the most effective screening method in the population at medium risk of colorectal cancer?

Victoria Gonzalo

Servicio de Gastroenterología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, Hospital Clínic, CIBERehd, IDIBAPS, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

Antecedentes

La elevada incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) en los países occidentales justifica el empleo de importantes recursos para su detección precoz, fundamentalmente la puesta en marcha de programas de cribado dirigidos a los distintos grupos de población^{1,2}. El cribado de CCR en población de riesgo medio, individuos mayores de 50 años de edad sin otros factores de riesgo adicional para el desarrollo de este tumor, fue recomendado por la US Preventive Services Task Force en el año 2002, y fue recogido posteriormente en la guía de práctica clínica de la Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano³. Sin embargo, estas recomendaciones no establecen qué estrategia es la más efectiva en función de la evidencia científica disponible.

Discusión

La elección del método de cribado más adecuado en la población de riesgo medio depende, entre otros factores, de la aceptabilidad de las distintas estrategias y de la disponibilidad de recursos. En este sentido, es posible que la técnica más efectiva, reconocida como tal a partir de datos indirectos a falta de estudios que comparen las

diferentes aproximaciones entre sí, no sea la más coste-efectiva para un cribado poblacional⁴.

Diversos metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados⁵ demuestran que la detección de sangre oculta en heces (SOH) mediante el método del guayaco (gSOH), con una sensibilidad del 30–64% y una especificidad del 96–98%, permite obtener una reducción de la mortalidad por CCR del 16–33%⁶ y de su incidencia del 20%, con cribado anual, y del 17% cuando es bienal⁷. La rehidratación aumenta la sensibilidad, igual que la reducción del intervalo entre determinaciones, pero disminuye la especificidad. Por otro lado, los métodos de detección de SOH inmunológicos, más eficaces, presentan una mayor sensibilidad (63–86%) para la detección de CCR y adenomas que los basados en gSOH, con una especificidad similar (95–99%), no precisan restricción dietética y mejoran el cumplimiento terapéutico⁸.

Los estudios de casos y controles demuestran que la sigmoidoscopia reduce la incidencia y mortalidad por CCR localizado en el trayecto explorado⁴. La sensibilidad de la combinación de SOH y sigmoidoscopia no es superior a la de la sigmoidoscopia sola⁹.

La colonoscopia posee una sensibilidad superior al 90% en la detección de CCR¹⁰. No se dispone de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia sobre la incidencia o la mortalidad, pero se estima una reducción de la incidencia del 58% y de la mortalidad del 61%¹¹. Un estudio de casos y controles muestra una reducción de la mortalidad del 57%¹². Se recomienda un intervalo de 10 años entre la realización de colonoscopias con resultados negativos⁴.

Correo electrónico: vgonzalo@clinic.ub.es

La colonoscopia virtual, con una sensibilidad del 96% para el CCR¹³, es igual de eficaz que la colonoscopia convencional en individuos de riesgo medio¹⁴, aunque no se han realizado estudios que hayan evaluado su impacto sobre la incidencia y la mortalidad por CCR. Tampoco hay consenso sobre cuál es el intervalo más adecuado entre exploraciones negativas⁴.

Los datos referentes al análisis de ADN fecal son muy preliminares, aunque se le atribuye una sensibilidad y una especificidad para la detección de CCR del 52–91 y el 82–97%, respectivamente. El elevado coste limita actualmente su aplicabilidad¹⁵. No se dispone de evidencias sobre el intervalo apropiado entre dos determinaciones⁴.

Respuesta

Hay diversas estrategias efectivas para el cribado del CCR en la población de riesgo medio, aunque se desconoce cuál de ellas es la más eficaz. En nuestro medio, la estrategia más coste-efectiva para su cribado poblacional es, probablemente, la detección de SOH mediante un método inmunológico cuantitativo (grado de recomendación D; nivel de evidencia 5).

Bibliografía

1. Pignone M, Saha S, Hoerger T, Mandelblatt J. Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002; 137:96–104.
2. Kerr J, Day P, Broadstock M, Weir R, Bidwell S. Systematic review of the effectiveness of population screening for colorectal cancer. *N Z Med J.* 2007;120:2629U.
3. Castells A, Marzo M, Bellas B, Amador FJ, Lanás A, Mascort JJ, et al. Clinical guidelines for the prevention of colorectal cancer. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:573–634.
4. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *CA Cancer J Clin.* 2008;58:130–60.
5. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;1:CD001216.
6. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med.* 1993;328:1365–71.
7. Mandel JS, Church TR, Bond JH, Ederer F, Geisser MS, Mongin SJ, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2000;343:1603–7.
8. Van Rossum LG, Van Rijn AF, Laheij RJ, Van Oijen MG, Fockens P, Van Krieken HH, et al. Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population. *Gastroenterology.* 2008;135:82–90.
9. Lieberman DA, Weiss DG. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon. *N Engl J Med.* 2001;345:555–60.
10. Haseman JH, Lemmel GT, Rahmani EY, Rex DK. Failure of colonoscopy to detect colorectal cancer: evaluation of 47 cases in 20 hospitals. *Gastrointest Endosc.* 1997;45:451–5.
11. Frazier AL, Colditz GA, Fuchs CS, Kuntz KM. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in the general population. *JAMA.* 2000;284:1954–61.
12. Muller AD, Sonnenberg A. Prevention of colorectal cancer by flexible endoscopy and polypectomy. A case-control study of 32,702 veterans. *Ann Intern Med.* 1995;123:904–10.
13. Johnson CD, Chen MH, Toledano AY, Heiken JP, Dachman A, Kuo MD, et al. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *N Engl J Med.* 2008;359:1207–17.
14. Pickhardt PJ, Choi JR, Hwang I, Butler JA, Puckett ML, Hildebrandt HA, et al. Computed tomographic virtual colonoscopy to screen for colorectal neoplasia in asymptomatic adults. *N Engl J Med.* 2003;349:2191–200.
15. Zauber AG, Lansdorp-Vogelaar I, Wilschut J, Knudsen AB, Van Ballegooijen M, Kuntz KM, AHRQ Technology Assessment Program. Cost-effectiveness of DNA stool testing to screen for colorectal cancer. Maryland: Agency for Health Research and Quality; 2007.