



## ONCOLOGÍA DIGESTIVA

# Cribado del cáncer colorrectal

Xavier Bessa Caserras

Servicio de Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona, España

### PALABRAS CLAVE

Cribado de cáncer colorrectal;  
Test de sangre oculta en heces;  
Colonoscopia;  
Sigmoidoscopia;  
Neoplasia avanzada

### KEYWORDS

Colorectal cancer screening;  
Faecal occult blood test;  
Colonoscopy;  
Sigmoidoscopy;  
Advanced neoplasm

**Resumen** En este último congreso de la American Gastroenterological Association, se presentaron diferentes estudios clínicos destinados a evaluar la eficacia de las diferentes estrategias de cribado del cáncer colorrectal, si bien mayoritariamente evaluaban en sus diferentes aspectos el SOHi (test de sangre oculta en heces método inmunológico) y la colonoscopia. Se presentaron datos de rondas consecutivas de cribado basados en SOHi, que confirmaron la importancia de la adhesión a las rondas consecutivas de cribado, que consiguen un rendimiento diagnóstico similar o superior a los estudios endoscópicos. Se confirmó la importancia de la no demora del estudio endoscópico tras un resultado positivo y, finalmente, se observó que los sujetos con una determinación de SOHi negativa (valor 0) representan un grupo de bajo riesgo de cáncer colorrectal. En relación con la colonoscopia se presentaron diferentes estudios que parecen confirmar la importancia de la colonoscopia de calidad en los programas de cribado del cáncer colorrectal. La implementación de colonoscopias de calidad ha mostrado una reducción de la mortalidad por cáncer colorrectal de localización proximal y una reducción del cáncer colorrectal de intervalo en diferentes estudios. Finalmente, se ha observado que los sujetos con colonoscopia normal o con un adenoma de pequeño tamaño representan un grupo de bajo riesgo de neoplasia avanzada durante el seguimiento.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Colorectal cancer screening

**Abstract** In the latest meeting of the American Gastroenterological Association, several clinical studies were presented that aimed to evaluate the various colorectal cancer screening strategies, although most assessed the various aspects of faecal immunochemical testing (FIT) and colonoscopy. Data were presented from consecutive FIT-based screening rounds, confirming the importance of adherence to consecutive screening rounds, achieving a similar or superior diagnostic yield to endoscopic studies. There was confirmation of the importance of not delaying endoscopic study after a positive result. Participants with a negative FIT (score of 0) had a low risk for colorectal cancer. Several studies seemed to confirm the importance of high-quality colonoscopy in colorectal cancer screening programmes. The implementation of high-quality colonoscopies has reduced

mortality from proximal lesions and reduced interval cancers in various studies. Finally, participants with a normal colonoscopy result or with a small adenoma are at low risk for developing advanced neoplasms during follow-up.  
© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Cribado del cáncer colorrectal

En la actualidad existen diferentes métodos recomendados por las diferentes sociedades científicas para el cribado del cáncer colorrectal (CCR). Entre ellos, los más recomendados son la determinación de sangre oculta en heces método inmunológico (SOHi), la sigmoidoscopia y la colonoscopia<sup>1-3</sup>. Hay evidencias en estudios prospectivos y aleatorizados de la eficacia en reducción de la mortalidad, y en algún caso en la incidencia, del test de sangre oculta en heces método guayaco (SOHg)<sup>4-6</sup> y la sigmoidoscopia<sup>7-10</sup>, pero los datos de eficacia de la colonoscopia se basan en datos indirectos de estudios observacionales, de cohorte y caso control<sup>11-13</sup>. Además, aún no se dispone de datos a largo plazo de la comparación de las 2 principales pruebas de cribado que se utilizan en la actualidad, el test SOHi y la colonoscopia<sup>14,15</sup> (*clinical trials*). En este sentido, en la actualidad únicamente se dispone de los datos de primera ronda del estudio COLONPREV<sup>14</sup>, que compara colonoscopia frente a SOHi bianual. En este estudio se evidenció que la tasa de participación era inferior en el grupo colonoscopia (el 34,2 frente al 24,6%; *odds ratio* [OR]: 0,63; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,60-0,65;  $p < 0,001$ ) y que si bien no había diferencias en la tasa de detección de CCR (el 0,1% en ambos brazos; OR: 0,99; IC del 95%, 0,61-1,64;  $p = 0,99$ ), la colonoscopia sí detectó mayor número de sujetos con neoplasia avanzada -NA- (el 2,0 frente al 1,0%; OR: 2,14; IC del 95%, 1,85-2,49;  $p < 0,001$ ). No obstante, una de las teóricas ventajas del uso de la determinación de SOHi es que la adhesión a las rondas consecutivas de cribado permitiría detectar en estas las neoplasias avanzadas no detectadas inicialmente antes de su progresión a malignidad y se evitaría la realización de colonoscopias innecesarias, pues, como se ha evidenciado en diferentes estudios, únicamente un 10% de los sujetos endoscopiados presenta una NA.

En este último congreso se presentaron diferentes estudios que comparaban las distintas estrategias de cribado. La Dra. Zauber et al<sup>16</sup> presentaron los datos de un estudio de simulación de diferentes estrategias de cribado del CCR. Se evaluaron las diferentes estrategias en una cohorte hipotética de sujetos no cribados, de edad superior a 40 años. Se evaluaron diferentes modalidades, fecales (SOHg, SOHi y test ADN exfoliado en heces), sigmoidoscopia con o sin test en heces, colonoscopia virtual o colonoscopia por tomografía computarizada y colonoscopia. El objetivo primario fueron los años de vida ganados en relación con no cribado y el número de colonoscopias necesarias. Asumiendo una adherencia perfecta a las diferentes estrategias, observaron que el inicio del cribado a los 45 años conducía a un mayor equilibrio entre años de vida ganados y colonoscopias efectuadas respecto a iniciar el cribado a los 50 años. No obstante, los mismos autores destacaron la poca evidencia de disminuir la edad de inicio del cribado. En relación con la edad

de finalización del cribado observaron que, si el cribado se había efectuado de forma adecuada, extender el cribado más allá de los 75 años producía un escaso beneficio con un elevado número de colonoscopias a efectuar. La conclusión final del modelo de simulación fue que cuando se inicia el cribado a los 50 años y se finaliza a los 75 años, las siguientes estrategias consiguen un balance razonable entre años de vida ganados y colonoscopias efectuadas: colonoscopia cada 10 años, SOHi anual, sigmoidoscopia cada 10 años con SOHi anual y colonoscopia virtual cada 5 años (fig. 1). En este mismo sentido, un estudio clínico de Grobbee et al<sup>17</sup> comparó las 3 estrategias de cribado más habituales, la SOHi, la sigmoidoscopia y la colonoscopia, y a diferencia de estudios previos, la comparación era entre múltiples rondas de SOHi (2 o 4 rondas) y una sigmoidoscopia o colonoscopia. En este estudio se estudió de forma aleatorizada una cohorte de sujetos entre 50-74 años y se comparó la realización de 2 rondas de SOHi frente a 1 sigmoidoscopia y 4 rondas de SOHi frente a 1 colonoscopia. El diagrama del estudio se muestra en la figura 2. La participación acumulada fue significativamente superior en el grupo SOHi (77%) frente a sigmoidoscopia (31%;  $p < 0,001$ ) y colonoscopia (24%;  $p < 0,001$ ). Asimismo, el número de colonoscopias realizadas sobre la base de la población elegible fue superior en el grupo colonoscopia (24%) respecto a SOHi (13%;  $p < 0,001$ ) y sigmoidoscopia ( $p < 0,001$ ). En relación con la población invitada, el rendimiento diagnóstico para NA de 2 rondas consecutivas de SOHi fue superior respecto a la sigmoidoscopia (el 3,1 frente al 2,2%; OR: 1,41; IC del 95%, 1,18-1,68), al igual que el rendimiento diagnóstico de 4 rondas consecutivas de SOHi respecto a una colonoscopia (el 4,5 frente al 2,2%; OR: 2,19; IC del 95%, 1,81-2,65) (tabla 1). Entre los sujetos que participaron, el rendimiento diagnóstico del SOHi fue inferior respecto a los métodos endoscópicos, tanto en relación con la sigmoidoscopia (el 4,3 frente al 7,3%; OR: 0,64; IC del 95%, 0,53-0,76) como con la colonoscopia (el 9,1 frente al 4,3%; OR: 0,67; IC del 95%, 0,55-0,82) (tabla 1). Finalmente, destacar que la detección de CCR en los sujetos participantes fue similar para todas las estrategias. Por tanto, en una cohorte poblacional de cribado de CCR se ha demostrado que las múltiples rondas de SOHi detectan mayor número de neoplasias avanzadas por sujetos invitados en relación con una sigmoidoscopia y una colonoscopia, con un menor número de endoscopias a efectuar. Si bien la colonoscopia detecta un mayor número de neoplasias avanzadas entre los participantes, debido a la baja participación de esta estrategia, parece sugerir que la determinación de SOHi es más efectiva en el cribado poblacional del CCR. Por tanto, parece evidente que uno de los pilares básicos del cribado CCR mediante la determinación de SOHi es la participación en rondas consecutivas. En este mismo congreso, el grupo de la Dra. Dekker<sup>18</sup> presentó datos de participación del programa piloto holandés de cribado poblacional basado en SOHi. El análisis de los sujetos al

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5657957>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5657957>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)