



*¿A quién y cuándo realizar cribado de
cáncer colorrectal?*

*XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de
Medicina Interna
Valencia, Nov 2009*

*Teresa Sala
Unidad de Endoscopia. 5º de Med. Digestiva
Hospital Universitario La Fe. Valencia*

Cáncer Colorrectal (CCR)

Epidemiología y prevención

- El cáncer de cualquier localización es un factor cada vez más importante de pérdida de la salud.



Cáncer Colorrectal

Epidemiología y prevención

- En España, al igual que en la Comunidad Europea, el cáncer es una de las enfermedades más prevalentes y constituye la primera causa de muerte.

- El cáncer

- El CCR

- Actualm

- En nues



das las

dos los
s que 54%

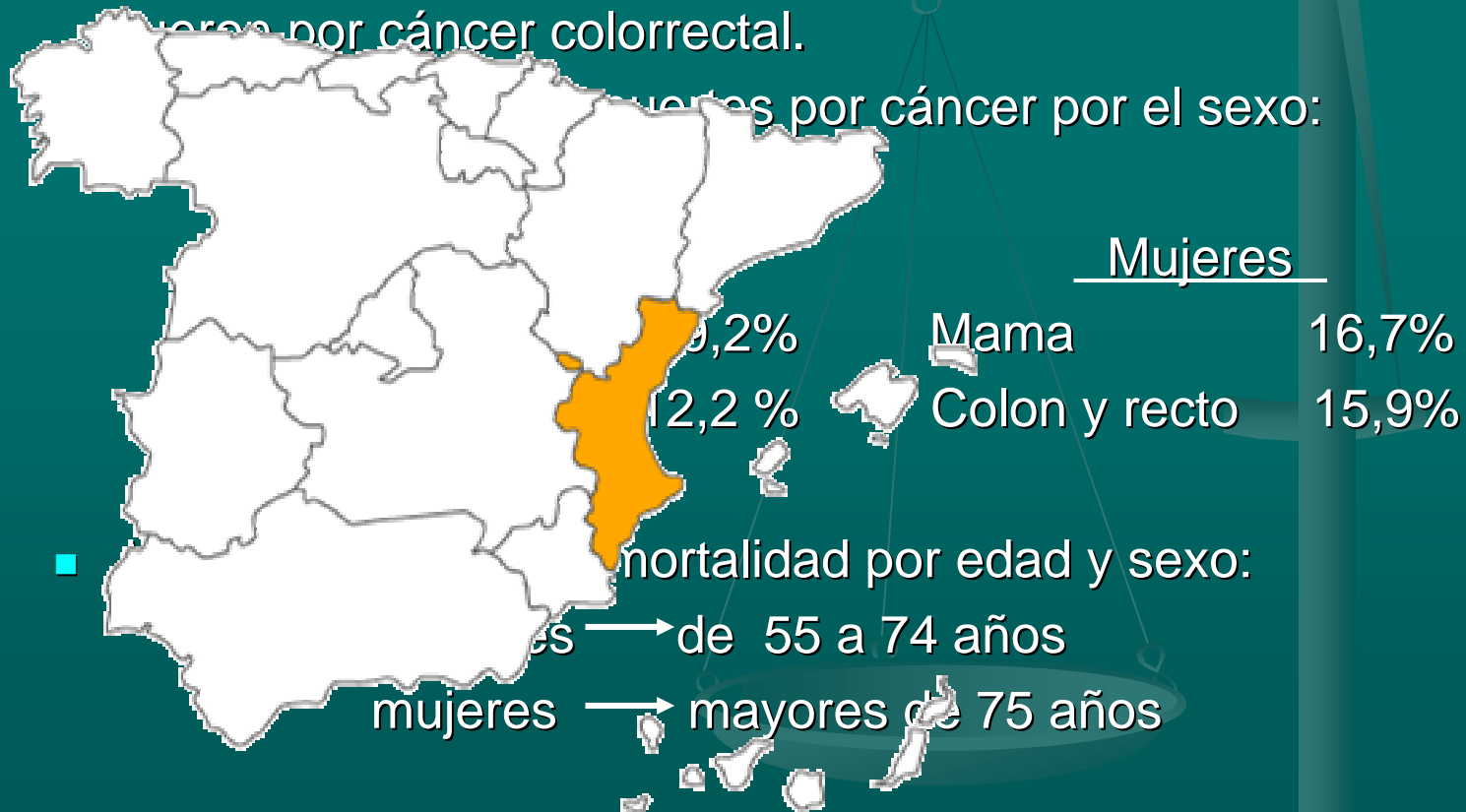
e frecuencia
/ en la
cta un

pero a los

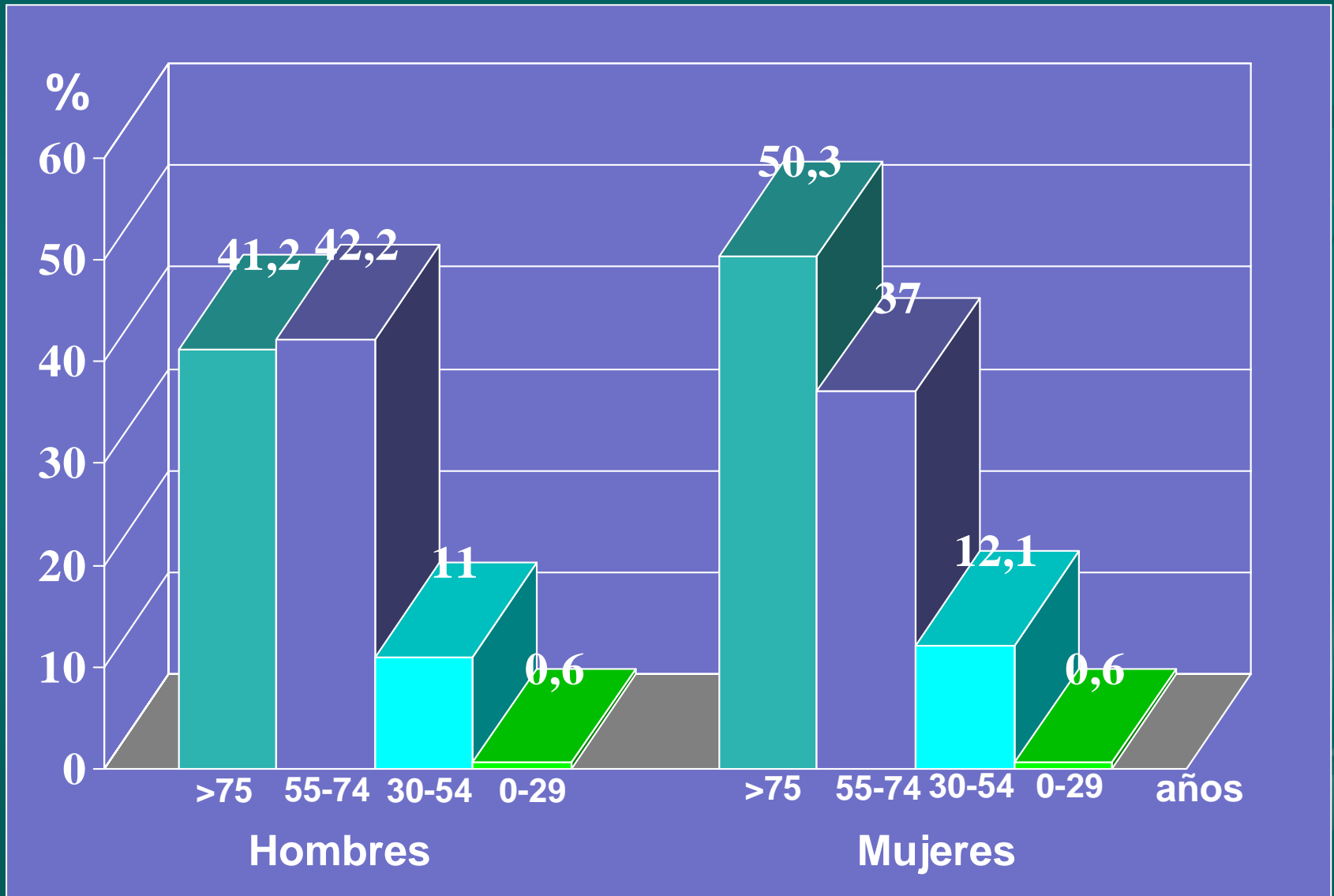
Cáncer Colorrectal

Epidemiología y prevención

- En la Comunidad Valenciana, el cáncer de colon y recto figura como el primero en incidencia para ambos sexos, con predominio del hombre sobre la mujer.
- De todas las muertes acaecidas en el año 2004 en nuestra Comunidad, el 28% lo fueron por cáncer. Y de éstas, el 13,6% lo fueron por cáncer colorrectal.



Distribución % de la mortalidad del CCR por edad y sexo en la Comunidad Valenciana



CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Cribado: sujetos asintomáticos sin historia previa de adenomas o cáncer colorrectal (CCR)

Vigilancia: práctica y periodicidad de la colonoscopia para examinar pacientes que han tenido adenomas o CCR con anterioridad

Estratificación del riesgo del CCR:

edad

historia familiar

raza (afroamericana)

fumador cigarrillos muchos años

obesidad

} Edad más temprana de aparición de CCR

} Mayor frecuencia de adenomas



CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Riesgo de padecer CCR (mundo occidental)

5 % población normal

10-20% Antecedentes familiares CCR

15-40% Antecedentes personales CCR

70-80 % Síndrome de Lynch

>95 % Poliposis cólica familiar

A. Castells. Gastroenterology 2009

CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Detección adenomas (países avanzados)

25% hombres y \geq 15% mujeres de edad \geq 50 años

➤ *A mayor tasa de detección de adenomas mayor capacidad de prevención de la incidencia de CCR*

➤ *Lesiones no visualizadas durante la colonoscopia*

2 - 6 % de CCR

20 - 25 % de adenomas

Am J Gastroenterol 2006;11:343-50

Endoscopy 2003;35:506-10

Endoscopy 2004;36:499-503

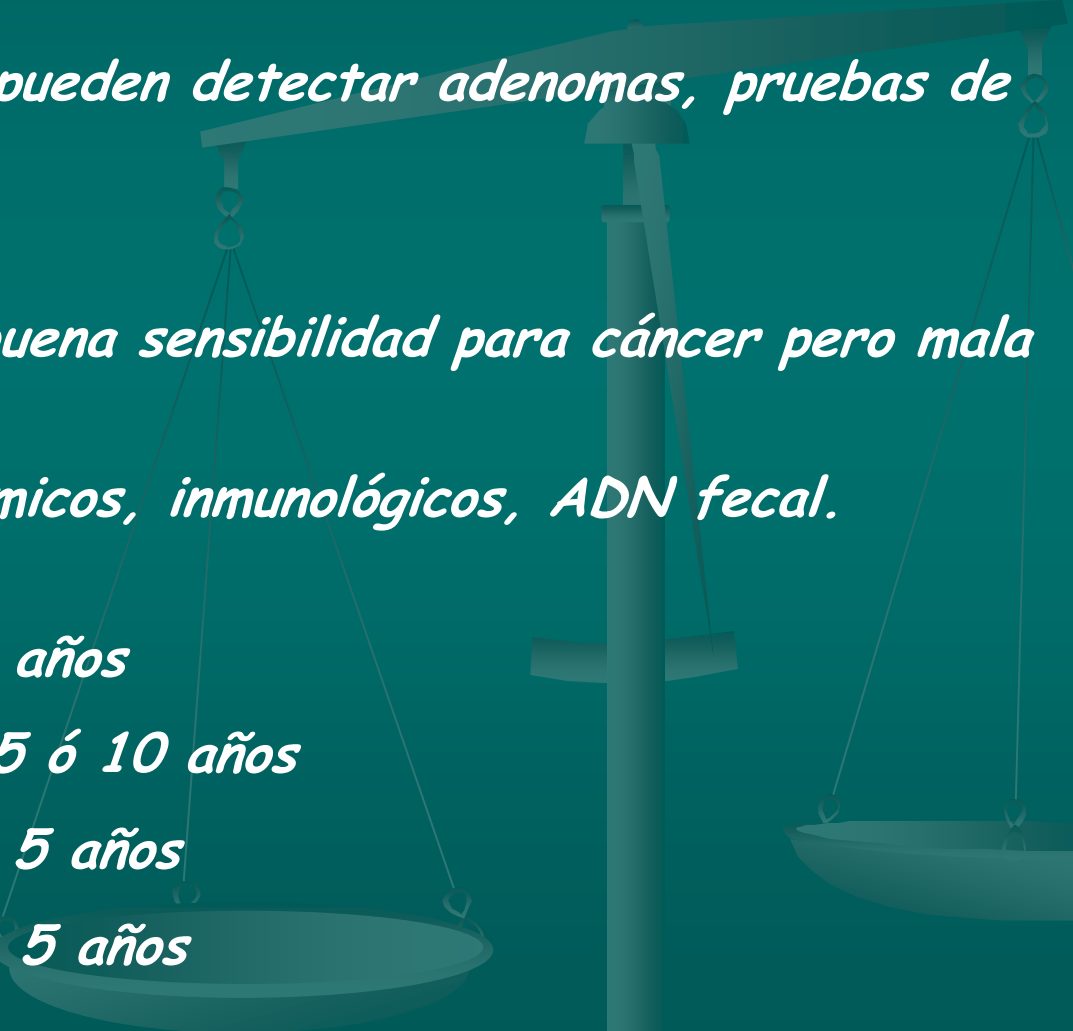
CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Cribado: sujetos asintomáticos sin historia previa de adenomas o cáncer colorrectal (CCR) y pertenecientes a edad de riesgo medio

Vigilancia: práctica y periodicidad de la colonoscopia para examinar pacientes que han tenido adenomas o CCR con anterioridad

CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Pruebas de cribado

1. *Pruebas de prevención : pueden detectar adenomas, pruebas de imagen.*
 2. *Pruebas de detección : buena sensibilidad para cáncer pero mala para adenomas.*
 - *Test de SOH: bioquímicos, inmunológicos, ADN fecal. Anual o bianual.*
 - *Colonoscopia cada 10 años*
 - *Sigmoidoscopia cada 5 ó 10 años*
 - *Enema baritado cada 5 años*
 - *Colonografía TC cada 5 años*
- 

CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Pruebas de cribado (I)

1. *Test de SOH: los test inmunológicos son más eficaces que los bioquímicos para detección de sangre oculta.*
1. *Los test de ADN fecal no se ha determinado el intervalo y si fuera anual o bianual no sería aplicable porque vale 20 veces más que el inmunológico*

CRIBADO Y VIGILANCIA DEL CÁNCER COLORRECTAL

Pruebas de cribado (II)

1. La American College of Gastroenterology (ACG) plasmó sus recomendaciones en el año 2000:

Colonoscopia cada 10 años, comenzando a los 50 años

*Esta estrategia fue adoptada también por la ASGE y la National Comprehensive Cancer Network y posteriormente por el "Consortio GI" formado por todas las Sociedades Científicas de USA **

** A tener en cuenta las graves limitaciones en la mayoría de países (económicas, disponibilidad de unidades de Endoscopia, etc)*

Recomendaciones para cribado de la ACG

(Cambios introducidos en la guía)

- 1. Los test de cribado se dividen en los de prevención del cáncer y los de detección. Se prefieren los test de prevención.*
- 2. En la población afroamericana se debería comenzar a los 45 años.*
- 3. La colonografía CT cada 5 años reemplaza al enema con doble contraste cuando la alternativa radiográfica suple a los que rechazan la colonoscopia.*
- 4. El test inmunológico reemplaza al test biológico en la detección de SOH.*
- 5. El test biológico anual o el DNA cada 3 años, son una alternativa aceptable.*
- 6. La historia de adenomas pequeños en un familiar de primer grado no se considera que incremente el riesgo de CCR*
- 7. Los individuos con un familiar de 1º grado con CCR o adenoma avanzado a edad >60 a. deben ser cribados como la población de riesgo medio.*

Tests de prevención versus tests de detección de CCR

- *Los test de prevención (de imagen) , tanto para pólipos como para cáncer son los preferidos en USA : **colonoscopia cada 10 años** (Grado 1 B)*
- *Los test de detección (biológicos) tienen < SE para pólipos y para cáncer que los test de prevención. Si se opta: **TISOH anual** (Grado 1 B).*

Alternativas a test de prevención

Sigmoidoscopia cada 5-10 años (Grado 2 B)

Colonografía CT cada 5 años (Grado 1 C)

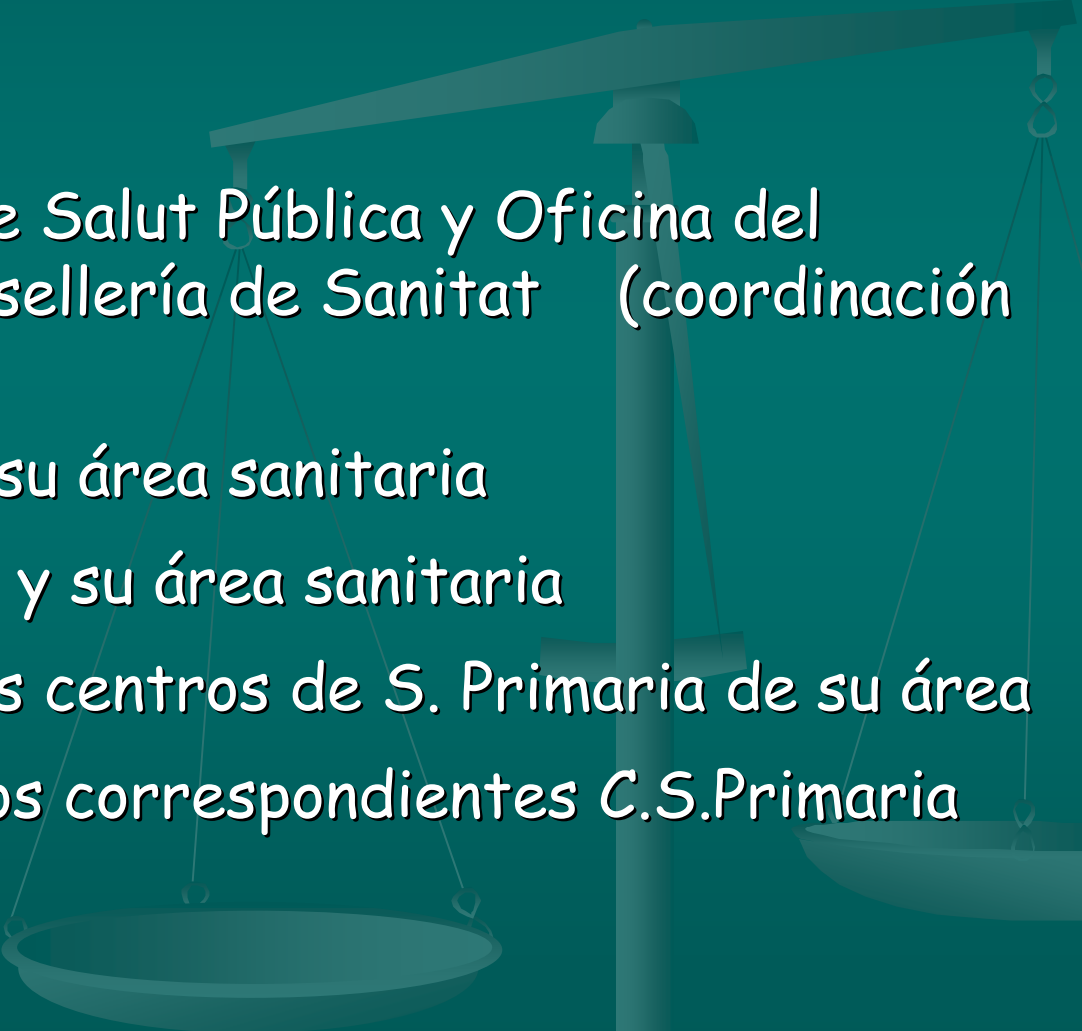
Alternativas a test de detección

HemmoCult anual (Grado 1 B)

DNA fecal cada 3 años (Grado 2 B)

Programa de cribado en la Comunidad Valenciana

- ❑ Inicio del programa de Cribado: 2005

 - Grupo de trabajo:
 - Dirección General de Salud Pública y Oficina del Cáncer de la Consellería de Sanitat (coordinación y logística)
 - Hospital de Denia y su área sanitaria
 - Hospital de Sagunto y su área sanitaria
 - Hospital La Fe y tres centros de S. Primaria de su área
 - Médicos y ATS de los correspondientes C.S. Primaria
- 

Programa de cribado en la Comunidad Valenciana

Estrategia del programa:

Definir y decidir plan de acción (grupo "directivo")

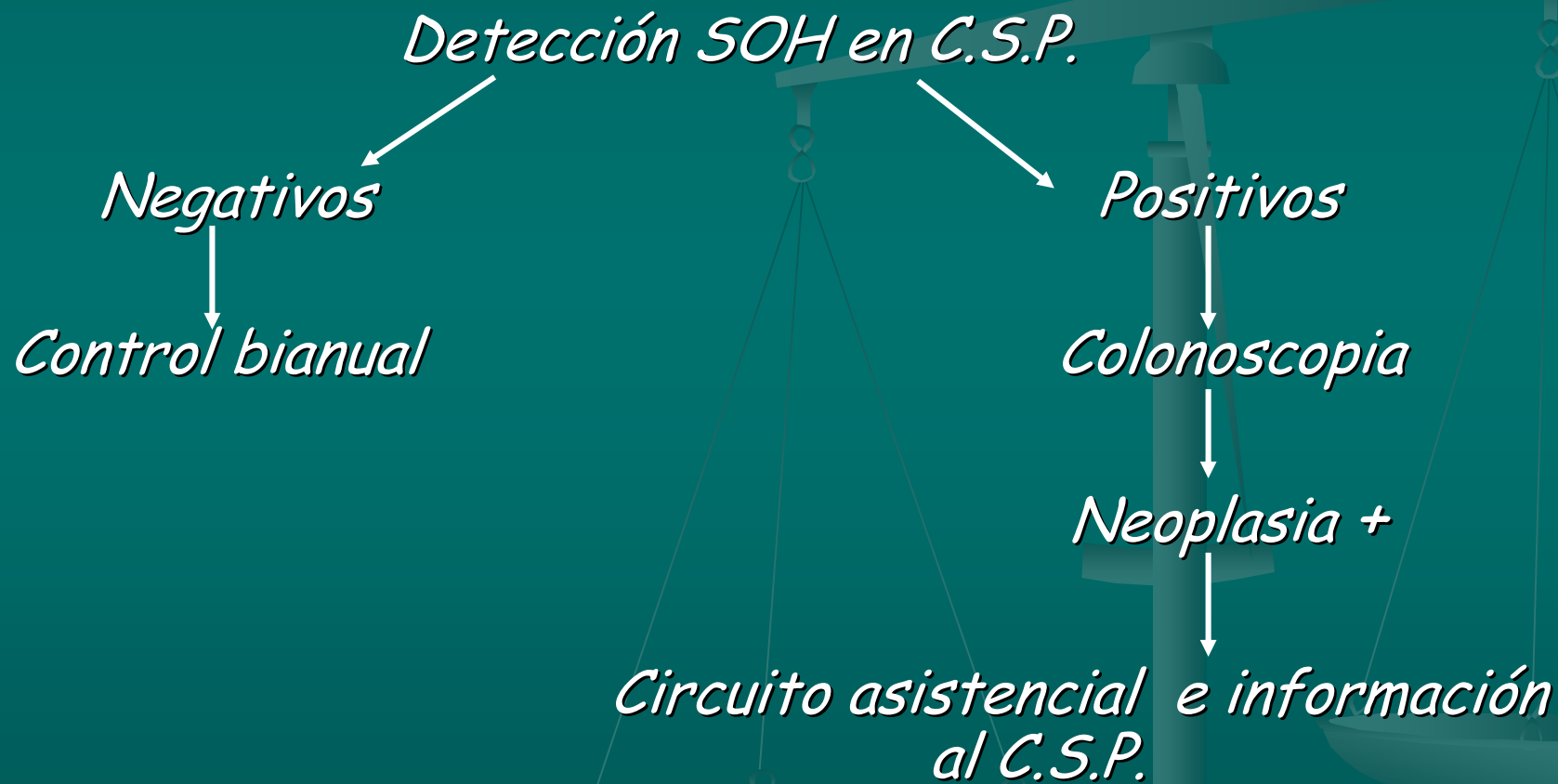
Obtener datos de población diana (50-74 años) y aplicar criterios de exclusión (Catastro, SIP, Registro de Tumores, Registro Civil, etc)

Envío de dípticos de información y participación y cartas de invitación (Conseller Sanitat)

Reuniones de trabajo informativas y de participación con S. Primaria

Programa de cribado en la Comunidad Valenciana

Estrategia del programa (2):



Programa de cribado de CCR en la Comunidad Valenciana

Cobertura y Participación para ambos sexos

	SAGUNTO	VALENCIA	DENIA	TOTAL
<i>Población diana</i>	37948	35935	32770	106.653
Población diana real	35617	34089	29154	98.860
Nº invitaciones válidas (%)	35481 (99,6)	34077 (99,9)	39124 (99,8)	98.682 (99,8)
Nº participantes (%)	14201 (40,02)	12341 (36,21)	8689 (29,83)	35.231 (35,70)

Programa de cribado de CCR en la Comunidad Valenciana

Resultados TSOH (biológico)

	SAGUNTO	VALENCIA	DENIA	TOTAL
Nº TSOH recibidos	15.442	14.432	9.840	39.688
Personas con test válido	13.949	12.112	8.630	34.691
Nº personas TSOH +	193	179	207	579
Tasa test+	1,35%	1,45%	2,38%	1,64 %

Resultados de las Colonoscopias (A. Patológica)

	Sagunto (%)	Valencia (%)	Denia (%)	TOTAL (%)
Patología no neoplásica o normal	94 (54,65)	64 (38,78)	105 (56,45)	263 (50,28)
Cáncer invasivo	21 (12,20)	23 (13,93)	15 (8,06)	59 (11,2)
Adenomas alto riesgo	46 (26,74)	59 (35,75)	39 (20,96)	144 (27,53)
Adenomas bajo riesgo	11 (6,39)	19 (11,51)	27 (14,51)	57 (10,89)
Total colonoscopias	172 (32,88)	165 (31,54)	186 (35,56)	523 (100)

Tasas de detección* de CCR y pólipos adenomatosos x 1000

VARIABLE	TOTAL
Personas con TSOH válido	34.691
Nº cáncer invasivo (CI) (Tasa detección)	59 (1,71)
Nº adenomas alto riesgo (AAR) (Tasa detección)	144 (4,22)
Nº cáncer invasivo y/o AAR (Tasa detección)	203 (5,94)
Nº Adenomas bajo riesgo (ABR) (Tasa detección)	57 (1,66)
Nº Cáncer y pólipos adenomatosos	260
Tasa detección global (CI + AAR + ABR)	7,60

* Tasas de detección por cada 1000 TSOH analizados válidos

Valores predictivos positivos del CCR, pólipos adenomatosos de alto y de bajo riesgo para el TSOH

VARIABLE	TOTAL
Nº personas con TSOH positivo	579
Cáncer invasivo (CI) y/o AAR	203
VPP cáncer invasivo y/o AAR	36,75%
Adenomas ABR	57
VPP ABR	10,27%
Cáncer y pólipos adenomatosos	260
VPP neoplasias	47,02%

* Tasas de detección por cada 1000 TSOH analizados válidos

PROGRAMA DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

COBERTURA ACTUAL DEL PROGRAMA (2009)

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN DIANA <i>(50-69 años)</i>
02 Castellón	58.774
04 Sagunto	43.953
07 Valencia-La Fe	57.134
→ L' Horta-Manises	32.042
→ 11 La Ribera	55.199
13 Denia	45.389
→ 22 Torrevieja	49.142
TOTAL	341.633

Programa de Cribado en la Comunidad Valenciana

Cambios en la estrategia (nuevas invitaciones , citaciones de la 2ª etapa y reiterar invitación a los que no participaron en la 1ª)

- *Población diana: 50 a 69 años*
- *Mayor cobertura poblacional con la incorporación de las áreas sanitarias de Manises, La Ribera y Torrevieja*
- *Sustitución del test SOH biológico por el inmunológico*
- *Centralización de los test SOHI en el Hospital de referencia*

Muchas gracias

