

Por la Dra. Sandra Canseco

1.-) ¿Qué es el Cáncer Colorrectal?

El cáncer colorrectal (CCR) es una enfermedad crónica de lenta evolución, fácilmente prevenible y hasta curable si se diagnóstica tempranamente; incluye el cáncer de colon y recto.

Si bien, son los gastroenterólogos clínicos, endoscopistas y cirujanos, los que despliegan un mayor conocimiento de la incidencia de CCR en nuestro país; y sabemos que es una patología de manejo del especialista, pero la mayoría de los pacientes el contacto inicial lo obtienen con otras especialistas como ser: médicos clínicos, ginecólogos, hematólogos, etc. y es bueno que tengan la prudencia de realizar el primer enfoque inicial de orientación en todos los adultos mayores de 50 años.

Cuando se consigue un diagnóstico precoz del CCR, la sobrevida se eleva en el cáncer del recto al 80% y en el cáncer de colon al 90%.

2.-) Incidencia Cáncer Colorrectal en la Argentina.

El CCR es el *tercer cáncer* más incidente a nivel mundial, en varones después del cáncer de pulmón y próstata; y el *segundo* en mujeres posterior al cáncer de mama.

En nuestro país, se diagnostican alrededor de *10.000 casos de CCR por año*, esto es, un caso por hora. Dentro de las enfermedades oncológicas, ocupa el *Segundo Lugar* en incidencia detrás del cáncer de mama y es seguido por los cánceres de pulmón, útero y próstata.

La distribución por edades, muestra un aumento de la incidencia de CCR fundamentalmente a partir de los 50 años en personas que no presentan factores de riesgo.

La incidencia de CCR en menores de 50 años es de *24 por 100.000* y se modifica drásticamente a partir de los 50 años con valores de *48 por 100.000* entre los 50 y 54 años.

Según la localización: la mayoría se sitúan en recto (37%), en el sigma (31%), en el colon ascendente (9%), en el ciego (8%), en el colon descendente (5%), en el colon transverso (4%), en el ángulo hepático (4%) y en el ángulo esplénico (2%).

Con respecto a la mortalidad, el CCR es responsable de alrededor de *5.500 muertes anuales*; en este sentido ocupa también el *segundo lugar*, detrás del cáncer de pulmón.

En el Consenso de 2004 para prevención del CCR publicado por el Ministerio de salud, conjuntamente la Sociedad Argentina de Gastroenterología, Sociedad de Cancerología y Coloproctología. Publica GLOBOCAM: en el 2000 se produjeron alrededor de *10.300 casos* de CCR ubicándolo en el *segundo lugar* de incidencia luego del cáncer de mama y delante del cáncer de pulmón.

Dra. Silvia Bonicatto, responsable del registro de cáncer del Ministerio de Salud y jefa del servicio de oncología, publica: que en el año 2007, el Cáncer de colon llegó al 17.41% de todos los casos de cáncer.

3.-) ¿Por qué hacer un cribado o tamizaje (*screening*) de Cáncer Colorrectal?

La prevención secundaria a través de programas de *screening* reduce en forma significativa la Incidencia y la Morbimortalidad de esta enfermedad.

El CCR justifica la implementación de programas de pesquisa o la *detección presintomática*, dado que constituye un problema de salud importante por su elevada incidencia y morbilidad asociada; se conoce su historia natural, se disponen de métodos diagnósticos que permiten detectar la enfermedad en fases iniciales y su tratamiento es más efectivo cuando se diagnóstica en un estadio precoz.

Por lo tanto los objetivos del Cribado (*screening*) son:

- 1.- Reducir tanto la incidencia (*mediante la detección y resección de adenomas*) como la mortalidad por CCR.
- 2.- Detección y tratamiento de las lesiones premalignas.
- 3.- Detección presintomática o precoz consecuentemente mejorar los índices de curación.
- 4.- Mejorar la calidad de vida.

4.-) ¿Cómo se realiza el *screening* de CCR?

Existen varios métodos de *screening* de CCR, incluyendo el examen del tacto rectal; sangre oculta en materia fecal (SOMF); la

rectosigmoideoscopia; el colon por enema; la colonoscopia y la colonoscopia virtual.

La eleccion del metodo debe ser valorada por el medico en el contexto clinico del paciente y de acuerdo a la calidad relativa de los metodos de estudio disponible en una comunidad determinada. La decision debe ser tomada en conjunto con el paciente luego de informarle sobre las ventajas y limitaciones de las distintas opciones.

	Procedimiento	Frecuencia
Hombres y Mujeres mayores de 50 Años	1) Sangre oculta en materia fecal O	-Anual, comenzando a los 50 años
	2) Sigmoideoscopia flexible O	-Cada 5 años, comenzando a los 50 años
	3) Sangre oculta en material fecal más Sigmoideoscopia flexible O	-Cada 5 años, comenzando a los 50 años
	4) Colon por enema doble contraste O	-Cada 5 años, comenzando a los 50 años
	5) Colonoscopia y/o Colonoscopia Virtual	-Cada 10 años, comenzando a los 50 años

¿Por que la Colonoscopia?

La deteccion de polipos asintomatico a traves de la colonoscopia y la posibilidad de estos, de ser removidos en el mismo momento del estudio, incrementó el grado de sensibilidad de la colonoscopia para la prevencion en el CCR, esta posibilidad le da a la colonoscopia una tendencia a ser elegida como el test para *Screening* de CCR.

La colonoscopia virtual ha sido recomendada como una alternativa menos invasiva.

5.-) ¿Cuál es el éxito esperado para la colonoscopia?

La colonoscopia evalúa la superficie de la mucosa en su totalidad, en el 100% de los casos, para considerar completa debe llegar hasta el ciego (visualización de la válvula ileo-cecal y orificio apendicular) hecho que se considera entre el 85%-95% de las exploraciones y el estudio dura un promedio de 20 a 30 minutos.

La American College of Gastroenterology, Organización Mundial de Gastroenterología y Organización Mundial Salud: realizan las siguientes recomendaciones para el Screening de CCR de acuerdo a la efectividad, costo inicial, y el menor grado de complicaciones: como primera línea es la colonoscopia y la colonoscopia más polipectomía. ⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾.

Bibliografía

1.- *Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy* Barclay N Engl J Med 2006.

2.- *Colonoscopic withdrawal technique is associated with adenoma miss rates* D. Rex Gastrointestinal Endoscopy 2000.

3.- *Who is the best colonoscopist?* ASGE 2006.

4.- *Colorrectal cancer screening* Gastroenterology sep 2004.

5.- *Quality assurance and gastrointestinal Endoscopy: and audit of 500 colonoscopic procedures* Dennis Gastroenterolog Clin Biol 2004.

6.- *Tamizaje del cáncer colo-rectal* Guías de Organización mundial de Gastroenterología 2007.

7.- *ACG recommendations on colorectal cancer screening for Average and Higher risk patients in clinical Practice* , April 2000.

8.- *Prevención de Cáncer colo-rectal* OMS 2004.

9.- *Tratamiento de las enfermedades Gastroenterológicas. Sección VI Intestino Grueso. Capítulo 30: Pólipos y poliposis intestinal.* Castels g., Bessa C.

10.- *Meta-analysis comparing TC colonography, Air Contrast barium enema, and colonoscopy.* Rosman The Journald of medicem 2007.

11.- *use appropriateness and diagnostic yield of screening colonoscopy an international observational study-* Burdnand Gastrointestinal Endoscopy 2006.