

# Forma de diagnóstico del cáncer colorrectal. Información del RIMCAN 1991-2001

(How colorectal cancer is diagnosed. Information from RIMCAN, 1991-2001)

Sr. Director:

En relación con el reciente editorial publicado en su revista sobre el cribado del cáncer colorrectal<sup>1</sup>, quería agradecer a los autores su clarificante revisión, así como hacer algunas aportaciones y comentarios.

El diagnóstico de cáncer colorrectal mediante cribado en nuestro medio es excepcional. En 1991 la Sociedad Española de Medicina General inició un Registro de Incidencia y Mortalidad en Pacientes con Cáncer (RIMCAN) basado en la declaración de los casos de incidencia y mortalidad por cáncer en la población atendida por los médicos generales/de familia participantes voluntariamente en el estudio, que han variado de 1991 a 2001 entre 129 y 447 (aproximadamente 200 lo han hecho de forma continuada desde 1993); el 70% de ellos trabaja en Castilla y León y el 85% lo hace en poblaciones menores de 10.000 habitantes<sup>2</sup>. En el RIMCAN el cáncer colorrectal ha sido el más frecuente en cuanto a incidencia en el período 1991-2001, con 598 casos de los 4.361 declarados (13,8%). Sólo uno de los casos (0,3%) fue diagnosticado mediante cribado (un varón de 68 años de la provincia de Burgos). En otros 28 casos (4,7%) se señaló como forma de diagnóstico «hallazgo casual», aunque en varios de ellos sí existían síntomas como alteración de ritmo intestinal (21,4%), hemorragia (17,9%), dolor o pérdida de peso (14,3%), vómitos (11,7%) u otros. El 95% de los pacientes con cáncer colorrectal fue diagnosticado en fase sintomática; los síntomas más frecuentes se recogen en la tabla 1. La edad media (desviación estándar) en el momento del diagnóstico fue de 70,7 (11) años, variando de 28 a 99 años, con una mediana de 72. El 60,4% fueron varones. Los tiempos de demora entre el inicio de los síntomas y la primera consulta, consulta-derivación y consulta-diagnóstico variaron mucho de unos casos a otros, con una mediana de 12, 0 y 30 días, respectivamente. Un 25% de los pacientes tardó más de 61 días en consultar tras la aparición de los síntomas iniciales. En el 25% de los casos el tiempo entre consulta y diagnóstico fue superior a 72 días. En el diagnóstico de los casos de cáncer colorrectal sintomáticos, a pesar de la inespecificidad de muchos de sus síntomas, parece que existe un importante margen de mejora mediante la información a la población de los síntomas sugerentes de cáncer por los que se debe consultar al médico (como señala el Código Europeo contra el Cáncer) y la mejora en el funcionamiento y agilidad del sistema sanitario ante casos sospechosos de cáncer.

En cuanto al cribado poblacional del cáncer colorrectal, tal como señalan Borràs y Espinàs, existen bastantes controversias y limitaciones, que quizá se vayan clarificando próximamente. Aunque en el Minnesota Colon Cancer Control Study, mediante un programa de cribado poblacional de san-

**Tabla 1. Sintomatología inicial de los pacientes con cáncer colorrectal incluidos en el Registro de Incidencia y Mortalidad en Pacientes con Cáncer (RIMCAN) de la SEMG. Período 1991-2001 (n = 598)**

Síntoma	n	Porcentaje
Malestar general	106	17,7
Pérdida de peso	167	27,9
Astenia	138	23,1
Anorexia	99	16,5
Tumoración	32	5,4
Hemorragia	239	39,9
Dolor	178	29,8
Dispepsia	32	5,4
Vómitos	37	6,2
Alteración del ritmo intestinal	276	46,1

gre oculta en heces, se obtuvo una disminución de la mortalidad del 33%<sup>3</sup>, también se ha señalado que dicha reducción supondría ganar apenas 0,23 defunciones por cáncer colorrectal por 100.000 personas cribadas<sup>4</sup>, además de haberse apuntado que entre un tercio y la mitad de la reducción de mortalidad por ese cribado podría ser atribuida a una selección accidental de candidatos para colonoscopia<sup>5</sup>. Ojanguren refirió la mala experiencia de un programa de detección temprana de cáncer colorrectal en el medio laboral mediante el test de sangre oculta en heces, concluyendo que no era útil como medida preventiva por la mala aceptación del programa (cada año se hacían menos la prueba y los positivos no se sometían a los incómodos estudios indicados)<sup>6</sup>.

No obstante, considero que teniendo en cuenta el importante problema de salud pública que supone el cáncer colorrectal, es necesario hacer esfuerzos para disminuir su frecuencia, diagnosticarlo de la forma más temprana posible (mediante diagnóstico temprano de los casos sospechosos además del posible cribado) y tratar de forma adecuada los casos detectados. Estoy de acuerdo con lo referido por Borràs y Espinàs de poner en marcha programas piloto de cribado en determinadas poblaciones y evaluarlos de forma adecuada. La generalización de estos programas a escala poblacional debería ser avalada por unos buenos resultados, sin olvidar tener en cuenta la consideración de no medicalizar ni atemorizar aún más a la población con los temas relacionados con la salud de lo que ya lo está.

**M.A. Ripoll Lozano**

Coordinador nacional RIMCAN. Centro de Salud  
Ávila Rural. Ávila.

---

**Bibliografía**

1. Borràs JM, Espinàs JA. Cribado de cáncer colorrectal: entre las dudas y la evidencia. *Gac Sanit* 2002;16:285-7.
  2. Ripoll MA, por el Grupo RIMCAN de la SEMG. Presentación del Registro de Incidencia y Mortalidad en pacientes con cáncer en medicina general. *Medicina General* 1996;1: 59-61.
  3. 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. *N Engl J Med* 1993; 328:1365-71.
  4. Villalbí JR, Segura A, Plasencia A. Una práctica de dudoso valor preventivo: el cribado universal de cáncer colorrectal. *Aten Primaria* 1995;15:262-3.
  5. Lang AL, Ransohoff DF. Fecal occult blood screening for colorectal cancer. Is mortality reduced by chance selection for screening colonoscopy? *JAMA* 1994;271:1011-3.
  6. Ojanguren A. Detección temprana del cáncer colorrectal en el medio laboral. *Med Clin (Barc)* 1993;101:437-8.
-