

Editorial

Diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. ¿Programas de reducción de demora diagnóstica o, mejor, de cribado?

El adenocarcinoma colorrectal (CCR) es la 2ª neoplasia maligna en frecuencia y mortalidad en los países occidentales (la 3ª en el mundo), con una incidencia en España en el año 2000 de 32/100.000 habitantes/año para hombres y de 21 para mujeres, siendo la mortalidad respectiva de 17,3 y de 11,1/100.000 habitantes/año, es decir, cercana al 55% (1). Hay una tendencia al aumento sostenida desde hace unos 15-20 años, aunque la supervivencia ha mejorado, siendo en los países europeos a los cinco años del diagnóstico del 49,5% para el cáncer de colon y el 43% para el de recto en promedio. El CCR aparece con mayor frecuencia entre la 5ª-7ª décadas de la vida, siendo en la mayoría de los casos esporádico. En un pequeño porcentaje del total de neoplasias, habitualmente en el contexto de formas hereditarias (polipósicas o no), el diagnóstico se realiza en edades inferiores a los 40 años (2).

Una tasa significativa se diagnostica a partir de la existencia de síntomas o signos relacionados con la neoplasia, pero la presteza en realizar las exploraciones

Editorial

complementarias adecuadas, singularmente colonoscopia completa, no garantiza el diagnóstico en estadios precoces, que son los que conllevan mucho mejor pronóstico. Ello es así, aunque en lugar de un síntoma o signo aislados, se tome el agrupamiento sintomático, especialmente la combinación edad por encima de los 55 años, rectorragia y cambio reciente de hábito intestinal, incluso mayor que si añaden dolor abdominal o masa abdominal, circunstancias que reducen la especificidad del diagnóstico sin aumentar la sensibilidad (3).

El estadio tumoral en el momento del diagnóstico es el mayor determinante del pronóstico del enfermo. Se sabe que siendo la supervivencia del CCR del 50-55% a los 5 años, en caso de ser estadio I-II el porcentaje es del 75-90%, mientras que si es IV será inferior al 15%. Sin embargo la rapidez en conseguir el diagnóstico no garantiza un estadio precoz. Quizá la lentitud en el desarrollo de los síntomas y signos indique cierta indolencia tumoral, mientras que una rápida presentación se asocie a una biología tumoral más agresiva, sobre todo en casos de pacientes con menos de 50 años (los menos habituales). La duración de las manifestaciones clínicas no se relaciona con el pronóstico (4), y la demora promedio de 17 semanas entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico es aún mayor en hombres por debajo de los 65 años y mujeres por encima de los 80, siendo achacable en el 60% a los propios enfermos (5).

El diagnóstico rápido de cualquier tipo de cáncer es un tema prioritario en los planes de salud oncológicos, estimulados por las directrices de la OMS, y es mucho más que hacer una endoscopia lo más pronto posible. Consiste en la reducción del tiempo transcurrido entre la sospecha diagnóstica, el diagnóstico definitivo y el tratamiento principal y coadyuvante, todo lo cual es en gran parte imputable a los proveedores de los servicios sanitarios, que deben proporcionar los recursos diagnóstico-terapéuticos adecuados. Sin embargo, a pesar de la importancia que se le da a la rapidez de la intervención diagnóstica, no hay datos concluyentes que demuestren que influye en el pronóstico de la enfermedad, habiéndose apreciado que el retraso diagnóstico no afecta de forma constante los resultados finales (1), aunque sí que es cierto que algunos pacientes pueden sufrir gran incertidumbre y ansiedad ante la demora diagnóstica.

Por ello es importante conseguir la mejor coordinación posible entre niveles asistenciales, donde el papel del médico de Atención Primaria (AP) en el inicio de la secuencia es clave, habiéndose señalado que la continuidad en la atención sanitaria y sobre todo la confianza en los médicos de AP son los mejores predictores de estadios precoces en el CCR (6). También se requiere una correcta gestión de las listas de espera endoscópica, finalizando con una estrecha coordinación Digestivo-Cirugía en base a la gestión clínica de las Unidades Coloproctológicas. Un interesante trabajo español ha demostrado de forma convincente una serie de predictores personales que consiguen acortar el periodo entre el diagnóstico y tratamiento en los cánceres digestivos (7): clase social baja, carecer de vehículo de transporte propio, sexo masculino, menos de 74 años, dos o más síntomas al comienzo de la enfermedad, acudir en primer lugar al nivel sanitario secundario o terciario y finalmente ser diagnosticado fuera del periodo vacacional.

Es obvio que el intervalo temporal también se puede ver afectado por distintos factores, en dependencia del aspecto de la propia enfermedad que consideremos. El primero es la demora atribuible al propio paciente, que no interpreta bien la importancia de las manifestaciones clínicas que sufre, o no acude por desidia o por miedo a sufrir cáncer. Pese a todo, una buena correlación AP-AE puede optimizar los tiempos diagnósticos. El segundo es el retraso hasta que se consigue la exploración com-

Editorial

plementaria diagnóstica definitiva. La accesibilidad al tratamiento, es decir, el intervalo de tiempo entre el diagnóstico y la terapéutica del CCR también debe ser el menor posible. Aunque no se puede recomendar un tiempo de espera máximo de seguridad, como la Guía de Práctica Clínica de la Sociedad Valenciana de Cirugía reconoce (8), se recomienda que el tiempo medio de espera no supere las 4 semanas desde que se diagnostica hasta que se intervenga el CCR (recomendación grado B). La misma guía aconseja que el CCR sea tratado por cirujanos con formación y experiencia adecuadas, en el contexto de Unidades Coloproctológicas (recomendación grado B), para conseguir mejores datos de morbilidad perioperatoria, estancia postoperatoria, recidivas locales y supervivencia a largo plazo.

La prueba más palpable de la inadecuación –al menos parcial– de esta “política” de reducción de la demora trasladando la carga a la AE, es el programa inglés “dos semanas”, que no ha cumplido sus expectativas por varias razones (poca adherencia, mal uso de los protocolos, empleo de vías espúreas de remisión, etc.), y sobre todo no ha sido capaz de acortar el intervalo entre el comienzo de las manifestaciones y el tratamiento, que en el Reino Unido es la causa principal de retraso terapéutico (9).

La OMS (10) considera que la detección precoz comprende tanto el diagnóstico precoz, que se practica en la población que muestra síntomas, como el tamizaje (*screening*) practicado en la población que no tiene síntomas, aunque corre riesgos. Del primero hemos hablado antes, nos referimos ahora al cribado del CCR.

Los enfermos en los que se detectan precozmente determinados tipos de cáncer (cuello o cuerpo uterino, mama, testículo, colon o melanoma) y reciben un tratamiento óptimo tienen a los cinco años un índice de supervivencia superior al 75%. En cambio en los enfermos de cáncer de estómago, broncopulmonar, esófago, páncreas e hígado, la supervivencia a los cinco años no suele llegar al 15%. Por ello los diseños oportunos tienen que ver con las estrategias de prevención, pero sobre todo en los casos más eficientes, como es el CCR. La prevención primaria es irrealizable a corto-medio plazo, sólo será efectiva a plazos de 25-30 años; es la secundaria o estrategias de cribado (*screening*), para la detección del CCR precoz, o mejor aún del “adenoma avanzado”, la que es coste-efectiva. El cribado del CCR se define, por tanto, como el hecho de testar a individuos asintomáticos para descubrir en estadios precoces la presencia de neoplasias colónicas, benignas o malignas. El seguimiento de pacientes ya diagnosticados de adenomas o CCR (y tratados con intención curativa) se considera “vigilancia”, no cribado o “tamizaje”. El cribado en el CCR es coste-efectivo y reduce la mortalidad en un 15-30%, así como el sufrimiento futuro físico y moral (1,2,6).

El CCR es una enfermedad en la que es muy apropiada la realización del cribado, pero una vez establecido esto es fundamental que el coste del seguimiento (y sus riesgos) sean razonables. La revisión de la evidencia disponible sugiere que el marcador más válido para el riesgo de CCR presente o futuro es el adenoma “avanzado” (11), definido como aquel que tiene más de 1 cm, rasgos histológicos vellosos en más del 25%, displasia severa o carcinoma *in situ*. Es el tamaño el aspecto más importante ya que por encima de 1 cm de diámetro hay una correlación directa con displasia severa. Por ello el enema opaco, incluso el de doble contraste, no sirve para el cribado ya que tiene una sensibilidad inferior al 48% para este tipo de adenomas colónicos. Desde hace varios años la colonografía por RM se viene presentando como una técnica prometedora (12), pero las tasas de detección de lesiones colorrectales superiores al 90% son sólo cuando tienen un tamaño superior a los 10 mm, lo cual parece a la vista de la definición del adenoma avanzado, algo escaso, aunque la co-

Editorial

lonografía por RM se siente por el paciente como más confortable que la colonoscopia, que requiere sedación.

En el presente número de la revista, la Dra. Elena Gómez y cols., del Servicio de Digestivo del Hospital de La Princesa de Madrid, mediante un estudio prospectivo de un centenar de pacientes, demuestran que una mayor o menor demora diagnóstica no influye en la extensión tumoral en el examen de la pieza operatoria, siendo la única variable que influye de forma significativa en ello el grado de diferenciación del adenocarcinoma y quizá también la localización distal. La demora entre el comienzo de las manifestaciones clínicas y el diagnóstico fue en promedio de más de seis meses, cuatro de los cuales fueron imputables al retraso del paciente en acudir al médico; esto significa un 40% más de tiempo de demora que en el trabajo finés que hemos comentado más arriba (5), aunque el mismo grupo señala la tendencia a mejorar 25 años después de un estudio similar (referencia bibliográfica nº 5 en el trabajo publicado). Por ello los autores se decantan, al hilo de conseguir una política sanitaria eficaz, por invertir los recursos en el desarrollo de planes de cribado del CCR, que no sólo son coste-efectivos, sino que reducen la mortalidad. La efectividad de un cribado se mide en años de vida ganados ajustados a la calidad de vida, y se ha demostrado que la colonoscopia es la prueba que consigue una mayor reducción de la mortalidad por CRR (13).

Claro que no todo es tan fácil. Incluso en países muy concienciados la adherencia al cribado del CCR sólo alcanza el 55% (14), sea cual sea el método de cribado, quizá debido al miedo a posibles complicaciones. También se ha señalado que un conocimiento insuficiente del cribado del CCR por los profesionales es otro motivo de escasa implantación (15), pese a la existencia de excelentes guías de práctica clínica sobre el particular basadas en evidencias, nacionales (1,2,8), y extranjeras (16,17), así como una puesta al día de la colección del *BMJ* “*Evidence Based Gastroenterology and Hepatology*” (18).

M. Bixquert Jiménez

*Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
Servicio de Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia*