



EDITORIAL semFYC

Atención primaria y detección del cáncer colorrectal



Primary care and detection of colorectal cancer

Mercè Marzo Castillejo¹, Joaquín Cubiella Fernández², Juanjo Mascort Roca^{3,*}
y Ana Pastor Rodríguez-Moñino⁴

¹ USR Costa de Ponent, Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud, IDIAP Jordi Gol, Cornellà de Llobregat, Barcelona, España. Grupo de trabajo sobre el cáncer del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

² Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Ourense

³ CAP Florida Sud, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. Departament de Ciències clíniques, Campus Bellvitge, Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

⁴ Unidad de Apoyo + Innovación. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Recibido el 1 de noviembre de 2017; aceptado el 6 de noviembre de 2017

El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo tumor más frecuente en nuestro medio, tanto en hombres como en mujeres, por detrás del cáncer de pulmón y de mama, respectivamente¹. La incidencia del CCR ocupa la primera posición cuando se considera al conjunto de la población¹.

El CCR no solo es una neoplasia susceptible de prevención primaria (evitar los factores de riesgo), sino que constituye el paradigma de las neoplasias susceptibles de prevención secundaria (cribado): se conoce su historia natural, es posible eliminar la lesión precursora (pólipos) y detectar el CCR en fases iniciales y se dispone de un tratamiento que resulta más efectivo cuando se diagnostica en un estadio precoz². El cribado del CCR es una estrategia altamente coste-efectiva para disminuir la incidencia y la mortalidad por CCR³. En el año 2009, la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud aprobó la propuesta de realizar cribado poblacional del CCR en personas entre 50 y 69 años con periodicidad bienal,

mediante el test de Sangre Oculta en Heces inmunológico (SOHi)⁴.

En un periodo en que pocas Comunidades Autónomas disponían de programas de cribado de CCR y con una implantación desigual incluso dentro de cada Comunidad, se creo en el año 2008, la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon (<http://www.alianzaprevencioncolon.es/>) que integra asociaciones de pacientes, organizaciones altruistas no gubernamentales y sociedades científicas, con el objetivo fundamental de dar a conocer y difundir la importancia sanitaria y social del CCR en nuestro país, y promover las medidas de cribado, detección precoz y prevención⁵.

La progresiva implantación de los programas de cribado poblacional de CCR en todas las Comunidades Autónomas está ocasionando un aumento considerable del número de colonoscopias realizadas, derivadas de la positividad del test de SOHi, y de las indicaciones de vigilancia endoscópica de las lesiones previamente detectadas. Se estima que un 20-25% de las colonoscopias realizadas en individuos mayores de 50 años corresponden a indicaciones de vigilancia endoscópica⁶, con un coste importante para el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmascort@semfyc.es (J.Mascort).

sistema de salud y consumiendo una elevada proporción de la limitada oferta de colonoscopias. A la vez, y aunque se desconoce con exactitud, la tasa de progresión de adenoma avanzado a CCR se estima que es baja y oscila en torno al 4% anual⁷. En este contexto es fundamental optimizar la adecuación y asegurar la calidad de todas las colonoscopias, se realicen o no en el contexto de un programa de cribado, y dirigir la vigilancia a aquellos pacientes que realmente se beneficien de ella, con la mínima frecuencia necesaria para lograr el mayor rendimiento preventivo del CCR, limitando el número de exploraciones de eficacia dudosa y reduciendo el riesgo de las complicaciones asociadas⁸.

En el contexto de la actualización en curso de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención del Cáncer Colorrectal⁹, se han consensado los criterios del seguimiento endoscópico en nuestro medio para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones, establecer una referencia en la práctica clínica habitual de los profesionales involucrados y extender las recomendaciones a los programas de cribado poblacional del CCR. Las recomendaciones que se proponen nacen del consenso de las principales sociedades científicas involucradas en el manejo de estos pacientes: la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).

En la actualización de la GPC⁹ también se ha puesto énfasis en la revisión del capítulo de síntomas y signos de sospecha del CCR. Aunque la implantación de los programas de cribado tienen un efecto relevante en la incidencia y la mortalidad por CCR¹⁰, la mayor parte de los cánceres se diagnosticaran fuera de los programas de cribado, preferentemente en pacientes con síntomas digestivos que consultan en atención primaria (AP)¹¹. El diagnóstico del CCR en estos pacientes es un reto para nuestros sistemas sanitarios. Por una parte, la mayor parte de los pacientes con síntomas digestivos sugestivos (rectorragia, cambio del ritmo intestinal...) no tendrán un CCR, ni tan siquiera lesiones colónicas susceptibles de tratamiento específico; por lo que el beneficio de pruebas diagnósticas adicionales es limitado. En cambio, las demoras en el diagnóstico innecesarias pueden comportar un impacto psicológico e, incluso, empeoramiento del pronóstico¹². En los próximos años, los sistemas sanitarios deberán establecer tres estrategias para mejorar los procesos diagnósticos: aumentar la sensibilización sobre los síntomas entre la población general y los médicos de AP, introducir pruebas diagnósticas sencillas y no invasivas que permitan establecer riesgos objetivos en AP y, finalmente, asegurar la derivación a las pruebas de confirmación diagnóstica (preferentemente colonoscopia) en tiempos ajustados al riesgo de detección de CCR.

Es importante que el médico de AP seleccione, en base a la anamnesis y exploración física, a los pacientes que presenten signos y síntomas predictivos con mayor riesgo de CCR, les indique precozmente las pruebas diagnósticas necesarias y/o según el riesgo estimado les remita a la atención especializada (AE) para confirmación diagnóstica¹³.

Para ello, resulta imprescindible que la AP tenga acceso a las exploraciones complementarias necesarias como el

test de SOHi y la colonoscopia. En este sentido adquiere especial relevancia definir el papel de la prueba de SOHi no solo como prueba de cribado sino como prueba diagnóstica para identificar a aquellos pacientes con síntomas digestivos bajos inespecíficos que probablemente no requieran una colonoscopia y/o derivación urgente a la AE.

Resultados de una revisión sistemática¹⁴, concluyen que la estrategia de triage con SOHi, con un punto de corte de 10 µg de Hb/g de heces, resulta coste-efectiva frente al no triage y colonoscopia o frente a los test de SOH mediante guayaco. La guía de NICE y nuestra actualización de la GPC proponen el uso del test de SOHi (con un umbral de 10 µg/g) en aquellos pacientes que presentan síntomas abdominales inexplicables, sin rectorragia y, que no cumplen con los criterios de colonoscopia urgente o derivación al circuito de diagnóstico rápido.

El estadio en el momento del diagnóstico del CCR es un importante predictor de la supervivencia. La ventana de oportunidad para conseguir un diagnóstico precoz del CCR depende de la demora del paciente en acudir a la consulta del médico de atención primaria, una errónea orientación diagnóstica, una demora en la realización de las pruebas diagnóstica y en la derivación desde atención primaria a atención y una demora de la atención especializada entre la confirmación diagnóstica e inicio del tratamiento.

Por lo tanto es necesario disponer de recomendaciones y GPC basadas en la mejor evidencia disponible y la creación de circuitos entre la AP y la AE o Unidades de Diagnóstico Rápido, ágiles, eficientes y consensados, que mejoren la coordinación entre los distintos niveles asistenciales implicados en el proceso, y permitan reducir las demoras atribuidas al conjunto del sistema sanitario. A la vez, es necesario realizar campañas de concienciación de la población general para que ante la aparición de síntomas digestivos sugestivos de posible CCR consulte a su médico de atención primaria

En resumen los retos de los médicos de atención primaria en el diagnóstico precoz del CCR son muchos, entre ellos dar soporte a los programas de cribado poblacionales implementados en las comunidades autónomas, optimizar el seguimiento y vigilancia de los pólipos e identificar a la población de riesgo elevado.

Bibliografía

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 12/01/2016.
2. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Vela-Vallespín B, Nuin-Villanueva C, Bartolomé-Moreno M, Vilarrubí-Estrella C, et al. Grupo de Expertos de Cáncer del PAPPs de semFYC Recomendaciones de prevención del cáncer Aten Primaria. 2014;46 Supl.4:24-41.
3. Calonge N, Petitti DB, DeWitt TG, Dietrich AJ, Gregory KD, Harris R, et al. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008;149:627-37.

4. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Centro de Publicaciones; 2010.
5. Morillas JD, Castells A, Oriol I, Pastor A, Pérez-Segura P, Echevarría JM, et al. Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon en España: un compromiso cívico con la sociedad. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35:109–28.
6. Zorzi M, Senore C, Turrin A, et al. Appropriateness of endoscopic surveillance recommendations in organised colorectal cancer screening programmes based on the faecal immunochemical test. *Gut*. 2016;65:1822–8.
7. Brenner H, Hoffmeister M, Stegmaier C, et al. Risk of progression of advanced adenomas to colorectal cancer by age and sex: estimates based on 840,149 screening colonoscopies. *Gut*. 2007;56:1585–9.
8. Marzo-Castillejo M, Almeda J, Mascort JJ, Cunillera O, Saladich R, Nieto R, et al. Appropriateness of colonoscopy requests according to EPAGE-II in the Spanish region of Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2015;16:154.
9. Castells A, Marzo-Castillejo M, Mascort JJ, Amador FJ, Andreu M, Bellas B, et al. Guía de Práctica Clínica. Prevención del Cáncer Colorrectal. Actualización 2009. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:717–58.
10. Girogi P, Vicentini M, Sacchetti C, et al. Impact of Screening Program on Incidence of Colorectal Cancer: A Cohort Study in Italy. *Am J Gastroenterol*. 2015 Sep;110:1359–66.
11. Mansouri D, McMillan DC, Crearie C, Morrison DS, Crichton EM, Horgan PG. Temporal trends in mode, site and stage of presentation with the introduction of colorectal cancer screening: a decade of experience from the West of Scotland. *Br J Cancer*. 2015 July 28;113:556–61.
12. Alonso-Abreu I, Alarcón-Fernández O, Gimeno-García AZ, Romero-García R, Carrillo-Palau M, Nicolás-Pérez D, Jiménez A, Quintero E. Early Colonoscopy Improves the Outcome of Patients With Symptomatic Colorectal Cancer. *Dis Colon Rectum*. 2017 Aug;60:837–44.
13. Atkin WS, Valori R, Kuipers EJ, et al. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition—Colonoscopic surveillance following adenoma removal. *Endoscopy*. 2012;44 Suppl 3:SE151–63.
14. Westwood M, Corro Ramos I, Lang S, et al. Faecal immunochemical tests to triage patients with lower abdominal symptoms for suspected colorectal cancer referrals in primary care: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess*. 2017;21:1–234.