

PÓLIPOS - CÁNCER COLORRECTAL (CCR) ¿A LA ESCUCHA DEL CUERPO?

Jorge Laborda Molteni

El cáncer colorrectal es una afección altamente prevalente y causa frecuente de muerte en países occidentales. A pesar de los avances en los tratamientos médicos, endoscópicos de avanzada y quirúrgicos, alrededor de la mitad de los pacientes fallecen antes de los 5 años. En la actualidad existe una amplia gama de estrategias de prevención secundaria cuya implementación ha demostrado reducir la mortalidad. El diagnóstico de los pólipos preneoplásicos y su resección endoscópica resultan fundamentales en este aspecto.

Qué son los pólipos? Son pequeñas protuberancias o lesiones elevadas que crecen en la luz del aparato digestivo en su revestimiento epitelial y sobresalen en su cavidad. Los pólipos pueden hallarse en varios sitios del tubo digestivo, son más comunes en el colon. Macroscópicamente se clasifican como pediculados, subpediculados o sesiles. Histológicamente los pólipos son clasificados como neoplásicos (adenomas) o no neoplásicos sin potencial maligno (hiperplásicos, hamartomas, agregados linfoides, pólipos inflamatorios, etc). Los pólipos adenomatosos representan el 70% del total y tienen potencial maligno dependiendo de la presencia y proporción del componente vellosos y grado de displasia.

Cuán frecuentes son? Los pólipos son muy comunes en los adultos. Si bien no son frecuentes en la gente joven, se estima que una persona promedio de 60 años de edad, sin factores de riesgo especiales tiene un 25% de posibilidades de tener pólipos, la mayoría no causan síntomas. Aunque poco se conoce, algunos expertos creen que una dieta rica en grasas y carnes rojas podría predisponer a la formación de pólipos-CCR, así como el consumo de fibras lo reduciría. El sedentarismo y la obesidad podrían ser factores que aumentan el riesgo.

El 80-85% de los CCR se presentan en forma esporádica (sin antecedentes familiares), el 10-15% en forma familiar (con antecedentes familiares esporádicos) y el 3-6% en forma hereditaria.

Cuáles son los factores riesgos? La edad es el factor de riesgo más importante en las personas sin antecedentes personales ni familiares. La curva de incidencia se eleva a partir de los 40 años y el 90% de los casos se diagnostican en mayores de 50 años. Un historia familiar de pólipos de colon y/o CCR aumenta el riesgo del desarrollar nuevos pólipos. Es muy importante la cercanía del vínculo, la cantidad de familiares afectados y su edad de aparición. Existen algunos síndromes

poco frecuentes (3-6%) de pólipos o cáncer que se dan en familias que aumentan el riesgo que los pólipos se desarrollen en edades más tempranas (síndrome de Lynch, poliposis adenomatosa familiar).

Se cree que un tipo de pólipos (adenoma), es el origen de la mayoría de los CCR, aunque la mayoría de los adenomas nunca se convierten en tumores malignos. Si bien es difícil saber qué adenomas se convertirán en CCR, los pólipos grandes (> 1,5 - 2 cm) son los que tienen más probabilidades.

Cómo los diagnosticamos? La edad promedio de presentación es de 65 años. La mejor manera es examinar a personas que no tengan síntomas no esperando escuchar al cuerpo en su claro lenguaje de síntomas y/o signos a veces tardíos (dolor, hemorragia, mucorrea, trastorno ritmo defecatorio, etc).

En personas asintomáticas el rastreo o pesquisa en personas sin antecedentes familiares o personales debe comenzar a partir de los 50 años con alguna de las estrategias recomendadas. La sangre oculta en materia fecal SOMF anual con técnica de guayaco es un método de costo reducido, de bajo riesgo pero de baja sensibilidad. La videorectosigmoidoscopia cada 5 años tiene costos que no son elevados y su morbilidad es casi nula. Su sensibilidad es mayor que la SOMF pero menor a la de los estudios completos. También pueden combinarse la SOMF y la videorectosigmoidoscopia cada 5 años. En ocasiones pueden reemplazarse por un colon por enema Rx doble contraste o una colonografía-TAC (colonoscopia virtual) cada 5 años y o empleo eventual complementario de la cápsula endoscópica. La videocolonoscopia VCC es el método más preciso de detectar a los pólipos precursores y eliminarlos (polipectomía) durante el mismo procedimiento en la mayoría de los casos y de manera ambulatoria. Sus desventajas no obstante sus claras ventajas en referencia a los restantes procedimientos diagnósticos, son su mayor riesgo, los costos y su baja disponibilidad para la realización poblacional.

Cuán a menudo debemos realizar la VCC? La frecuencia dependerá de varios factores que incluyen el número y tamaño de los pólipos removidos o extirpados, el tipo de lesión histológica hallada y la calidad en la limpieza del colon durante el procedimiento. El efecto de la VCC es doble, suma capacidad de diagnóstico con tratamiento directo de precursores malignos (adenomas) e incluso carcinomas no invasivos con buen pronóstico. Desde 1993 se conoce el efecto que sobre la incidencia del CCR tiene la eliminación endoscópica de los adenomas (polipectomía) gracias a los resultados del National Polyp Study (NPS).

Aunque la mortalidad por CCR ha ido disminuyendo progresivamente desde 1990, continúa siendo la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo occidental. No obstante el pronóstico del CCR es excelente cuando se diagnostica en etapas tempranas, continúa siendo una causa mayor de muerte por cáncer debido principalmente al retraso diagnóstico. Lamentablemente, más de 2 tercios de los casos presentan metástasis ganglionares o hepáticas en el momento del diagnóstico.

¹ Médico consultor en Gastroenterología- Jefe de Servicio. Director Asociado de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología de la Subsección Académica Hospital Privado de Comunidad de la Universidad Nacional de Buenos Aires UBA. Contacto: jolab@ciudad.com.ar

Después de muchos años de controversia, se comprobó la eficacia del rastreo ("screening") para la detección precoz de la enfermedad. El rastreo o pesquisa ha demostrado disminuir la incidencia y mortalidad del CCR, sin embargo, la adherencia o aceptación a las recomendaciones médicas sigue siendo baja. En los Estados Unidos, que desde hace décadas tiene estrategias activas al respecto, la prevalencia de personas que han realizado un estudio de sangre oculta en materia fecal en el último año o una VCC en los últimos diez se ha incrementado. Sin embargo, se estima que no más del 60% de la población se encuentra controlada.

En opinión de expertos, es que, con respecto a los Centros de Salud de primer nivel y en los estratos socioeconómicos medio y alto, el rastreo sobre todo efectuado con videocolonoscopia se ha intensificado. Las actuales recomendaciones varían entre los países y las Sociedades Científicas que las desarrollan. Las recomendaciones del año 2012 de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la U. S. Multi Society Task Force on Colorectal Cancer (UMSTF) solo aconsejan la VCC cada 10 años, la sigmoideoscopia cada 5 o la sangre oculta (con guayaco o inmunoquímica) anual. En Argentina se producen 10.300 casos nuevos por año y alrededor de 5.000 muertes anuales, ubicando al CCR como segunda causa de muerte por cáncer. Frente a esta cruda realidad, el consenso nacional argentino avalado por la Academia Argentina de Medicina incluye, además de estas alternativas, el colon por enema o la colonografía virtual (CV) cada 5 años. En tal escenario y dado que cada una de las estrategias tiene ventajas, desventajas, limitaciones y costos diferentes, la utilización de una u otra debe hacerse considerando todos estos aspectos e incluso la preferencia del paciente, como lo explicitan y aconsejan algunas de las Sociedades Científicas. Es necesario tener en consideración que los métodos diagnósticos (videocolonoscopia, Rx colon y la colonografía virtual) presentan también inconvenientes y limitaciones como mencionamos previamente. Requieren una excelente limpieza de colon que implica la toma de laxantes que pueden ser mal tolerados y una alta calidad del procedimiento diagnóstico elegido, preferentemente VCC por las ventajas antes mencionadas.

En relación con el pronóstico, numerosos estudios han tratado de identificar diferentes variables histológicas, moleculares y clínicas y, por el momento, el estadio patológico al diagnóstico continúa siendo el mejor indicador del pronóstico a largo plazo para el CCR. Las resecciones endoscópica (polipectomía, mucossectomía o submucossectomía ampliada) y/o quirúrgica según el caso concreto y decisión multidisciplinaria, son los actuales tratamientos con intención curativa en el CCR localizado.

El CCR es prevenible, tratable y detectado a tiempo, curable. No hay justificación para no actuar en la prevención del CCR y especialmente no la hay en época de crisis ya que no existe mejor estrategia política y social aquella que ahorra sufrimiento, muertes y dinero mejorando la calidad de vida de los habitantes sin olvidar que, cuando un paciente acude a nuestra consulta, busca algo más que una respuesta científica a una cuestión clínica, la educación sanitaria del enfermo puede que sea igual de importante.

BIBLIOGRAFÍA

- Baxter NN, Goldwasser MA, Paszat LF, Saskin R, Urbach DR, Rabeneck L. Association of colonoscopy and death from colorectal cancer: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med.* 2008;150.
- The case-control study: consensus and controversy. *J Chronic Dis.* 1979;32: 1-144.
- Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr, Weiss NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. *N Engl J Med.* 1992;326:653-7.
- Ransohoff DF, Lang CA. Sigmoidoscopic screening in the 1990s. *JAMA.* 1993;269:1278-81.
- Thiis-Evensen E, Hoff GS, Sauar J, Langmark F, Majak BM, Vatn MH. Population-based surveillance by colonoscopy: effect on the incidence of colorectal cancer. Telemark Polyp Study I. *Scand J Gastroenterol.* 1999;34:414-20.
- Bressler B, Paszat LF, Chen Z, Rothwell DM, Vinden C, Rabeneck L. Rates of new or missed colorectal cancers after colonoscopy and their risk factors: a population-based analysis. *Gastroenterology.* 2007;132:96-102.
- Pignone M, Saha S, Hoerger T, Mandelblatt J. Cost-effectiveness analyses of colorectal cancer screening: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;137:96-104.
- Jarvinen HJ, Aarnio M, Mustonen H, Aktan-Collan K, Aaltonen LA, Peltonen M, et al. Controlled 15-year trial on screening for colorectal cancer in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Gastroenterology.* 2000;118:829-34.
- Bretthauer M, Ekblom A, Malila N, Stefansson T, Fischer A, Hoff G, et al. NordICC-gruppen (Nordic Initiative on Colorectal Cancer). [Politics and science in colorectal cancer screening]. *Tidsskr Nor Lægeforen.* 2006;126:1766-7.
- Prorok PC, Andriole GL, Bresalier RS, Buys SS, Chia D, Crawford ED, et al. Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial Project Team. Design of the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial. *Control Clin Trials.* 2000;21:273S-309S.
- UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Investigators. Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicentre randomised trial. *Lancet.* 2002;359:1291-300.
- Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med.* 1993;329:1977-81.
- Ransohoff DF. Colon cancer screening in 2005: status and challenges. *Gastroenterology.* 2005;128:1685-95.
- Smith MJ. Colon cancer screening hitting its stride but obstacles impair reaching final goal. *Gastroenterology & Endoscopy News.* 2008;59:3.
- 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. Minnesota Colon Cancer Control Study. *N Engl J Med.* 1993;328:1365-71.
- Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet.* 1996;348:1472-7.
- Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jørgensen OD, Søndergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. *Lancet.* 1996;348:1467-71.
- Mysliwiec PA, Brown ML, Klabunde CN, Ransohoff DF. Are physicians doing too much colonoscopy? A national survey of colorectal surveillance after polypectomy. *Ann Intern Med.* 2004;141:264-71.
- Nelson DB, McQuaid KR, Bond JH, Lieberman DA, Weiss DG, Johnston TK. Procedural success and complications of large-scale screening colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2002;55:307-14.
- Atkin WS. Screening for colorectal cancer: the heart of the matter. *Gut.* 1999;45:480-1.
- Reiko Nishihara, Kana Wu, M.D. et al. Long-Term Colorectal-Cancer Incidence and Mortality after Lower Endoscopy *N Engl J Med* 2013; 369:1095-1105
- Theodore R. Levin, M.D., and Douglas A. Corley, M.D., Ph.D. Colorectal-Cancer Screening — Coming of Age *N Engl J Med* 2013; 369:1164-1166