

Cáncer colorrectal: ¿Reducción de su incidencia con la realización de polipectomias?

Mónica Diosdado Figueiredo

Médico de Familia de C.S. Valle Inclán (Ourense)

Cad Aten Primaria
Año 2010
Volume 17
Páx. 254-257

RESUMEN

Objetivo: Ver si la realización de técnicas de screening: colonoscopia más polipectomía con confirmación histológica, en la práctica clínica reduce la incidencia de cáncer colorrectal en la población.

Diseño: Periodo de estudio: enero 1995-diciembre 2004. Ámbito de estudio: pacientes del área del complejo hospitalario de ourense.

Tipo de estudio: Estudio descriptivo de aparición de cáncer de colon en pacientes a los que se le realiza una polipectomía.

Selección de sujetos a estudio: 61 pacientes con clínica digestiva a los que se les realiza una colonoscopia con polipectomía, con confirmación histológica y seguimiento posterior a 10 años, frente a 61 pacientes sin clínica digestiva y que por otro motivo se les realiza lo mismo, y se hace seguimiento a 10 años.

Resultados: El 39,9% de los pacientes con clínica digestiva, que se les realiza colonoscopia con polipectomía y que completan el estudio a 10 años han desarrollado un cáncer colorrectal frente al 14,7% de los pacientes sin clínica digestiva.

Conclusiones: Hay un mayor número de casos de cáncer colorrectal en los pacientes con clínica digestiva que en el resto de la población; pero el hecho de realizar polipectomía en nuestra población no parece disminuir su incidencia.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, incidencia, polipectomía.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una enfermedad de alta prevalencia en España, al igual que en el resto de países desarrollados, pero que cuenta con pautas de prevención eficaces y con guías de práctica clínica de prevención establecidas.

Las tasas de incidencia se han incrementado de forma significativa en la última década, siendo la primera causa si consideramos ambos sexos conjuntamente y la segunda tanto en hombres como en mujeres

En España en el año 2002 la tasa estimada de incidencia ajustada por la población mundial fue de 36,8 por 100.000 habitantes en hombres y de 22,5 para mujeres, y la mortalidad de 18,5 y 11,3 respectivamente.

Esta situación epidemiológica no se corresponde con las posibilidades de modificación de la historia natural del cáncer colorrectal. Dado que el 80% son de presentación esporádica y tienen como lesión precursora el pólipo adenomatoso, pero sólo un 5% progresa a carcinoma invasor, tras un tiempo medio de evolución de unos 10 años. Así es posible interferir y modificar su evolución natural. Esta intervención la podemos realizar mediante una prevención primaria, interrumpiendo la secuencia de desarrollo adenoma-carcinoma y mediante una prevención secundaria, interrumpiendo el estado preclínico del cáncer colorrectal.

También hay formas hereditarias de cáncer colorrectal, sin embargo se estima que en un 15-20% adicional de casos pueda existir un componente hereditario asociado no bien establecido.

Como antes habíamos comentado, podemos hacer dos tipos de prevención: una primaria y otra secundaria. La prevención primaria se basa en una serie de intervenciones tales como cambios del estilo de vida, administración de antioxidantes, modificaciones de la dieta y quimioprevención; que pueden incidir en las diferentes

Correspondencia

Mónica Diosdado Figueiredo
Mercado 28 3ºD- 32001 El Puente. Ourense
Email: Monica.Diosdado.Figueiredo@sergas.es

etapas de desarrollo adenoma-carcinoma.

A pesar de la evidencia de que el cribado de cáncer colorrectal disminuye la incidencia y la mortalidad, estas medidas están poco introducidas en la práctica clínica habitual. La prueba de detección de sangre oculta en heces, aunque no es la ideal se justifica por su coste-efectividad y su facilidad en cuanto a recursos. La colonoscopia es la prueba más sensible y específica, pero se asocia a mayor número de complicaciones y mayores recursos. La sigmoidoscopia parece ser más efectiva que la sangre oculta en heces y es más segura que la colonoscopia, debiéndose considerar como una alternativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Después de conocer todo esto hemos creído oportuno plantear un estudio retrospectivo a 10 años, 1995-2004, para observar si las técnicas de screening muestran su eficacia en la práctica clínica diaria. Para ello cogemos a dos grupos de poblaciones para analizar la incidencia de cáncer colorrectal diagnosticado mediante la realización de colonoscopias en las que se realiza polipectomía con confirmación histológica

Así por un lado tenemos un grupo de pacientes con clínica digestiva que en el año 1995 se les realizó una colonoscopia con polipectomía que fue confirmado histológicamente como benigno; este grupo fue obtenido de los libros de registro de colonoscopias realizadas por el servicio de Digestivo del CHOU a lo largo del año 1995, y mediante seguimiento a través de historia clínica y/o encuesta telefónica valoramos la existencia o no de cáncer colorrectal a 10 años.

Por otro lado tenemos otro grupo de pacientes al azar, sin clínica digestiva que en el año 1995 ingresaron por causas no digestivas en nuestro hospital (p ej: fractura de cadera y se observa una anemia que se estudia, pancreatitis y encontramos una anemia asociada.....), y con características homogéneas de edad y sexo similares al grupo de pacientes con clínica digestiva. En estos se valora la existencia de cáncer o no mediante colonoscopia con polipectomía de la que se obtuvo un resultado histológico. Mediante seguimiento a través de historia clínica y/o encuesta telefónica valoramos la existencia o no de cáncer colorrectal a 10 años.

El estudio es de tipo retrospectivo a 10 años en el que las variables a estudio son de tipo cualitativo independientes dicotómicas, lo que nos lleva a la realización de tablas contingencia de 2*2 para el análisis de los resultados. En todas se realizó la prueba de chi-cuadrado o de Fisher, lo que nos permite comparar la homogeneidad en la distribución de dos variables cualitativas y si existe algún tipo de asociación entre ambas (si "p" menor o igual a 0,05 es que existe asociación).

RESULTADOS

De los 2069 pacientes con clínica digestiva que en el año 1995 se les realizó una colonoscopia con polipectomía, solo 82 fueron seleccionados después de tener en cuenta las variables a estudio: colonoscopia completa, polipectomía con confirmación histológica benigna. De estos 82 pacientes solo 61 completaron el estudio a 10 años, por lo que podemos concluir que **solo 61 pacientes son los seleccionados para el estudio** (Figura 1) de los cuales 33 pacientes eran hombres (54,10%) y 28 pacientes mujeres (45,90%).

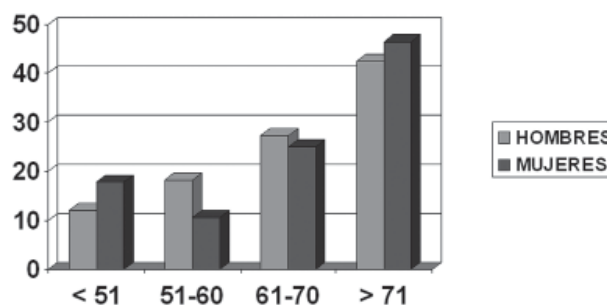


FIGURA 1

Distribución por sexo y edad en pacientes con clínica digestiva

Por otro lado realizamos una selección al azar de 88 pacientes sin clínica digestiva que en el año 1995 ingresaron por causas no digestivas en nuestro hospital, y con características homogéneas de edad y sexo similares al grupo de pacientes con clínica digestiva, a los que se les realizaron una colonoscopia, polipectomía y confirmación histológica benigna. De estos solo 61 completaron el estudio a 10 años, por lo que podemos concluir que **solo 61 pacientes son los seleccionados para el estudio** (Figura 2). De los cuales 35 pacientes eran hombres (57,38%) y 26 pacientes mujeres (42,62%).

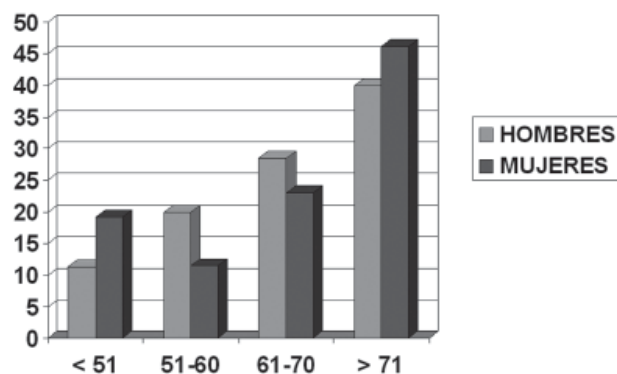


FIGURA 2

Distribución por sexo y edad en pacientes sin clínica digestiva

Las causas de exclusión fueron:

- Pacientes con colonoscopia no completa
- Pacientes con colonoscopia completa sin polipeptomía
- Pacientes con colonoscopia completa y polipeptomía sin confirmación histológica.

Las causas de las pérdidas en el seguimiento fueron los fallecimientos durante ese periodo.

La presencia de variables que pudieran actuar como confusoras en la aparición del cáncer de colon no fueron medidas en este trabajo y serian los denominados factores de riesgo: dieta hiper-calórica con abundantes grasas animales, antecedentes familiares de cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal, tabaco. En el caso de los antecedentes familiares se habla de hasta un 25% tienen esta herencia; y de un 8 a un 30% de los pacientes que padecen enfermedad inflamatoria intestinal después de transcurridos 25 años pueden presentar cáncer de colon.

El primer objetivo del estudio fue analizar mediante historia clínica encuesta telefónica, la existencia de cáncer de colon después de la realización de colonoscopia y polipeptomía con confirmación histológica; y encontramos lo siguiente.

Si observamos la totalidad de los resultados sin tener en cuenta ni la edad ni el sexo, observamos que de los 61 pacientes seleccionados y que completan el mismo, el 39,3% de los pacientes con clínica digestiva desarrollan un cáncer colorrectal frente al 14,7% sin clínica digestiva (Tabla 1).

TABLA 1

Cáncer de colon según presentan clínica digestiva

	CÁNCER SI	CÁNCER NO
CLINICA DIGESTIVA	24	37
CLINICA NO DIGESTIVA	9	5

Prueba de chi-cuadrado, $p = 0,0022$ IC =95%

DISCUSIÓN

Se ha planteado un estudio retrospectivo a 10 años, en el que se ha intentado analizar si las técnicas de screening de cáncer colorrectal muestran su eficacia en la práctica clínica. Para ello se ha seleccionado un grupo de 2069 pacientes que por clínica digestiva se les ha realizado una colonoscopia y polipeptomía con confirmación histológica en el año 1995, quedando solamente con 82 pacientes de los cuales **solo 61 pacientes completaron estudio a 10 años**. La causa de no completar el estudio en el resto fue el fallecimiento de los mismos en ese periodo.

Si analizamos el total de los resultados sin tener en cuenta la edad

ni el sexo, vamos a observar que el **39,3% de los pacientes con clínica digestiva a los que se le ha hecho colonoscopia y polipeptomía desarrollan cáncer colorrectal frente al 14,7%** de los pacientes sin clínica digestiva. Estos datos tienen **una significación estadística**, pues al aplicar la chi-cuadrado obtenemos una $p=0,0022$ (p menor o igual a 0,05 es significativa) para un IC del 95%

Así nos encontraremos un **mayor número de casos de cáncer colorrectal en los pacientes con clínica digestiva que en el resto**.

En nuestra población la realización de polipeptomias no disminuye la incidencia de cáncer colorrectal, aunque evidentemente estamos comparando un grupo de pacientes de alto riesgo frente a pacientes de riesgo menor, por lo tanto estamos comparando dos poblaciones de distinto riesgo. De todas formas este estudio viene a confirmar los estudios estadísticos anteriores que los pólipos son un factor de riesgo colorrectal.

En el National Polyp Study y el Telemark Polyp Study se llegó a observar que la incidencia de cáncer colorrectal tras polipeptomía de adenomas colorrectales esporádicos contribuye a disminuir la incidencia de cáncer colorrectal en más de un 75%. En el ECA de Minesota, tras un seguimiento de 18 años, se confirma una reducción de la incidencia del 17-20% a través de la identificación y exéresis de los adenomas precursores. De ahí que se refuerza la necesidad de hacer un adecuado cribado cáncer colorrectal mediante sistemas como es la sangre oculta en heces, y a aquellas personas que dan positivo hacer una colonoscopia con polipeptomía y confirmación histológica.

CONCLUSIONES

El hecho de realizar polipeptomias en nuestra población no parece disminuir la incidencia de cáncer colorrectal aunque no debemos olvidar que estamos comparando un grupo de pacientes de alto riesgo frente a otra de menor riesgo.

PUNTOS CLAVE

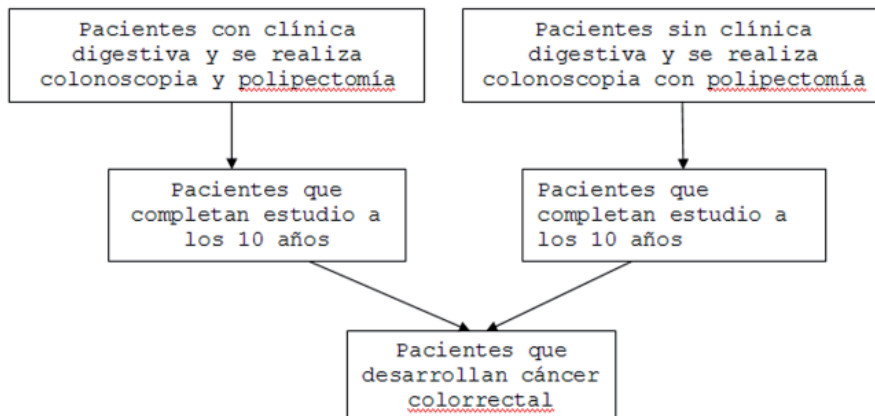
Lo conocido sobre el tema:

- El cáncer colorrectal es una enfermedad de alta prevalencia y con unas tasas de incidencia que se han aumentado en los últimos años.
- Cuenta con pautas de prevención eficaces y de guías de práctica clínica establecidas
- La realización de polipeptomias de adenomas colorrectales esporádicos contribuye a disminuir la incidencia de cáncercolorrectal.

Lo que aporta este estudio:

- El hecho de realizar polipeptomias en nuestra población no parece disminuir la incidencia de cáncer colorrectal.

ESQUEMA GENERAL DEL ESTUDIO



BIBLIOGRAFIA

- M.Marzo-Castillejo ,B.Bellas-Beceiro , M. Nuin-Villanueva,P.Cierco-Peguera, M Moreno-Baquerano y L. Rubio-Toledano. Grupo de Prevención de Cancer de PAPPs. Actualizaciones 2005; Supl 2:47-65
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención de Cáncer Colorectal. Guía de Práctica Clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada.
- Winager SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopy polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med. 1993; 329: 1977-81
- Thiis-Evensen E, Hiff GS, Sanar 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
- Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS et al. Randomized Comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. N Eng J Med 1993;328:901-906
- Citarda F, Tomaselli G, Cpacaccia R, Barcherini S, Crespi M. Efficacy in Standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. Gut 2001;48:812-815
- Nuñez Vazquez Angel, Diaz Garcia Bárbara, Aller Gómez Carolina. Cribado de Cáncer colorrectal. Cadernos de Atención Primaria 2010;17:24-29.
- Harrison. Principios de Medicina Interna;16ª edición: 591-597.