Revista de Gastroenterología de México 2011;Supl.**1(76)**:100-101

REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es

■ Oncología

Pólipos y cáncer de colon

José Luis Sanjurjo-García

Gastroenterólogo adscrito al Servicio de Gastroenterología del Hospital Español de México.

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en Norte América y Europa Occidental y el riesgo de padecerlo durante la vida es de 5% a 6% en Occidente.[1] La mortalidad en Estados Unidos ha disminuido entre 1980 y 1990, pero a partir del decenio de 1990 el descenso ha sido aún más notorio, a pesar de que la esperanza de vida y la obesidad se han incrementado en este periodo de tiempo, lo que podría hacer que la incidencia se elevara todavía más. Este descenso coincide con el aumento del escrutinio para detectar CCR en mayores de 50 años.[2]

Además del escrutinio hay otras variables que han contribuido a este efecto. En las décadas de 1970 y 1980, muchas mujeres recibieron tratamientos de reemplazo hormonal posmenopausia, lo que podría tener un efecto protector contra el CCR.[3] Asimismo, durante ese periodo hubo un aumento del consumo de ácido acetilsalicílico como profiláctico de los episodios oclusivos cardiovasculares y se incrementó la venta libre de antiinflamatorios no esteroideos, fármacos que reducen el riesgo de CCR.[4] En México, la tasa de mortalidad por CCR aumentó de 2.3 a 3.5 por 100 000 habitantes entre 1998 y 2007. Es la décima neoplasia en forma global y la segunda neoplasia maligna gastrointestinal, sólo después del cáncer de estómago.[5] En el Hospital Español, el CCR es una entidad que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada (80% mayores de 60 años de edad y la incidencia entre hombres y mujeres es prácticamente la misma (53% mujeres y 47% hombres).

La mayor parte de los tumores malignos se desarrolla a partir de pólipos adenomatosos y en promedio se requieren 10 años para que un pólipo menor de 1 cm se transforme en CCR invasivo. Dado el hallazgo de que los pólipos adenomatosos son precursores de cáncer y que los pólipos o tumores malignos tempranos son casi siempre asintomáticos, se necesitan pruebas de escrutinio para su detección y prevención.[6]

La prueba más utilizada en el escrutinio de la población abierta (con riesgo promedio) es la búsqueda de sangre oculta en heces. Su aplicación en sitios donde la frecuencia de estas neoplasias es elevada ha reducido positivamente las tasas de mortalidad. Se desconocen el efecto real en México y la forma en que incide en la detección oportuna del cáncer de colon o recto. El protocolo habitual consiste en la recolección de dos muestras de tres evacuaciones consecutivas. Esta prueba tiene una sensibilidad y especificidad variable y relativamente baja (34% a 79% y 4% a 34%, respectivamente), que sin embargo ha mejorado con la utilización de métodos inmunoquímicos (94% y 87%).

Los estudios endoscópicos han demostrado ser muy efectivos por su efecto en la disminución de la incidencia, morbilidad y mortalidad del CCR. La colonoscopia es el método de elección para evaluar la mucosa del colon en las personas que han tenido pruebas positivas en los programas de escrutinio. Existe evidencia de que la colonoscopia con polipectomía reduce la incidencia de CCR en 50% en personas asintomáticas.[7] El efecto es mayor en sujetos de riesgo intermedio y en este grupo la reducción llega al 70%. En consecuencia, el objetivo principal de la colonoscopia es la detección y tratamiento de las lesiones premalignas con una sensibilidad de 91% y especificidad de 97%. Las

Correspondencia: Ejército Nacional No. 613, Col. Granada, C.P. 11510, México, D.F. Tel.: 5255 9600. ***Correo electrónico:*** joseluissanjurjo@gmail.com

0375-0906/$ - see front matter © 2011 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

complicaciones relacionadas con el procedimiento son bajas: perforación en 2% y hemorragia 0.5%.[8]

La colonografía virtual es un estudio que se ha propuesto para la detección temprana de pólipos o CCR, pero a pesar de los avances tecnológicos no existe una razón para que desplace a los procedimientos endoscópicos. Se requieren equipos complejos y costosos, una preparación previa igual que la de la colonoscopia y lesiones lo suficientemente grandes (> 6 mm) para detectarse.[9]

Referencias

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics 2008. CA Cancer J Clin 2008; 58:71-96.
2. Chlebowski RT, Wactawski Wende J, Ritenbaugh C, et al. Estrogen plus progestin and colorectal cancer in postmenopausal women. N Engl J Med 2004; 350: 991-1004.
3. Rostom A, Dube C, Lewin G, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cyclooxygenase-2 inhibitors for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2007; 146; 376-389.
4. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale-update based on new evidence. Gastroenterology 2003;124:544-560.
5. Rodriguez-Bigas, Boland CR, Hamilton SR, et al. A National Cancer Institute Workshop on hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome: meeting highlights and Bethesda guidelines. J Natl Cancer Inst 1997; 89: 1758-1762.
6. Davila RE, Rajan E, Adler D, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis, staging and management of colorectal cancer. Gastrointestinal Endoscopy 2005; 61: 1-7.
7. Agrawal J, Syngal S. Colon cancer screening strategies. Curr Opin Gastroenterol. 2005; 21: 59-63.
8. Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Colorectal cancer screening and surveillance; clinical guidelines and rationale-update based on new evidence. Gastroenterology 2003; 124: 544-60.
9. Kim DH, Pickhardt PJ, Taylor AJ, et al. CT colonography versus colonoscopy for the detection of advanced neoplasia. N Engl J Med 2007; 357: 1403-12.