



Academia Nacional de Medicina
Buenos Aires



MINISTERIO de
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN

Guía de Recomendaciones para la Prevención del Cáncer Colorrectal



CONSENSO ARGENTINO 2004

■
ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGIA
ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA
ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGIA CLINICA
ASOCIACION MEDICA ARGENTINA
ENDOSCOPISTAS DIGESTIVOS DE BUENOS AIRES
FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE
ENDOSCOPIA DIGESTIVA
FEDERACION ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA
SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGIA
SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGIA
SOCIEDAD ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA ■ ■

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

- ACADEMIA ARGENTINA DE CIRUGIA
- ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA
- ASOCIACION ARGENTINA DE ONCOLOGIA CLINICA
- ASOCIACION MEDICA ARGENTINA
- ENDOSCOPISTAS DIGESTIVOS DE BUENOS AIRES
- FEDERACION ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- FEDERACION ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA
- SOCIEDAD ARGENTINA DE CANCEROLOGIA
- SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGIA
- SOCIEDAD ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA



INTRODUCCION

Los avances producidos en las últimas décadas en el tratamiento quirúrgico y oncológico del cáncer colorrectal (CCR) han permitido mejorar la calidad de vida, aunque produjeron un escaso impacto en la supervivencia a 5 años, que se ubica entre el 50 y el 60%.

Esto es debido a que con el diagnóstico habitual, es decir con enfermedad sintomática, el CCR se presenta como enfermedad avanzada, localmente o a distancia, en el 63% de los casos.

Cuando el diagnóstico se realiza en etapas tempranas la probabilidad de curación se eleva hasta el 80-90 % de los casos.

Estudios genéticos, experimentales y epidemiológicos sugieren que el CCR resulta de la compleja interacción entre la susceptibilidad genética y diferentes factores biológicos y ambientales.

La historia natural del CCR muestra que más del 90% de los CCR están precedidos por lesiones premalignas (adenomas) y su progresión es el resultado de un proceso en etapas, con alteraciones en genes supresores y oncogenes desarrollado durante varios años.

La secuencia adenoma-carcinoma para pólipos de menos de 1cm. se calcula en 10 a 15 años, tiempo suficiente para interceder en la misma diagnosticando y tratando lesiones premalignas o detectando tumores en etapa temprana.

Existe evidencia científica cuantiosa que demuestra que la prevención primaria y secundaria (a través de programas de pesquisa) son las armas más efectivas para reducir significativamente la incidencia y la morbilidad de esta enfermedad.

La prevención primaria tiene como objetivos identificar los factores de riesgo de la dieta y en el estilo de vida para intentar modificarlos a través de la educación.

Aproximadamente el 75 % de los CCR son esporádicos, es decir se desarrollan en personas que no presentan factores de riesgo incrementados, y en el 90% de los casos se producen en mayores de 50 años.

El resto (25%) se desarrolla en personas con riesgo incrementado debido a antecedentes personales de adenomas, cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal o antecedentes familiares de pólipos adenomatosos o cáncer colorrectal.

Para la OMS la pesquisa de una enfermedad se justifica cuando:

- 1- La enfermedad es frecuente y con elevada morbilidad.
- 2- Los Test de pesquisa son sensibles para detectar lesiones tempranas, aceptados por los pacientes y factibles de realizar en la práctica diaria.
- 3- El tratamiento luego de la detección por pesquisa mejora el pronóstico con respecto al obtenido con el diagnóstico habitual.
- 4- El beneficio potencial es superior a los riesgos y a los costos de la pesquisa.

El CCR cumple todos estos requisitos y por lo tanto resulta apropiado elaborar recomendaciones que tiendan a la prevención secundaria de esta enfermedad.

En Argentina el CCR es una enfermedad frecuente y con elevada morbilidad.

Si bien no se cuenta en el país con un Registro Nacional de Cáncer, la incidencia de los diferentes tipos de cáncer fue estimada por la Agencia Internacional de Investigaciones en Cáncer (IARC) dependiente de la Organización Mundial de la Salud a partir de los registros de mortalidad del Ministerio de Salud de la Nación.

En la publicación Globocan 2000, la IARC estimó que en la Argentina en el año 2000 se produjeron alrededor de 10.300 casos de CCR, ubicándolo en el segundo lugar en incidencia luego del cáncer de mama y delante del cáncer de pulmón.

Los últimos datos de mortalidad por diferentes causas en Argentina se hallan publicados en el Anuario 2002 de la Dirección de Estadísticas e Informaciones en salud del Ministerio de Salud de la Nación.

En esta publicación de diciembre de 2003, el número de muertes por CCR llegó a 5.700 personas en el año 2002, situándolo en el segundo lugar detrás del cáncer de pulmón y delante del cáncer de mama, próstata y estómago, en ese orden.

Esta cifra permite calcular alrededor de 15 muertes por día por CCR en Argentina.

Sobre estos datos del anuario 2002, el análisis de la distribución por sexo muestra que en el hombre la mortalidad por cáncer está encabezada por el cáncer de pulmón, luego sigue el cáncer de próstata y el CCR se ubica en el tercer lugar.

En el caso de la mujer, es el cáncer de mama el que produce el mayor número de muertes seguido por el CCR y por el cáncer de pulmón, y en cuarto lugar por el cáncer de útero.

La pesquisa del CCR, denominada prevención secundaria, debe realizarse tanto en las personas con riesgo incrementado como en la población general y tiene por objetivos:

- 1. Detección y tratamiento de lesiones premalignas con lo cual se logra disminuir la incidencia del CCR**
- 2. Detección presintomática (detección precoz) , con lo cual se mejoran los índices de curación.**

La disminución de la incidencia y la mejoría en la curación de la enfermedad traen como lógica consecuencia una disminución notoria en la morbimortalidad.

En el año 2000 la Sociedad Argentina de Gastroenterología, la Sociedad Argentina de Coloproctología, la Federación Argentina de Gastroenterología, la Asociación Argentina de Oncología Clínica y la Federación Argentina de

Asociaciones de Endoscopia Digestiva realizaron la primera guía de recomendaciones para la prevención del cáncer colorrectal que fue publicada como "Consenso Argentino 2000", y difundida en las publicaciones y eventos científicos de las sociedades participantes, pero que lamentablemente no llegó a tener una difusión ni una instrumentación acordes al impacto que podría tener su implementación en el ámbito de la salud.

En razón de todo lo manifestado es que se propuso que la Academia Nacional de Medicina, a través de su Instituto de Estudios Oncológicos, y en forma conjunta con el Ministerio de Salud de la Nación, convocaran nuevamente a las sociedades científicas que participaron del "Consenso Argentino 2000" y a otras sociedades también relacionadas con el tema, a los fines de realizar un nuevo "Consenso Argentino 2004".

El citado consenso tiene como objetivos los siguientes :

Objetivos Específicos:

1. Elaborar recomendaciones de prevención primaria de la enfermedad
2. Elaborar una guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del CCR.
3. Establecer normas de pesquisa individualizadas según el grupo de riesgo
4. Participación activa en la educación médica
5. Establecer una base para la discusión y elaboración de un Programa Nacional

Objetivos Generales:

1. Reducir la incidencia del CCR.
2. Disminuir la morbimortalidad por CCR.
3. Mejorar la calidad de vida.

GRUPO DE RIESGO BAJO O PROMEDIO (70 80% DEL TOTAL)	RECOMENDACIÓN		
	INICIO	OPCIONES (#)	INTERVALO
A: Toda la población de 50 años o más, asintomática y sin factores de riesgo. B: Cáncer colorrectal en un familiar de 2° ó 3° Grado C: Cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en un familiar de 1er. Grado mayor de 60 años o en dos de 2° grado	50 años	1-TSOMF	1-Anual. Si es (+): Estudio total del Colon.
		2- Ex Proctológico (Tacto rectal + FRSC)	2- C/ 5 años. Si es (+) Estudio total del Colon.
	50 años	3-TSOMF + Ex. Proctológico (Tacto rectal + FRSC)	3-TSOMF Anual + FRSC c/ 5 años. Si es (+): Estudio total del colon.
		4- Estudio total del colon (*): a) CEDC + tacto rectal ó b) Colonoscopia + Tacto Rectal.	4-: A) Cada 5 años b) Cada 10 años
40 años			

Abreviaturas: **TSOMF:** Test de sangre oculta en materia fecal.
FRSC: Fibrorrectosigmoideoscopia.
CEDC: Radiología de colon por enema con doble contraste.

(#)La elección del método debe ser valorada por el médico en el contexto clínico del paciente y de acuerdo a la calidad relativa de los métodos de estudio disponibles en una comunidad determinada. La decisión debe ser tomada en conjunto con el paciente luego de informarle sobre las ventajas y limitaciones de las distintas opciones.

(*) Estudio total del colon:

La colonoscopia hasta ciego es el método de elección

Si la colonoscopia no permite evaluar la totalidad del colon se realizará un colon por enema con doble contraste.

Con la Colonoscopia, el CEDC y la FRSC siempre se efectuará un tacto rectal.

El colon por enema con doble contraste debe asociarse con una FRSC si es necesario mejorar la visualización rectosigmoidea

GRUPO DE RIESGO MODERADO (20– 30% DEL TOTAL)	INICIO	RECOMENDACION	INTERVALO
Antecedente personal de 1 ó 2 pólipos adenomatosos tubulares < de 1 cm.	Desde la resección endoscópica completa	Colonoscopia	A los 5 años. (*) Si es normal a los 5 años incluir en Riesgo bajo.
Antecedente personal de adenoma > de 1cm.) ó componente vellosa >de 25% ó displasia ó 3 a 4 adenomas de cualquier tamaño (descartar Poliposis Adenomatosa Familiar)	Desde la resección endoscópica completa	Colonoscopia	A los 3 años (*) Si es normal repetir a los 5 años. Si nuevamente es normal incluir en riesgo bajo
Más de 5 adenomas ó 3 mayores de 1 cm	Desde la resección completa	Colonoscopia	Al año (*) y luego de acuerdo a hallazgos
Antecedente Personal de Cáncer colorrectal operado y resecado con intento curativo.(Vigilancia)	Luego de la Cirugía (#)	Colonoscopia	A los 3 años. Si es normal cada 5 años.
Antecedente de Cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en un familiar de 1er. Grado menor de 60 años o en 2 ó más a cualquier edad.	A partir de los 40 años o 10 años antes del caso familiar mas joven.	Colonoscopia	Cada 5 años.

(*) Siempre que el estudio del colon en el primer examen haya sido completo.

(#) Asumiendo que el examen total del colon se efectuó en el momento o previamente a la intervención quirúrgica. Si esto no fue posible se debe estudiar el resto del colon dentro de los 3 a 6 meses de la cirugía.

GRUPO DE RIESGO ELEVADO O ALTO (5_ 10% DEL TOTAL)	RECOMENDACION	INICIO	INTERVALO
A: Antecedentes de Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)	FRSC Considerar Test y Asesoramiento genético en Centro Especializado.	10-12 años	Cada 1-2 años Si es (+) debe indicarse colectomía (&)
B: Antecedentes de Cáncer Colónico Hereditario no asociado a Poliposis Criterios Amsterdam / Bethesda	Colonoscopia Test y Asesoramiento Genético en Centro especializado	Desde los 20 25 años	Cada 1-2 años
C: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (Rectocolitis Ulcerosa) (#)	Colonoscopia (con biopsias para detectar displasia)	A: Colitis Izquierdas y enfermedad de Crohn a partir de los 12 años de evolución. B: Pancolitis a partir de los 8 años de evolución.	Cada 1-2 años Cada 1-2 años

(&) En caso de indicarse colectomía total con ileorrectoanastomosis debe continuarse con la vigilancia endoscópica rectal anual y del tracto digestivo alto mediante endoscopia esofagogastroduodenal cada 1-3 años de acuerdo a los hallazgos. Se aconseja consultar en Centro especializado.

(#) Para la Enfermedad de Crohn, si bien no existe evidencia firme, se recomienda un programa de vigilancia moderada mediante colonoscopia y biopsias para detectar displasia cada 1-2 años en las formas extendidas a partir de los 12 años de evolución de la enfermedad.

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (Síndrome de Lynch)

Para establecer si una familia es portadora de Síndrome de Lynch se debe analizar si esta cumple los criterios clínicos de Amsterdam I y su posterior modificación en 1999 (Amsterdam II).

Criterios clínicos de Amsterdam I y II

- 1.** Tres afectados por cánceres asociados a Lynch (Colorrectal, endometrio, intestino delgado, uréter y pelvis renal).
- 2.** Uno de ellos familiar de 1º grado de los otros dos.
- 3.** Dos o más generaciones sucesivas afectadas
- 4.** Al menos 1 caso diagnosticado antes de los 50 años.
- 5.** Exclusión de poliposis adenomatosa familiar
- 6.** Tumores verificados histológicamente.

Si se cumplen los criterios clínicos de Amsterdam II y se dispone de test genético se solicita el mismo siempre que, como ocurre con la **PAF**, se realice dentro de un Centro especializado con asesoramiento genético.

Para cuando los criterios clínicos de Amsterdam no se cumplen, por ejemplo en el caso de familias pequeñas o desconocimiento de antecedentes familiares, se crearon los criterios de Bethesda, menos estrictos que los de Amsterdam y a partir de los cuales se investiga inestabilidad en microsatélites o inmunohistoquímica.

Criterios de Bethesda (modificación 2003) Indicativos de búsqueda de inestabilidad microsatélites y/o Inmunohistoquímica

- B1-** Individuos con cáncer colorrectal menores de 50 años
- B2-** Individuos con CCR o relacionados (estómago, vejiga, uréter, pelvis renal, vía biliar, glioblastomas, adenomas de glándulas sebáceas, queratoacantomas, carcinomas de intestino delgado) sincrónicos o metacrónicos
- B3-** Individuos con CCR menor de 60 años con microscopía sugestiva de inestabilidad en microsatélites
- B4-** CCR en paciente con 1 o más familiares de primer grado con CCR o relacionados con 1 menor de 50 años (incluye adenomas en menores de 40 años)
- B5-** CCR con 2 o más familiares con CCR o relacionados a cualquier edad

**Guía de Recomendaciones
para la Prevención del
Cáncer Colorrectal**

Consenso Argentino 2004