

DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER COLO-RECTAL



Prof. Dr. Olivato, Carlos





Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades
Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas

**GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL
CÁNCER COLORRECTAL**

- Septiembre de 2010 -

□ Incidencia Cáncer Colorrectal

La Incidencia del CCR en el mundo **se ha duplicado** en los últimos 30 años, en ambos sexos.

En el año 2000, el cáncer colorrectal fue el **tercer tipo de cáncer con mayor incidencia**, con alrededor de 945.000 nuevos casos en todo el mundo.

Es el tipo de tumor más común en los países desarrollados.

Se estima que casi la **mitad de los pacientes** diagnosticados de cáncer colorrectal **fallecerán por esa enfermedad**.

Es responsable a nivel mundial de **400 000 muertes por año**.



En los EE.UU., cada año se diagnostican 150.000 casos de cáncer colorrectal y actualmente ocupa el segundo lugar para ambos sexos.

En la Unión Europea, el cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer tanto en varones como mujeres.

En Europa desarrollan un cáncer colorrectal más de 370.000 personas cada año, lo que representa el 13 por ciento de la carga total de cáncer, con un índice de mortalidad que ronda los 200.000 fallecimientos por año.

Incidencia del Cáncer Colorrectal en Argentina

De acuerdo a los datos procedentes del Ministerio de Salud de la Nación, en la Argentina se diagnostican unos 11 mil nuevos casos por año, ubicándolo en el **tercer lugar en incidencia** luego del cáncer de mama y cuello de útero (en mujeres); de próstata y pulmón (en hombres).

Es responsable de 6700 fallecimientos por año lo que representa el 3% de toda la mortalidad anual en argentina.

Es la **segunda causa de muerte por cáncer**, por detrás del cáncer de pulmón, y por delante de los de mama y próstata.

Lo que sugiere que el CCR ocasiona **18 fallecimientos por día en nuestro país.**



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



□ **Objetivos:**

- **Identificación de población de alto riesgo, detección y tratamiento de lesiones pre-malignas para disminuir la incidencia del cáncer colorrectal.**
- **Detección precoz del cáncer colorrectal para mejorar los índices de curación.**



- **Para la OMS:**

La pesquisa del cáncer colorrectal en la población general, a partir de los 50 años, ha sido señalada como una **recomendación grado A, debido a que su eficacia y los beneficios superan ampliamente los riesgos y justifican su costo.**



□ Pasos a cumplir en la pesquisa del cáncer colorrectal:

- 1. Estratificar a la población según el grupo de riesgo.**
- 2. Establecer estrategias de pesquisa diferenciadas de acuerdo con el riesgo.**
- 3. Brindar terapéutica endoscópica o quirúrgica adecuada a los hallazgos.**
- 4. Establecer pautas de seguimiento de acuerdo con la patología tratada.**



- **Estratificación de la población en:**

- **Grupo de riesgo habitual o promedio (70-80% de los casos).**
- **Grupo de riesgo moderado (20-30% de los casos).**
- **Grupo de riesgo elevado (10-15% de los casos).**



- **Grupo de riesgo promedio (70-80% del total):**

- **Personas que deben iniciar **pesquisa a los 50 años**:**

Toda la población a partir de los 50 años, asintomática y sin factores de riesgo.

- **Personas que deben iniciar **pesquisa a los 40 años**:**

Personas que tengan un familiar de 1° grado mayor de 60 años con pólipo adenomatoso o cáncer colorrectal.

Personas que tengan dos familiares de 2° grado con pólipo adenomatoso o cáncer colorrectal

Recomendación para el grupo de riesgo promedio:

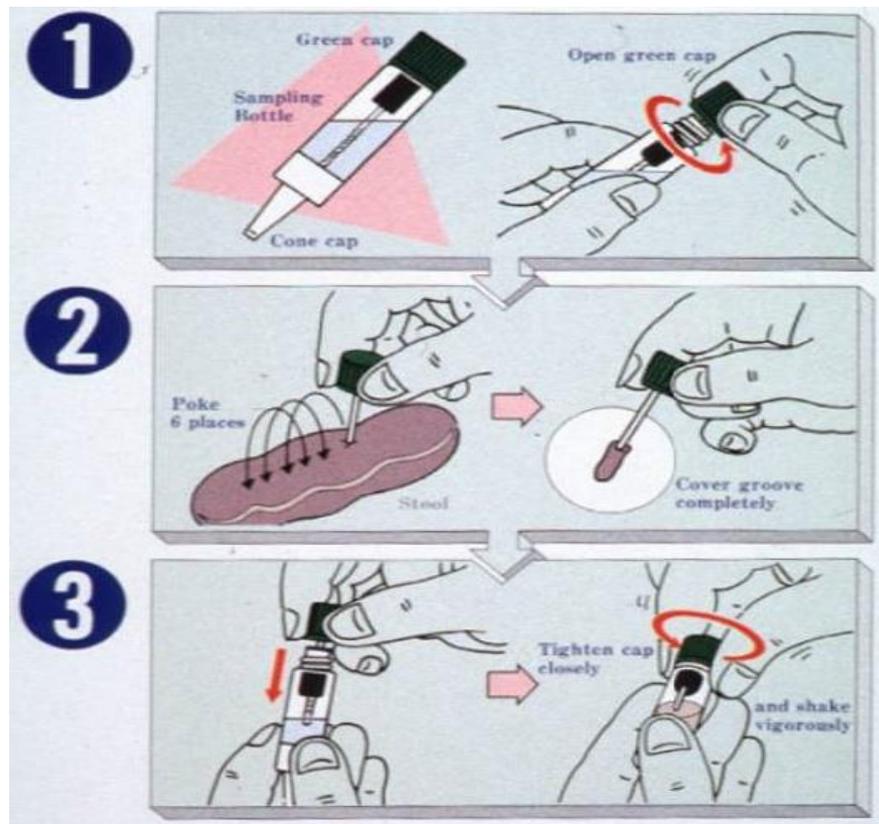
Opciones de métodos de pesquisa:

- A. TSOMF anual (**recomendación A**).
- B. Rectosigmoideoscopia Flexible cada 5 años (**recomendación B**).
- C. Colonoscopia Convencional cada 10 años (**recomendación B**).
- D. Colonoscopia virtual c/ 5 años (recomendación C).
- E. Colon por Enema Doble Contraste cada 5 años (recomendación C).

- 
-
- **Test de Sangre Oculta en Materia Fecal (Guayaco y tipo inmunológico).**
 - **Con un test de sangre oculta en materia fecal positivo, debe efectuarse colonoscopia completa hasta ciego.**
 - **Ante colonoscopia incompleta, colon por enema con doble contraste.**
 - **El Colon por Enema con Doble Contraste se hace cuando la colonoscopia no llega al ciego o cuando la misma no está disponible.**

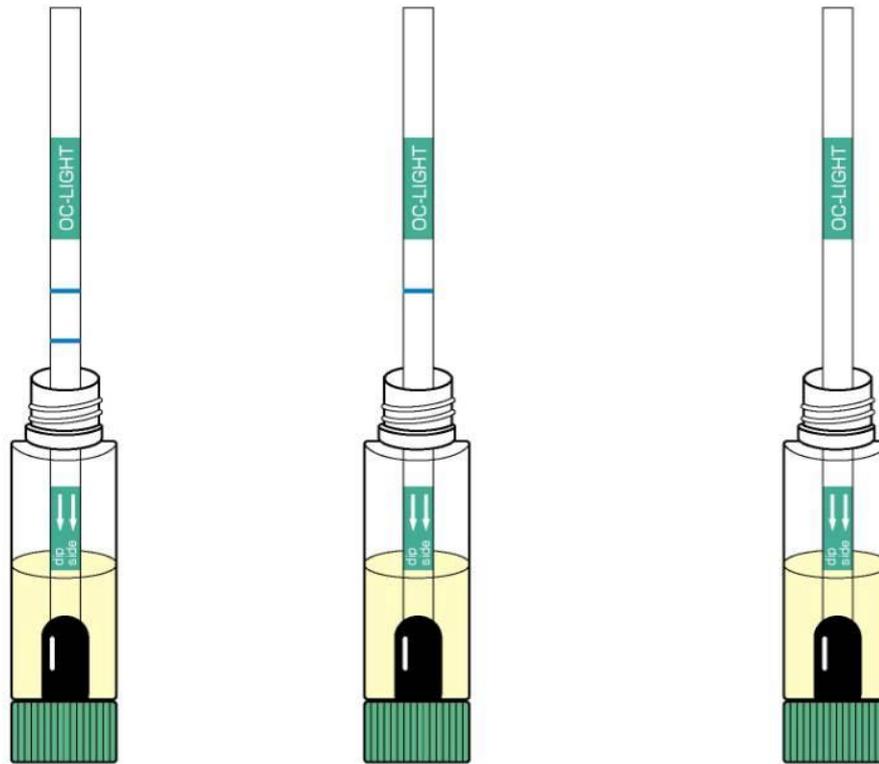
TSOMF – TIPO INMUNOLOGICO

1° Etapa: Recolección en domicilio por parte del paciente.



Programa de prevención y manejo del cáncer colorrectal

2º Etapa: Determinación del Resultado (a Cargo del Médico).



Grupo de riesgo moderado (20-30% del total):

- **A. Antecedente personal de adenomas colorrectales.**
 - Colonoscopia convencional cada 5 años (recomendación B).
- **B. Antecedente personal de cáncer colorrectal tratado con intento curativo.**
 - Colonoscopia convencional al año de operado de cáncer de colon (recomendación B).
 - Rectoscopia cada 3-6 meses durante los 2 primeros años en cáncer de recto (recomendación B).
- **C. Antecedente familiar de adenomas o cáncer colorrectal en un familiar de primer grado menor de 60 años o en dos o mas de primer grado a cualquier edad.**
 - Colonoscopia convencional cada 5 años .



- **Grupo de riesgo alto (10-15% del total):**

Comprende a personas con antecedentes de:

- **A. Poliposis Adenomatosa Familiar.**
- **B. Cáncer Colorrectal Hereditario No Asociado a Poliposis.**
- **C. Enfermedad Inflamatoria Intestinal.**



□ **Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF):**

Recomienda que los pacientes con diagnóstico genético de PAF o con sospecha clínica sin evidencia genética, realicen RSCF anual a partir de los 10 o 12 años de edad **(Recomendación A)**, indicando el tratamiento quirúrgico si ésta es positiva.

Se debe considerar realizar el estudio genético para pesquisa familiar.



□ **Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis o Síndrome de Lynch.**

Diagnóstico genético o clínico de CCHNP, Colonoscopia cada 1 o 2 años a partir de los 20 o 25 años de edad o 10 años antes de la edad del diagnóstico del caso familiar más joven (Recomendación A).

Se debería considerar realizar estudio genético o de biología molecular para pesquisa familiar en los que cumplen con los criterios de Amsterdam o Bethesda.



Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

Recomienda que los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, realicen una Colonoscopia cada 1 o 2 años con biopsias escalonadas, a partir de los 8 años después del diagnóstico de pancolitis o de los 12 o 15 años después del diagnóstico de colitis izquierda y de enfermedad de Crohn de colon (Recomendación B).

Incidencia de CCR en colitis ulcerosa es del 5 %.

10 – 30 veces mayor probabilidad de desarrollar CCR que la población general.

Riesgo de CCR aumenta después de los primeros 10 años, aumentando un 20 % por cada década.



MUCHAS GRACIAS