



¿QUÉ PIENSA EL SMFYC DE...

MARZO 2022

¿Qué piensa el SMFYC de la disminución en la edad para iniciar el rastreo de cancer colorrectal sugerida por la USPSTF?

En Argentina, el cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer en frecuencia, tanto en hombres como en mujeres, ocupando el segundo lugar en la lista de mortalidad por cáncer.

Los principales aspectos de la historia natural del CCR que han hecho pensar en la factibilidad de rastrearlo en la población asintomática son:

1) Las personas con alto riesgo de CCR tienen, por lo menos, el doble de riesgo de desarrollar CCR que la población general. El 93% de los CCR proviene de un pólipo adenomatoso. El tiempo que tarda un CCR en desarrollarse desde un pólipo de 1 cm es siete años promedio. El 5% de los adenomas de 5 mm se convierte en CCR invasor.

2) Se estima que el CCR tarda dos años en pasar por el estadio Dukes A, un año por el B y un año por el C. En poblaciones en las que no se realiza el rastreo, al momento de presentación de la enfermedad, el 50% de los pacientes consultará con cáncer localmente invasor, el 30% con cáncer regionalmente invasor y el 20% con metástasis a distancia.

Los métodos validados para el rastreo son:

*pruebas en materia fecal: SOMF (método de guayaco de alta sensibilidad, inmunoquímica fecal y prueba de ADN combinada con frecuencia de entre 1 a 3 años)

*técnicas de visualización directa: Videocolonoscopia (cada 10 años), colonoscopia virtual (cada 5 años) y sigmoidoscopia flexible (cada 5 años).



Con el surgimiento de un estudio epidemiológico retrospectivo (llevado adelante entre 2000 y 2016) publicado en “the annals of internal medicine”(2) que registró un aumento en la incidencia de CCR en personas de entre 40 y 49 años y la disponibilidad de métodos no invasivos para el rastreo, la USPSTF decidió realizar una revisión de evidencia de la cual surgió una nueva recomendación de rastreo:

Rastreo de CCR en personas asintomáticas entre 45 y 49 años (grado B: certeza moderada de un beneficio neto moderado).

Evidencia disponible para el cambio de recomendación

La recomendación, la USPSTF llevó adelante una revisión sistemática de los estudios disponibles hasta el momento. Se realizó también un estudio de microsimulación (3). En la revisión sistemática se incluyeron ECCA y estudios de cohortes. El resultado obtenido fue una disminución en la mortalidad por CCR en todos los estudios disponibles. Sin embargo, en este caso no se llevó adelante un análisis ajustado por edad.

A través del estudio de microsimulación (dentro del que se incluyeron 3 modelos) se buscó realizar la proyección de ocurrencia de eventos y se analizaron 3 grandes variables:

- años de vida que se ganarían en caso de adelantar el rastreo,
- casos evitables de CCR,
- muertes evitables si se inicia de forma temprana el rastreo.

Los resultados obtenidos fueron:

- * 26 años ganados en caso de iniciar el rastreo a partir de los 45 años.
- * se evita 1 muerte cada 1000 que realizan el rastreo de CCR.
- * disminución de 2-3 casos cada 1000 pacientes.

A partir de la evidencia obtenida, la USPSTF define la nueva recomendación de iniciar el rastreo a los 45 años, determinando que la información obtenida presenta un balance a favor del beneficio del rastreo.



Consecuencias de disminuir la edad de comienzo del rastreo

Con respecto al rastreo de CCR y a las técnicas para realizarlo, **no se conoce la relación entre la realización de técnicas de materia fecal y la disminución de mortalidad por CCR.** Es por esto que si bien todas las técnicas son eficaces para la detección de lesiones malignas, no todas pueden reducir la mortalidad (siendo esto último el objetivo del rastreo)(4).

En segundo lugar, **la nueva recomendación se basa en modelos de microsimulación.** Si bien los mismos pretenden realizar una proyección de la situación estudiada, no abarcan la complejidad de los procesos como es en este caso el rastreo de CCR. En este caso, estos modelos de predicción **no tienen en cuenta los costos al sistema de salud, los riesgos relacionados a la anestesia y la videocolonoscopia.** Además, no se cuenta con evidencia del beneficio real de la remoción de pólipos dentro de este nuevo grupo etario, exponiendo a las personas a los riesgos de resultados falsos positivos o de sobrediagnóstico.

Por último, la incidencia de CCR continúa siendo mayor en las personas de 50 años en adelante. El riesgo de comenzar el rastreo en edades más tempranas conlleva a que **las oportunidades de realizar los estudios en esta nueva población, corran el foco de la población objetivo utilizando recursos en población que no cuenta con evidencia científica sólida que demuestre el beneficio.**

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente el SMFyC, en conjunto con los servicios de gastroenterología, coloproctología y clínica médica, ha decidido **no adoptar las recomendaciones de la USPSTF y mantener la edad de inicio de este rastreo a los 50 años en población general.**

Bibliografía:

1. Sistema de vigilancia epidemiológica y reporte del cáncer (SIVER-Ca). Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Argentina, 2019.
 2. Montminy, E et.al. *Contributions of Adenocarcinoma and Carcinoid Tumors to Early Onset Colorectal Cancer Incidence Rates in the United States.* Ann Intern Med. Published 202. doi:10.7326/M20-0068.
 3. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Screening for Colorectal Cancer.* JAMA. 2021;325(19):1965-1977. doi:10.1001/jama.2021.6238. Corrected on August 24, 2021.
- Powell, K et.al. *Colorectal cancer screening at a younger age: pitfalls in the model-based recommendation of the USPSTF.* Epub ahead of print. BMJ Evidence-Based Medicina. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjebm-2021-111793>