

Efectividad de la colonoscopia virtual para el rastreo de cáncer colorrectal

Effectiveness of Computed-tomographic colonography for colorectal cancer screening

Kim D y col. N Engl J Med 2007;357:1403-12.

Objetivo

Comparar la colonoscopia virtual (CV) y la colonoscopia óptica (CO) para el rastreo poblacional de cáncer colorrectal (CCR) y determinar si la primera puede disminuir el número de colonoscopías terapéuticas.

Lugar, diseño y pacientes

Universidad de Wisconsin, EEUU. Estudio de corte transversal paralelo con enrolamiento consecutivo de los participantes (3120 en el grupo CV y 3163 en el de CO). Los del grupo CV requerían derivación de sus médicos mientras que los de CO podían acceder libremente al rastreo. Se excluyeron aquellos con antecedentes de un pólipo que requiriera vigilancia y de enfermedades intestinales. El 98% de los pacientes estaba asintomático y tenía un riesgo de CCR similar a la población general.

Evaluación de factores pronósticos

Los pólipos resecaos fueron clasificados en grandes (más de 10mm) pequeños (6 a 9mm) y diminutos (menores a 5mm). La caracterización de los pólipos incluyó su tamaño, su morfología (sésiles, pedunculados o planos), la presencia de invasividad y su localización anatómica (proximal o distal al ángulo esplénico del colon). Los adenomas fueron clasificados como tubulares, túbulo-vellosos (25 a 75% de componente vellosos), vellosos y aserrados.

Medición de resultados principales

Tasa de detección de adenomas avanzados y adenocarcinomas para distintos tamaños de pólipo; y tasa de polipectomía.

Resultados principales

La prevalencia de neoplasias avanzadas fue similar en ambos grupos, sin diferencia en el número de adenomas avanzados (lesiones precursoras). El número de polipectomías fue cuatro veces mayor en el grupo CO. 246 pacientes del grupo CV (7,9%) fueron derivados para CO terapéutica. En el grupo CV hubo 12 pacientes con adenocarcinomas invasivos (0,4%) vs. 4 (0,1%) el grupo CO. Ocho cánceres extracolónicos fueron observados en el grupo CV (0,3%). Los eventos adversos serios en el grupo CO incluyeron la perforación del colon en siete pacientes (0,2%) con necesidad de reparación quirúrgica en cuatro de ellos; mientras que en el grupo CV no hubo perforaciones ni otros eventos adversos serios, aún teniendo en cuenta las CO terapéuticas.

Conclusiones

El rendimiento diagnóstico para neoplasia avanzada fue similar en los dos grupos a pesar de que la historia familiar de CCR fue mayor en el grupo CO. No reportar las lesiones diminutas puede considerarse costo-efectivo ya que reduce la tasa de polipectomías y complicaciones sin disminuir la eficacia del rastreo. Tomar 10mm como límite para indicar la polipectomía permitiría no perder a la mayoría de las lesiones clínicamente relevantes. La CV podría actuar como filtro para la CO, aumentando a su vez la aceptabilidad del método de rastreo de CCR.

Palabras claves: rastreo cáncer de colon, colonoscopia, colonoscopia virtual.

Keywords: colorectal cancer screening, colonoscopy, virtual colonoscopy.

Fuentes de financiamiento: el Dr. Kim recibió honorarios de Viatronix por conferencias, el Dr. Pickhardt por tareas de consultoría, así como de C.B. Fleet, Medicsight y Philips Medical Systems; y el Dr. Gopal, de AstraZeneca por conferencias.

Comentario

Los pacientes no fueron aleatorizados a las diferentes tecnologías evaluadas, lo que genera sesgos de selección y de participación. Se describieron insuficientemente las características de los grupos, mencionando el número de pacientes sintomáticos sin describir sus manifestaciones clínicas; lo que puede generar confusión ya que es contradictorio hablar de "rastreo", que por definición se aplica a una población asintomática. Por otro lado, el hecho de no haber informado las lesiones menores de 5mm puede ser discutible si no se evalúa el contexto individual del paciente.

No obstante, si bien existen reportes contradictorios^{1,2}, un estudio previo³ que había incluido solo individuos asintomáticos y utilizado un procedimiento técnico más depurado no había mostrado diferencias entre la CV y la CO (sensibilidad del 86% para los pólipos de 6 a 9mm y 92% para los mayores de 10mm). Existen además otros aspectos a tener en cuenta: la aceptabilidad del método de rastreo por parte de la población y los costos a la hora de reducir la mortalidad específica por cáncer de colon. Estamos frente a una alternativa menos invasiva, sin riesgo de efectos adversos mayores (perforación) y de

menor costo. En Buenos Aires una CV ronda los u\$s 200 y una CO, u\$s 460 (incluye los costos relacionados con la anestesia general). Ambas situaciones pueden ser percibidas como potenciales barreras por el paciente a la hora de rastrear CCR. ¿Estos hallazgos deberían cambiar nuestra práctica cotidiana? La pesquisa anual de sangre oculta en la materia fecal (SOMF) seguida de CO en los casos positivos demostró disminución de la mortalidad. Si bien no hay evidencia definitiva para las otras estrategias, otras recomendaciones hoy incluyen a la sigmoidoscopia combinada con SOMF, a la colonoscopia óptica y al colon por enema de doble contraste. Según la fuerza de tareas preventiva de EEUU, todavía existe insuficiente evidencia para recomendar la CV⁴.

Sin dudas, para poder definir una normativa diferente en torno a la política de rastreo de CCR en aquellos lugares en los que la CV esta disponible, será necesario evaluar la costo efectividad de las estrategias alternativas considerando globalmente los resultados esperados, el costo, la capacidad de respuesta de los servicios y la preferencia de los pacientes.

Laura Ninin [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. laura.ninin@hospitalitaliano.org.ar]

Recibido el 10/03/08 y aceptado el 10 /04 /08

Ninin L. Efectividad de la colonoscopia virtual para el rastreo de cáncer colorrectal. Evid Act Pract Ambul. 11(3) 79. May-Jun 2008. **Comentado de: Kim D., Perry J., Pickhardt. CT Colonography versus Colonoscopy for the Detection of Advanced Neoplasia.** N Engl J Med 2007;357:1403-12. PMID: 17914041. Disponible en URL: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/357/14/1403.pdf> (último acceso 21/03/08).

Referencias

1. Cotton P. Computed Tomographic Colonography, a multicenter comparison with standard colonoscopy for detection of colorectal neoplasia. JAMA 2004; 291: 1713-19.
2. Asociación Americana de Gastroenterología. Reporte de la AGA sobre perspectivas futuras: Colonografía por tomografía computada. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 70, Núm. 2, 2005. Disponible libremente en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge052n.pdf> (último acceso 21/03/08).
3. Pickhardt P y col. Computed Tomographic Virtual Colonoscopy to Screen for Colorectal Neoplasia in Asymptomatic Adults. NEJM 2003;349:2191-200. Resumen y comentario por Villalón G en: <http://www.foroaps.org/files/colonovirtual.pdf> (último acceso 21/03/08).
4. Agency for Health Care Quality and Research. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>