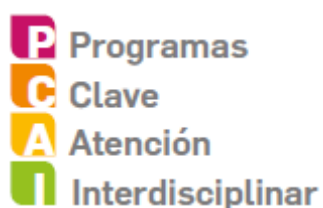


**RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO EN
PERSONAS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE
CÁNCER COLORRECTAL NO ASOCIADO A
SÍNDROMES HEREDITARIOS.
ACTUALIZACIÓN 2019**

Programa Clave de Atención Interdisciplinar Cáncer Colorrectal



Edición: 03 del 4 de abril de 2019

Disponible en: <http://www.astursalud.es>

Edita: Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

ÍNDICE

1.	Autores y revisores	4
2.	Justificación	5
3.	Objetivo.....	6
4.	Poblaciones con riesgo familiar incrementado no asociado a síndromes hereditarios	6
5.	Recomendaciones de cribado y seguimiento	6
6.	Algoritmo de la estrategia de cribado en personas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal sin evidencia de síndromes hereditarios	8
7.	Bibliografía.....	9

1. Autores y revisores

Autores

- ▶ Oscar González Bernardo. Servicio de Digestivo. HUCA
- ▶ Adolfo Suárez González. Servicio de Digestivo. HUCA
- ▶ Grupo PCAI de Cáncer colorrectal

Revisores

- ▶ Pedro Amor Martín. Servicio de Digestivo. Hospital V. Álvarez Buylla.
- ▶ J. Ezequiel Cuesta Fernández. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Fundación de Jove.
- ▶ Bernabé Fernández González. D.G. Planificación Sanitaria. Consejería Sanidad.
- ▶ M. Jesús González Mateos. D.G. Planificación Sanitaria. Consejería Sanidad.
- ▶ José Luis Graña López. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- ▶ Beatriz López Ponga. Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios. SESPA.
- ▶ Amando de Llano. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital del Oriente.
- ▶ José Martín Pérez Pariente. Servicio de Digestivo. HUCAB.
- ▶ David Pereira Santiago. Servicio de Digestivo. Hospital Valle del Nalón.
- ▶ David Pérez Corte. Servicio de Digestivo. HUSA.
- ▶ Miguel Prieto García. D.G. Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- ▶ Isabel Quintela. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Valle del Nalón.
- ▶ Guillermo Vigal Brey. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital de Jarrío.

2. Justificación

En el Principado de Asturias, al igual que en todo nuestro entorno, el cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno más frecuente, con un riesgo acumulativo poblacional del 6% y una incidencia en aumento, hecho en el que influye el progresivo envejecimiento de la población. Su supervivencia media es ligeramente superior al 50% y depende de la estadificación tumoral en el momento del diagnóstico. Por ello, se han implantado políticas de cribado poblacional que permitan su diagnóstico y tratamiento en fases iniciales, mediante la realización de test de sangre oculta en heces y colonoscopia. Esto permite además, la extirpación de lesiones polipoideas que no son lesiones propiamente malignas, pero presentan un potencial de degeneración ampliamente conocido. Aproximadamente el 80% de los CCR se desarrollan a partir de pólipos adenomatosos, siguiendo la secuencia adenoma-carcinoma, por lo que su extirpación previene la mortalidad por CCR.¹

El riesgo de padecer cáncer colorrectal se incrementa con la edad, de forma significativa a partir de los 50 años. Aunque la mayor parte de los mismos son de carácter esporádico, una pequeña proporción (5%) aparecen en el contexto de enfermedades hereditarias, como la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), el síndrome de Lynch (cáncer colorrectal hereditario no polipósico - CCHNP), síndrome de Peutz Jeghers, Poliposis Serrada o CCR familiar tipo X. En otros casos, los pacientes que presentan cáncer colorrectal tienen antecedentes familiares, aunque sin llegar a cumplir criterios de las formas hereditarias conocidas. Se considera que en un 15% de los casos de cáncer colorrectal podría haber algún componente hereditario no bien etiquetado que supusiera un cierto incremento del riesgo.^{2,3}

En base a esta circunstancia, el Servicio de Salud del Principado de Asturias diseñó y puso en marcha en el año 2010 un programa de cribado de CCR destinado a la población con riesgo elevado, dirigido tanto a personas con síndromes hereditarios conocidos como a aquellas que contaban con una historia familiar. Este programa se revisó en febrero de 2017, en base a las nuevas evidencias científicas y a la integración con el programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal que se ha venido desplegando progresivamente en Asturias.

En el momento actual se considera procedente realizar una nueva redefinición del programa de cribado de cáncer colorrectal en personas con antecedentes familiares de dicha neoplasia, en el marco del Programa Clave de Atención Interdisciplinar del Cáncer Colorrectal, ante las nuevas evidencias y recomendaciones de seguimiento recogidas en la Actualización 2018 de la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Prevención del Cáncer Colorrectal de la Asociación Española de Gastroenterología y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria,⁴ así como en el hecho de que durante el primer semestre del año 2019 está previsto que finalice el despliegue del cribado poblacional del cáncer colorrectal en la totalidad del Principado de Asturias.

3. Objetivo

Los objetivos de este documento son dos:

- ✓ Actualizar las recomendaciones de seguimiento de personas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal no asociado a síndromes hereditarios (Síndrome de Lynch, Poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Peutz Jeghers, Síndrome de Poliposis Serrada o cáncer colorrectal familiar tipo X), para ajustarlas a la evidencia científica disponible en el momento actual.
- ✓ Integrar y unificar estas recomendaciones con las incluidas en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal del Principado de Asturias: cribado de carácter poblacional a la población con riesgo medio (cualquier individuo con edad entre 50 y 69 años), con test inmunológico de sangre oculta en heces (SOH) con carácter bienal.

4. Poblaciones con riesgo familiar incrementado no asociado a síndromes hereditarios

Se establecen dos grupos de población según el grado de parentesco, tras haber excluido los síndromes hereditarios:

- ✓ Dos familiares de primer grado diagnosticados de neoplasia de colon a cualquier edad.
- ✓ Un familiar de primer grado diagnosticado de neoplasia colorrectal a cualquier edad, o familiares con menor grado de parentesco (segundo o tercer grado).

5. Recomendaciones de cribado y seguimiento

A lo largo de los últimos años se ha demostrado una mayor aceptación del test de sangre oculta en heces inmunológico (SOHi) frente a la colonoscopia, con una eficacia similar para detectar CCR en población de riesgo medio en España.⁵ La determinación de un test de SOHi en población con riesgo familiar presenta una sensibilidad para detección de adenoma avanzado y CCR que oscila entre el 29 y 80% y una especificidad entre el 87 y 96%.⁶

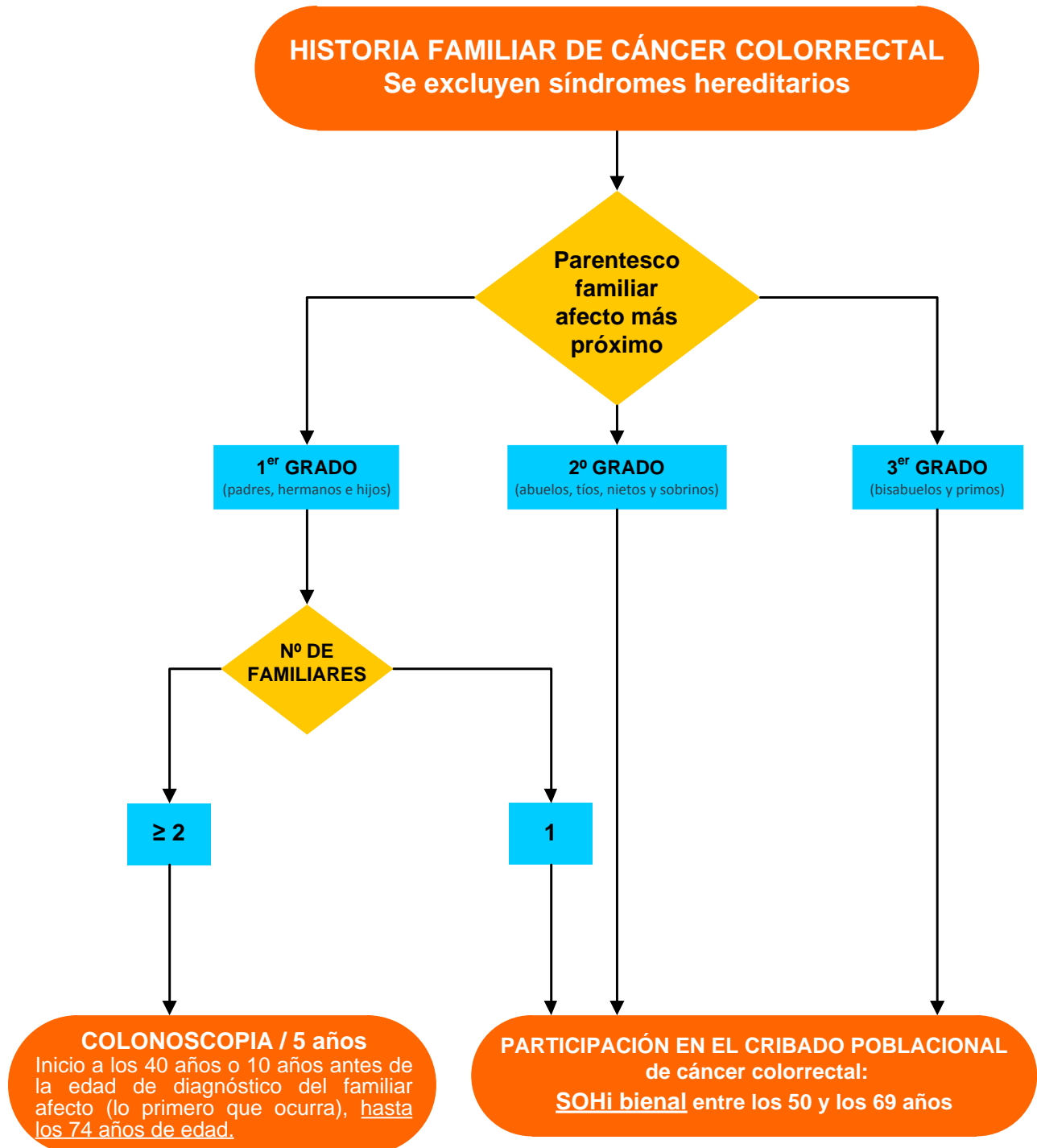
En un reciente estudio prospectivo español comparando prevalencia de lesiones colónicas en una amplia serie de familiares de primer grado asintomáticos frente a población de riesgo medio,⁷ se detectaron como factores relevantes la edad avanzada, el sexo masculino y la presencia de al menos dos familiares de primer grado con neoplasia de colon, no así la existencia de un único antecedente familiar. Este dato, respecto al riesgo familiar, coincide con otro estudio efectuado previamente en Polonia,⁸ donde en aquellos casos con dos antecedentes familiares de primer grado, la posibilidad de existencia de lesiones fue 2,1 veces superior a la de la población general, mientras que no existieron diferencias significativas si únicamente existía un familiar de primer grado diagnosticado antes de los 60 años de edad.

En definitiva, recientes estudios prospectivos de base poblacional en nuestro medio que analizan el efecto del número de familiares con neoplasia de colon, así como la edad del caso índice sobre la incidencia de la enfermedad y la mortalidad por la misma entre sus descendientes, no reflejan unas diferencias cuya magnitud justifique una estrategia de cribado diferente de la poblacional mediante test de sangre oculta en heces aplicable a la población de riesgo medio, salvo la existencia de dos o más familiares de primer grado afectados, subgrupo en el que sí sería recomendable una estrategia de cribado intensiva basada en colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años de edad, o 10 años antes de la edad de diagnóstico de los familiares si lo fueron antes de los 50 años.

Por todo ello, se propone una modificación del actual protocolo de actuación ante personas con antecedente familiar de neoplasia de colon no asociada a síndromes hereditarios en Asturias. Se recomienda la opción de realización directa de una colonoscopia en casos de doble antecedente familiar de primer grado, mientras que el resto se incluirían en los programas de cribado periódico mediante una determinación del test inmunológico de sangre oculta en heces.⁴

Situación	Cribado
CCR en ≥ 2 familiares de primer grado de cualquier edad.	Colonoscopia cada 5 años a partir de los 40 años o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto (lo primero que ocurra), hasta los 74 años de edad.
CCR en un familiar de primer grado y/o familiares de segundo o tercer grado a cualquier edad.	Participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer colorrectal, mediante la realización de test de SOHi con carácter bienal entre los 50 y los 69 años de edad.

6. Algoritmo de la estrategia de cribado en personas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal sin evidencia de síndromes hereditarios



7. Bibliografía

1. Zauber A.G., Winawee S.J., O'Brien M.J., Landssdorp-Vogelaar I., van Ballegooijen M., Hankey B.F., et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. *N. Eng. J. Med.* 2012; 366: 687-696.
2. Butterworth A.S., Higgins J.P.T., Pharoah P. Relative and absolute risk of colorectal cancer for individuals with a family history: A meta-analysis. *Eur. J. Cancer* 2006; 42: 216-227.
3. Piñol V., Andreu M., Castells A., Payá A., Bessa X., Rodrigo J. Frequency of hereditary non-polyposis colorectal cancer and other colorectal cancer familial forms in Spain: a multicentre, prospective, nationwide study. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2004; 16: 39-45.
4. Cubiella J., Marzo-Castillejo M., Mascort-Roca J.J., Amador-Romero F.J., Bellas-Beceiro B., Clfent-Vilaplana J., et al: Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. *Gastroenterol. Hepatol.* 2018; 41: 585-596.
5. Quintero E., Castells A., Bujanda L., Cubiella J., Salas D., Lanás A. et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. *N. Eng. J. Med.* 2012; 366: 697-706.
6. Castro I., Cubiella J., Rivera C., González-Mao C., Vega P., Soto S., et al. Fecal immunochemical test accuracy in familial risk colorectal cancer screening. *Int. J. Cancer* 2014; 134: 367-375.
7. Quintero E., Carrillo M., Leoz M., et al. Risk of advanced neoplasia in first-degree relatives with colorectal cancer: A large multicenter cross-sectional Study. *PLoS Med.* 2016; 13: 31002008.
8. Regula J, Rupinski M, Kraszewska E, et al. Colonoscopy in colorectal-cancer screening for detection of advanced neoplasia. *N Engl J Med.* 2006;355:1863-72.