

Artículo Original

Diagnóstico de lesiones preneoplásicas en colon y cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positiva

Diagnosis of preneoplastic lesions in colon and colorectal cancer in patients with positive SUMASOHF

José Fernández Sotolongo¹, Ramón Yero Rodríguez¹, Javier Orlando Díaz Elías¹, Lissette Castro Álvarez¹, Marta Suárez Romero²

¹Hospital Universitario “General Calixto García”. La Habana, Cuba.

²Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. La Habana, Cuba.

Contacto: josé.fernández@infomed.sld.cu

Recibido: 2 de abril de 2018

Aceptado: 20 de mayo de 2018

RESUMEN

Introducción: Existe consenso mundial en el uso de la determinación de sangre oculta en heces fecales para la pesquisa de cáncer de colon. El Centro de Inmunoensayo aporta desde marzo de 2013 el SUMASOHF, una prueba inmunológica rápida para el diagnóstico precoz y seguimiento de desórdenes gastrointestinales que provocan sangramiento con alto grado de sensibilidad.

Objetivo: Identificar la presencia de lesiones preneoplásicas y cáncer colorrectal.

Métodos: Se estudiaron en consulta de gastroenterología del Hospital Universitario Calixto García, protocolizada en el diagnóstico temprano de cáncer colorrectal 567 pacientes remitidos de la atención primaria de salud (APS) con SUMASOHF positivo en el periodo comprendido de Enero del 2016 hasta Diciembre del 2017, a los que se les realizó estudios hematológicos, ultrasonido abdominal, panendoscopia y colonoscopia.

Resultados: Se identificó en el 14.46 % de los casos lesión preneoplásica en colon y en el 12.52 % cáncer colorrectal. La mayoría de los tumores malignos de colon diagnosticados correspondieron al tipo histológico de adenocarcinoma.

Conclusiones: Se concluye que el SUMASOHF no sustituye otros procedimientos diagnósticos como la colonoscopia o los estudios de RX en el diagnóstico de lesiones preneoplásica y cáncer colorrectal y que el resultado positivo de SUMASOHF no debe ser utilizado como diagnóstico conclusivo para hemorragias gastrointestinales, solo debe ser utilizado para pesquisas preliminares o como ayuda para el diagnóstico.

Palabras clave: lesiones precancerosas; neoplasias colorrectales; colon; enfermedades del colon; neoplasias del colon; Gastropatías.

SUMMARY

Introduction: World consent exists in the use of the determination of hidden blood in fecal grounds for the investigation of colon cancer. The Center of Inmunoensayo contributes from March of 2013 the SUMASOHF, a quick immunologic test for the diagnose precocious and pursuit of gastrointestinal disorders that cause bled with high grade of sensibility.

Target: To identify the presence of colorectal cancer.

Methods: They were studied in consultation of Gastroenterology of the University Hospital “General Calixto Garcia” protocolized in the early diagnosis of colorectal cancer 567 remitted patients of the primary attention of health with positive SUMASOHF in the understood period of January of the 2016 until December of the 2017 to which were carried out studies hematology, abdominal sonogram, panendoscopy and colonoscopy.

Results: It was identified in 14.46 % of the cases premalignant lesions in colon and in 12.52 % colorectal cancer. Most of the diagnosed wicked tumors of colon corresponded to the histological type adenocarcinoma.

Conclusions: SUMASOHF doesn't substitute other diagnostic procedures as the colonoscopy or the studies of RX in the investigation of colorectal cancer and that the positive result of SUMASOHF should not be used as diagnostic conclusive for gastrointestinal, alone hemorrhages it should be used for preliminary investigations or like help for the diagnosis.

Key words: precancerous conditions; colorectal neoplasms; colon; colonic diseases; colonic neoplasms; stomach diseases.

INTRODUCCIÓN

Un programa nacional de control del cáncer es un programa de salud pública diseñado para reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer, así como para mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad, mediante la aplicación de las estrategias basadas en las evidencias para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y el cuidado paliativo de los pacientes, con el mejor uso de los recursos disponibles.¹

La detección temprana se basa en el diagnóstico precoz del desarrollo de un cáncer, en las fases presintomáticas, cuando el tratamiento es probablemente más eficaz. La detección temprana depende de dos elementos principales: la educación y la pesquisa.¹ Se estima que un 30 % de los cánceres puede curarse con la detección temprana y con el tratamiento apropiado.²

La pesquisa es la presunta identificación de la enfermedad, no reconocida previamente, por medio de las pruebas que se aplican para identificar los individuos saludables y los posiblemente enfermos.³

La pesquisa de cáncer colorrectal se basa en la detección del adenoma, una lesión preneoplásica específica que puede tratarse eficazmente. Estos cambios premalignos preceden a más de 90 % de los casos del cáncer colorrectal. El riesgo de padecer de un adenoma colorrectal durante la vida es de 20 %, con una incidencia máxima entre 55 y 65 años. La probabilidad de padecer un cáncer colorrectal durante la vida es de 4 % a 6 %, con una incidencia máxima entre los 65 y 75 años; y afecta por igual a hombres y mujeres. Alrededor de 75 % de los individuos que

desarrollan cáncer colorrectal no tienen historia personal o familiar de la enfermedad, por lo que no se realiza la pesquisa por grupo de riesgo, ya que se detectaría solamente alrededor de 20 % de los casos. La detección temprana puede conducir a la curación entre 80 % y 90 % de los casos.⁴

Existe consenso en que las pruebas más recomendadas para la detección temprana del cáncer colorrectal son el análisis de la sangre oculta en las heces fecales, la sigmoidoscopia, y la colonoscopia. El enema de doble contraste con bario es otro de los procedimientos imagenológicos recomendados. Otras técnicas, tales como la tomografía axial computarizada o la colonoscopia virtual también se aplican, pero aún no han demostrado reducir la tasa de mortalidad. Se realizan ensayos clínicos para evaluar las pruebas de ADN en la materia fecal o en sangre.⁵⁻⁷

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los resultados obtenidos en la disminución de la mortalidad por esta enfermedad con la pesquisa con colonoscopia y la detección de sangre oculta en materia fecal anual.^{8,9}

En Cuba se recomienda para pacientes asintomáticos mayores de 50 años la determinación de sangre oculta en materia fecal con frecuencia anual y la rectosigmoidoscopia flexible o colon por enema de doble contraste cada 5 años. En el grupo de riesgo familiar, la colonoscopia cada 5 años. En el caso de la primera no solo utiliza la prueba del guayacol sino que se cuenta desde el año 2013, con una prueba inmunológica específica para la hemoglobina humana denominada SUMASOHF que fue diseñada por el Centro de Inmunoensayo y es

distribuida por TecnoSuma Internacional S.A. Consiste en un inmunoensayo cromatográfico tipo sándwich muy útil para el diagnóstico precoz y seguimiento de desórdenes gastrointestinales que provocan sangramiento con alto grado de sensibilidad. En cinco minutos pueden detectarse niveles de hemoglobina humana en la materia fecal tan pequeños como 0,2 µg/m.¹⁰

La prueba SUMASOHF se implementó en 2013 en los 116 municipios cubanos de una manera rápida y con un carácter masivo, sin tener definido una estrategia. Ese año se estudiaron 50 756 individuos de más de 50 años, la cobertura fue solo 2.7 % y la positividad fue 10.4 % (dato obtenido del Documento 241-509-01 Tecnología SUMA 2013, Sistema de Información Estadística, MINSAP). La cobertura de la pesquisa debe incrementarse tan pronto como sea posible para reducir la mortalidad por cáncer colorrectal, la segunda causa de muerte por cáncer en Cuba en ambos sexos, con 2319 muertes en 2015 (20.7 muertes por 100 000 habitantes).¹¹

A pesar de la puesta en práctica del SUMASOHF en la APS, el servicio de gastroenterología del Hospital Calixto García carece de una estrategia organizativa para realizar el diagnóstico temprano de lesiones preneoplásicas y cáncer colorrectal en los pacientes con resultado positivo de la prueba.

El autor de la investigación junto al equipo de trabajo desarrollo un grupo de acciones organizativas dentro de las que destacan intercambios con trabajadores de los laboratorios SUMA; médicos de la Atención primaria de Salud que le permitieron identificar la existencia de una brecha en la organización del diagnóstico temprano de cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positiva remitidos por la APS lo que generó la necesidad de fundamentar científicamente el desarrollo de un conjunto de acciones organizativas orientadas al diagnóstico temprano de cáncer colorrectal.

La novedad de la investigación consiste en que por primera vez se diseña y se implementa una estrategia organizativa sobre bases científicas, que perfecciona el proceso organizativo del servicio de gastroenterología del hospital en el diagnóstico de lesiones preneoplásicas y del cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positivo en la APS.

Objetivo:

Identificar la presencia de lesiones preneoplásicas y cáncer colorrectal.

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud en el Hospital Universitario "General Calixto García", la cual se extendió desde Enero de 2016 hasta Diciembre de 2017, que culminó con la creación de una estrategia organizativa para el diagnóstico temprano de lesiones preneoplásicas y de cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positivo remitidos de la APS.

El pensamiento estratégico estuvo fundamentado en una pluralidad metodológica que consistió en una investigación de desarrollo que responde a los principios de investigación-acción y que integra métodos: inductivo-deductivo, analítico-sintético, histórico- lógico, análisis documental, revisión bibliográfica, entrevista estructurada a informantes claves, observación participativa y el método estadístico utilizado fue la estadística descriptiva.

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de la población de los municipios atendidos por el Hospital Calixto García en el periodo comprendido de enero del 2016 hasta diciembre del 2016, que correspondió a 394 250 habitantes.

Se utilizó un muestreo intencional no probabilístico por criterios de inclusión para la selección de la muestra que quedó

conformada por 567 personas con SUMASOHF positivo.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, con SUMASOHF positivo diagnosticados en la atención primaria de salud, que aceptaron ser atendidos en consulta protocolizada de Gastroenterología de nuestro hospital.

Criterios de exclusión: Se excluyeron 26 pacientes (4.58 %) que no aceptaron participar en la investigación y 39 pacientes (6.87 %) que el SUMASOHF confirmatorio resultó negativo.

Para alcanzar el objetivo se brindó atención médica en consulta protocolizada de Gastroenterología en el diagnóstico temprano de lesiones preneoplásica y cáncer colorrectal, se solicitó el consentimiento informado a las personas que participan en la investigación. Se realizó anamnesis, examen físico, estudios complementarios: SUMASOHF confirmatorio, hemograma completo, coagulograma, electrocardiograma, ultrasonido abdominal,

panendoscopia oral y colonoscopia de los pacientes atendidos.

La información para este estudio se obtuvo de las hojas de cargo y de las historias clínicas, esos datos constituyeron la fuente para la creación del registro automatizado de diagnóstico temprano de lesiones preneoplásica y de cáncer colorrectal. Los datos contenidos en la base de datos de pacientes con SUMASOHF positivo se exportaron a Microsoft Office Excel 2007 para el procesamiento y resumen de las variables utilizadas en esta investigación.

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 11.5, a través del cual se obtuvieron las frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizó una PC Intel Core I 3, con ambiente de Windows 7. Los textos se procesaron con Word 2007, y las tablas se realizaron con Excel 2007.

RESULTADOS

Tabla 1. Localizaciones de lesiones preneoplásicas (pólipos) en los pacientes estudiados.

Principales localizaciones	N	%
Recto	9	11
Unión recto-sigmoidea	7	9
Sigmoides	37	45
Ángulo esplénico	2	2
Transverso	5	6
Colon derecho	7	9
Ciego	2	2
Múltiples	13	16
Total	82	100

En la **tabla 1** se encontró lesiones preneoplásica (pólipos) en 82 pacientes estudiados (14.46 %), de ellos, predominó la localización en sigmoide en un 45 % seguido de la localización múltiples en el 16 % y en el recto con 11 % respectivamente.

Tabla 2. Localización del cáncer colorrectal en los pacientes estudiados.

Principales localizaciones	N	%
Recto	12	17
Unión recto-sigmoidea	3	4
Sigmoides	27	38
Ángulo esplénico	3	4
Transverso	4	6
Colon derecho	11	16
Ciego	5	7
Múltiples	6	8
Total	71	100

En la **tabla 2** se evidencia el hallazgo de cáncer colorrectal en 71 pacientes estudiados (12,52 %) y un predominio de la localización sigmoide, recto y colon derecho con 38%, 17% y 16% respectivamente.

DISCUSIÓN

En la tabla 1 se observa los hallazgos de lesiones preneoplásicas en 82 pacientes estudiados (15 %) a los cuales se les pudo realizar la polipectomía satisfactoria lo que permitió la curación de los mismos. Es en este sentido es que va dirigida la pesquisa de cáncer colorrectal debido a que estos cambios premalignos preceden a más de 90 % de los casos y permiten ser tratados eficazmente.⁴ Este resultado se asemeja al reportado en el año 2012 por Zauber AG *et al* en estudio realizado en Inglaterra a 2602 pacientes con polipectomías en una o más colonoscopias realizadas.¹²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce los resultados obtenidos en la disminución de la mortalidad por cáncer colorrectal con la pesquisa con colonoscopia y la detección de sangre oculta en materia fecal anual.^{8,9} Se realizó el diagnóstico temprano de 71 casos de cáncer colorrectal (12.52 %) lo que permitió el tratamiento quirúrgico de los mismos. El resultado alcanzado en este

estudio tiene un comportamiento similar al reportado en el año 2013 en Cuba en estudio realizado en 116 municipios del país que abarcó un total de 50756 pacientes con una positividad de 10.4 %.¹³

CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano de lesiones preneoplásicas y cáncer colorrectal en pacientes con SUMASOHF positiva identificó en el 14.46 % de los casos la presencia de lesión preneoplásica en colon y en el 12.52 % cáncer colorrectal.

La mayoría de los tumores malignos de colon diagnosticados correspondieron al tipo histológico de adenocarcinoma.

EL SUMASOHF no sustituye otros procedimientos diagnósticos como la colonoscopia o los estudios de RX en el diagnóstico temprano de lesiones preneoplásicas y de cáncer colorrectal.

EL SUMASOHF representa una ayuda en la detección de hemorragias colorrectales. Sin embargo, como algunos tipos de lesiones, incluyendo pólipos y cáncer colorrectal,

pueden no sangrar o hacerlo intermitentemente, o la sangre no estar distribuida uniformemente en la muestra de heces fecales, pudiera obtenerse un resultado negativo aun cuando la enfermedad esté presente.

BIBLIOGRAFÍA

1.-World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; c2008 [cited 2014 Mar 10]. 204p. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/Cancers/9241545577/en/>.

2.-World Health Organization. Detección temprana. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [cited 2014 Mar 10].48 p. Disponible en: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/es/.

3.-Fernández JA, Díaz J. Algunas consideraciones teóricas sobre la pesquisa activa. Rev. Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2009 [cited 2014 Apr 10]; 25(4):107–16. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v25n4/mgi11409.pdf>.

4.-WGO/IDCA Internacional para Cáncer Digestivo: Tamizaje del cáncer colorrectal. 2007. Disponible en http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf [Consulta: 12/3/2007].

5.-American Cancer Society. Detailed Guide: Colon and Rectum Cancer. 2012. Disponible en <http://www.cancer.org/Cancer/ColonandRectumCancer/DetailedGuide/index> [Consulta: 13/3/2014].

6.-Aune D, Chan DS, Lau R, Viera R, Greenwood DC, Kampman E, Norat T. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. BMJ. 2011 Nov 10; 343:617.

7.-American Cancer Society. Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección temprana del cáncer colorrectal. 2014. Disponible en:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guia-etallada/cancer-colorrectal-earlydeteccion-recomendations> [Consulta: 13/3/2014].

8.-WHO. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd Edition.ISBN 92 4 154557 7. 2008. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancer/9241545577/en/> [Consulta: 10/3/2014].

9.-OMS. Detección temprana. Control del cáncer. Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces. ISBN 9789243547336. 2007. Disponible en: http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_planning/es/ [Consulta: 10/3/2014].

10.-Herrera R, Lorenzo A, Rodríguez R, Vivar JR, López L, Gato E, et al. SUMASOHF para el diagnóstico de sangre oculta: evaluación analítica desarrollada en el Centro de Inmunoensayo. 2012. Disponible en:<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewPaper/1684> [Consulta: 23/4/2014].

11.-National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2015 Apr [cited 2015 Apr 10]. 190 p. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario_2015.pdf.

12.-Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, Van Ballegooijen M, Hankey BF, et al. Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths. N Engl J Med. 2012;366:687-96. "2 602 pacientes con polipectomía en una o más colonoscopias".

13.-National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2013 Apr [cited 2014 Apr 10]. 190 p. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf