

**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 -**

La presente guía efectúa recomendaciones sobre procedimientos preventivos para individuos asintomáticos con riesgo promedio o incrementado para desarrollar cáncer colorrectal (CCR) sobre la base de la evidencia provista por otras guías y su adaptación a las condiciones de la práctica local.

Instituciones participantes:

Academia Argentina de Cirugía
Asociación Argentina de Cirugía
Asociación Argentina de Oncología Clínica
Asociación Médica Argentina
Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires
Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopia Digestiva
Federación Argentina de Gastroenterología
Sociedad Argentina de Cancerología
Sociedad Argentina de Coloproctología
Sociedad Argentina de Gastroenterología
Sociedad Argentina de Patología
Sociedad Argentina de Radiología
Instituto de Estudios Oncológicos - Academia Nacional de Medicina

Convocadas por la Academia Nacional de Medicina, por intermedio del Instituto de Estudios Oncológicos (IEO-ANM), las entidades autoras, miembros del Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas y del Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, avalan este Consenso Multidisciplinario, que aúna los criterios propuestos por los profesionales que se encuentran involucrados en la prevención, diagnóstico y tratamiento del Cáncer Colorrectal.

Las Instituciones autoras se comprometen a difundir y promover el uso del contenido de este documento en todas las áreas y entidades responsables del manejo de la Salud, Institutos Nacionales, PAMI, Provinciales, Municipales, Colegios Médicos, entidades de Medicina Prepaga, Obras Sociales, Mutuales, Superintendencia de Seguros de Salud de la Nación, Hospitales de Comunidad, Hospitales Universitarios, demás entidades relacionadas y su aplicación por todos los especialistas del país.

Contenido:

- Objetivos
- Consideraciones Preliminares
- Población Diana
- Usuarios Potenciales
- Participación de los Autores
- Metodología de Elaboración
- Recomendaciones para la Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal:
 - Prevención Primaria
 - Prevención Secundaria en personas con:
 - ❖ Riesgo habitual o promedio
 - ❖ Riesgo moderado
 - ❖ Riesgo alto
- Consideraciones especiales respecto a los distintos métodos de pesquisa y el intervalo recomendado para cada uno de ellos
- Bibliografía
- Lista de autores
- Financiación
- Declaración de Conflicto de Intereses
- Apéndices

Lista de Abreviaturas utilizadas en el texto:

AINES: anti-inflamatorios no-esteroides

CC: Colonoscopia Convencional

CCHNP: Cáncer Colorrectal Hereditario No Asociado a Poliposis

CCR: Cáncer Colorrectal

CEDC: Colon por Enema Doble Contraste

CV: Colonoscopia Virtual

PAF: Poliposis Adenomatosa Familiar

RSCF: Rectosigmoideoscopia Flexible

SOMF: Sangre Oculta en Materia Fecal

TiSOMF: Test inmunohistoquímico para Sangre Oculta en Materia Fecal

Objetivos:

Los **objetivos específicos** del consenso son:

1. Elaborar una guía de recomendaciones para la prevención y detección temprana del CCR.
2. Establecer normas de pesquisa de acuerdo a los distintos grupos de riesgo.
3. Participar activamente en la educación médica a través de la difusión de estas recomendaciones.
4. Promover y facilitar estrategias para la detección temprana del CCR en la Argentina.
5. Proveer evidencia para tomar decisiones clínicas individuales (pesquisa individual) o desarrollar políticas de salud en la Argentina relacionadas con el CCR (pesquisa poblacional).

A través de ellos podremos lograr los **objetivos generales** de:

1. Reducir la incidencia del CCR
2. Disminuir la morbilidad por CCR
3. Mejorar la calidad de vida

Para el logro de estos objetivos, las Sociedades autoras buscan actualizar los contenidos del “Consenso Argentino 2004 para la Prevención del Cáncer Colorrectal” ⁽¹⁾ que fuera publicado en dicho año en este mismo ámbito.

En tal sentido, este grupo de trabajo se propone establecer recomendaciones sobre prevención en individuos asintomáticos con riesgo habitual para CCR así como para la vigilancia de pacientes con patologías relacionadas al CCR conocidas y tratadas, con el objetivo de contribuir a la reducción de la incidencia de CCR a través del diagnóstico y tratamiento de las lesiones preneoplásicas, y a la disminución de la morbilidad mediante el diagnóstico de las lesiones tempranas.

En la guía se enuncian recomendaciones específicas para detección temprana y vigilancia, de acuerdo con el riesgo individual de padecer CCR y referidas a la edad de inicio de los procedimientos diagnósticos, los intervalos a los que deben repetirse los mismos y la edad de finalización.

También se hacen consideraciones acerca de los distintos procedimientos diagnósticos, según su eficiencia para la detección precoz de lesiones precursoras o neoplasias verdaderas, además de la disponibilidad y grado de aceptación de los mismos.

Consideraciones preliminares:

Las estadísticas sanitarias accesibles locales e internacionales, coinciden en señalar a la Argentina como un país con alta prevalencia de CCR. Constituye aquí la 2^{da} causa de muerte por cáncer, sólo superada por el cáncer de pulmón, y representa el 3% de las muertes totales por cualquier causa que se registran, dando cuenta de unas 6500 muertes anuales, unas 18 muertes diarias por CCR ⁽²⁻³⁻⁴⁾.

La reducción de la mortalidad por CCR asociada a la detección temprana de la enfermedad y la disminución de la incidencia del cáncer como consecuencia de la resección de los pólipos adenomatosos han sido demostradas en una serie de ensayos clínicos de buena calidad. Estos estudios aportan buena evidencia acerca del beneficio de las medidas de prevención ⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾ para reducir ambos parámetros.

Si bien son pocos los estudios de prevención de CCR en la Argentina ⁽¹²⁾, el consenso considera que los beneficios ya demostrados son lo suficientemente claros y extrapolables a nuestro medio, lo que permite aplicar aquí sus resultados y recomendar fuertemente la implementación de estrategias de pesquisa para la detección temprana del CCR y la vigilancia de las enfermedades asociadas al mismo.

Hay dos categorías de métodos de pesquisa: los estudios en materia fecal y los estudios estructurales del colon. Existen diferencias en cuanto a evidencia, efectos sobre la incidencia y mortalidad, costo-efectividad y aceptación entre los distintos procedimientos, pero cualquiera de ellos aplicado en el contexto de un programa sistemático y regular puede reducir significativamente la mortalidad por CCR.

En la práctica, en nuestro medio ya se han establecido y difundido procedimientos preventivos del CCR ⁽¹³⁻¹⁴⁾. Sin embargo la implementación de programas preventivos está muy lejos de ponerse en práctica de manera regular en todos los habitantes.

Pese al cúmulo de evidencia a favor de la utilización de procedimientos de prevención del CCR, no todos los médicos en nuestro país indican en forma sistemática a sus pacientes las estrategias preventivas. Por otra parte, investigaciones locales muestran que los pacientes parecen esperar el consejo, con buena predisposición para iniciar la pesquisa si reciben la indicación del médico ⁽¹⁵⁾.

Para establecer estrategias de prevención y detección precoz es necesario identificar dos tipos específicos de pesquisa: la pesquisa “ocasional o individual” (cuando un individuo se presenta en un servicio sanitario) y la “sistemática o poblacional” (dirigida al conjunto de la población). En ambos grupos se deben analizar las ventajas de cada método sin dejar de lado las consideraciones sobre calidad, disponibilidad y costo-efectividad de las diferentes alternativas, especialmente en la pesquisa poblacional donde debe asegurarse la accesibilidad a toda la comunidad, adaptándose a la realidad de cada población y sistema de salud.

Esta guía pretende ofrecer evidencias y herramientas para decidir cómo y cuándo indicar procedimientos de pesquisa y detección precoz a los individuos en riesgo de padecer CCR, principalmente referidas a la pesquisa individual y que pueden servir como base para establecer programas de pesquisa poblacional.

Población diana:

Las recomendaciones señaladas en la presente guía tienen como destinatarios a todos los habitantes de la Nación que presentan riesgo de padecer CCR. Para poder cumplir con estos objetivos, las Sociedades participantes aspiran a una amplia difusión de estas recomendaciones y a que los Sistemas Nacionales de Salud, tanto públicos como privados, faciliten (de acuerdo a sus posibilidades) el acceso de los pacientes a las prestaciones necesarias para la implementación de estas recomendaciones.

Usuarios potenciales:

El contenido de esta guía está dirigido a los médicos en quienes recae la atención de los individuos en riesgo de padecer CCR, tanto aquellos que actúan en el nivel de atención primaria como a nivel de especialidades, lo que incluye a médicos clínicos, generalistas, médicos de familia, pediatras, ginecólogos, oncólogos, gastroenterólogos, cirujanos generales o proctológicos, radiólogos y médicos sanitaristas, sin excluir a cualquier otra especialidad que pueda ofrecer consejos o estrategias de prevención en situaciones particulares.

Participación de los Autores:

El grupo de trabajo para la elaboración del consenso está integrado por representantes de las sociedades médicas autoras del presente documento, que proveen educación médica continua y herramientas para la toma de decisiones clínicas, tanto en el nivel de atención primaria como en las especialidades relacionadas y cuyos asociados son reconocidos como usuarios potenciales de esta guía.

Metodología de elaboración:

Esta guía es una actualización del Consenso publicado en 2004⁽¹⁾. Para su desarrollo se siguió la metodología AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) recomendada internacionalmente para la confección de guías de práctica clínica⁽¹⁶⁾, se tomaron también en cuenta las observaciones recibidas luego de la publicación anterior⁽¹⁷⁾. Para la elaboración del presente documento el grupo de trabajo ha utilizado las recomendaciones enunciadas por instituciones reconocidas internacionalmente que, a juicio del grupo, mejor se adaptan a la finalidad de ofrecer procedimientos preventivos y de detección temprana para el CCR en nuestra comunidad.

El consenso utiliza para establecer sus recomendaciones preventivas una clasificación del riesgo de padecer CCR. De esta manera, se identifican tres categorías de riesgo y se divide la guía en sendos capítulos distintos que enuncian las recomendaciones de pesquisa y/o vigilancia para cada una de estas categorías.

En el Capítulo A se enuncian las recomendaciones para individuos con riesgo denominado promedio o habitual de padecer CCR. Este grupo constituye la mayoría de los individuos, probablemente cercano al 90% del total.

En el Capítulo B se enuncian las recomendaciones para individuos con riesgo moderado, por presentar antecedentes personales o familiares de adenomas o CCR.

El Capítulo C hace referencia a los individuos que presentan riesgo alto por presentar factores de riesgo personales como padecer una enfermedad inflamatoria intestinal, o antecedentes de riesgo familiares relacionados con determinantes genéticos predisponentes como es el caso de la Poliposis Adenomatosa Familiar o el Cáncer Colorrectal Hereditario No Asociado a Poliposis (Síndrome de Lynch).

Para estos capítulos se han utilizado como documentos de referencia, la Guía de Recomendaciones de la Fuerza de Tareas Preventivas de los Estados Unidos (USPSTF)⁽¹⁸⁾, la Guía Española de Práctica Clínica para prevención del CCR Actualización 2009⁽¹⁹⁾ y la Guía elaborada por el Instituto Americano de Gastroenterología, AGA Institute (Guías conjuntas sobre CCR, de la American Cancer Society, la Fuerza de Tareas Multi-Sociedades de los Estados Unidos, y el Colegio Americano de Radiología)⁽²⁰⁾.

En los tres capítulos se efectuaron las modificaciones consideradas como necesarias por el grupo de trabajo para su aplicación en nuestro medio, sobre la base de la evidencia disponible concerniente a las condiciones locales y la opinión de los expertos participantes cuando no se disponía de evidencia suficiente. En todas las circunstancias, estos cambios se resaltaron para su clara identificación, adjuntando a ellas la denominación de “*Recomendación GC*”.

En el Capítulo D se establecen una serie de consideraciones especiales respecto a los distintos métodos de pesquisa y el intervalo recomendado para cada uno de ellos. En su redacción se utilizó también como fundamento las consideraciones enunciadas por la USPSTF y la Guía Española y, en caso de ser necesario el enunciado de consideraciones locales, se identifican mediante la misma denominación de “*Recomendación GC*”.

En el Apéndice B, el grupo de trabajo adjunta las direcciones electrónicas, pertenecientes a las Sociedades participantes, donde pueden consultarse los documentos elaborados por los representantes de cada una de ellas para la discusión inicial de esta Guía. Este material fue discutido y consensuado entre todas las instituciones autoras.

Para la elaboración de esta guía, los integrantes del grupo de trabajo, lo hicieron en tres grupos, cada uno de ellos con tareas específicas. Un grupo estuvo dedicado al análisis y evaluación de la evidencia científica, que da soporte a las recomendaciones y la elaboración de los documentos antes mencionados. Otro grupo estuvo dedicado a la redacción de las Guías sobre la base del método enunciado previamente. Un tercero ejerció la dirección y coordinación general de las tareas.

La versión final de las recomendaciones fue adoptada luego de discutir su contenido en reunión plenaria de los tres grupos. En todos los casos en que existieron desacuerdos y no se logró consenso unánime, los integrantes del grupo coordinador representantes de la entidad convocante

(IEO-ANM) resolvieron las diferencias en función de la opinión mayoritaria de las sociedades autoras.

Se planifica reproducir este mismo procedimiento aproximadamente cada cuatro años o antes, si se considera necesario debido a la aparición de nueva evidencia que produzca modificaciones sustanciales.

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CCR

A) PREVENCIÓN PRIMARIA. Modificaciones de estilo de vida.

El Consenso no ha considerado entre sus objetivos el de revisar la evidencia científica y la elaboración de recomendaciones relacionadas con la Prevención Primaria del CCR.

B) PREVENCIÓN SECUNDARIA. Detección de lesiones precursoras y/o cánceres tempranos.

El Consenso recomienda determinar el riesgo individual de padecer CCR mediante la anamnesis orientada a recabar antecedentes personales y/o familiares relacionados al CCR. La evaluación del riesgo debe quedar registrada en un sitio visible de la historia clínica y ser informada de manera fehaciente al paciente. Una vez valorado el riesgo individual del paciente, deberían seguirse las recomendaciones del capítulo correspondiente a cada caso en particular. *Recomendación GC.*

El Consenso recomienda que, en el caso de la pesquisa individual, cuando sea necesario tomar una conducta activa que implique distintas alternativas, la elección debería resultar de una decisión conjunta del paciente y el médico tratante. La mejor estrategia, considerando las características locales ⁽²¹⁾, consiste en que el paciente, previamente informado, analice junto con el médico las alternativas disponibles, las ventajas de cada una de ellas, sus potenciales inconvenientes o eventos adversos y sus preferencias individuales. Cuando el paciente lo solicite o resulte la mejor opción, el médico podrá asumir la responsabilidad de recomendar el procedimiento a realizar, sobre la base de los mismos elementos y defendiendo los mejores intereses del paciente. *Recomendación GC*

El Consenso recomienda que en el caso de la pesquisa sistemática o poblacional, la misma se realice mediante los métodos de estudio aceptados a través de las evidencias científicas disponibles y adecuadas a la realidad sanitaria de la comunidad, garantizando la accesibilidad a toda la población. *Recomendación GC.*

Capítulo A:

RECOMENDACIONES DE PESQUISA EN PERSONAS CON RIESGO HABITUAL O PROMEDIO

Estas recomendaciones se aplican:

A) A partir de los 50 años en:

1. Personas de ambos sexos, asintomáticos y sin factores de riesgo.
2. Personas con antecedentes familiares de CCR en un familiar de 2º o 3º grado.

B) A partir de los 40 años en personas con antecedentes familiares de adenomas o CCR en un familiar de primer grado mayor de 60 años o en dos familiares de segundo grado.

Los métodos de pesquisa recomendados en este grupo de riesgo habitual se encuentran detallados en el capítulo D.

En este grupo de riesgo habitual el Consenso:

1. Recomienda realizar la pesquisa de CCR en hombres y mujeres adultos, a partir de los 40 / 50 años y hasta la edad de 75 años (Recomendación B), utilizando alguno de los siguientes métodos de pesquisa:

- **Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) anual (Recomendación A)**
- **Rectosigmoideoscopia Flexible (RSCF) cada 5 años (Recomendación B)**
- **Colonoscopia convencional (CC) cada 10 años (Recomendación B)**
- **Colonoscopia Virtual (CV) cada 5 años (Recomendación GC)**
- **Colon por Enema Doble Contraste (CEDC) cada 5 años (Recomendación GC)**

Los métodos antes mencionados deben cumplir con las recomendaciones de calidad incluidas en el capítulo D.

2. No recomienda la pesquisa rutinaria de CCR en adultos de 76 a 85 años. Podrían existir consideraciones especiales que lo justificaran en un paciente individual, quedando a criterio médico (Recomendación C).
3. No recomienda la pesquisa en adultos mayores de 85 años (Recomendación D).
4. El grupo de trabajo recomienda que los test de SOMF aceptados para la pesquisa individual o poblacional deben ser: test de guayaco en muestras de materia fecal no rehidratadas o el test de tipo inmunológico (Recomendación B). El test de bencidina no debe ser utilizado (Recomendación D).
5. Concluye que, en el caso individual la implementación de cualquiera de los métodos de pesquisa propuestos debe ser determinado en base a las posibilidades del medio, la experiencia del médico y las posibilidades y preferencias de cada paciente (Recomendación GC).
6. Recomienda que para implementar un plan de pesquisa poblacional deberán utilizarse aquellos métodos estandarizados y validados, que ofrezcan accesibilidad al mismo, costo-efectividad y aceptación de la población. Insta a las autoridades sanitarias y las instituciones prestadoras de servicios de salud de la Argentina a que prioricen los programas de detección temprana sistemática de pólipos y CCR (Recomendación GC).

Capítulo B:

RECOMENDACIONES DE PESQUISA Y SEGUIMIENTO PARA PACIENTES CON RIESGO MODERADO.

Estas recomendaciones se aplican a personas con:

- Antecedente personal de adenomas colorrectales
- Antecedente personal de CCR tratado con intento curativo
- Antecedente familiar de adenomas o CCR en un familiar de primer grado diagnosticado antes de los 60 años o en dos familiares de primer grado a cualquier edad.

Este grupo de riesgo moderado recibe recomendaciones de seguimiento teniendo siempre en cuenta las siguientes premisas (Recomendaciones GC):

- No debe considerarse la biopsia como parámetro para establecer el seguimiento, sólo es válida la resección completa del pólipo.
- En la elección del intervalo debe tomarse en cuenta que la exploración inicial del colon haya sido completa y que las polipectomías hayan cumplido con los criterios endoscópicos e histológicos que definen una resección completa terapéutica.
- De no ser así, debe realizarse nueva colonoscopia hasta ciego dentro de los 3 meses.
- Los intervalos para el seguimiento se establecen de acuerdo al número, tamaño e histología de los pólipos hallados en la colonoscopia previa, además de factores clínicos, preferencias del paciente y juicio del médico tratante.

A) Para los pacientes con riesgo incrementado por historia de pólipos, el Consenso:

1. Recomienda que los pacientes con pequeños pólipos hiperplásicos colónicos y/o rectales aislados se realicen CC a los intervalos recomendados para individuos de riesgo habitual (Recomendación B). Los pacientes con síndrome de poliposis hiperplásica requieren un seguimiento más intensivo (Recomendación B).
2. Recomienda que los pacientes con 1 ó 2 adenomas tubulares pequeños (< 1 cm), con displasia de bajo grado, se realicen CC a los 5 ó 10 años de la polipectomía inicial (Recomendación B).
3. Recomienda que los pacientes con 3 a 10 adenomas, o 1 adenoma > 1 cm, o cualquier adenoma con componente vellosos o displasia de alto grado, se realicen CC

a los 3 años de la polipectomía inicial. Si la CC de seguimiento es normal o muestra sólo 1-2 adenomas tubulares pequeños (< 1 cm), con displasia de bajo grado, el intervalo de las siguientes CC debería ser cada 5 años (Recomendación B).

4. Recomienda que los pacientes con más de 10 adenomas (descartar PAF) en un exámen inicial, se realicen una CC antes de los tres años de la polipectomía inicial.
5. Recomienda que los pacientes con adenomas sésiles que son removidos en fragmentos, se realicen una CC a los 2-6 meses de la primera para verificar la remoción completa. Una vez que la remoción ha sido completa, el seguimiento posterior debe ser individualizado según los hallazgos endoscópicos e histopatológicos (Recomendación B).

B) Para los pacientes con riesgo incrementado por CCR previo resecado con intento curativo, el Consenso:

1. Recomienda el estudio completo del colon en todos los pacientes a fin de descartar lesiones sincrónicas, previamente a la cirugía (o en el período perioperatorio). Si esto no fue posible, se debe estudiar el resto del colon dentro de los 3 a 6 meses de la cirugía (Recomendación GC).
2. Recomienda que los pacientes a los que se les practicó una resección con intenciones curativas de CCR, se realicen una CC al año de la cirugía o al año de la CC realizada para descartar enfermedad sincrónica. Si la CC al año es normal, debe realizar el próximo control a los 3 años. Si éste es normal, la siguiente CC debería ser a los 5 años (Recomendación B). Los intervalos deben ser acortados si hay evidencia de cáncer de colon hereditario no polipósico o si se detectan adenomas en los estudios de seguimiento.
3. Luego de la resección de un cáncer rectal, el control mediante rectoscopia para identificar recurrencia local debe hacerse cada 3-6 meses durante los primeros 2 ó 3 años (Recomendación B).

C) Para las personas con antecedentes familiares de CCR o pólipos adenomatosos en un familiar de 1° grado menor de 60 años o en 2 o más a cualquier edad, el Consenso:

1. Recomienda realizar CC cada 5 años a partir de los 40 años o 10 años antes del diagnóstico inicial del caso familiar más joven.

Capítulo C:

RECOMENDACIONES DE PESQUISA Y VIGILANCIA PARA PACIENTES CON RIESGO ALTO

Comprende a los pacientes con riesgo aumentado **por padecer una Enfermedad Inflamatoria Intestinal** (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn con compromiso colónico) o **Síndromes Hereditarios**: Poliposis adenomatosa familiar (PAF) o Cáncer Colorrectal Hereditario No Asociado a Poliposis (CCHNP) - Síndrome de Lynch y otros -.

Para este grupo de pacientes el Consenso:

1. Recomienda que los pacientes que integran este grupo, deberían ser evaluados y seguidos en centros especializados en estas patologías (Recomendación GC).
2. Recomienda que los pacientes con diagnóstico genético de PAF o con sospecha clínica sin evidencia genética, realicen RSCF anual a partir de los 10-12 años de edad (Recomendación A), indicando el tratamiento quirúrgico si ésta es positiva. Se debe considerar realizar el estudio genético para pesquisa familiar.
3. Recomienda que los pacientes con diagnóstico genético o clínico de CCHNP, realicen CC cada 1-2 años a partir de los 20-25 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. (Apéndice C)
4. Recomienda que los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, realicen una CC cada 1-2 años con biopsias escalonadas, a partir de los 8 años después del diagnóstico de pancolitis o de los 12-15 años después del diagnóstico de colitis izquierda y de enfermedad de Crohn de colon (Recomendación B).

Capítulo D:

CONSIDERACIONES ESPECIALES RESPECTO A LOS DISTINTOS MÉTODOS DE PESQUISA Y EL INTERVALO RECOMENDADO PARA CADA UNO DE ELLOS:

- ***Colonoscopia (CC):***

Si bien no se dispone de estudios aleatorizados y controlados que lo demuestren, pruebas científicas indirectas muestran que la colonoscopia reduce la incidencia y mortalidad del CCR⁽¹⁸⁾. Este procedimiento no sólo favorece la detección del CCR en fases iniciales, sino que también permite reducir la incidencia, a través de la identificación y la resección de los pólipos adenomatosos.

La sensibilidad de la colonoscopia para detectar adenomas ≥ 10 mm es del 98%, y para los de tamaño ≥ 5 mm del 97%⁽¹⁸⁾.

Para su implementación como método de pesquisa debe asegurarse su disponibilidad y la calidad del método mediante: (1) formación y experiencia del operador; (2) adecuada evaluación del riesgo; (3) exámen completo hasta el ciego con adecuada preparación intestinal y sedación; (4) capacidad de detectar y extirpar los pólipos con seguridad; (5) gestión oportuna y apropiada de eventos adversos; (7) seguimiento adecuado de los resultados histopatológicos y (8) recomendación correspondiente para la vigilancia de acuerdo a las normas publicadas.

La colonoscopia es un procedimiento eficaz que debe ser considerado en la pesquisa del CCR (Recomendación B).

El intervalo entre colonoscopias debe ser de 10 años cuando se cumplen con los criterios de calidad ya expuestos (Recomendación B).

Ante una colonoscopia incompleta que no permite evaluar la totalidad del colon, se realizará una CV (preferentemente) o CEDC.

- ***Rectosigmoidoscopia flexible (RSCF) hasta 60 cm:***

El uso de RSCF en pesquisa del CCR fue evaluado en estudios de casos y controles de alta calidad y estudios de cohortes asociándose con una reducción en la mortalidad por CCR entre el 60-80% en la zona del colon alcanzada, permitiendo además el diagnóstico y tratamiento de los pólipos hallados en el trayecto explorado⁽¹⁹⁾.

La eficacia de la RSCF y por ende el intervalo entre estudios, como en el caso de la CC, también depende de la calidad del método: formación del operador, alcance del estudio al menos hasta 40 cm de inserción, adecuada preparación y correcto manejo de los hallazgos.

Si bien cuando el examen lo realiza un endoscopista experimentado en un paciente bien preparado, un intervalo de 10 años puede estar justificado, la recomendación estándar sigue siendo el intervalo de 5 años⁽¹⁸⁾.

El riesgo de neoplasia proximal es más elevado cuando la RSCF detecta un adenoma distal mientras que es bajo en presencia de pólipos hiperplásicos aislados.

La RSCF es un procedimiento eficaz que debe ser considerado en la pesquisa de CCR (Recomendación B).

La detección por RSCF de un pólipo adenomatoso requiere la realización de una CC completa (Recomendación A).

La detección por RSCF de un pólipo hiperplásico no requiere la realización de una CC completa (Recomendación B).

El intervalo entre RSCF debería ser, por lo menos, de 5 años (Recomendación B).

- **Colonoscopia virtual (CV).** Si bien no se disponen de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia como método de pesquisa del CCR en términos de reducción de la mortalidad, pruebas científicas indirectas de reciente publicación avalan su incorporación como método de pesquisa en el grupo de pacientes de riesgo promedio ⁽²²⁻³⁰⁾. Se ha demostrado que la CV permite la identificación del CCR en fases iniciales y la identificación de pólipos adenomatosos. En diversos estudios comparativos, la CV muestra una tasa de detección de pólipos $\geq 10\text{mm}$ y de neoplasias avanzadas similar a la CC ⁽¹⁹⁾. La sensibilidad es de aproximadamente 90% para lesiones $\geq 10\text{mm}$, similar a la CC y superior al CEDC ^(19,25). Es requisito para su implementación como método de pesquisa asegurar la calidad del método mediante adecuada: 1) preparación intestinal, 2) distensión del colon, 3) parámetros de adquisición de la CV en TC multidetector ≥ 4 filas 4) dosis de radiación, 5) interpretación por radiólogos entrenados ^(22,23). De esta manera la CV cada 5 años se considera como alternativa de pesquisa en pacientes de riesgo promedio (Recomendación GC). Es también la mejor opción ante una CC incompleta ⁽³¹⁾. Se deberá realizar CC a los pacientes con pólipos $\geq 6\text{mm}$ diagnosticados por CV ⁽²²⁾.
- **Colon por Enema doble contraste (CEDC).** Actualmente no existen ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la eficacia del CEDC en la pesquisa del CCR, en cuanto a su incidencia y mortalidad. La sensibilidad del CEDC es menor que la de la CC y CV, siendo de aproximadamente 48% para pólipos de tamaño mayor a 10mm ⁽¹⁹⁾. El método no permite la toma de biopsias ni la resección simultánea de pólipos, por lo tanto ante hallazgos positivos (1 o más pólipos $\geq 6\text{mm}$), se requiere un examen completo del colon por CC. En este contexto el CEDC no debería considerarse como alternativa en la pesquisa del CCR, no obstante, es importante resaltar que aún así es una mejor opción a la ausencia de pesquisa (Recomendación GC). De ser considerado en pacientes de riesgo promedio, el CEDC debe realizarse cada 5 años.
- **Sangre Oculta en Materia Fecal (SOMF) con técnica de guayaco.** Se requieren 2 muestras de 3 deposiciones consecutivas (6 en total) tomadas en el hogar. Debe evitarse la ingesta de AINES, vitamina C, carnes y algunas verduras en días previos. Si el test es positivo debe ser seguido de CC completa. Si el test es negativo debe realizarse anualmente para aumentar la sensibilidad del estudio. Es recomendado en el contexto de pesquisa para la detección de CCR (Recomendación A).
- **Test inmunohistoquímico (TiSOMF).** Se requiere 1 muestra de 2 deposiciones consecutivas (2 en total) tomadas en el hogar. No requiere restricciones en la dieta o en la ingesta de suplementos. Si el resultado es positivo debe ser seguido de CC completa. Si el resultado es negativo debe realizarse anualmente. Es recomendado en el contexto de pesquisa para la detección de CCR (Recomendación A).
- **Test de detección de ADN en materia fecal.** Se desconoce el intervalo apropiado para repetirlo. Se requiere una sola muestra de aproximadamente 30g de materia fecal. Si el test es positivo, debe ser seguido de una CC completa. Algunas guías internacionales consideran que hay suficiente evidencia para incluirlo como una opción aceptable para la pesquisa de CCR.
- El **Tacto rectal** no constituye un método de pesquisa de neoplasias colorrectales, sino que forma parte del examen físico y complementa un estudio endoscópico del recto o el colon de buena calidad.

Bibliografía:

1. Academia Nacional de Medicina. Ministerio de Salud de la Nación. Consenso Argentino 2004 para la Prevención del Cáncer Colorrectal.
www.acamedbai.org.ar/pagina/academia/consenso%20colorrectal.htm
2. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica 2008.
www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Serie5Nro52.pdf
3. World Health Organization. Mortality Country Fact Sheet 2006.
www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_arg_argentina.pdf
4. Gualdrini UA, Sambuelli A, Barugel M, et al. Prevención del Cáncer Colorrectal. Acta Gastroenterol Latinoam. 2005;35(2):104-40.
5. Fernández JL, Gallegos M, Brochero A, et al. Screening for colorectal cancer with an immunological fecal occult blood test. Acta Gastroenterol Latinoam. 1999;29(2):73-8.
6. Mandel JS; Bond JH; Church TR, et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med 1993 May 13; 328(19):1365-71.
7. Hardcastle JD; Chamberlain JO; Robinson MH; et al Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet 1996 Nov 30;348(9040):1472-7.
8. Kronborg O; Fenger C; Olsen J; et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet 1996 Nov 30; 348(9040):1467-71.
9. Faivre J; Dancourt V; Lejeune C; et al Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology 2004 Jun; 126(7):1674-80.
10. Selby JV; Friedman GD; Quesenberry CP Jr; et al. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer. N Engl J Med 1992 Mar 5; 326(10):653-7.
11. Muller AD; Sonnenberg A Protection by endoscopy against death from colorectal cancer. A case-control study among veterans. Arch Intern Med 1995 Sep 11; 155(16):1741-8.
12. Fernández JL, Gallegos M, Brochero A. Screening for colorectal cancer with an immunological fecal occult blood test. Acta Gastroenterol Latinoam. 1999; 29(2):73-8.
13. Brasca A, Pigliacampo J, Pollastri E, et al. An awareness campaign on the diagnosis and prevention of colon and rectal cancer. Planning and evaluation of its results. Acta Gastroenterol Latinoam. 1987; 17(4):325-9.
14. Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer. Consultorio de Prevención del Cáncer Colorrectal.
www.lalcec.org.ar/lalcec.html
15. Casal ER, Velázquez EN, Mejía RM, et al. Rastreo del Cáncer Colorrectal. Barreras y facilitadores percibidos por una población. Medicina (Buenos Aires) 2009; 69:135-42.
16. The AGREE Collaboration 2001. Appraisal of Guidelines Research and Evaluation.
www.agreecollaboration.org/
17. Esandi ME, Ortiz Z, Chapman E, et al. Production and Quality of Clinical Practice Guidelines (1994-2004): a cross-sectional study. Implementation Science 2008; 3: 43-53.
18. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008 Nov 4; 149(9):627-37.
19. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4.

20. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, et al. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline From the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008; 134 : 1570–1595.
21. Quadrelli S, Colt HG, Lyons G, et al. El respeto por la autonomía. ¿Cuánta información desean conocer los pacientes para tomar decisiones? *MEDICINA (Buenos Aires)* 2008; 68: 198-204.
22. McFarland E, Fletcher J, Pickhardt P, et al. ACR Colon Cancer Committee White Paper: Status of CT Colonography 2009. *J Am Coll Radiol*. 2009 Nov; 6 (11): 756-772.
23. Johnson CD. CT Colonography: Coming of Age. *AJR* 2009 Nov; 193: 1239 - 1242.
24. Pickhardt P, Kim D, Meiners R et al. Colorectal and Extracolonic Cancers Detected at Screening CT Colonography in 10286 Asymptomatic Adults. *Radiology* 2010 Apr; 255 (1): 83 - 88.
25. Johnson CD, Chen MH, Toledano A et al. Accuracy of CT Colonography for Detection of Large Adenomas and Cancers. *N Engl J Med* 2008; 359: 1207 - 1217.
26. Kim DH, Pickhardt PJ, Hoff G, et al. Computed tomographic colonography for colorectal screening. *Endoscopy* 2007; 39:545-9.
27. Graser A, Stieber P, Nagel D, et al. Comparison of CT colonography, colonoscopy, sigmoidoscopy and faecal occult blood tests for the detection of advanced adenoma in an average risk population. *Gut* 2009; 58: 241-8.
28. Castiglioni RG, Carrascosa PM. Colonoscopia virtual: una alternativa no invasiva para el diagnóstico. Informe preliminar. *Revista Argentina de Coloproctología* 1999;10: 65-71
29. Carrascosa P, Capuñay C, Castiglioni R, et al. Virtual Colonoscopy. Experience in 500 patients. *ActaGastroenterol Latinoam* 2003; 33: 145-9.
30. Castiglioni RG, Carrascosa PM. Colonoscopia Virtual: estudio prospectivo ciego para determinar sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de las lesiones colorrectales. *Revista Argentina de Coloproctología* 1999; 10: 171-181.
31. Yee Judy, Rosen Max, Blake Michael, et al. ACR Appropriateness Criteria® on Colorectal Cancer Screening. *J Am Coll Radiol* September 2010; Vol 7 (9): 670-678.

Listado de representantes de las Instituciones participantes:

- Academia Argentina de Cirugía: Dr. Carlos Vaccaro
- Asociación Argentina de Cirugía: Dr. Gustavo L. Rossi y Dr. Carlos Vaccaro
- Asociación Argentina de Oncología Clínica: Dr. Adrián Hannois
- Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires: Dr. Luis Caro
- Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopía Digestiva: Dr. Jorge R. Dávalos y Dra. María Laura González.
- Federación Argentina de Gastroenterología: Dr. Orlando Ruffinengo y Dr. José A. Rojman.
- Sociedad Argentina de Cancerología y Asociación Médica Argentina: Dr. Guillermo Streich.
- Sociedad Argentina de Coloproctología: Dr. Ubaldo Gualdrini, Dr. Carlos Sarra, Dra. Karina Collia Ávila y Dra. Alejandra Tornini.
- Sociedad Argentina de Gastroenterología: Dr. Ubaldo Gualdrini y Dr. Pablo F. Rodríguez.
- Sociedad Argentina de Patología: Dra. Mirta Kujaruk y Dra. María Macarena Martínez Boero.
- Sociedad Argentina de Radiología: Dra. Adriana Dieguez y Dra. Patricia Carrascosa.
- Instituto de Estudios Oncológicos, Academia Nacional de Medicina: Dr. Gonzalo J. Rubio y Dr. Alfredo H. Speroni.

Financiación:

La Academia Nacional de Medicina aportó los gastos de elaboración de las guías. Los participantes del Consenso no recibieron honorarios por esta actividad.

Declaración de Conflicto de Intereses:

Carrascosa P: Declara no tener conflicto de intereses.
Collia Ávila K: Declara no tener conflicto de intereses.
Dávalos JR: Declara no tener conflicto de intereses.
Dieguez A: Declara no tener conflicto de intereses.
González ML: Declara no tener conflicto de intereses.
Gualdrini U: Declara no tener conflicto de intereses.
Hannois A: Declara no tener conflicto de intereses.
Kujaruk M: Declara no tener conflicto de intereses.
Martínez Boero MM: Declara no tener conflicto de intereses.
Rojman JA: Declara no tener conflicto de intereses.
Rossi GL: Declara no tener conflicto de intereses.
Rubio GJ: Declara no tener conflicto de intereses.
Ruffinengo O: Declara no tener conflicto de intereses.
Sarra C: Declara no tener conflicto de intereses.
Speroni AH: Declara no tener conflicto de intereses.
Streich G: Declara no tener conflicto de intereses.
Tornini A: Declara no tener conflicto de intereses.
Vaccaro C: Declara no tener conflicto de intereses.

APÉNDICES

Apéndice A

Fuerza de Recomendación

- A. El grupo de trabajo recomienda el procedimiento. Existe fuerte certeza en que su beneficio es sustancial. Ofrezca o provea el servicio a todos los pacientes.
- B. El grupo de trabajo recomienda el procedimiento. Existe alto nivel de certeza de que el beneficio neto es moderado, o hay una moderada certeza en que el beneficio neto es moderado o sustancial. Ofrezca o provea el servicio a todos los pacientes.
- C. El grupo de trabajo recomienda en contra de la provisión rutinaria de este servicio. Podría considerarse su utilización en el caso de paciente individual. Existe moderada o alta certeza de que el beneficio neto es pequeño. Ofrezca o provea el servicio sólo si consideraciones de otra índole lo justifican en el caso individual bajo análisis.
- D. El grupo de trabajo recomienda no realizar este procedimiento. Existe alto o moderado nivel de certeza de que el procedimiento no tiene beneficios netos o que los riesgos superan los beneficios. Desestime el uso de este procedimiento entre sus pacientes.
- I. El grupo de trabajo concluye que la evidencia disponible es insuficiente para determinar el balance de riesgos y beneficios del procedimiento. La evidencia es inexistente, de pobre calidad o resulta conflictiva y no es posible efectuar un balance de riesgos y beneficios. Si el procedimiento es ofrecido el paciente debe comprender la incertidumbre sobre el balance de riesgos y beneficios.
- GC. El grupo de trabajo hace esta recomendación sobre la base de su propia evaluación de la evidencia, con el objeto de facilitar y adaptar la aplicación de las recomendaciones precedentes a las condiciones locales.

Apéndice B:

Textos desarrollados utilizados como base para la confección de esta Guía:

Los documentos completos elaborados por los representantes de cada una de las Sociedades sobre un tema específico, y que fueran la base para la discusión inicial de esta Guía, pueden ser consultados en las páginas web de la Academia Nacional de Medicina* y/o de las Sociedades autoras. Este material fue discutido, corregido y consensuado entre todas las Instituciones autoras.

* Textos completos: Instituto de Estudios Oncológicos, Academia Nacional de Medicina:
www.acamedbai.org.ar/pagina/academia/consensos.htm

Apéndice C:

Criterios de Amsterdam

Criterios de Amsterdam¹

- Tres o más familiares con diagnóstico de CCR, uno de ellos familiar de 1° grado de los otros dos, y
- Dos o más generaciones sucesivas con CCR, y
- Uno o más familiares con diagnóstico de CCR antes de los 50 años de edad, y
- Exclusión de la PAF

Criterios de Amsterdam II²

- Tres o más familiares con diagnóstico de una neoplasia asociada al CCHNP (CCR, cáncer de endometrio, intestino delgado, uréter o pelvis renal), uno de ellos familiar de 1° de los otros dos, y
- Dos o más generaciones sucesivas con diagnóstico de las mismas neoplasias asociadas, y
- Uno o más familiares con CCR diagnosticado antes de los 50 años de edad, y
- Exclusión de la PAF en los casos de CCR

Criterios de Bethesda (revisión 2004)³

- Paciente con CCR diagnosticado antes de los 50 años, o
- Paciente con CCR sincrónico o metacrónico, o con otro tumor asociado al síndrome de Lynch (CCR, endometrio, estómago, ovario, páncreas, uréter y pelvis renal, tracto biliar, intestino delgado, cerebral, adenomas sebáceos y queratoacantomas), independientemente de la edad al diagnóstico, o
- Paciente con CCR con histología característica del síndrome de Lynch (presencia de infiltrado linfocítico, reacción Crohn-like, diferenciación mucinosa/anillo de sello, o crecimiento medular) diagnosticado antes de los 60 años, o
- Paciente con CCR y un familiar de primer grado con un tumor asociado al síndrome de Lynch, uno de los cánceres diagnosticados antes de los 50 años, o
- Paciente con CCR y dos familiares de primer o segundo grado con un tumor asociado al síndrome de Lynch, independientemente de la edad al diagnóstico.

¹Vasen HF, Mecklin JP, Khan PM, Lynch HT. The International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (ICG-HNPCC). Dis Colon Rectum. 1991;34:424-5.

²Vasen HF, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch syndrome) proposed by the International Collaborative group on HNPCC. Gastroenterology. 1999;116:1453-6.

³Umar A, Boland CR, Terdiman JP, Syngal S, De la Chapelle A, Ruschoff J, et al. Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability. J Natl Cancer Inst. 2004;96:261-8.

Apéndice D:

Grados de parentesco utilizados en la presente Guía:

- Familiares de 1° grado: padres, hermanos e hijos.
- Familiares de 2° grado: abuelos, tíos y sobrinos.
- Familiares de 3° grado: bisabuelos y primos.

Apéndice E:

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL - CONSENSO ARGENTINO 2010

GRUPO DE RIESGO HABITUAL O PROMEDIO (70-80% DEL TOTAL)	RECOMENDACIÓN		
	INICIO	OPCIONES (#)	INTERVALO
A: Toda la población de 50 años o más, asintomática y sin factores de riesgo. B: Cáncer colorrectal en un familiar de 2° ó 3° grado C: Cáncer colorrectal o pólipos adenomatosos en un familiar de 1° grado mayor de 60 años o en dos de 2° grado	50 años	1-SOMF	1-Anual. Si es (+): Estudio total del colon (*)
		2- RSCF	2- Cada 5 años. Si es (+): Estudio total del colon(*)
	50 años	3- Estudio total del colon:(*)	
	40 años	a) CC	a) Cada 10 años
		ó	
		b) CV	b) Cada 5 años
		ó	
		c) CEDC	c) Cada 5 años

Abreviaturas: **SOMF:** Sangre oculta en materia fecal. **RSCF:** Rectosigmoideoscopia flexible. **CC:** Colonoscopia. **CEDC:** Colon por enema doble contraste. **CV:** Colonoscopia virtual.

(#)La elección del método debe ser valorada por el médico en el contexto clínico del paciente y de acuerdo con la calidad relativa de los métodos de estudio disponibles en una comunidad determinada. La decisión debe ser tomada en conjunto con el paciente luego de informarle sobre las ventajas y limitaciones de las distintas opciones.

(*) Estudio total del colon:

La colonoscopia hasta ciego es el método de elección.

Si la colonoscopia no permite evaluar la totalidad del colon, se realizará una CV (preferentemente) o CEDC.

Con todo estudio se recomienda efectuar un tacto rectal.

El CEDC puede asociarse con una RSCF para mejorar, si fuera necesario, la visualización rectosigmoidea.

GRUPO DE RIESGO MODERADO (20 – 30% DEL TOTAL)	INICIO	RECOMENDACIÓN	INTERVALO
Antecedente personal de 1 ó 2 pólipos adenomatosos tubulares < de 1cm (incluyendo aquellos con displasia de bajo grado)	Desde la resección endoscópica completa	CC	A los 5-10 años ^(*) . Si es normal, a los 10 años.
Antecedente personal de adenoma > de 1cm, ó componente vellosa > de 25%, ó displasia de alto grado, ó 3 a 10 adenomas de cualquier tamaño (descartar PAF)	Desde la resección endoscópica completa	CC	A los 3 años ^(*) . Si es normal, repetir a los 5 años. Si nuevamente es normal, repetir cada 10 años.
Más de 10 adenomas (descartar PAF)	Desde la resección endoscópica completa	CC	A los 3 años ^(*) y, luego, de acuerdo con los hallazgos endoscópicos en los controles
Antecedente personal de CCR operado y resecado con intento curativo (Vigilancia)	Luego de la cirugía (#)	CC	Al año de la cirugía (ó de la CC realizada para descartar enfermedad sincrónica). Si es normal, repetir a los 3 años y luego cada 5 años ó según hallazgos.
Antecedente de CCR, ó pólipos adenomatosos en un familiar de 1° grado menor de 60 años, ó en 2 ó más a cualquier edad.	A partir de los 40 años ó 10 años antes de la edad del caso familiar más joven.	CC	Cada 5 años

Abreviaturas: **PAF:** Poliposis adenomatosa familiar. **CC:** Colonoscopia. **CCR:** Cáncer colorrectal.

(*) Siempre que el estudio del colon en el primer examen haya sido completo.

(#) Asumiendo que el examen total del colon se efectuó en el momento o previamente a la intervención quirúrgica. Si esto no fue posible se debe estudiar el resto del colon dentro de los 3 a 6 meses de la cirugía.

En caso de adenomas sésiles removidos parcialmente realizar CC entre 2-6 meses para verificar la remoción completa.

Los pacientes con pólipos hiperplásicos aislados y que no son parte de un síndrome de poliposis hiperplásica, no se consideran con riesgo incrementado y deben controlarse con CC a los intervalos recomendados para individuos de riesgo promedio.

GRUPO DE RIESGO ELEVADO O ALTO (^α) (5 – 10% DEL TOTAL)	RECOMENDACIÓN	INICIO	INTERVALO
A: Antecedentes de PAF	RSCF Considerar Estudio y Asesoramiento genético en Centro Especializado CC en poliposis atenuada	10-12 años	Cada 1-2 años Si es (+): evaluar cirugía (^α)
B: Antecedentes de CCHNP (Síndrome de Lynch)(^β)	CC Estudio y Asesoramiento Genético en Centro Especializado	Desde los 20-25 años ó 10 años antes de la edad del caso familiar más joven	Cada 1-2 años
C: Enfermedad Inflamatoria Intestinal	CC (con biopsias escalonadas para detectar displasia)	A: Colitis Izquierdas y enfermedad de Crohn: a partir de los 12-15 años de evolución B: Pancolitis: a partir de los 8 años de evolución	Cada 1-2 años Cada 1-2 años

Abreviaturas: **PAF:** Poliposis adenomatosa familiar. **RSCF:** Rectosigmoideoscopia flexible. **CC:** Colonoscopia. **CCHNP:** Cáncer Colorrectal Hereditario No Asociado a Poliposis.

(^α) Se recomienda evaluación y seguimiento en centros especializados.

(^β) Criterios de Amsterdam (ver apéndice C)