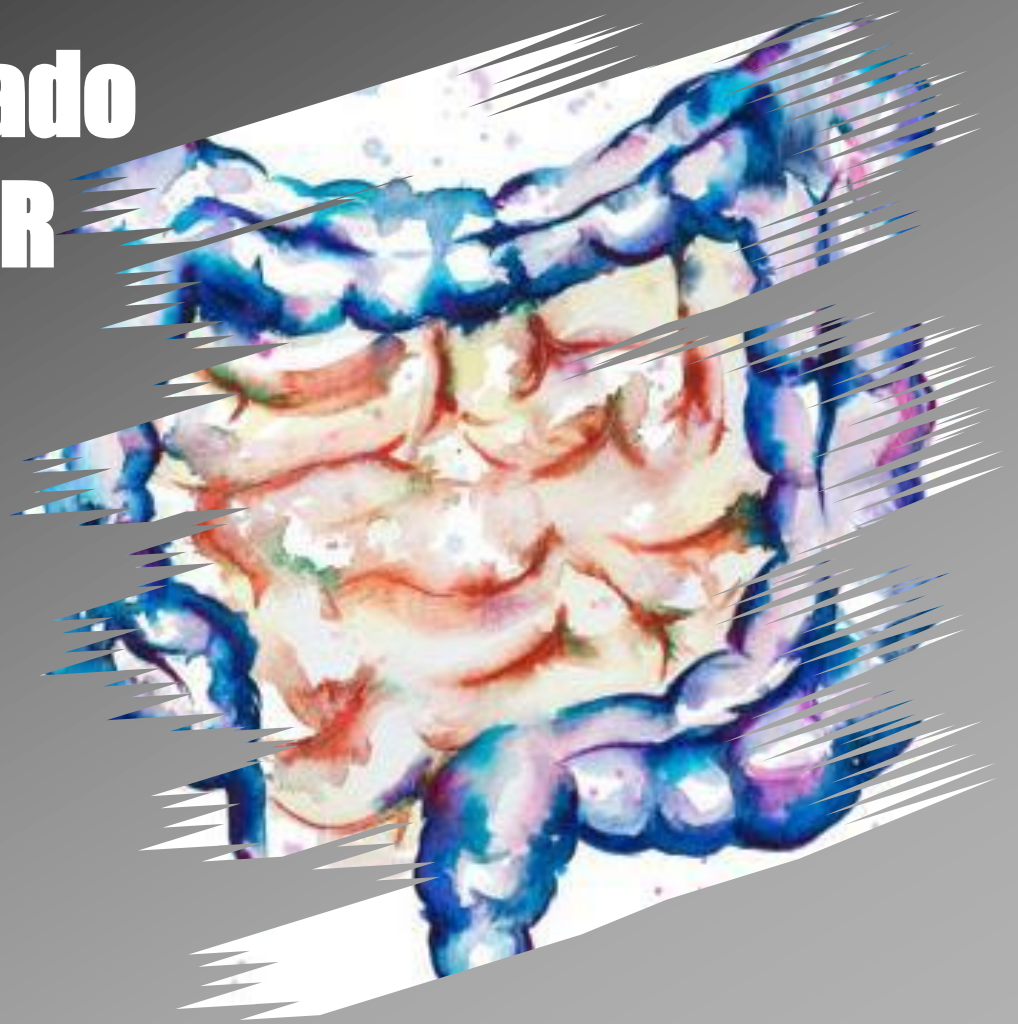


Test de SOH en el cribado y diagnóstico de CCR

Antonio J. Pomar Pérez
R2 Análisis Clínicos HUB



ÍNDICE

1. Cáncer colorrectal

- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Anatomía
- Fisiopatología
- Diagnóstico
- Prevención

2. Cribado de CCR

3. Utilidad de la fHb

4. Prueba de Sangre Oculta en Heces (SOH)

- Métodos químicos: Test de Guayaco
- Método inmunoquímico (FIT)
- Estandarización de resultados y punto de corte.
- Otros

5. Casos clínicos

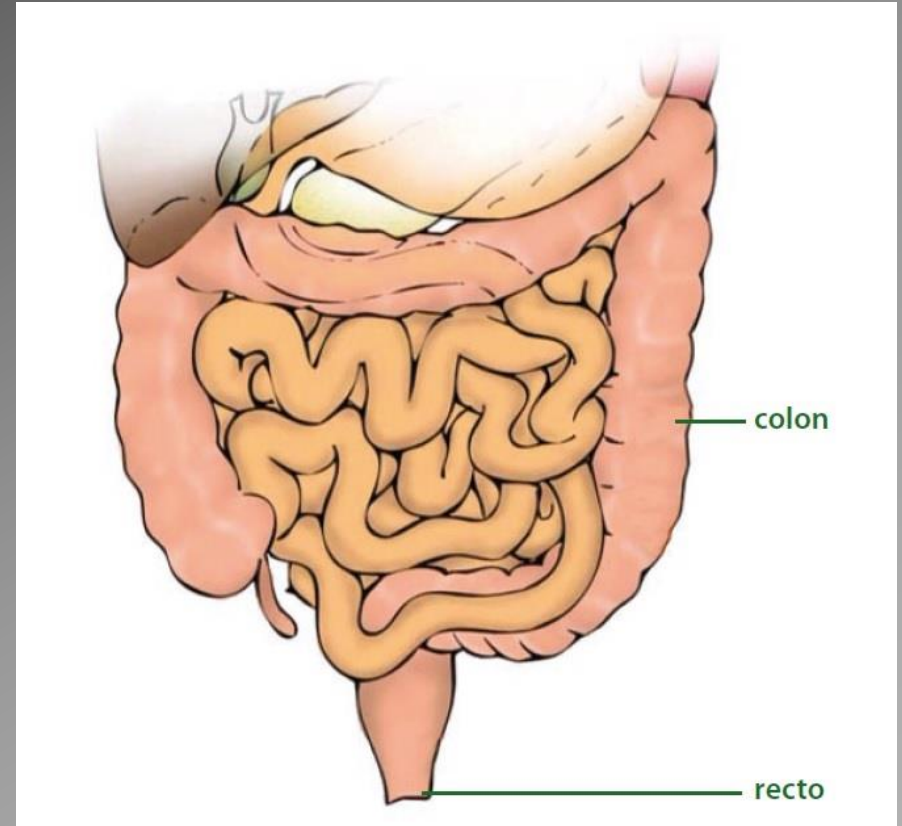
6. Conclusiones

I. CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal (CCR) representa un grave problema de salud ya que constituye el tumor más frecuente en el mundo occidental y la segunda causa de muerte por cáncer en España, donde supone alrededor del 15% de todos los tumores.

Aunque se suele hablar de cáncer colorrectal, el término engloba a dos tumores de comportamiento muy diferente: **cáncer de colon** y **cáncer de recto**.

Se considera una neoplasia prevenible mediante un diagnóstico precoz en estadios iniciales (factor pronóstico más importante) y el tratamiento de las lesiones precursoras.



Epidemiología

Según la OMS, el CCR es la tercera neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial (1,9 millones de casos/año; 10,7% del total). Sólo superado por el cáncer de pulmón y de mama.

Hombres: Pulmón > Próstata > CCR

Mujeres: Mama > CCR

Se calcula que en el año 2030 se diagnostiquen 2,2 millones de casos/año, suponiendo un incremento del 20%.

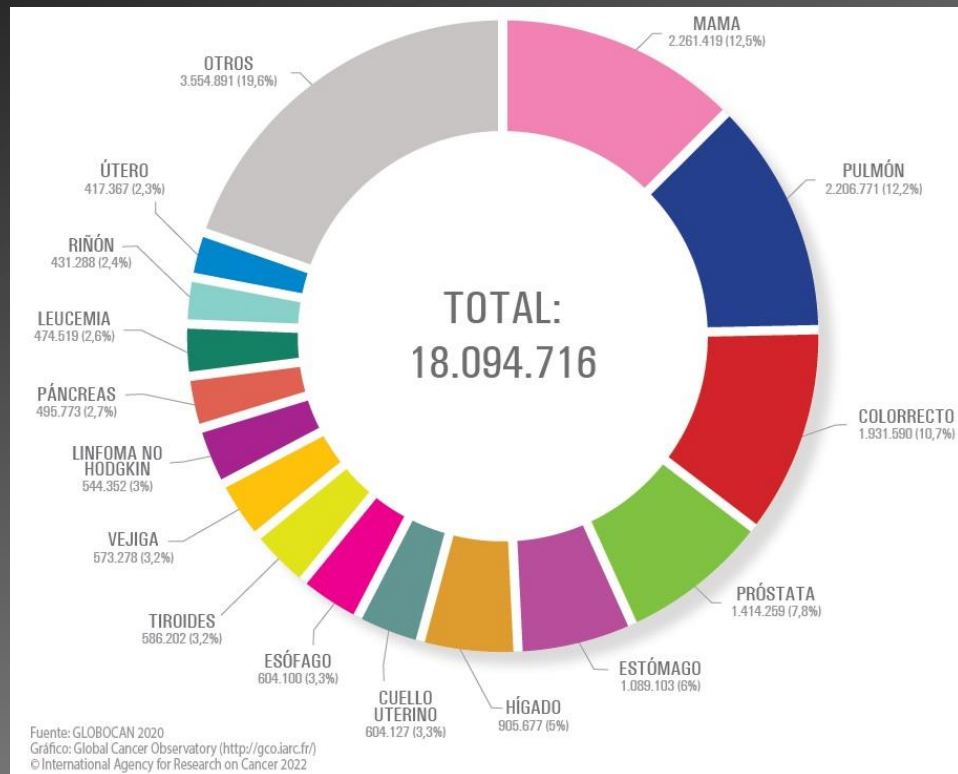
En los países desarrollados el riesgo de padecer CCR es de aproximadamente 1 de cada 25 personas (3,56%).

Es más frecuente en personas mayores de 50 años (90%) y en varones (1,4:1). La mediana de edad del diagnóstico es de 72 años en mujeres y 68 en hombres.

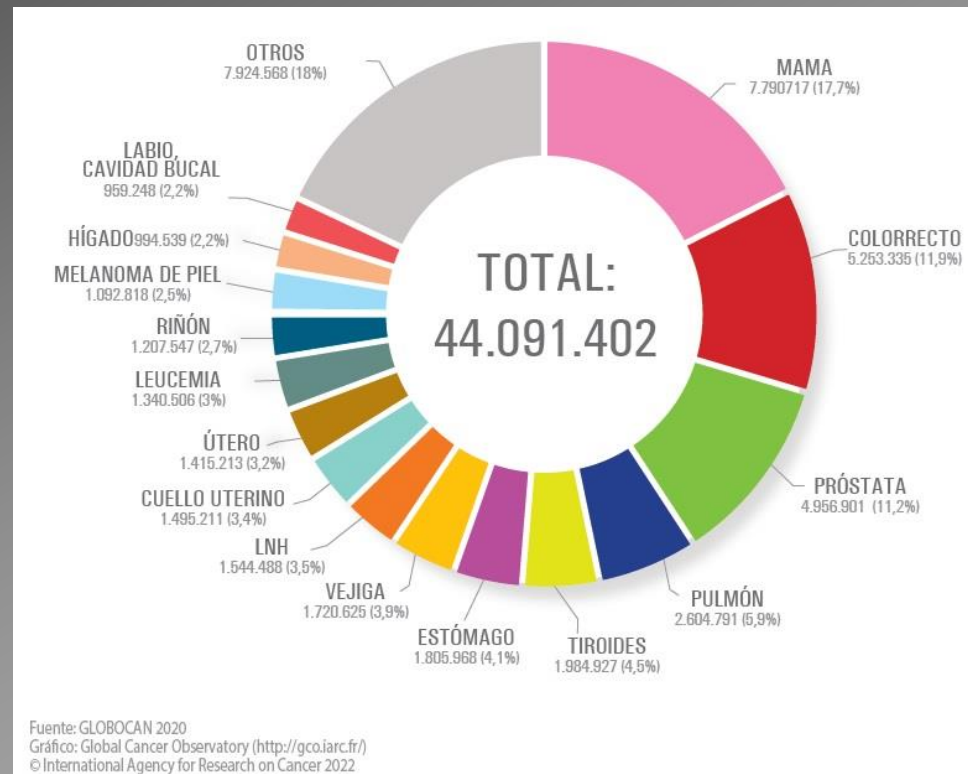
El CCR es responsable del 1,4% de todas las muertes y del 8,9% de las ocasionadas por todos los cánceres. Se considera la séptima causa de muerte en los países europeos.

En Extremadura se diagnostican 1.000 casos nuevos al año, siendo el segundo cáncer que más muertes ocasiona después del de pulmón.

Incidencia



Prevalencia (a los 5 años del diagnóstico)

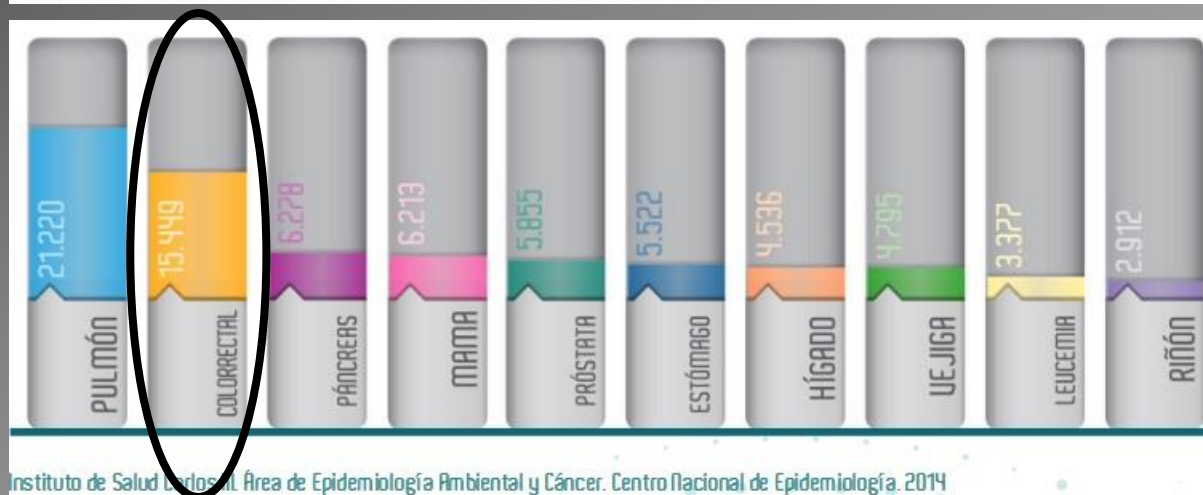


En España:



REDECAN. Cancer Incidence in Spain 2015. Clin Transl Oncol. DOI 10.1007/s12094-016-1607-9

Incidencia



Instituto de Salud Carlos III. Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. 2014

Mortalidad

Incidencia del cáncer en España – hombres



Próstata	17,32 %
Pulmón	16,56 %
Colorrectal	12,81 %
Vejiga urinaria	10,63 %
Cavidad oral y faringe	5,77 %
Estómago	4,81 %
Laringe	3,91 %
Linfoma no Hodgkin	3,04 %
Hígado	2,75 %
Riñón	2,24 %

Mortalidad por cáncer en España – hombres



Pulmón	27,10 %
Colorrectal	11,63 %
Próstata	9,41 %
Estómago	6,11 %
Vejiga urinaria	5,81 %
Páncreas	3,84 %
Cavidad oral y faringe	3,04 %
Laringe	2,79 %
Leucemia	2,79 %
Esófago	2,61 %

Incidencia del cáncer en España – mujeres



Mama	28,35 %
Colorrectal	13,76 %
Útero	9,29 %
Ovario	4,22 %
Estómago	4,21 %
Linfoma no Hodgkin	4,06 %
Pulmón	3,09 %
Melanoma de piel	2,75 %
Vejiga urinaria	2,72 %
Páncreas	2,69 %

Mortalidad por cáncer en España – mujeres



Mama	16,49 %
Colorrectal	15,09 %
Estómago	6,48 %
Pulmón	6,05 %
Páncreas	5,68 %
Útero	5,08 %
Leucemia	3,69 %
Linfoma no Hodgkin	3,25 %
Sistema nervioso central	3,01 %
Vesícula biliar	2,46 %

Fuente: Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX (CI5-Vol IX), IARC.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Factores de riesgo

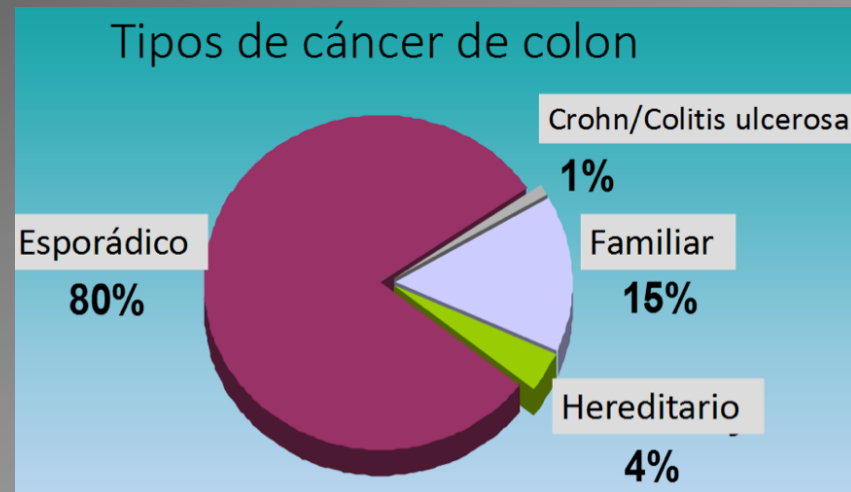
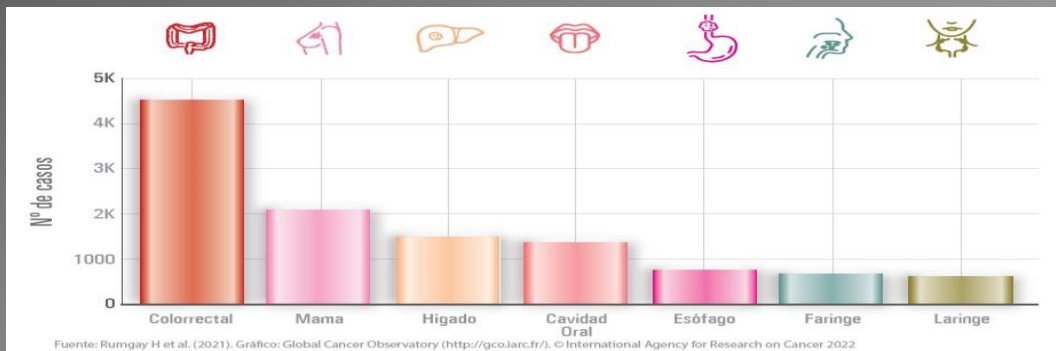
Edad: hasta un 90% de CCR se diagnostican en personas mayores de 50 años.

Adenomas: las personas a las que se les han extirpado pólipos adenomatosos son más propensas a que reaparezcan de nuevo. ¡Controles periódicos!

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn).

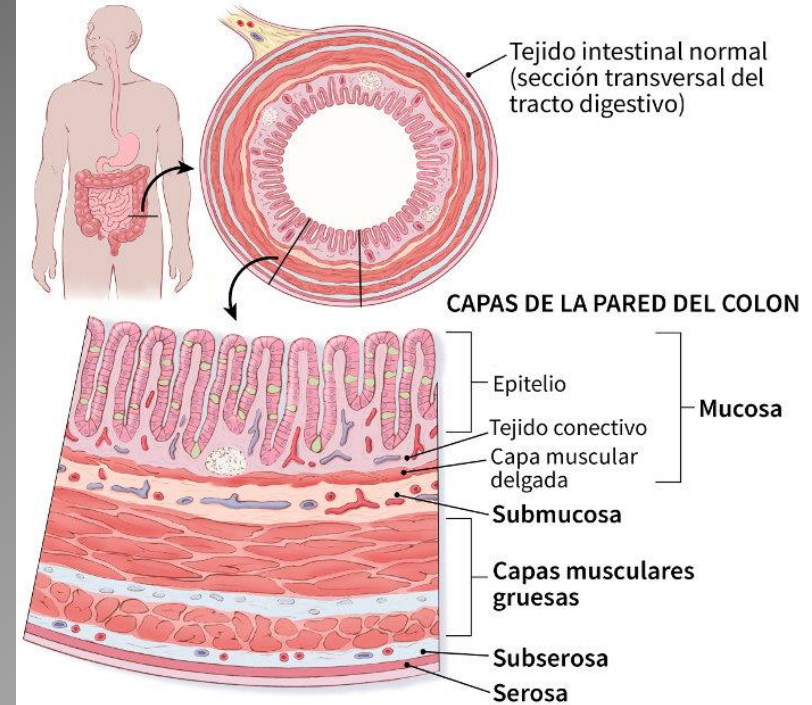
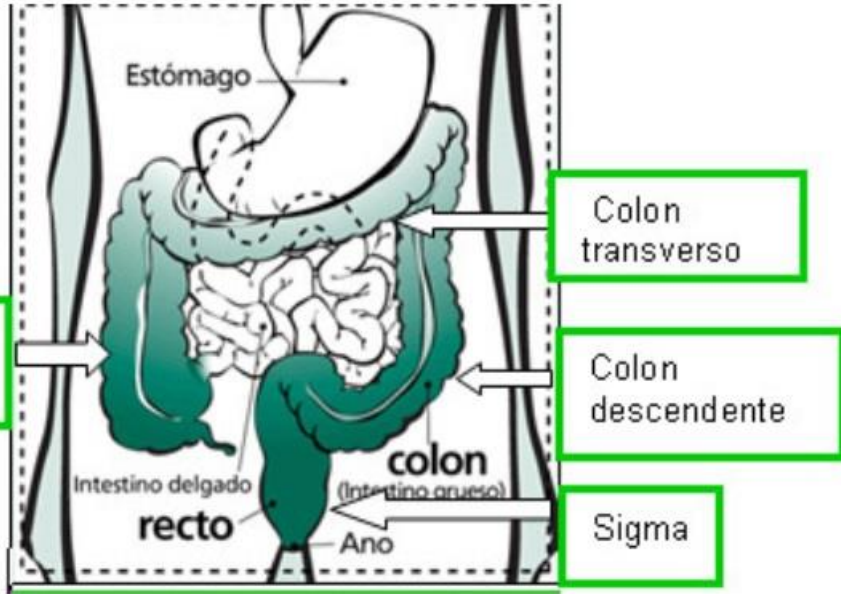
Antecedentes familiares de CCR o poliposis adenomatosa: **factores genéticos/hereditarios** (en menos del 20% de los casos).

Estilo de vida: tabaco, alcohol, sedentarismo, dieta, obesidad...

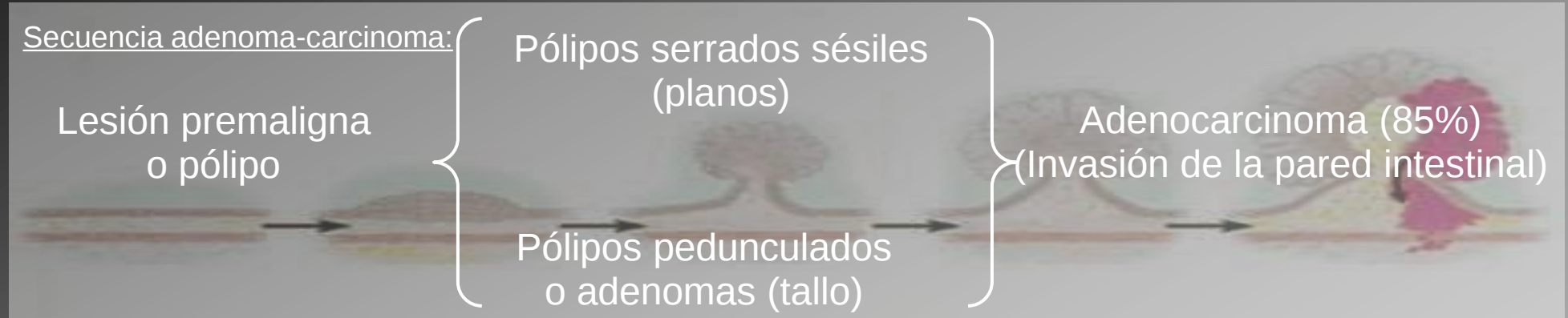


Nº estimado de nuevos casos de cáncer asociados al alcohol en España en el año 2020

Anatomía



Fisiopatología

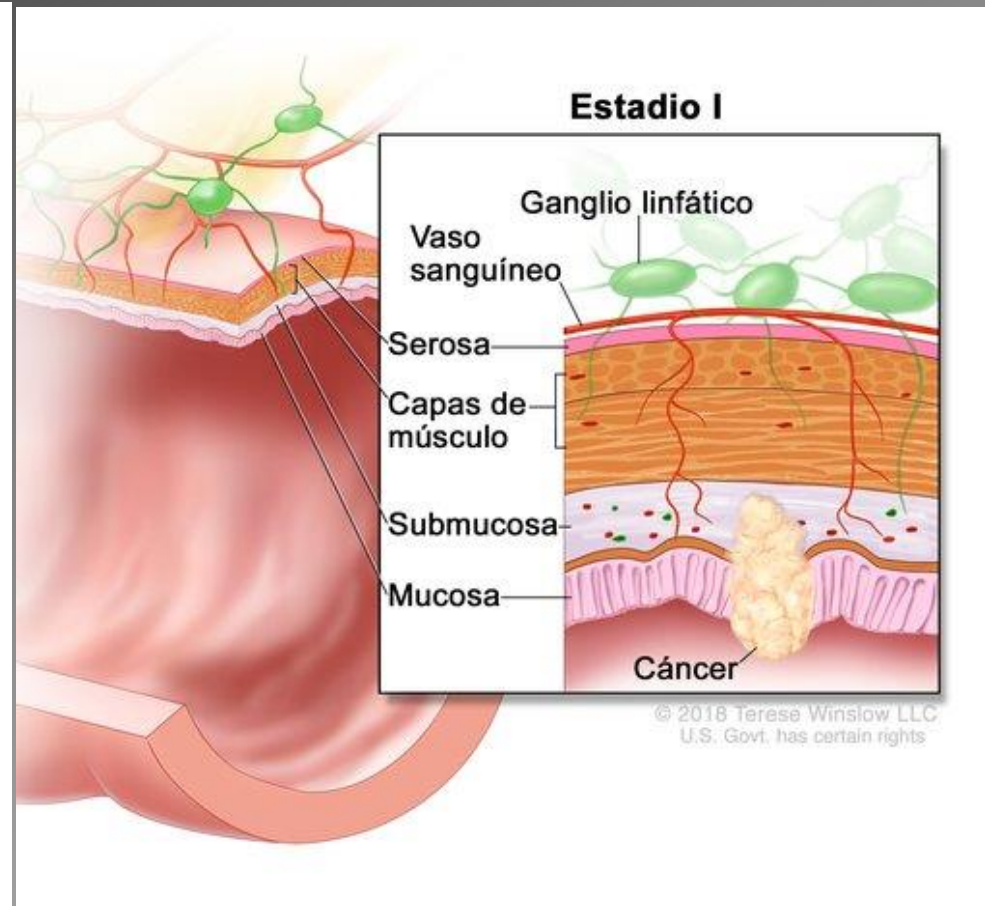
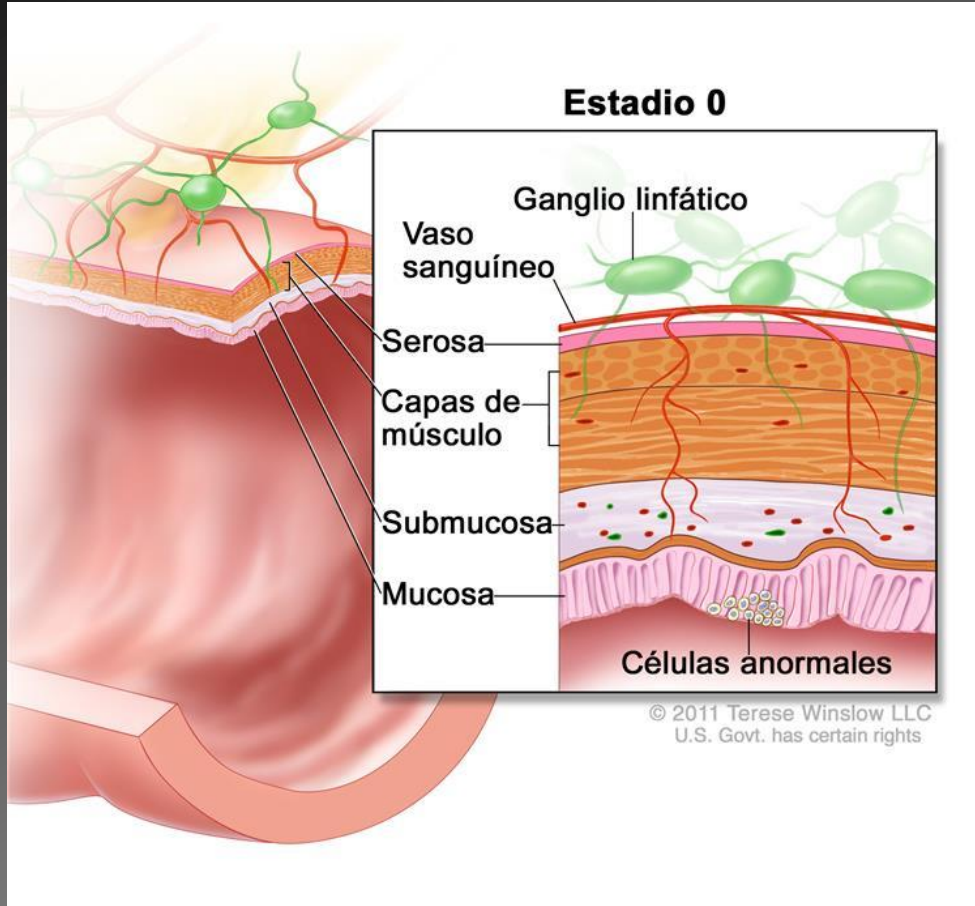


• Sólo el 5% de pólipos adquiere rasgos de malignidad, y cuando esto ocurre el paso a cáncer invasivo requiere generalmente de entre 5 a 10 años.

• El riesgo de transformación maligna aumenta con el tamaño de la lesión.

• El 70% de CCR se originan a partir de adenomas y alrededor del 30% a partir de pólipos serrados sésiles.

• La resección de los pólipos precancerosos es fundamental para prevenir la aparición del CCR o diagnosticarlo cuando todavía está localizado.



Peritoneo visceral

Estadio IIA

Peritoneo visceral
Vaso sanguíneo
Serosa
Capas de músculo
Submucosa
Mucosa

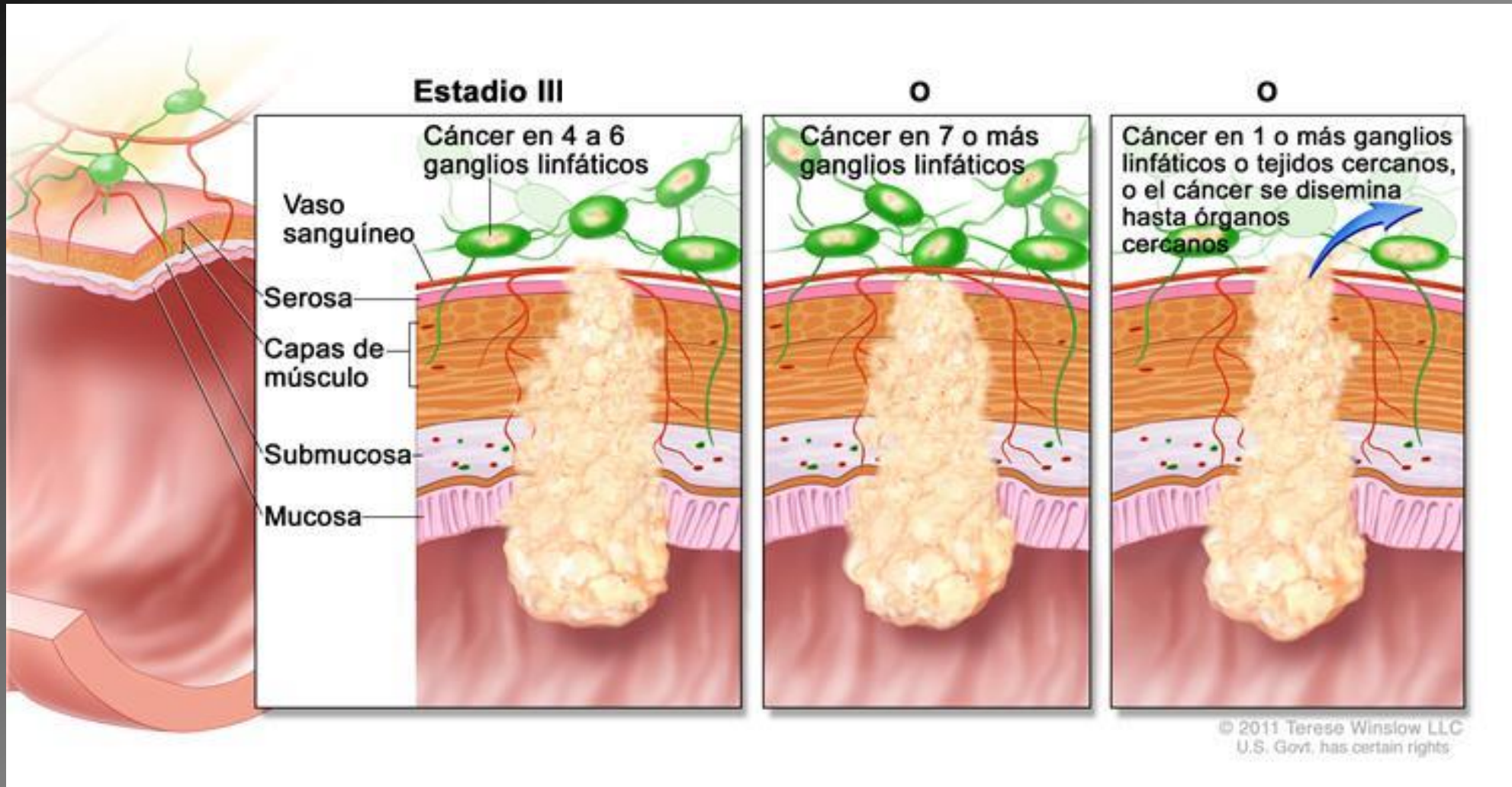
Ganglio linfático

Estadio IIB

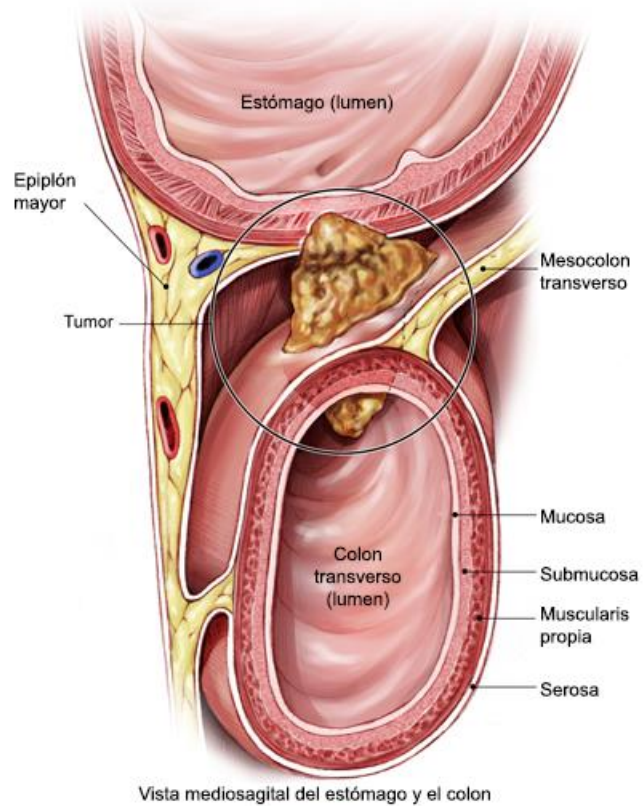
El cáncer se disemina al peritoneo visceral

Estadio IIC

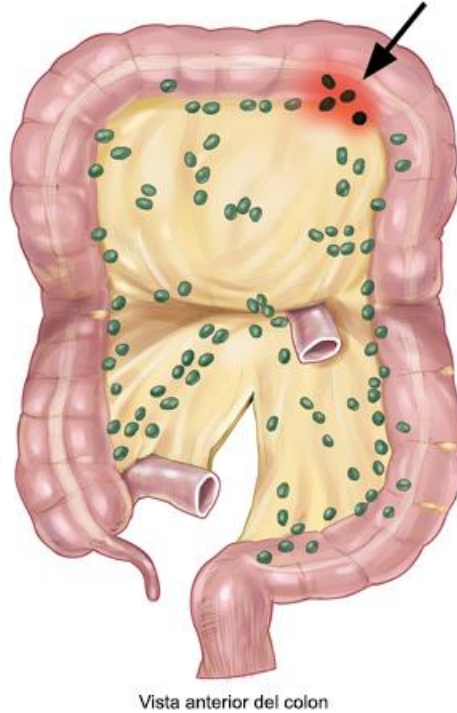
El cáncer se disemina a órganos cercanos



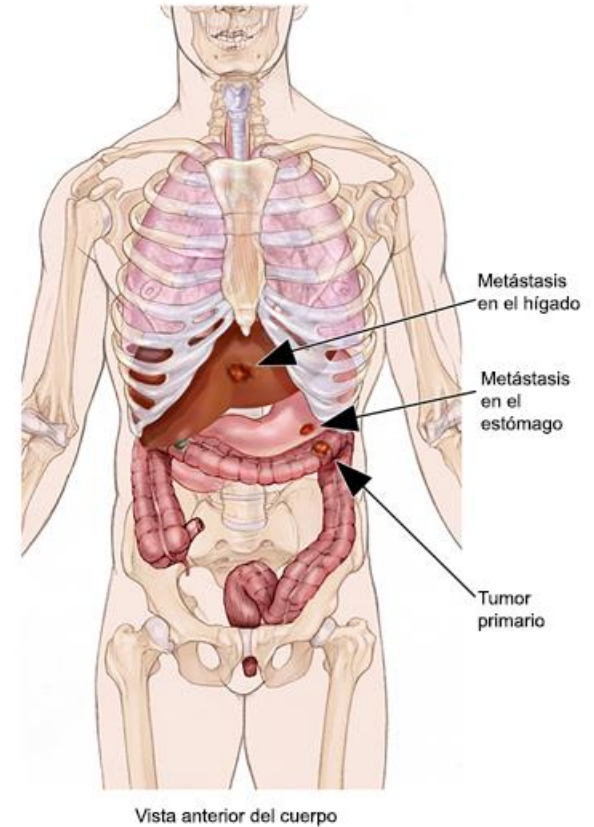
Estadio IV



Tumor primario (T)
T4b



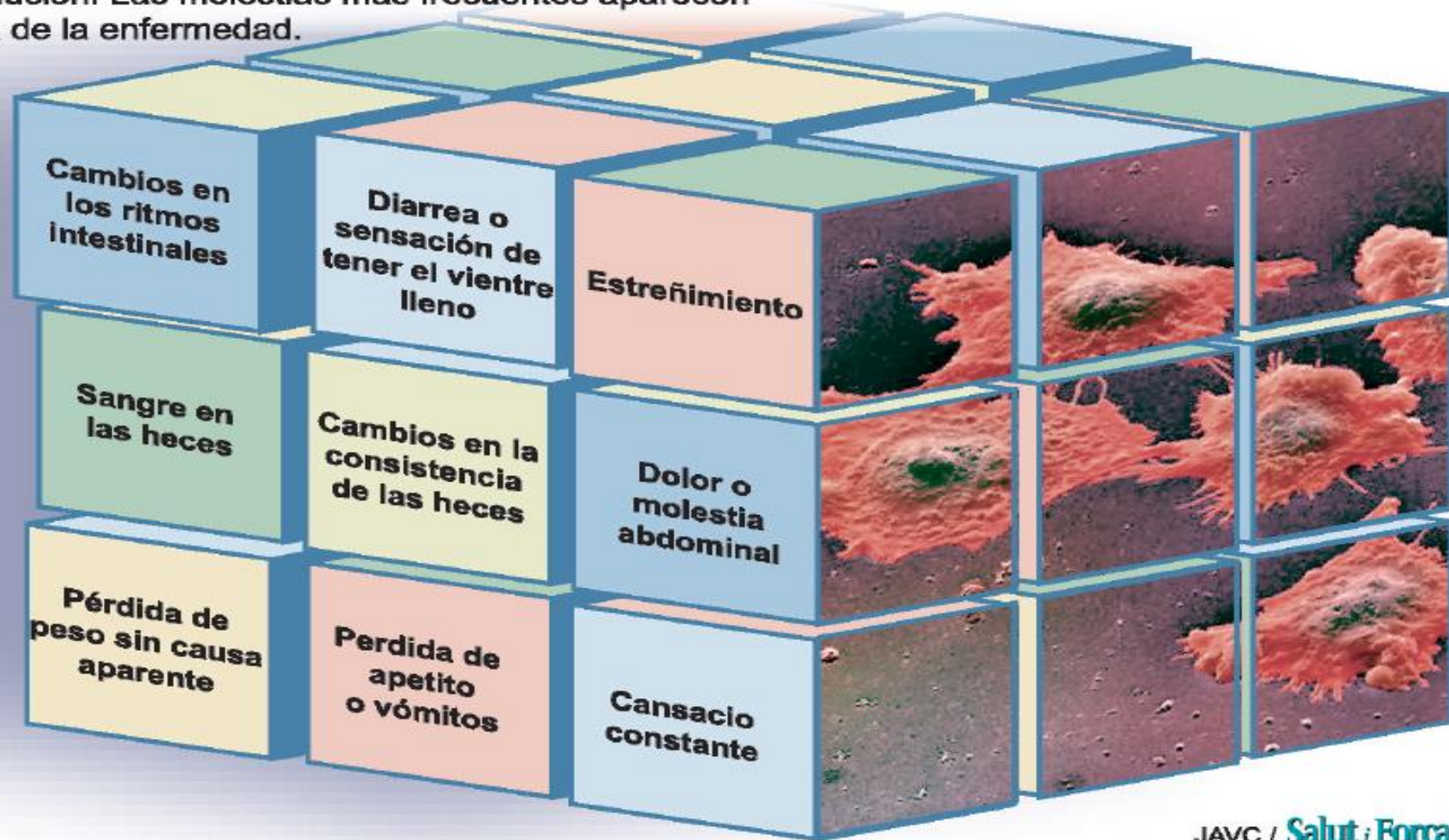
Ganglios linfáticos regionales (N)
Metástasis en 1 ganglio o más



Metástasis a distancia (M)
Metástasis en 1 órgano o más

SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE COLON

Tiene una larga evolución. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad.



Diagnóstico CCR

Historia clínica y analítica: edad, síntomas, antecedentes...

Diagnóstico endoscópico.

Diagnóstico radiológico.

Diagnóstico histopatológico.

Métodos basados en pruebas de laboratorio: no invasivos y se pueden realizar a un mayor número de personas.

- Presencia de elementos en las heces: **Test de sangre oculta en heces (SOH).**
- Biomarcadores en sangre: M2-PK, MMP9, calprotectina... No son rentables.

Cuanto antes se diagnostique, más probable es la curación.

Estadio	Supervivencia a los 5 años
Estadio A	90 a 92%
Estadio B	50 a 75%
Estadio C	25 a 55%
Estadio D	Menos del 8%



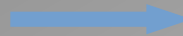
Prevención



Tiene especial importancia la detección precoz de lesiones premalignas.

Programas de detección precoz de cáncer de colon

CRIBADO!



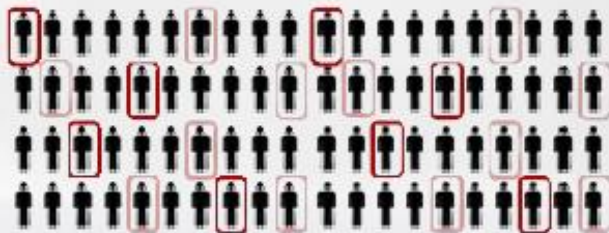
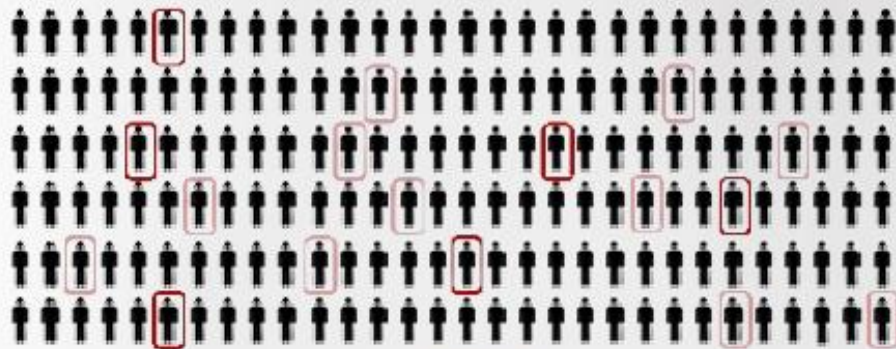
Polipectomía

II. CRIBADO de CCR

Se trata de una estrategia de **prevención secundaria**, ya que consiste en detectar y tratar la enfermedad en una etapa preclínica, controlando su progresión.

Se realiza un test bienal a individuos asintomáticos (atendiendo a su edad), para detectar lesiones premalignas y actuar antes de que la enfermedad se desarrolle.

Requisitos que debe cumplir una enfermedad para ser objeto de cribado
Constituir un importante problema de salud pública
Historia natural o curso clínico de la enfermedad bien establecidos
Adecuado conocimiento de la incidencia y mortalidad
El tratamiento precoz ha demostrado mejorar el pronóstico
Disponibilidad de pruebas de cribado válidas y fiables



- Buscar, en población aparentemente sana, personas con riesgo de padecer cáncer colorrectal.

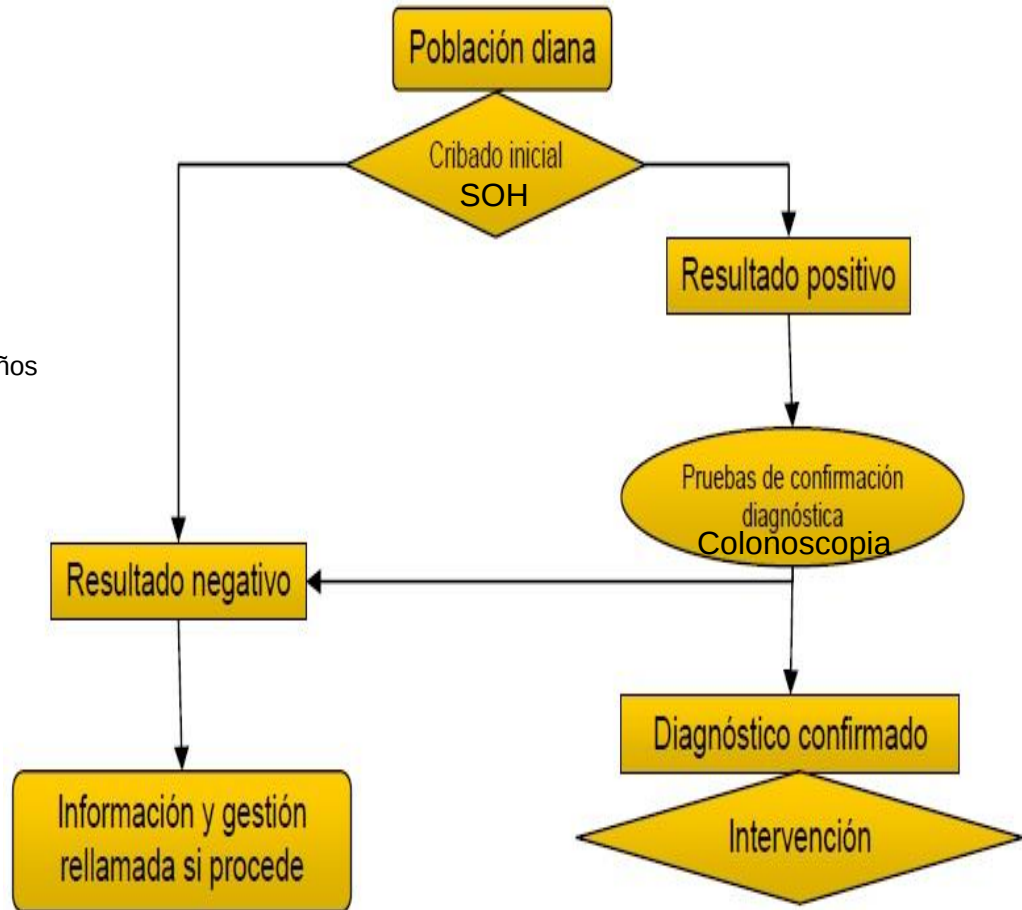
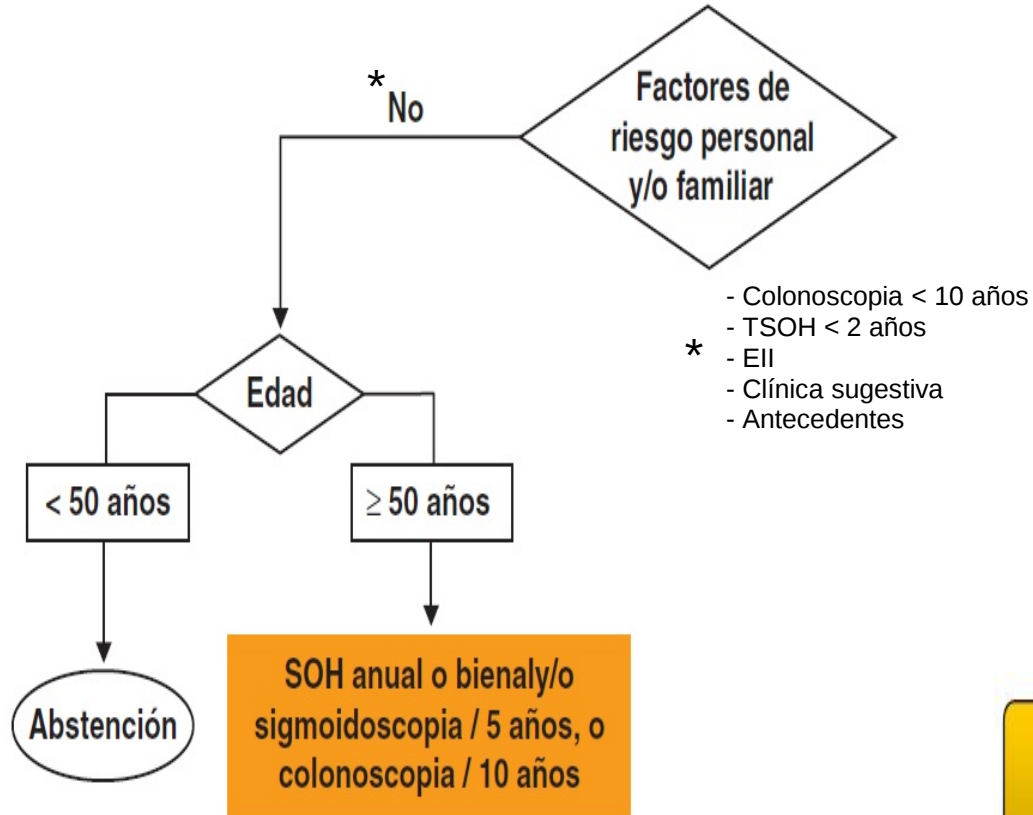
- Facilitar la participación.

- Utilizar una prueba con alta aceptación y que sea eficiente.

- Seleccionar aquellos pacientes a los que realizar una colonoscopia.

Con el cribado de CCR mediante la prueba de Hb en heces se ha disminuido la mortalidad relacionada con esta enfermedad entre un 6% y un 33%.

Cribado en población de riesgo medio





Nombre y apellidos
Dirección
C.P., Localidad
Cantabria
88 minutos



Con esta carta quiero invitarle a participar en el Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal que promueve la Consejería de Sanidad.

Usted está en la edad en la que la prevención del cáncer de colon y recto, mediante un sencillo test, se ha demostrado científicamente más eficaz.

Es importante que realice esta prueba que detecta sangre no visible en heces. Lea atentamente el folleto que se adjunta y siga sus instrucciones. No olvide despegar la etiqueta adhesiva y péguela bien alineada sobre el tubo como señala la flecha.

Le aconsejo que antes de 4 semanas deposite la muestra en los contenedores que encontrará en todos los Centros de Salud. El resultado se le comunicará por carta o mediante llamada telefónica.

Si usted ya está en seguimiento hospitalario por patología colorrectal, o le han realizado una colonoscopia en los últimos 5 años, no tiene que realizar esta prueba.

Esperando haberle convencido de la importancia de participar en este Programa, le saludo atentamente.

Fecha emisión de carta
La Consejera de Sanidad

María Luisa Real González

EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CCR EN ESPAÑA. 2017

- Año 2000
- Año 2005-2006
- Año 2008-2009
- Año 2009
- Año 2010
- Año 2013
- Año 2014
- Año 2015
- Año 2016
- Año 2017





1. Escribir nombre, fecha de recogida de la muestra en la bolsa de plástico y el dispositivo.



2. Colocar una capa de papel higiénico en el váter y sentarse, si es posible, de cara al mismo. Si no fuera posible esta opción, utiliza orinal.



3. Gire lentamente y con cuidado la pieza de la varilla y sáquela del cuerpo principal.



4. Para la recogida, frote dos o tres veces la superficie de las heces y llene los dos orificios de la varilla.



5. Inserte lentamente y con cuidado la pieza de la varilla en el cuerpo principal



6. Gire hasta que quede bien cerrado.



7. Introducirlo en el tubo, cerrarlo bien y agitarlo vigorosamente.



8. Guarde el dispositivo de recogida de heces en la bolsa de plástico verde y colóquela en un lugar fresco y oscuro (2-8°C)





Si tienes entre
50 y 69 años
un sencillo
test puede
curarte

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

EN POBLACIÓN DE RIESGO MEDIO

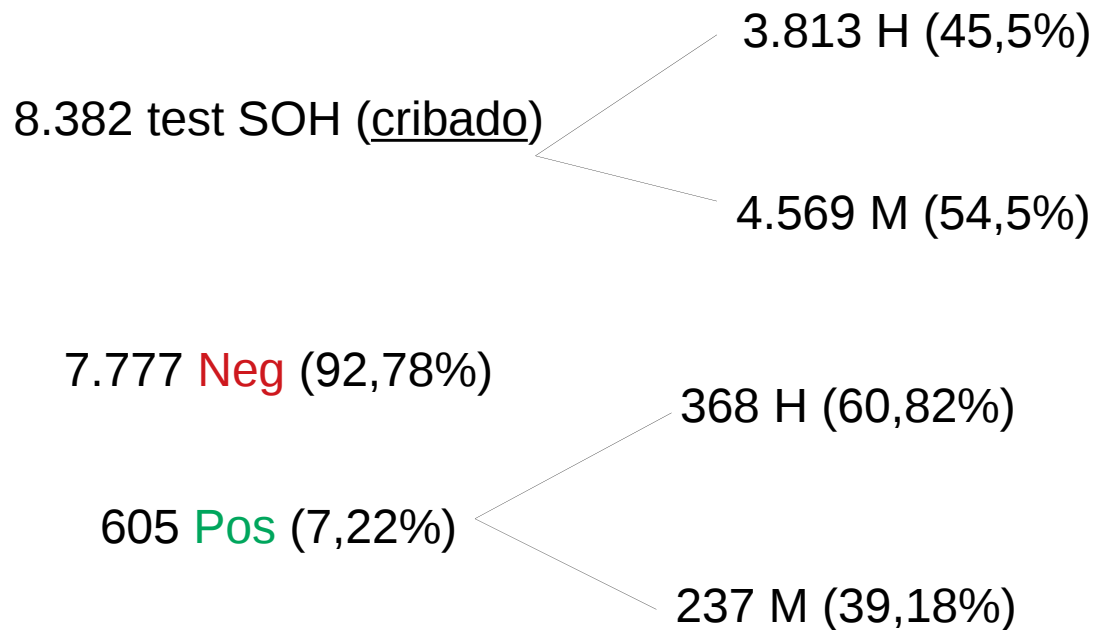


Financiado por
la Unión Europea
NextGenerationEU

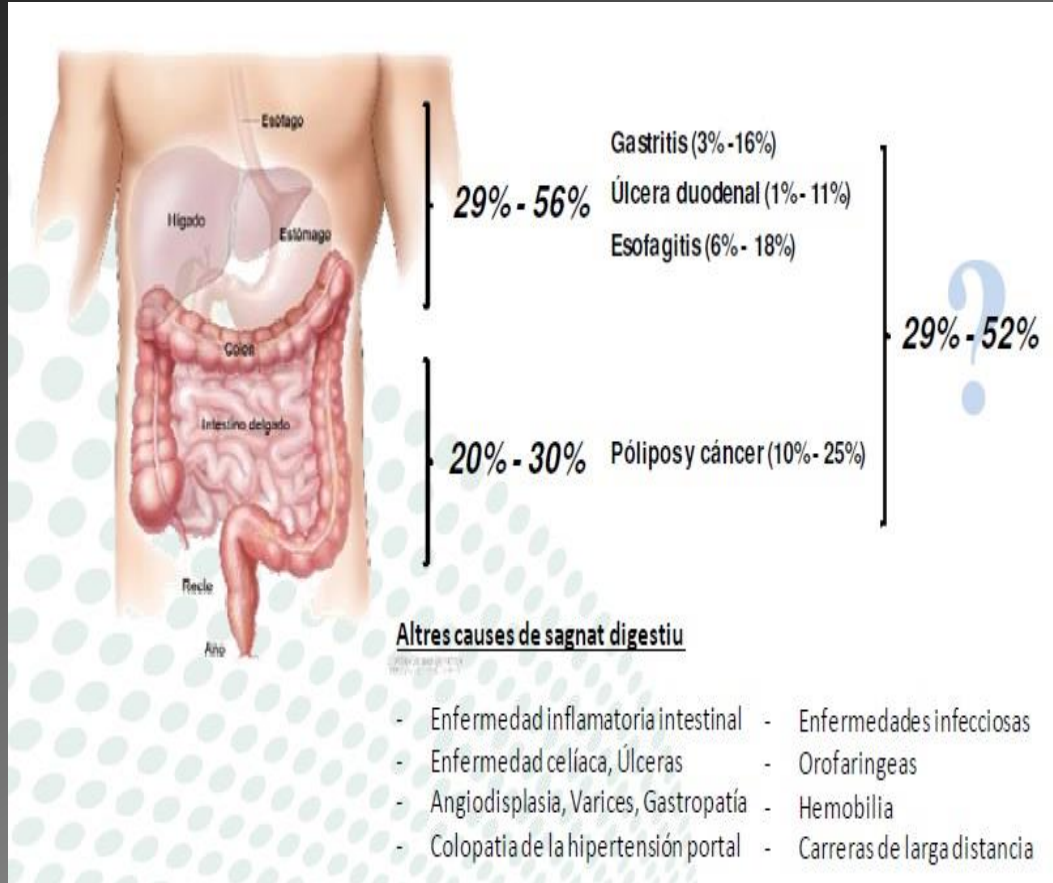


JUNTA DE EXTREMADURA
Vicepresidencia Segunda y Consejería de
Sanidad y Servicios Sociales

Estadísticas CHUB (1/1/22 a 10/12/22)



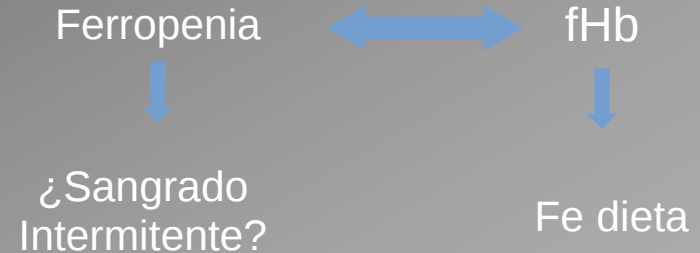
III. UTILIDAD de la fHb



De forma fisiológica se pueden perder entre 1 y 1,5 ml de sangre/día.

Indicador de esperanza de vida.

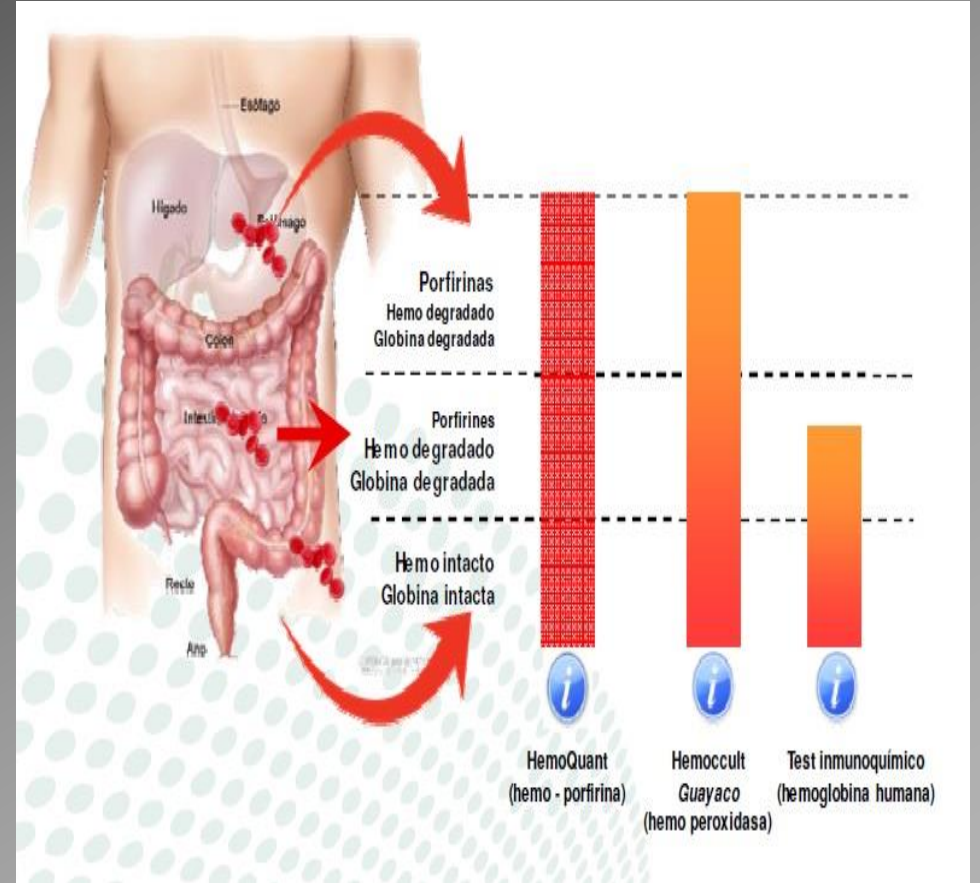
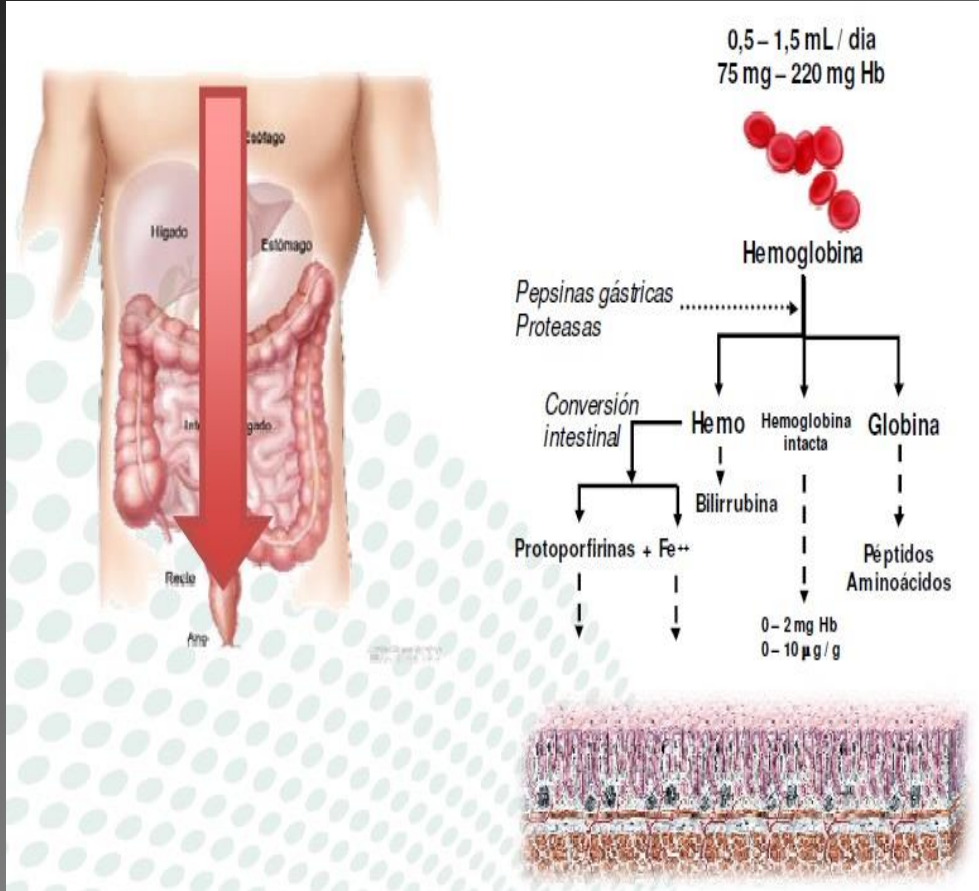
Sospecha sangrado:



Baja especificidad diagnóstica.

Relación directa entre la cantidad de sangrado y el tamaño de las lesiones.

Metabolismo de la fHb



IV. Prueba de Sangre Oculta en Heces (SOH)

Detecta las pérdidas microscópicas de sangre por las heces

La SOH es, con frecuencia, el primer y único signo de alarma de enf colorrectal

- Métodos de determinación

Se diferencian en el tipo de reacción empleada para detectar la Hb humana

- Químicos (SOH-Q): Test de Guayaco

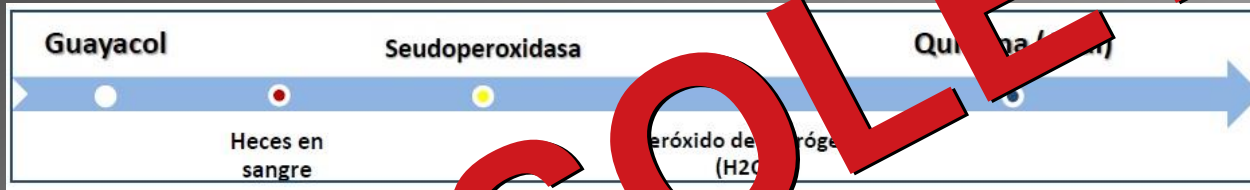
Cualitativos

- Inmunoquímicos (FIT)

Cuantitativos

SOH-Q: Test de Guayaco

Técnica cualitativa basada en la actividad pseudoperoxidasa del grupo hemo Hb.
Oxidación de un compuesto fenólico (guayacol) a una estructura de quinona.
El proceso de oxidación es catalizado por peroxidasa y catalasa, enzimas que se encuentran en la Hb humana y en donde el peróxido de hidrógeno facilita dicho proceso.



Rápido, sencillo
y barato, pero...

¡INCONVENIENTES!

- ↓ Sensibilidad (Hb > 300 µg/g heces)
- Interferencias (Hb animal, vit C...)
- Restricción dietética y farmacológica
- Subjetividad
- Muestras de 3 días (incómodo)
- Cualitativa

Métodos inmunoquímicos (FIT)

Utilizan Ac mono o policlonales específicos para la Hb humana.

Inmunocromatografía, inmunotinción, inmunoluminiscencia, enzimoimmunoanálisis, aglutinación en látex.

VENTAJAS

Detección específica de la Hb humana

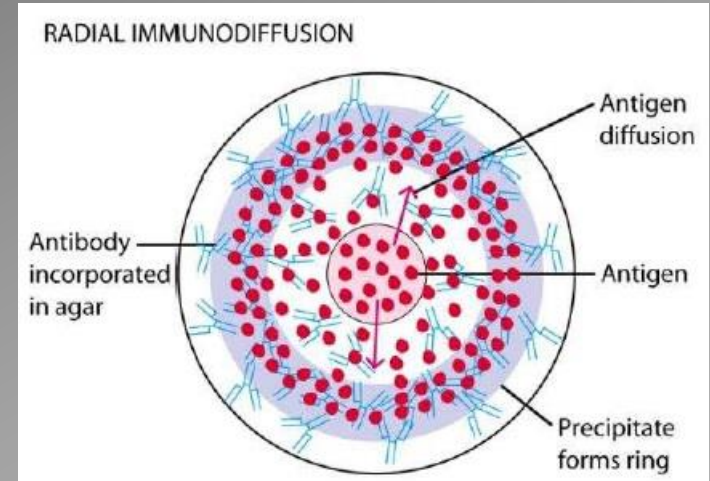
Poca cantidad de muestra

No restricción dietética ni farmacológica

Sensibilidad analítica (desde 6 μg Hb/g heces)

Sensibilidad diagnóstica

Coste/efectividad

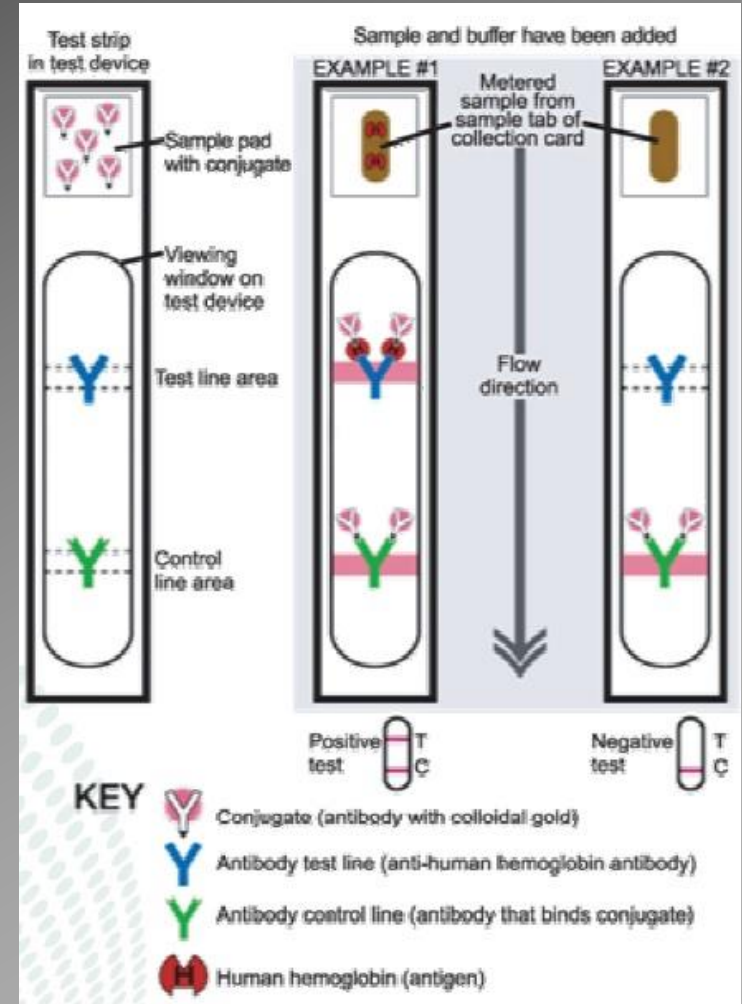
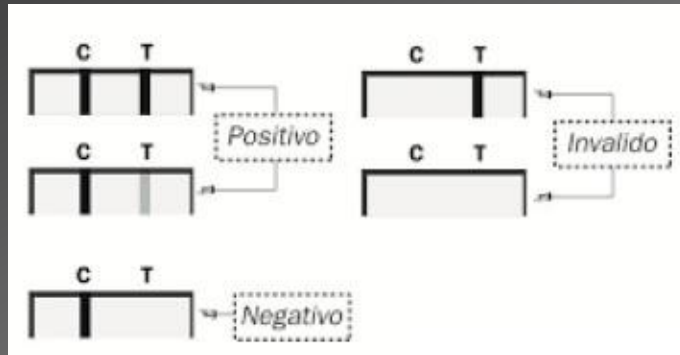


Inmunocromatografía (cualitativa)

Es una prueba rápida (5-10 min).

Ac monoclonales frente a la Hb humana.

Sólo presencia o ausencia, **no permite cuantificar**



la Hb presente en las heces.

Aglutinación en látex (cuantitativo)

Cuantifican la cantidad de Hb mediante una reacción Ag-Ac.

Calibradores con concentraciones conocidas de Hb.

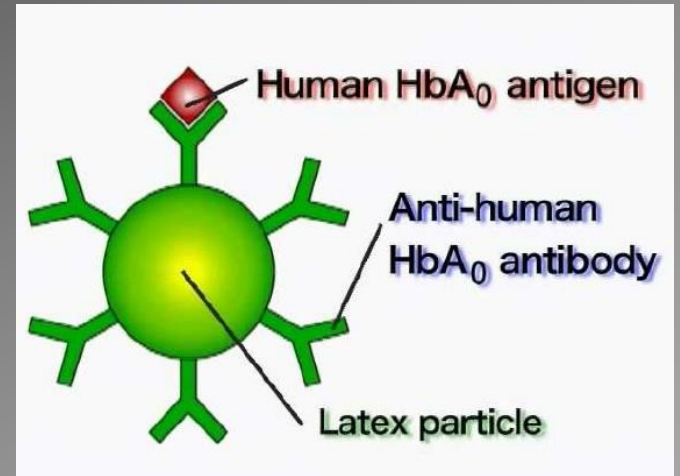
Aglutinación a 37°C = turbidez que se lee a 530 nm.

Estandarización de resultados con controles de calidad.

Automatización.

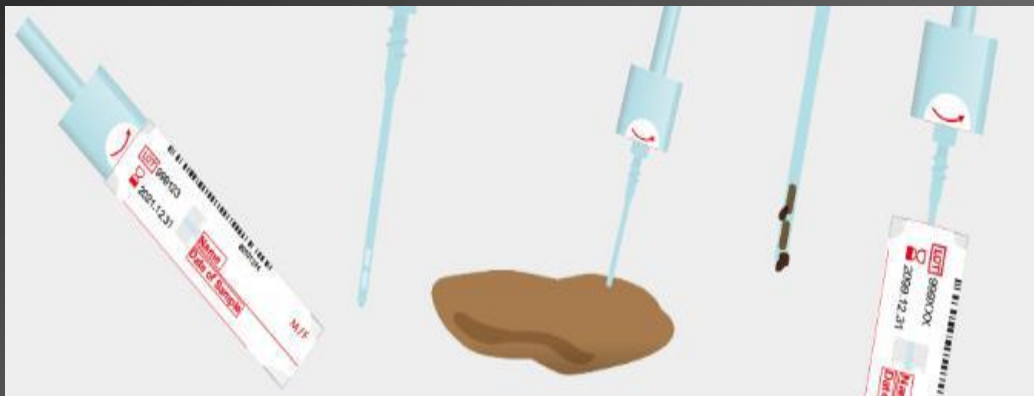
Permiten seleccionar el **punto de corte**.

Tasa de detección de neoplasias superior.



Los SOH-I cuantitativos son los más recomendados para el CCCR poblacional.

HM-JACKarc



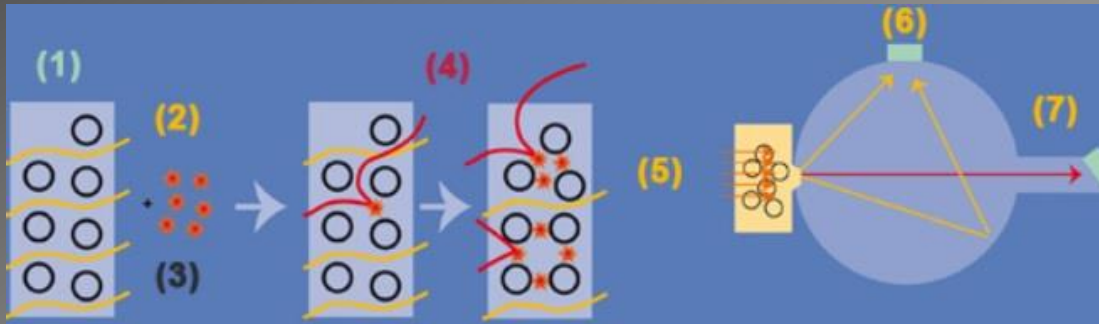
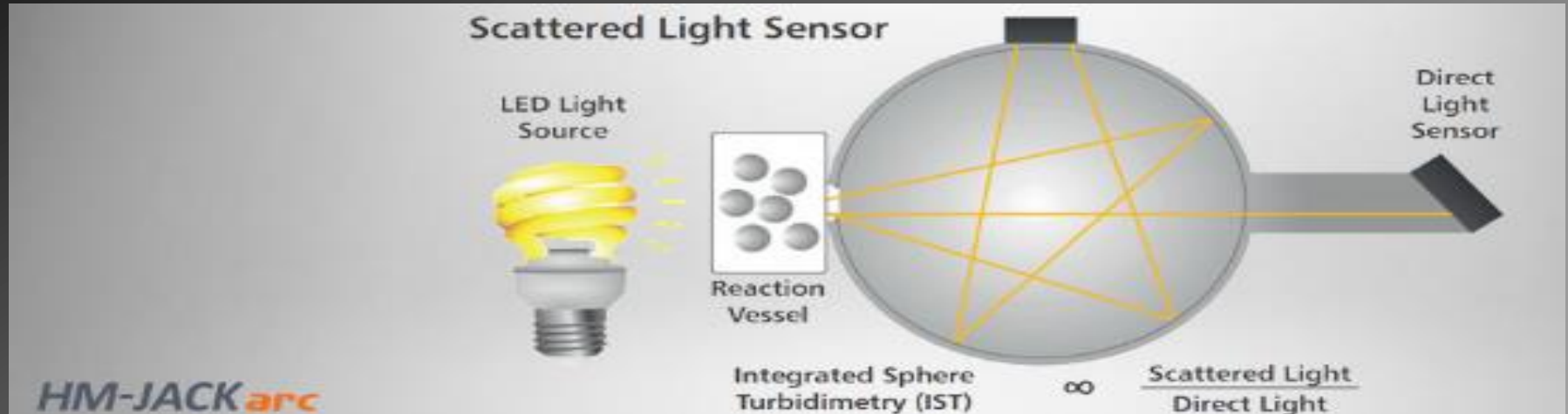
Solución
amortiguadora

- Asegura la estabilidad de la Hb

- **Cuidado FN** por caducidad amortiguador o mala conservación.

14 días a t^a ambiente

120 días en refrigeración



Turbidimetría con esferas de integración

- 1: Reactivo de látex con esferas de integración
- 2: Luz transmitida
- 3: Antígeno
- 4: Luz dispersada
- 5: Fuente de luz
- 6: Luz dispersada
- 7: Luz transmitida

Key features of HM-JACKarc FIT System:

- Fully automated, compact and light bench top unit with touchscreen interface
- Uses Integrated Sphere Latex Turbidimetry to measure faecal haemoglobin concentration
- Sensitivity: 7 ng/mL
- User definable cut-off to differentiate between Symptomatic or Screening use
- No prozone effect up to 200,000 ng/mL
- High speed performance: 200 samples/hour
- Time to first result 5.6 minutes
- Additional results every 18 seconds
- Factory set Master curve with local 2 point recalibration
- Calibrates system to local conditions and reagent combinations
- Calibration weekly
- System can store 2 calibration curves
 - Calibration of different lots of latex
 - Same lots with different calibrators

Estandarización de resultados

Habitualmente el resultado se expresa en ng Hb/ml de amortiguador.

La concentración depende de $\left\{ \begin{array}{l} - \text{Cantidad de heces (mg)} \\ - \text{Volumen solución (ml)} \end{array} \right\}$ ¡Varían según fabricante!

Para la misma cantidad de Hb (μg /gr heces)
Diferentes resultados (ng Hb/ mL)
Varían con los fabricantes

Se recomienda expresar
los resultados en $\mu\text{g Hb/g heces}$

Ejemplo: $\mu\text{g Hb / g de heces} = \frac{\text{ng Hb / mL} \times \text{mL de buffer}}{\text{masa de heces recogida en mg}}$

	Heces (mg)	Solución mL	Hb $\mu\text{g/g heces}$	Hb ng/mL
Fabricante A	10	2	20	100
Fabricante B	10	1.7	20	117
Fabricante C	20	1.6	20	250

Punto de corte

¿Qué punto de corte elegir?

Punto de corte

Sintomático

= 10 ng Hb/ml

Cribado

= 20 ng Hb/ml

NICE National Institute for Health and Care Excellence

1 sola muestra

Optimal cut-off value for detecting colorectal cancer with fecal immunochemical tests according to age and sex

¿Cómo adecuar la demanda a los recursos?

- Sexo
- Edad
- Cribado
- Punto de corte

Fecal Hemoglobin C **Fecal Occult Blood Test Limited**

Good Predictor of R

Gender-specific cut-off screening with FIT: In and equal positivity ra

La detección de hemoglobina e

Recomendación (2013)

Anal

Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología

Kevin

Herma

Dougl

Population-based colorectal cancer screening programmes using a faecal immunochemical test: should faecal haemoglobin cut-offs differ by age and sex?

Eunate Arana-Arri^{1*}, Isabel Idigoras², Begoña Uranga³, Raquel Pérez⁴, Ana Irurzun³, Iñaki Gutiérrez-Ibarluzea⁵, Callum G. Fraser⁶, Isabel Portillo⁶, EUSKOLON Group

J. M. Angé, A. Fernández, A. Barco, F. Cañizares, A. Colomer, X. Filella, M. J. Gaspar, A. Martínez-Peinado, R. Molina, L. Pérez, M. Sánchez-Carbayo, J. Trapé

Mercedes Vanaclocha-Espí^{1*}, Josefa Ibáñez^{1,2}, Ana Molina-Barceló¹, María José Valverde-Roig², Andreu Nolasco³, Francisco Pérez-Riquelme^{4,5}, Mariola de la Vega⁶, Isabel Portillo⁷, Dolores Salas^{1,2}

Futuro

Patrones de microbiota

- Se ha demostrado el papel de la microbiota intestinal en el desarrollo de CCR.
- Estrecho contacto entre el epitelio del colon y los microorganismos de su superficie.
- La disbiosis podría predisponer al CCR a través de diversos mecanismos.
- Sería posible identificar patrones de microorganismos asociados al CCR.
- Se han obtenido sensibilidades y especificidades entorno al 85-90%.

miRNAs

- Fragmentos cortos de ARN no codificante.
- Regulan la expresión de ciertos genes implicados en la patogénesis del cáncer.
- Actúan de forma similar a oncogenes y genes supresores.
- Su cuantificación en heces a dado lugar a sensibilidades y especificidades > 80% para la detección de CCR.

El objetivo a nivel de laboratorio debe ser la incorporación de nuevas pruebas que complementen la información aportada por el FIT.

V. CASOS CLÍNICOS

N.º 1: Mujer, 69 años

Prueba/Servicio	Resultado 1
991 HECES	
SOHCCR	535,30 (CCR:POSITIVO)

Grado de Limpieza del Colón

Colón Derecho	Colón Transverso	Colón Izquierdo	Global
2	2	3	7

Realiz. Colonoscopia Completa: SI

Tiempo de retirada del endoscopio: Mayor o igual 6 mins

Observaciones de la Exploración:

Auxiliar Angel Palomo Rico

Enfermero Jose Castillo Vaquera

Médico Francisco Javier Carro Rossell

Indicación de repetición de colonoscopia de screening: No

Descripción macroscópica de hallazgos endoscópicos

Normal (No se han encontrado hallazgos patológicos)

Polipos: No

Solicitud APA: No

Conducta a seguir: Volver al cribado

25 de Abril de 2022 .

Protocolo: P3 2022-2023

Detección Precoz Cáncer Colorrectal

Problemas de salud:

- TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO. hipertrigliceridemia. (CIAP2-PR,T93)
- DIABETES MELLITUS TIPO 2. (CIAP2-PR,T90)
- OTRAS HERNIAS ABDOMINALES. HERNIA VENTRAL. (CIAP2,D91)
- ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL. (CIAP2-PR,K85)
- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). (CIAP2,R95)



Cuestionario (Anamnesis)

1.- ¿ Se ha realizado colonoscopia en los últ. 10 años ? NO

2.- ¿ Se ha realizado algún TSOH en el último año ? NO

3.- ¿Tiene 2 antecedentes de CCR I en FPG2? NO

4.- ¿ Presenta alguna Enfermedad Inflamatoria Intestinal ? NO

5.- ¿ Presenta alguno de los siguientes síntomas ? NO

* Sangrado en las heces: * Anemia: * Cambio en la frecuencia o consistencia de las heces:

* Dolor o molestias en el abdomen de aparición reciente: * Pérdida de peso sin razón conocida:

TSOH

Cuestionario TSOH

1) ¿ Acepta la realización del TSOH? SI Fecha: 28.02.2022

Entrega TSOH: SI Fecha: 07.03.2022

Resultados TSOH

Análisis	Descripción	Resultado	Fecha
29771-3	Sangre oculta en hec	CCR:POSITIVO	03.03.2022

Aceptación solicitud colonoscopia de screening: SI

N.º 2: Hombre, 69 años

INFORME:

Se explora hasta ciego. Buena preparación BOSTON 8/9 (D2-T3-I3). Ileon terminal de aspecto normal. Pólipo próximo a la válvula ileocecal sesil NICE 2 de 8 mm, que se reseca con asa de diatermia. Orificios diverticulares a lo largo de todo el colon sin signos de complicación. Hemorroides internas.

Conclusión

PÓLIPO DE COLON.
DIVERTICULOSIS COLONICA.
HEMORROIDES INTERNAS.



Cáceres, 14 de Julio de 2022

Prestación solicitada

BIOPSIA ENDOSCOPICA

Estudio N°

B22-007743

Datos clínicos

Pólipo próximo a la válvula ileocecal sesil NICE 2 de 8 mm, que se reseca con asa de diatermia.

Tipo de Estudio

BIOPSIA DIAGNOSTICA

Informe de la muestra A

Biopsia / BIOPSIA DIAGNOSTICA / COLON (NEOM)

Descripción Macroscópica

Se recibe en formol un fragmento mucoso blanquecino de 0,7 x 0,4 cm. Se incluye en su totalidad en 1 bloque.

Diagnóstico Anatomopatológico

Biopsia endoscópica de colon (próximo a la válvula ileocecal):

Adenoma tubular.

-

Informes complementarios

Cáceres, 17 de Agosto de 2022

Protocolo: P3 2022-2023

Detección Precoz Cáncer Colorrectal

Prueba/Servicio	Resultado 1
991 HECES	
SOHCCR	528,00 (CCR:POSITIVO)

Problemas de salud:

- HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA. (CIAP2,Y85)
- HIPERTENSIÓN NO COMPLICADA. (CIAP2-PR,K86)
- TRASTORNOS DEL METABOLISMO LIPÍDICO. HTG. (CIAP2-PR,T93)
- SÍNDROMES LUMBARES/TORÁCICOS CON IRRADIACIÓN DEL DOLOR. (CIAP2,L86)
- CEGUERA/REDUCCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL. (CIAP2,F94)

Cuestionario (Anamnesis)

- 1.- ¿ Se ha realizado colonoscopia en los últ. 10 años ? NO
- 2.- ¿ Se ha realizado algún TSOH en el último año ? NO
- 3.- ¿Tiene 2 antecedentes de CCR1 en FPG2? NO
- 4.- ¿ Presenta alguna Enfermedad Inflamatoria Intestinal ? NO
- 5.- ¿ Presenta alguno de los siguientes síntomas ? NO

* Sangrado en las heces:

* Anemia:

* Cambio en la frecuencia o consistencia de las heces:

* Dolor o molestias en el abdomen de aparición reciente:

* Pérdida de peso sin razón conocida:

TSOH

Cuestionario TSOH

I) ¿ Acepta la realización del TSOH? SI Fecha: 26.01.2022

Entrega TSOH: SI Fecha: 07.02.2022

Resultados TSOH

Análisis	Descripción	Resultado	Fecha
29771-3	Sangre oculta en hec	CCR:POSITIVO	27.01.2022

Aceptación solicitud colonoscopia de screening: SI

N.º 3: Hombre, 63 años

Prueba/Servicio	Resultado 1
991 HECES	
SOHCCR	602,80 (CCR:POSITIVO)

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:

Pólipos colónicos

(A, B, C, D) - INTESTINO GRUESO (recogepólipos, polipectomía)

Celdilla 1, colon ascendente

- Fragmentos de pólipo hiperplásico

Celdilla 2, colon transversal proximal

- Adenoma tubular

Celdilla 3, colon transversal distal

- Fragmentos de adenoma tubular

Celdilla 4, colon descendente

- Fragmentos de adenoma tubular

(E) - RECTO (polipectomía)

- Adenoma tubular



Diagnósticos

- Adenomas tubulares e hiperplásicos de colon.

Plan de Seguimiento

Se recomienda colonoscopia de revisión en 3 años. Solicitar a través de su MAP.

Badajoz, 4 de Julio de 2022

Descripción macroscópica de hallazgos endoscópicos

Polipos: Si Menor de 10 mm Número: 6 Mayor de 10 mm Número: 2

Solicitud APA: Si

Descripción microscópica de hallazgos endoscópicos

Pólipos no neoplásicos (pólipos inflamatorios e hiperplásicos): 2

Adenomas: 6

Adenoma bajo riesgo: 4

Adenomas alto riesgo: 2

Conducta a seguir: Excluir del Cribado. Derivación a Atención Especializada

18 de Mayo de 2022 .

N.º 4: Hombre, 65 años

Prueba/Servicio	Resultado 1
991 HECES	
SOHCCR	519,00 (CCR:POSITIVO)

Resultado	E	Fecha
2,1		17/10/2022
1,7		02/09/2022
1,8		11/08/2022
1,9		05/08/2022
2,0		22/07/2022
1,9		01/07/2022
2,2		07/06/2022
2,0		20/05/2022

CEA (0-5)

Resultado	E	Fecha
13,9		23/09/2022
14,6		05/08/2022

CA 19.9 (0-39)

Ex-fumador de 44 años (discontinuación hace 12 años), 1 paq/día
Bebedor diario de 2-3 vasos vino, cerveza.

-Intervenciones quirúrgicas: Implantes dentarios.

-Antecedentes familiares:

* Hermano con cáncer renal y prostático a los 68a

Enfermedad Actual

Paciente de 65 años de edad que en estudio de screening presenta TSOH+ y colonoscopia que muestra lesión a 10 cm del MA compatible con ADC.

Tras completar estudio se llega al diagnóstico de ADC de recto cT3N2M0 El 12/5/22: Comentado en comite de tumores se refiere que las lesiones tanto suprarrenal izquierda y osea del sacro no son compatibles con MTS. Se platea TNT)



VI. CONCLUSIONES

El CCR es un importante problema de salud y constituye la segunda causa de muerte por cáncer en España.

La eficacia del cribado de CCR depende del grado de participación.

El cribado puede detectar lesiones con potencial maligno, factor clave para disminuir la incidencia de CCR.

Según las evidencias científicas y los estudios coste-eficacia, el test de SOH es la mejor estrategia para el cribado de CCR.

Los tests FIT tienen $>$ S analítica y diagnóstica para el CCR que los test SOH-Q.

Los tests FIT son la prueba de elección para seleccionar a los pacientes a los que hacerles una colonoscopia.

CONTRA EL CÁNCER DE COLON siéntate



Un simple test

de heces puede evitar
que llegues a tener
cáncer de colon.

Si tienes más de 50 años,

solicítalo en tu centro de
salud y únete a nosotros
en la **sentada contra**
el cáncer de colon.