

# La prueba inmunoquímica fecal tiene una alta exactitud diagnóstica para cáncer colorrectal en pacientes asintomáticos con antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal

The fecal immunochemical test has a high diagnostic accuracy for colorectal cancer in asymptomatic patients with history of colorectal cancer

## Comentado de:

Katsoula A et al. JAMA Internal Medicine 2017;177(8):1110-8<sup>1</sup>

## Objetivo

Evaluar la exactitud diagnóstica de la prueba inmunoquímica fecal (PIF) en la detección de cáncer colorrectal (CCR) o neoplasia avanzada de colon (NAC, definida como carcinoma o adenoma mayor de 10 mm de diámetro, con más de 25% de componente vellosos o displasia de alto grado) en personas asintomáticas con antecedentes personales o familiares de CCR o NAC.

## Fuente de datos

MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library, registro de ensayos clínicos, resúmenes de reuniones científicas relevantes y literatura gris hasta 2016.

## Selección de estudios y extracción de datos

Se incluyeron estudios que reportaron la exactitud diagnóstica de PIF para CCR o NAC en este grupo de pacientes, compara-

dos con colonoscopia definida como la prueba de referencia. Se excluyeron los estudios realizados con pacientes sintomáticos, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis hereditaria o aquellos en los que no se pudiera realizar tablas de doble entrada. También se excluyeron los casos sintomáticos, los de CCR hereditario no asociado a poliposis o los de poliposis adenomatosa familiar. Dos revisores seleccionaron los estudios, extrajeron los datos y evaluaron la calidad de los estudios mediante QUADAS-2, de manera independiente. La certeza de la evidencia fue determinada mediante el enfoque GRADE. Se estimó la sensibilidad y especificidad combinada, con su IC95%, a través de meta-análisis.

## Resultados principales

Se presentan los resultados del meta-análisis que incluyó 6.204 pacientes provenientes de 11 estudios de corte transversal y un ensayo clínico (VerTabla 1)

**Tabla 1. Desempeño de la prueba inmunoquímica fecal en pacientes con antecedentes personales/familiares de cáncer colorrectal. Nota: IC95 %: intervalo de confianza del 95 %**

Características operativas de la prueba inmunoquímica fecal	Cáncer colorrectal	Neoplasia avanzada de colon
Sensibilidad, % (IC95 %)	93 (53 a 99)	48 (39 a 57)
Especificidad, % (IC95 %)	91 (89 a 92)	93 (91 a 94)
Coeficiente de probabilidad positivo (IC95 %)	10,30 (7,7 a 13,9)	6,5 (5,0 a 8,5)
Coeficiente de probabilidad negativo (IC 95 %)	0,08 (0,01 a 0,75)	0,57 (0,48 a 0,67)
Valor predictivo positivo, %	7,7	43,8
Valor predictivo negativo, %	99,9	94,0

## Conclusiones

En individuos con riesgo incrementado de CCR la PIF tiene una alta exactitud diagnóstica para CCR, aunque mucho menor para

NAC. La baja o muy baja calidad de la evidencia analizada limita la confianza en los hallazgos y destaca la necesidad de contar con estudios de mejor calidad.

## Comentario

Dado el mayor riesgo de CCR (incluyendo NAC) en personas con antecedentes familiares de CCR, es deseable que estos individuos tengan una alta participación en los programas de detección precoz<sup>2</sup>. El riesgo de presentar esta enfermedad tiene relación con múltiples factores tales como el género, la edad, la localización tumoral, el parentesco y principalmente el número de familiares afectados, por lo tanto, dicho riesgo será variable en cada persona con antecedentes familiares de CCR<sup>2-4</sup>.



La mayoría de las guías clínicas establecen que el tamizaje en estos pacientes debe realizarse mediante la realización de colonoscopia desde los 40 años de edad o 10 años antes de la edad del caso índice, con posterior seguimiento de acuerdo a los hallazgos endoscópicos y la historia del paciente<sup>5-7</sup>. Bujanda et al mostraron que solo el 38% de las personas con antecedentes familiares de CCR estudiadas realizaba el rastreo con videocolonoscopia, sugiriendo que este bajo grado de adherencia deja un gran porcentaje de pacientes desprotegidos<sup>8</sup>. En el metaanálisis resumido el riesgo de sesgos fue alto para seis estudios, incierto para uno y bajo solo para los otros cinco, lo que llevó a los autores a definir como baja o muy baja la confianza en la evidencia analizada. Sin embargo, la sensibilidad y la especificidad estimada de la PIF es alta para el CCR. Su relativo bajo costo, la sencillez con que puede realizarse y su alto valor predictivo negativo (VPN), permiten presentarla como una buena prueba para el tamizaje poblacional. Por otro lado, la PIF tiene pobre sensibilidad y no tan alto VPN para detección de NAC, características que limitan en parte su potencial preventivo. Es probable que los pacientes con solo un familiar de primer grado afectado por CCR enfrenten un riesgo parecido de desarrollar esta enfermedad que aquellos que no lo tienen, lo que permitiría que la PIF encuentre un rol potencial en este grupo particular de pacientes con baja adherencia al rastreo con colonoscopia<sup>9</sup>.

### Conclusiones del comentador

Serían necesario contar con la información de ensayos clínicos que comparen el impacto en la incidencia y en la mortalidad del CCR de las distintas estrategias de tamizaje en esta población particular antes de cambiar las recomendaciones actuales.

**Ricardo E Mentz** [ Servicio de Cirugía General, Hospital Italiano de Buenos Aires ricardo.mentz@hospitalitaliano.org.ar ]

Mentz RE La prueba inmunoquímica fecal tiene una alta exactitud diagnóstica para cáncer colorrectal en pacientes asintomáticos con antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal. *Evid Actual Pract Ambul.* 2019;22(3):e001989. Comentado de: Katsoula A, et al. Diagnostic Accuracy of Fecal Immunochemical Test in Patients at Increased Risk for Colorectal Cancer A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine* 2017;177(8):1110-8. PMID 28628706

### Referencias

1. Katsoula A, Paschos P, Haidich AB, Tsapas A, Giouleme O. Diagnostic accuracy of fecal immunochemical test in patients at increased risk for colorectal cancer: a metaanalysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(8):1110-1118.
2. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Andrews KS, Brooks D, Bond J. A Joint Guideline From the American Cancer Society, the US MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology.* 2008;134:1570-95. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps. Internet. Available from: 10.1053/j.gastro.2008.02.002.
3. Baglietto L, Jenkins MA, Severi G, Giles GG, Bishop DT, Boyle P. Measures of familial aggregation depend on definition of family history: metaanalysis for colorectal cancer. *J Clin Epidemiol.* 2006;59(2):114-118.
4. Katsoula A, Paschos P, Haidich AB, Tsapas A, Giouleme O. Diagnostic accuracy of fecal immunochemical test in patients at increased risk for colorectal cancer: a metaanalysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177(8).
5. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. American College of Gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(3):739-50.
6. Provenzale D, Jasperson K, Ahnen DJ, Aslanian H, Bray T, Cannon JA. Colorectal Cancer Screening, Version 1. *J Natl Compr Canc Netw.* 2015;13(8):959-968. quiz 968.
7. Castells A, Marzoacastillejo M, Mascort JJ, Amador FJ, Andreu M, Bellas B. Clinical practice guideline. Prevention of colorectal cancer. 2009 update. Asociación Española de Gastroenterología. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32(10):717-718.
8. Bujanda L, Sarasqueta C, Zubiaurre L, Cosme A, Muñoz C, Sánchez A. Low adherence to colonoscopy in the screening of first-degree relatives of patients with colorectal cancer. *Gut.* 2007;56(12):1714-1722.
9. Cubiella J, Marzoacastillejo M, Mascortaroca JJ, Amadoraromero FJ, Bellasabeceiro B, Clófentavilaplana J. Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer update. *Gastroenterol Hepatol.* 2018;41(9):585-96.