

¿Hemos de vigilar más estrechamente a los pacientes diabéticos en los programas de cribado de cáncer colorrectal?

Miguel Pantaleón, Xavier Bessa, Agustín Seoane, Diana Zaffalón, Josep Maria Dedeu, Faust Riu, Luis Barranco, Felipe Bory, Marco Antonio Álvarez
Servicio aparato digestivo. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar

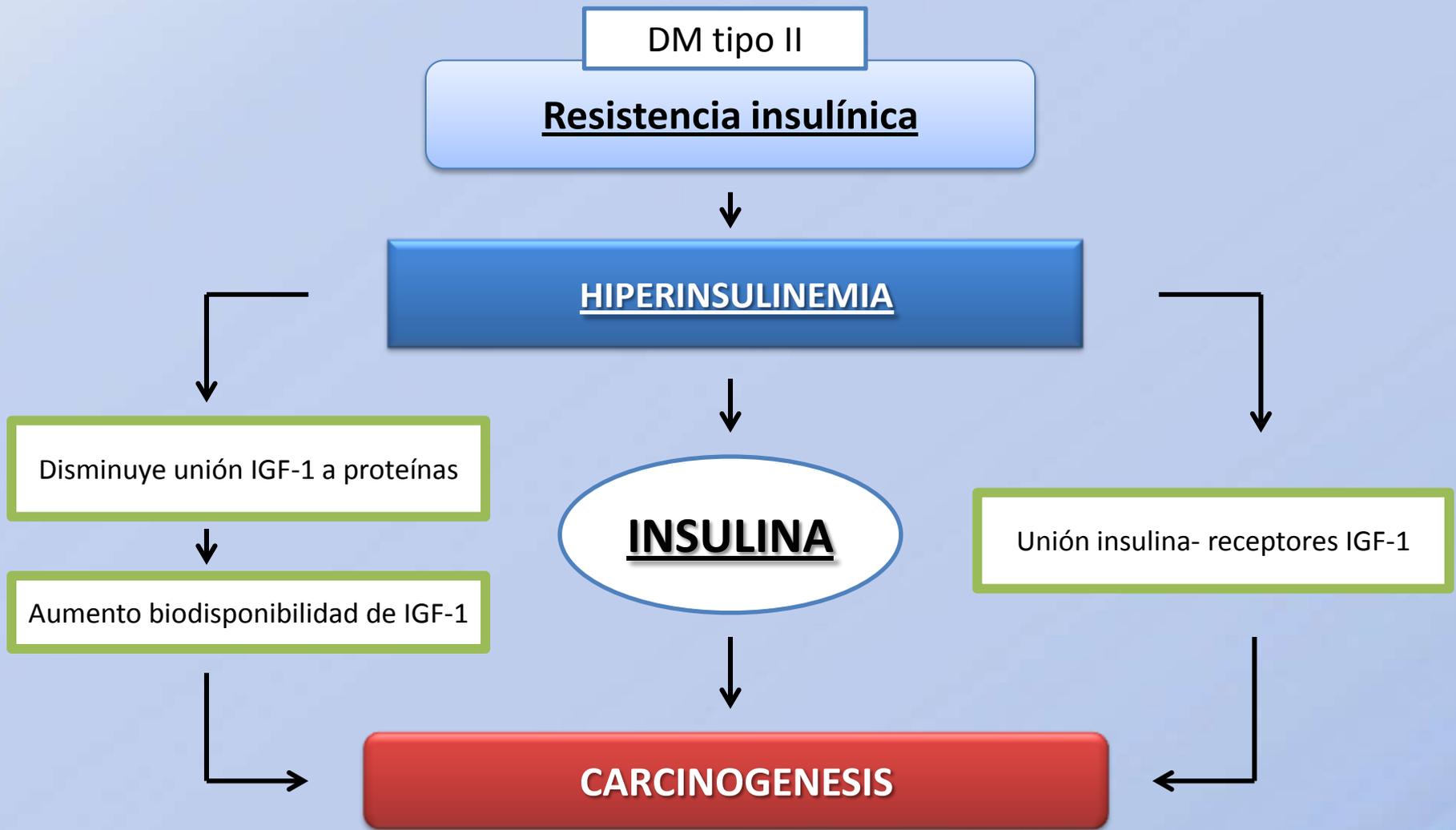
Introducción

- El cáncer colorrectal (CCR) es la **2ª neoplasia más frecuente** en Occidente. En España es la 2ª causa de mortalidad por cáncer
- La prevalencia de **Diabetes Mellitus tipo II** (DM) está en aumento
- Diagnóstico-tratamiento precoz: **Cribado**

Introducción

- Existe evidencia del incremento de riesgo de CCR en pacientes diabéticos (OR 1,2-1,6); en relación a los **adenomas** los datos son discordantes ^{1,2,3}
- Las guías clínicas actuales de screening de CCR no contemplan **manejo específico** para el paciente diabético

1. *World Gastroenterol* (June 2014) 14:20(22)
2. *Am J Gastroenterol* (2011) November 106 (11) 1911-1922
3. *R. Eddi J Gastrointest Canc* (2012) 43:87-92



A validated tool to predict colorectal neoplasia and inform screening choice for asymptomatic subjects

Martin C S Wong,^{1,2} Thomas Y T Lam,¹ Kelvin K F Tsoi,¹ Hoyee W Hirai,¹ Victor C W Chan,¹ Jessica Y L Ching,¹ Francis K L Chan,¹ Joseph J Y Sung¹

Diabetes mellitus younger patients

Table 4 Colorectal screening score for prediction of risk for colorectal neoplasia*

Risk factor	Criteria	Points
Age, years	50–55	0
	56–70	1
Gender	Female	0
	Male	1
Family history present for a first-degree relative	Absent	0
	Present	1
Smoking	No	0
	Current or past	1
BMI	<25	0
	≥25 (obesity)	1
Diabetes mellitus	Absent	0
	Present	1

*Colorectal neoplasia includes adenoma, advanced neoplasia and cancer. Advanced neoplasia is defined as colorectal cancer, or any colorectal adenoma which has a size of ≥10 mm in diameter, high-grade dysplasia, villous or tubulovillous histologic characteristics, or any combination thereof.
BMI, Body Mass Index.

	49 yr DM (n = 125)	50-59 yr without DM (n = 125)
	9.6	50.4
	0.4	32.0
	1.4-4.9)	2.8 (1.5-5.2)
	1.5-6.4)	2.9 (1.5-5.6)

index, smoking, and

Objetivos

PRINCIPAL

Analizar asociación entre **DM** e incidencia de **adenoma/adenoma de alto riesgo**, en el programa de **cribado poblacional** de CCR

SECUNDARIO

Analizar otros factores de riesgo de adenoma

Material y método

- Estudio retrospectivo observacional
- 408 pacientes consecutivos en los que se realizó **colonoscopia** dentro del programa de **cribado** poblacional CCR del área litoral Mar
- Periodo: Junio 2012 - Febrero 2013
 - **Criterios de inclusión**
 - 50-69 años
 - TSHi (+) y colonoscopia posterior
 - **Criterios de exclusión**
 - Inherentes al cribado
 - Antecedentes personales/familiares de CCR, sintomatología sospechosa de CCR, síndromes poliposicos o un seguimiento específico por otro motivo

Variables recogidas

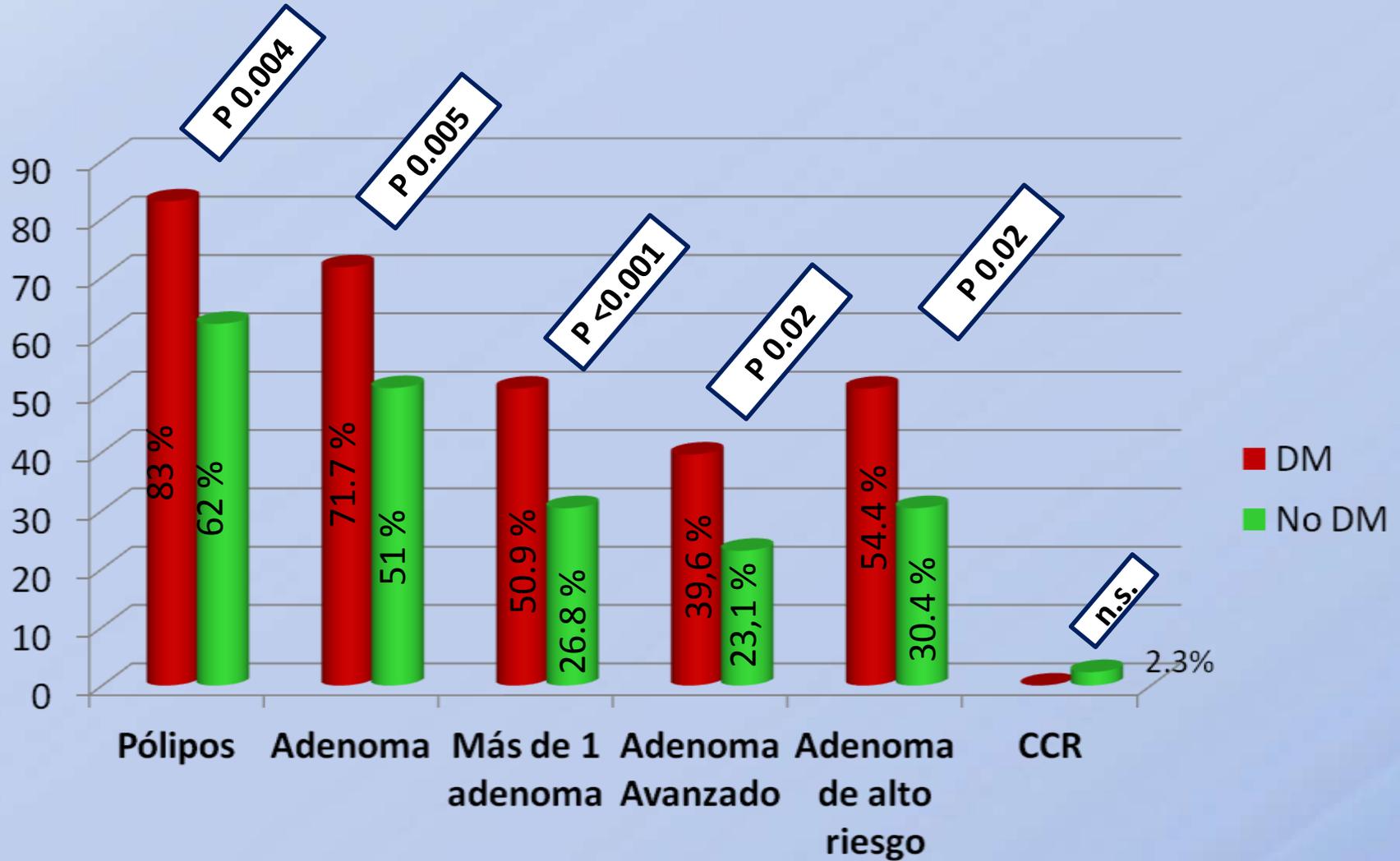
- Edad, sexo, IMC, HTA , dislipemia, DM-II, tabaquismo, enolismo
 - **Adenoma avanzado**: más de 10 mm, componente vellosos o DAG.
 - **Adenoma de alto riesgo**: : adenoma avanzado o al menos tres adenomas
- **Análisis estadístico:**
 - **Variables cualitativas**: test de chi-cuadrado
 - **Variables cuantitativas**: t-student
 - **Análisis multivariado**: modelo de regresión logística

Resultados

CARACTERÍSTICAS BASALES

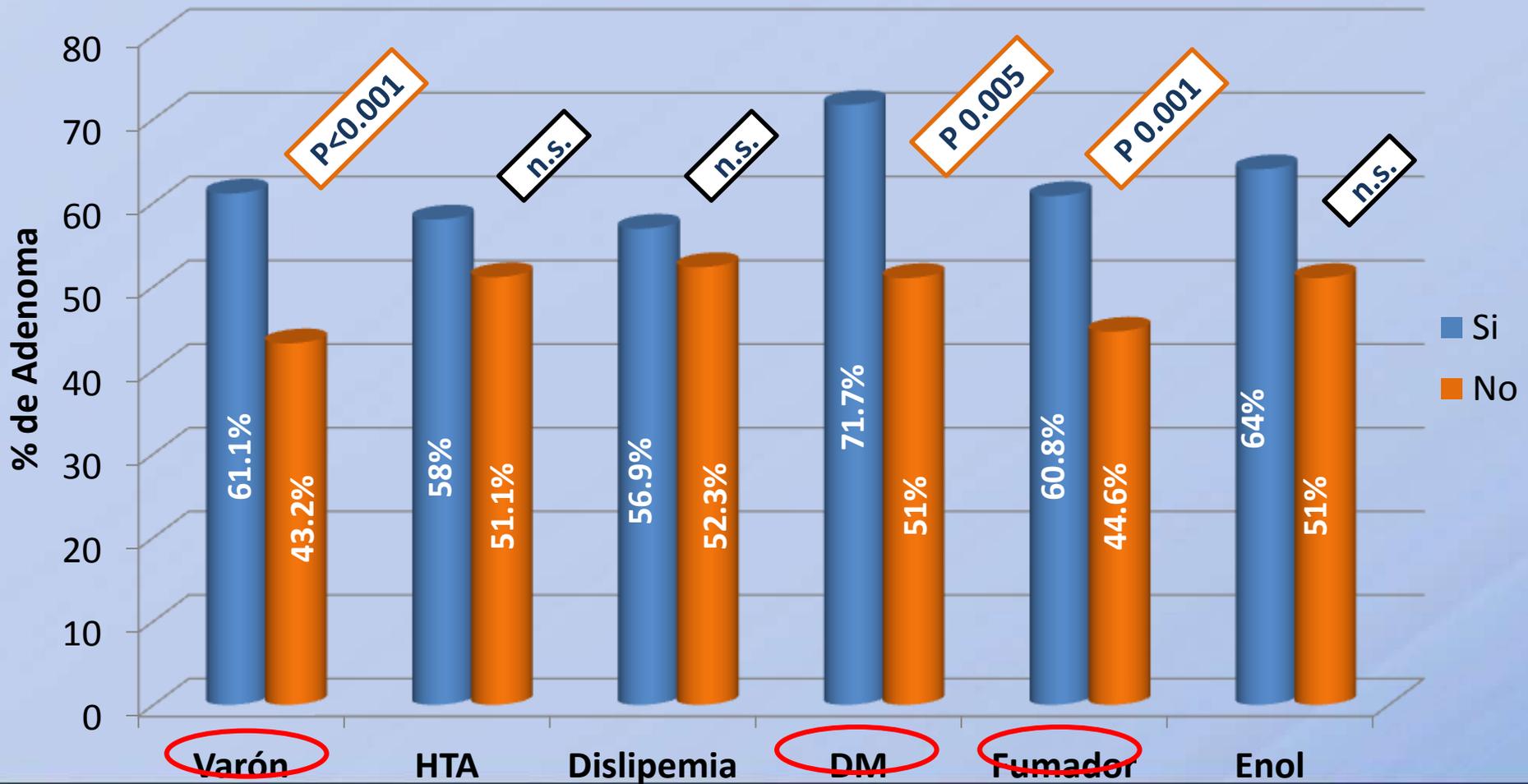
	DM	No DM	p
N (408)	53 (14%)	355 (86%)	
Edad media	61.5 años	58.2 años	0,001
Sexo varón	64%	58%	n.s.
IMC	29.4	27.4	0,001
HTA	67,3%	30,4%	<0,001
Dislipemia	51 %	27,3%	0,001
Fumador/ Exfumador / No	28%/ 34%/ 34%	31% /22%/ 47%	n.s
Enolismo	17%	11%	n.s.
Intubación cecal	100%	98,5%	n.s.
Escala de Boston	8,3	8,3	n.s.

Pacientes con DM vs no DM



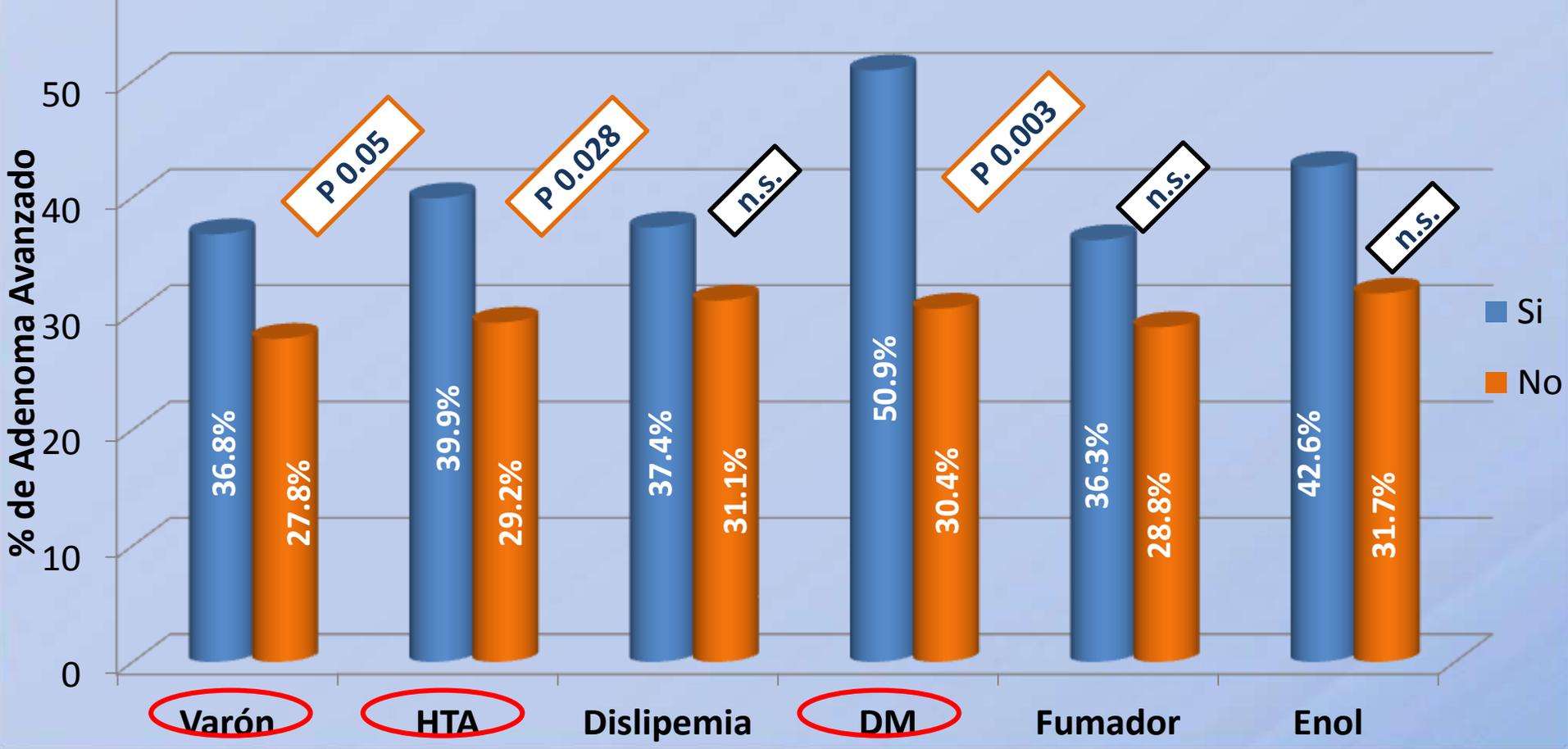
ANÁLISIS UNIVARIADO ADENOMA

	Adenoma Sí	Adenoma No	p
N			
Edad media	59,3 años	57,6 años	0,003
IMC media	28,3	27	0,002



ANÁLISIS UNIVARIADO ADENOMA DE ALTO RIESGO

	AAR Sí	AAR No	p
N			
Edad media	59,5 años	58 años	0,017
IMC media	28,1	27,4	n.s.



ANÁLISIS MULTIVARIADO ADENOMA

	p	OR	IC 95% I
Edad	0,02	1,05	1,007 - 1,084
DM	0,227	1,47	0,74 - 2,92
Sexo	0,009	1,78	1,16 - 2,75
IMC	0,012	1,07	1,02 - 1,13
Fumador	0,006	1,8	1,2 - 2,8

ANÁLISIS MULTIVARIADO AA

	p	Exp (B)	IC 95% Inferior
Edad	0,09	1,03	0,099 - 1,07
DM	0,048	1,87	1,01 - 3,48
Sexo	0,1	1,4	0,9 - 2,2
HTA	0,3	1,2	0,8 - 2

ANÁLISIS MULTIVARIADO ADENOMA

	p	OR	IC 95% I
Edad	0,02	1,05	1,007 - 1,084
DM	0,227	1,47	0,74 - 2,92
Sexo	0,009	1,78	1,16 - 2,75
IMC	0,012	1,07	1,02 - 1,13
Fumador	0,006	1,8	1,2 - 2,8

ANÁLISIS MULTIVARIADO AAR

	p	Exp (B)	IC 95% Inferior
Edad	0,09	1,03	0,099 - 1,07
DM	0,048	1,87	1,01 - 3,48
Sexo	0,1	1,4	0,9 - 2,2
HTA	0,3	1,2	0,8 - 2

Conclusiones

- Los factores independientes que incrementan el riesgo de **adenomas** son:
 - Edad
 - IMC
 - Sexo
 - Fumador
- El único factor independiente que incrementa el riesgo de **adenomas de alto riesgo** es la **Diabetes Mellitus**
- Si se confirman estos datos, considerar DM grupo de alto riesgo y merecerían una vigilancia más agresiva

Gracias por su atención



Preguntas:

- Síndrome metabólico:
 - Realmente es un agregado de factores que aumentan el riesgo de manera individual (IMC, HTA, dislipemia...), por tanto es evidente que estos pacientes tendrán mucho mayor número de adenomas y adenomas de alto riesgo ya que las variables con lo componen incrementan el riesgo individualmente. Si finalmente las recomendaciones de las guías de cribado se modifican e individualizan el riesgo, estos pacientes serán uno de los colectivos que más agresivamente se criben. En cualquier caso, no hace falta tener un síndrome metabólico para tener el riesgo incrementado de adenoma, y este estudio así lo apunta. No es lo mismo que acuda a cribado una mujer sin Antecedents de interés, que un varón diabético obeso y fumador. De hecho de esto trata el estudio, de aportar evidencia para identificar colectivos de riesgo y cribarlos de una manera más agresiva.

Preguntas

- ¿Por qué solo sale la DM en el AAR, cuando la edad/IMC incrementa el riesgo de adenoma?
- Es cierto, y para ser sincero es la misma pregunta que me planteé cuando vi los resultados....pausa... En realidad se trata de un estudio con una muestra de 400 pacientes, que si bien no es pequeña, es parcial respecto al número que queremos incluir y por tanto hay que tomar estas conclusiones con prudencia. En estos momentos estamos ampliando el estudio hasta un total de 1600 pacientes, con lo que los resultados serán muchos más fidedignos en relación a la literatura publicada. En resumen, sí, según nuestro estudio la DM es un factor de riesgo independiente para AAR, pero hay que ser cauteloso y esperar a ver la confirmación de los resultados.

- ¿Por qué no sale la DM en el adenoma y el resto sí, y se queda sola con el AAR:?
- Buena pregunta....en el caso de adenoma da la impresión que son las otras variables e comen a la diabetes, y en parte es lógico, pues el paciente diabético se sabe que es más añosa, mas HTA, más fumador y más añoso, de hecho en nuestra muestra así sale. Por eso no es fácil desligar la DM del resto., es probable que con una n mayor sí que salga significativa pero en nuestro estudio no fue así....

- Además ahora también estamos mirando dentro del colectivo de diabéticos que factores incrementan el riesgo de adenomas.
- La literatura dice que glicada e insulina más riesgo (mayor severidad de la misma)
- Metformina protecto,
- Los Dm más en colon derecho
- Hay un mundo que estmos en estos momentos inmersos y en mi opinión en el futuro

- Si tuviera que lanzar un mensa':
- Prioizar cribado según riesgo individual, y todo apunta que el colectivo diabético es un paciente ded alto riesgo..