

# Mejora de la calidad de la información sobre el cáncer colo-rectal y de próstata en el registro de cáncer poblacional de Euskadi (RCE) y revisión bibliográfica

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias.  
Osteba

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD



# Mejora de la calidad de la información sobre el cáncer colo-rectal y de próstata en el Registro de Cáncer poblacional de Euskadi (RCE) y revisión bibliográfica

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias.  
Osteba

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN  
DE TECNOLOGÍAS Y PRÁCTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



**EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO**

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD

**Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia**

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2013

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.bibliotekak.euskadi.net/WebOpac>

Edición: 1.ª, Mayo 2013

Tirada: 80 ejemplares

Internet: <http://publicaciones.administraciones.es>

Edita: Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Composiciones RALI, S.A.  
Particular de Costa, 8-10, 7.ª - 48010 Bilbao

Impresión: ONA Industria Gráfica, S.A.  
Polígono Agustinos, c/ F – 31013 Pamplona

NIPO: 680-13-029-7 (Ministerio de Economía y Competitividad)

Depósito legal: VI 771-2013

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco (OSTEBA), en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Para citar este informe:

**Izarzugaza Lizarraga M I, Martínez Cobo R, Miranda Serrano E, Mokoroa Carollo O.** Mejora de la calidad de la información sobre el cáncer colo-rectal y de próstata en el Registro de Cáncer poblacional de Euskadi (RCE) y revisión bibliográfica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013. **Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.** OSTEBA



## Índice de Autores

**M. Isabel Izarzugaza Lizarraga.** Jefe Servicio de Registros e Información Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco/ Eusko Jaurlaritza. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava). España.

**Ruth Martínez Cobo.** Servicio de Registros e Información Sanitaria. Departamento de Salud. Gobierno Vasco/ Eusko Jaurlaritza. Vitoria-Gasteiz (Araba/Álava). España.

**Erika Miranda Serrano.** Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Alava -Sede Txagorritxu. Vitoria- Gasteiz (Araba/Álava). España.

**Olatz Mokoroa Carollo.** Responsable de Salud Pública. Dirección Territorial de Álava. Vitoria- Gasteiz (Araba/Álava). España.

## Revisión del Informe

**Jaume Joseph María Galceran Padrós.** Director Registre de Càncer de Tarragona Fundació Lliga per a la Investigació i Prevenció del Càncer. Reus. (Tarragona). España.

**Eva Ardaraz Aicua.** Instituto de Salud Pública de Navarra. Pamplona. España.

## Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con este informe.

## Coordinación del proyecto

La coordinación y gestión administrativa de este proyecto ha sido realizada por M<sup>a</sup> Asun Gutiérrez, Rosana Fuentes y Ana Belén Arcellares de Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco/Eusko Jaurlaritza. Vitoria-Gasteiz. (Araba/ Álava). España.

Este documento completo está disponible en

[http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/colorecprost\\_rce.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/colorecprost_rce.pdf)

Autor para correspondencia

info4-san@ej-gv.es (Martínez, Ruth)



# Índice

<b>Resumen estructurado</b>	11
<b>Laburpen egituratua</b>	13
<b>Structured summary</b>	15
<b>I. Introducción</b>	17
I.1. Antecedentes y situación actual	17
<b>II. Objetivos</b>	23
<b>III. Metodología</b>	25
III.1. Para el objetivo 1: colo-rectal	25
III.2. Para el objetivo 2: cáncer de próstata	25
III. 3. Para el objetivo 3: revisión bibliográfica de artículos y/o documentos sobre cáncer de colon-recto y próstata relacionados con el diagnóstico y/o tratamiento y diagnóstico precoz	26
<b>IV. Resultados</b>	27
<b>V. Conclusiones y recomendaciones</b>	35
<b>VI. Referencias</b>	39



# Resumen estructurado

**Título:** Mejora de la calidad de la información sobre el cáncer colo-rectal y de próstata en el Registro de Cáncer poblacional de Euskadi (RCE) y revisión bibliográfica.

**Autores:** Izarzugaza MI, Martínez R, Miranda E, Mokoroa O.

**Tecnología:** metodológico

**Palabras clave:** cáncer colo-rectal, cáncer próstata, estadio, base diagnóstica

**Fecha:** Octubre 2012

**Páginas:** 41

**Referencias:** 29

**Lenguaje:** castellano, resúmenes en castellano, euskera e inglés.

**D.L.:** VI 771-2013

## Introducción

El Registro de Cáncer de Euskadi (RCE) se creó en 1986 por Orden del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social con tres objetivos fundamentales: conocer la incidencia anual del cáncer en la CAPV, contribuir a una mejor planificación de recursos en el área oncológica en sus aspectos preventivos, asistenciales y docentes, y realizar los estudios epidemiológicos necesarios.

El RCE es un registro de base poblacional e inicialmente, el Comité Asesor Técnico no consideró oportuno que se recogiera la variable relativa a la extensión de la enfermedad o el TNM (Tamaño tumor, Número ganglios linfáticos afectados, Metástasis) y en ninguna de las localizaciones, ya que no era fácil encontrarlo en los documentos que a los que se tenía acceso habitual. Sin embargo, a partir de 1995 se acordó –junto con otras modificaciones– incluir la variable «extensión» en todas las localizaciones. Para su codificación se adoptaron las reglas establecidas por la European Network of Cancer Registries (ENCR).

Con la variable «base de diagnóstico» no ha habido cambios durante este periodo y se han seguido las normas de la International Association of Cancer Registries y de la European Network of Cancer Registries desde que fue creada en 1989. Solamente se recogió la base más válida para el diagnóstico.

## Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

- a) Conocer si se deben introducir cambios en las variables extensión tumoral en el cáncer colo-rectal.
- b) Comprobar la base de diagnóstico en el cáncer de próstata.

## Material y métodos

En los casos del año 2003 se revisaron las historias clínicas de cáncer de colon y recto –para el primer objetivo– y las historias sin confirmación anatomopatológica del cáncer de próstata –para el segundo objetivo– y se compararon con los datos de RCE. Además, se hizo una revisión bibliográfica del cáncer colo-rectal y de próstata.

**Análisis económico:** SI  **Opinión de expertos:** SI

## Resultados

Se han revisado 1.551 casos de cáncer colo-rectal del año 2003, 939 casos en hombres y 612 en mujeres, y se recogió el estadio de las historias clínicas de 1.270 casos, mientras que la extensión del tumor en el momento del diagnóstico estaba recogida en 1.420 de los casos registrados en el RCE. La concordancia entre las variables extensión-estadio no tiene siempre el mismo significado.

En el año 2003, 92 tumores de próstata se diagnostican sin confirmación microscópica, de ellos a un 83% mediante la realización del PSA. A la mayoría de los casos (67,1%) se le realiza PSA total y solamente al 6,57%, el PSA libre. Los casos sin confirmación microscópica presentan unas características diferentes respecto a edad media, extensión al diagnóstico y situación vital a los 5 años de seguimiento respecto a los casos de cáncer de próstata diagnosticados con verificación microscópica.

## Conclusiones y recomendaciones

En los casos de cáncer colo-rectal, el RCE recoge la variable extensión en el momento del diagnóstico y aunque la concordancia con el estadio, que es más preciso, es aceptable no tiene siempre el mismo significado en todos los casos. Por ello, se recomienda utilizar como variable de recogida habitual en el RCE el estadio -además de la extensión- para valorar mejor la situación de la enfermedad al diagnóstico, al menos en las localizaciones del colon-recto.

Los casos de cáncer de próstata diagnosticados sin confirmación microscópica cumplen los criterios para ser considerados verdaderos casos. Sin embargo, en el RCE se considera la verificación microscópica (citología/histología) como la mejor base para el diagnóstico de cáncer de próstata y así debe continuar. Y en los casos sin diagnóstico microscópico y con PSA realizado se recomienda recoger datos sobre la cuantificación de la prueba.

# Laburpen egituratua

**Izenburua:** Kolon-ondesteko eta prostatako minbiziari buruzko informazioaren kalitatea hobetu Euskadiko biztanleriaren minbiziaren erregistroan (MEE) eta berrikusketa bibliografikoa.

**Egileak:** Izarzugaza MI, Martínez R, Miranda E, Mokoroa O.

**Teknologia:** Metodologikoa.

**Gako-hitzak:** Kolon-ondesteko minbizia, prostatako minbizia, aldia, diagnostiko oinarria

**Data:** 2012ko urria

**Orrialdeak:** 41

**Erreferentziak:** 29

**Hizkuntza:** gaztelania, laburpena gaztelaniaz, euskaraz eta ingelesez

**L.G.:** VI 771-2013

## Sarrera

Minbiziaren Euskal Erregistroa (MEE) 1986an sortu zen Lan, Osasun eta Gizarte Segurantza Sailaren agindu bidez, eta hiru helbururekin sortu ere: EAEn minbiziak urtean zuen intzidentzia ezagutu, onkologia alorreko baliabideak hobeto planifikatu (prebentzioa, sorospena eta irakaskuntzaren aldetik), eta beharrezkoak ziren azterlan epidemiologikoa egin.

MEE biztanlerian oinarritutako erregistroa da, eta, hasiera batean, Aholku Batzorde Teknikoak ez zuen beharrezkotzat jo lokalizazioetan gaitasunaren hedadurari buruzko aldagaia biltzea, ez eta TNMarena (tumorearen tamaina, eragindako linfa-gongoilen kopurua, metastasia), ez zelako erraza hura aurkitzea eskura zeuden ohiko dokumentuetan. 1995etik aurrera, baina, beste aldaketa batzuekin batera, lokalizazio guztietan «hedadura» aldagaia biltzea adostu zen. Kodifikaziorako European Network of Cancer Registries (ENCR) erakundeak ezarritako arauak erabili ziren.

«Diagnostiko oinarria» aldagaiarekin ez da aldaketarik egon urte haue-tan eta International Association of Cancer Registries eta 1989an sortutako European Network of Cancer Registries erakundeen arauak jarraitu izan dira. Diagnostikorako baliagarriena den oinarria baino ez da jaso.

## Helburuak

Hauek dira lan honen helburuak:

- a) Kolon-ondesteko minbiziaren tumore-hedaduraren aldagaian aldaketak egin behar ote diren ezagutu.
- b) Diagnostiko oinarria egiaztatu prostatako minbizian.

## Materiala eta metodoak

2003ko kasuetan berrikusi egin ziren kolon eta ondesteko minbiziko historia klinikoak –lehenengo helbururako– eta prostatako minbiziaren egiaztapen anatomopatologikorik gabeko historiak –bigarren helbururako–, eta MEE-ko datuekin alderatu ziren. Horrez gain, kolon-ondesteko eta prostatako minbiziaren berrikusketa bibliografikoa egin zen.

**Analisi ekonomikoa:** BAI (EZ) **Adituen iritzia:** BAI (EZ)

## Emaitzak

2003. urteko kolon-ondesteko 1.551 minbizi kasu aztertu dira (939 gizonetzkoengan eta 612 emakumeengan) eta 1.270 histori klinikoen aldia jaso; diagnostikoaren hedadura MEE-an jasotako 1.420 kasutan zegoen bilduta. Hedadura-aldia aldagaien arteko konkordantziak ez du beti gauza bera adierazten.

2003an, prostatako 92 tumore egiaztapen mikroskopikorik gabe diagnostikatu ziren; horietatik % 83 PSA eginda. Kasu gehienei (% 67,1) PSA osoa egin zitzaien eta % 6,57ri bakarrik PSA askea. Egiaztapen mikroskopikorik gabeko kasuetan ezaugarri ezberdinak daude egiaztapen mikroskopikoarekin diagnostikatutako prostatako minbizi kasuekin alderatuta, honako hauetan hain zuzen: batez besteko adina, diagnostikoari hedadura eta jarraipena egiten denetik eta 5 urtera dagoen bizi-eragoera.

## Ondorioak eta gomendioak

Kolon-ondesteko minbizi kasuetan MEE-ak hedaturaren aldagaia diagnostikoaren unean jasotzen du, eta zehatzagoa den aldiarekin duen konkordantzia onargarria den arren, ez dauka esanahi bera kasu guztietan. Horregatik, hedaturarenaz gain, aldiarena ohiko aldagai gisa jasotzea gomendatzen da MEE-an, diagnostiko unean gaixotasuna hobeto baloratu ahal izateko, kolon-ondesteko lokalizazioetan behinik behin.

Egiaztapen mikroskopikorik gabe diagnostikatutako prostatako minbizi kasuak bete egiten dituzte benetako kasutzat hartzeko irizpideak. Hala ere, MEE-aren arabera, egiaztapen mikroskopioa (zitologia/histologia) da prostatako minbiziaren diagnostikorako oinarririk onena, eta horrela jarraitu behar du. Egiaztapen mikroskopikorik gabe eta PSA eginda duten kasuetan, probaren kuantifikazioari buruzko datuak jasotzea da gomendatzen dena.

## Structured summary

**Title:** Enhancing the quality of information on colorectal and prostate cancer in the population cancer register of the Basque Country (RCE) and bibliographical review.

**Authors:** Izarzugaza MI, Martínez R, Miranda E, Mokoroa O.

**Technology:** methodological

**Keywords:** colorectal cancer, prostate cancer, stage, diagnostic basis

**Date:** October 2012

**Pages:** 41

**References:** 29

**Language:** Spanish, abstracts in Spanish, Basque and English

**L.D.:** VI 771-2013

### Introduction

The Cancer Register of the Basque Country (RCE) was created in 1986 by order of the Department of Labour, Health and Social Security with three fundamental objectives: to determine the annual incidence of cancer in the Basque Autonomous Community; contribute to the enhanced planning of oncological resources in its prevention, care and teaching aspects; and to carry out the necessary epidemiological studies.

The Cancer Register of the Basque Country is a population-based register and, initially, the Technical Advisory Committee did not consider it appropriate to include the variable relating to the extension of the disease or the tumour size, the number of emphatic ganglions affected, metastasis) and in none of the locations, as this was difficult to find in the documents to which access was available on a regular basis. However, as of 1995, it was agreed (together with other modifications) to include the «extension» variable in all locations. In order to codify these, the rules established by the European Network of Cancer Registries (ENCR) were adopted.

With the «diagnostic base» variable, there have been no changes during this period and the standards set by International Association of Cancer Registries and of the European Network of Cancer Registries have been followed, since it was set up in 1989. Only the most valid basis has been included for diagnostics.

### Objectives

The objectives of this study are as follows:

- a) Determine whether changes should be made in the tumour extension variables in colorectal cancer.
- b) Check the diagnostic basis in prostate cancer.

## Material and methods

In those cases corresponding to the year 2003, clinical histories of colorectal cancer (for the first aim) and non confirmed anatomopathological histories of prostate cancer (for the second) were reviewed and compared with RCE data. Moreover, a bibliographical review was made of colorectal and prostate cancer.

**Economic analysis:** YES  **Expert opinion:** YES

## Results

1,551 cases of colorectal cancer were reviewed for the year 2003 (939 cases in men and 612 in women) and the clinical histories stage of 1270 cases was collected while the extension at diagnosis was collected in 1420 of the cases registered in the RCE. The concordance between extension-stage variables does not always have the same meaning.

In 2003, 92 prostate tumours were diagnosed without microscopic confirmation. Of these, 83% were diagnosed by carrying out the PSA. In most cases (67.1%), the total PSA is carried out and the free PSA test is performed only in 6.57% of cases. Cases without microscopic confirmation exhibit different characteristics with regard to average age, use in diagnostics and life situation after five years of monitoring compared to prostate cancer cases diagnosed with microscopic verification.

## Conclusions and recommendations

In cases of colorectal cancer, the RCE includes the extension variable at the time of diagnosis and although concordance with the stage, which is more precise, is acceptable, it does not always have the same meaning in all cases. For this reason, the use of the stage, as well as the extension, is recommended as a customary variable in the RCE to better assess the situation of the disease when making the diagnosis, at least in colorectal locations.

Cases of prostate cancer diagnosed without microscopic confirmation comply with the criteria for consideration as true cases. However, in the RCE, microscopic verification (cytological /histological) is considered to be the best basis for the diagnosis of prostate cancer and therefore must continue. And in cases without microscopic diagnosis and where PSA has been performed it is recommended to gather data on the quantification of the test.



# I. Introducción

## I.1. Antecedentes y situación actual

El registro de cáncer es parte esencial de cualquier programa racional de control del cáncer (1). El principal objetivo de un Registro de Cáncer Poblacional (RCP) es el de recoger y clasificar los datos sobre todos los casos de cáncer diagnosticados por primera vez en una población definida durante un período de tiempo, habitualmente un año, para producir información/estadísticas sobre la incidencia o aparición del cáncer en dicha población en ese período de tiempo que permiten estudiar la tendencia, estimar la prevalencia o analizar la distribución geográfica del cáncer (2), entre otros análisis. Esta información puede ser utilizada en la investigación etiológica, en la prevención primaria y secundaria, en la planificación de los recursos humanos y materiales y en el control de la asistencia sanitaria.

La detección temprana del cáncer o prevención secundaria es cada vez más importante en el control de determinadas enfermedades malignas siempre que se disponga de las condiciones adecuadas. Los registros de cáncer juegan un papel primordial al respecto, valorando el efecto de los programas de detección temprana. Por ejemplo, en el cáncer de cuello de útero se puede observar la disminución de su incidencia mediante la comparación de las tendencias de dicha enfermedad entre áreas en las cuales se habían aplicado programas de detección con diferente intensidad como Finlandia y Noruega (1). El efecto de los programas de detección precoz en la disminución del cáncer de cuello de útero puede demostrarse mediante el análisis de la incidencia de cáncer invasivo de cuello de útero en los RCP. Pero, el efecto en la población de estos programas cuando se consideran otros tumores malignos, como por ejemplo la mama o el colon-recto, debe evaluarse a través de las tendencias de mortalidad. Sin embargo, en las primeras fases de la implantación de estos programas, los registros de cáncer poblacionales servirán para poner de manifiesto cambios en la distribución por estadios, ya que el estadio significa la extensión de la enfermedad en el momento del diagnóstico, y este va a ser menor cuanto antes se diagnostique. A más largo plazo, el efecto de estos programas también se puede evidenciar por la mejoría de la supervivencia además de la disminución de la mortalidad.

El valor de la detección temprana del cáncer va a permitir que el tratamiento sea más efectivo cuando la enfermedad se diagnostica en las primeras fases de su historia natural, es decir, al inicio de síntomas o si es posible antes

de que éstos se inicien, cuando está localizada en el órgano de origen, sin invasión de tejidos vecinos o a distancia (3). Por tanto, existen dos estrategias de detección temprana:

- El diagnóstico temprano, basado en el reconocimiento de signos y síntomas tempranos de cáncer, y
- El cribado, que implica la realización de exámenes a personas sanas, sin ningún síntoma de enfermedad, por medio de pruebas que se puedan aplicar con facilidad, para la detección de lesiones precancerosas o en sus primeras etapas, garantizándose el tratamiento de todas las lesiones detectadas.

Aunque ambas estrategias, bien implementadas, pueden reducir la mortalidad en la población, con el cribado de poblaciones seleccionadas adecuadamente pueden obtenerse mejores resultados (4).

## Cáncer colo-rectal

Se ha estimado que en Europa, en el año 2006 el cáncer color-rectal fue el segundo en incidencia después del cáncer de pulmón, con 412.900 casos (12,9 % de todos los casos incidentes de cáncer) y que causó el 207.400 defunciones para ambos sexos (5).

La base de datos GLOBOCAN (6) se ha creado utilizando los datos de 184 registros de cáncer poblacional de diferentes países. A partir de los datos proporcionados por estos registros, la Sección de Información del Cáncer (siglas en inglés CIN) de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) estima las tasas de cáncer en los distintos países del mundo. De este modo, los datos de GLOBOCAN 2008 son las estimaciones realizadas a partir de los datos proporcionados por dichos registros a la IARC, que normalmente son los datos de 2-5 años previos. En España no existe un registro de cáncer poblacional con cobertura de todo el país, pero sí varios regionales y a partir de ellos se estimó que en el año 2008 se diagnosticarían 28.551 casos nuevos de cáncer color-rectal en ambos sexos, ocupando el primer lugar entre los tumores malignos. La prevalencia a los cinco años se estimó en 79.436 casos (7).

Otros autores (8) han calculado que en España en el periodo 2003-2007 se produjeron 38.002 defunciones en ambos sexos debidas al cáncer colo-rectal que representan en los hombres el 12,9% de las defunciones por cáncer y en las mujeres el 16,2%. La tasa de mortalidad en ese periodo ajustada la población europea fue de 28,10/100.000 en ambos sexos. En el análisis de la

tendencia de la mortalidad desde 1980 a 2007 se observa un aumento del 3% cada año hasta el año 1998 en donde se produce un punto de cambio descendiendo las tasas 0,2% anualmente.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), los datos proporcionados por el Registro de Cáncer de Euskadi señalan (9) que en el año 2003 se produjeron 1.551 casos nuevos de cáncer color-rectal, de los que 939 casos se diagnosticaron en los hombres y 612 en las mujeres, siendo el tumor maligno más frecuente cuando se consideran el conjunto de ambos sexos. En los datos provisionales del año 2008 se observa un aumento del número de casos siendo un total de 1.845. Tanto en un año como en otro, en las mujeres fue la segunda localización más frecuente después del cáncer de mama, y en los hombres, también fue la segunda localización después del cáncer de próstata.

El estudio EUROCARE (European cancer registries study on cancer patients' survival and care) es el mayor estudio poblacional sobre la supervivencia del cáncer. Actualmente, participan 67 registros de cáncer de base poblacional de 22 países de Europa. EUROCARE-4 presenta los datos de supervivencia de adultos (edad 15-99 años) europeos diagnosticados entre los años 1995-99 y a los que se ha realizado el seguimiento hasta 2003. Según este estudio la supervivencia en Europa del cáncer color-rectal a los 5 años es de 53,8%. En España, aunque la supervivencia ha aumentado con respecto al EUROCARE-3 –pasando de 50,5% a 52,5%– es inferior a la supervivencia media europea (10). En la CAPV, en un estudio de supervivencia realizado en el periodo 2000-2004, la supervivencia relativa a los cinco años era superior en los hombres con respecto a las mujeres tanto en el colon (57,2% v 54,3%) como cuando se consideran las localizaciones unión recto-sigma-recto-ano (58,2% v 55,4%) (11).

El Consejo de la Unión Europea recomienda la aplicación de programas de cribado para el cáncer colo-rectal (12). Se recomienda la realización de la prueba de sangre oculta en heces para hombres y mujeres de 50 a 74 años cada 1 ó 2 años. Para el seguimiento de los positivos a la prueba de sangre oculta en heces recomienda la colonoscopia. La prueba de sangre oculta en heces es la única que se ha evaluado ampliamente como instrumento de cribado a nivel de población y según un meta-análisis publicado recientemente, mediante dicha prueba se puede reducir la mortalidad por cáncer colo-rectal en un 16% (13).

Actualmente en España existen varios programas piloto de cribado colo-rectal, con diferentes características y técnicas utilizadas en las poblaciones de las Comunidades Autónomas de Aragón, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana y la Región de Murcia (14). En la CAPV se ha iniciado un programa de cribado poblacional en el año 2009 con la prueba inmunológica.

## Cáncer de próstata

El cáncer de próstata es fundamentalmente una enfermedad de hombres mayores de 60 años, por ello, y debido al envejecimiento de la población, se espera un aumento de la incidencia del mismo (15).

Boyle y Ferlay estimaron para el año 2004, en el conjunto de los países europeos que incluyeron en el estudio y entre los hombres, que el cáncer de próstata era el segundo más frecuente con 237.800 casos (15,5%) y fue la causa de defunción del 8,9% de las muertes por cáncer (16). Por otro lado, fue la localización más frecuente (18,1%) entre todos los casos incidentes de cáncer cuando se consideraba solamente los hombres de la Unión Europea. En algunas áreas geográficas europeas la tasa de incidencia ha superado a la del cáncer de pulmón (17).

La base de datos GLOBOCAN 2008 estima que en España y en los hombres se diagnostican 25.231 casos nuevos cada año de cáncer de próstata (21,1% de todos los tumores malignos) y se producen 6.062 defunciones (9,2%) (6). La prevalencia del cáncer de próstata a los 5 años será de 92.904 casos (7).

En España, en el periodo 2003-2007, el cáncer de próstata provocó el 9,1% de las defunciones por cáncer en los hombres (8) y la tasa de mortalidad ha descendido un 2% anualmente en los últimos diez años del periodo de estudio (1980-2007).

La tendencia de la tasa de incidencia en el periodo 1975-2004 del cáncer de próstata ha sido ascendente, 1,3% con anterioridad a 1990 y del 7,3% después, apreciándose diferencias entre las áreas geográficas estudiadas. De este modo, en algunas de estas áreas –Navarra, País Vasco, Gerona y las islas Canarias– se observa una mayor incidencia que la media española en el último quinquenio (18).

En la CAPV, en el año 2003, se diagnosticaron por primera vez 1.441 casos nuevos de cáncer de próstata (8), siendo ese año la localización más frecuente entre los hombres. La confirmación microscópica del diagnóstico fue del 92,5%. En el año 2004 se ha registrado la incidencia mas alta comenzando a partir de entonces un discreto descenso (9).

No se dispone de evidencia científica suficiente que justifique un programa de cribado efectivo para el cáncer de próstata, por lo que a nivel europeo no se recomienda un programa de cribado de cáncer de próstata. Solamente en Alemania, la palpación rectal forma parte de la revisión anual. Sin embargo, existe una sencilla prueba sanguínea que permite el diagnóstico temprano de una gran cantidad de casos de cáncer de próstata, que con-

siste en la determinación de los niveles del antígeno prostático específico (PSA).

En Europa se inició un estudio aleatorio sobre la detección precoz del cáncer de próstata (ERSPC) con una participación de 184.000 hombres, que tiene por objeto probar si se logra una reducción del 20% en la mortalidad en este tumor después de dos fases de cribado, con un seguimiento de 10 años. En el estudio participan 8 países europeos, España incluida, en cooperación con el ensayo del cribado del cáncer de Próstata, Pulmón, Colonrecto y Ovario (PLCO) que se lleva a cabo en EE.UU. Se han producido numerosos artículos sobre diferentes aspectos (19).

El Consejo Europeo no recomienda el cribado del cáncer de próstata como política sanitaria mientras los estudios aleatorios no demuestren una mejora en el índice de la mortalidad del cáncer de próstata (12).

Recientemente, la utilización del PSA como método de detección precoz y sobre todo la efectividad del tratamiento en determinados pacientes se ha cuestionado (20, 21, 22, 23), por lo que parece recomendable conocer los resultados de los estudios en marcha para disponer de la mejor evidencia de su utilidad y hacer las recomendaciones adecuadas.

## El Registro de Cáncer de Euskadi

El Registro de Cáncer de Euskadi (RCE) se creó en 1986 por Orden del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y posteriormente el Decreto del Sistema de Información sobre el Cáncer de la CAPV con tres objetivos fundamentales: conocer la incidencia anual del cáncer en la CAPV, contribuir a una mejor planificación de recursos en el área oncológica en sus aspectos preventivos, asistenciales y docentes, y realizar los estudios epidemiológicos necesarios (24, 25).

El RCE es un registro de base poblacional e inicialmente el Comité Asesor Técnico no consideró oportuno que se recogiera la variable relativa a la extensión de la enfermedad o el TNM, en ninguna de las localizaciones ya que no era fácil encontrarlo en los documentos a los que se tenía acceso de manera habitual. Sin embargo, a partir de 1995 se acordó incluir la variable extensión en todas las localizaciones. Para su codificación se adoptaron las reglas establecidas por la European Network of Cancer Registries (ENCR) (26), con los siguientes valores:

- 1: «In situ»: corresponde a los tipos histológicos cuyo 5º dígito (comportamiento) es un 2.

- 2: Localizado: el tumor no ha superado los límites del órgano de origen. En el cáncer colo-rectal equivale –en la mayor parte de los casos– a Dukes A y B.
- 3: Regional: extensión por continuidad a otros órganos. En el cáncer colo-rectal equivale a Dukes C.
- 4: Diseminado: extensión sin continuidad aparente. En el cáncer colo-rectal equivale a Dukes D.
- 9: Desconocido.

Con la variable «base de diagnóstico» no ha habido cambios durante este periodo y se han seguido las normas de la International Association of Cancer Registries y de la ENCR (26). Solamente se ha recogido la base más válida para el diagnóstico.

Los valores asignados son los siguientes:

### ***No microscópico***

- 0 = BED: la única información disponible es la del Boletín Estadístico de Defunción.
- 1= Clínica: diagnóstico realizado antes de la defunción exceptuando cualquiera de las siguientes categorías.
- 2 = Investigación clínica: incluye pruebas como rayos X, endoscopia, ultrasonidos y otras que no se incluyan en otro grupo.
- 3 = Cirugía exploratoria y autopsia (sin histología).
- 4 = Marcadores tumorales específicos: en el caso del cáncer de próstata Antígeno Específico de Próstata (PSA siglas en inglés)>10 µg/l.

### ***Microscópico***

- 5 = Citología: examen de células a partir de una localización primaria o secundaria.
- 7 = Histología del tumor primario o de una metástasis (también se incluyen especímenes de autopsia de tumor primario).
- 8 = Casos diagnosticados sólo por autopsia.
- 9 = Desconocido.

## II. Objetivos

El *objetivo general* de este trabajo es:

Conocer si se deben introducir cambios en las variables extensión tumoral y mejorar la base para el diagnóstico en el RCE, para lo que se han establecido tres *objetivos específicos*:

- II.1. Cáncer colo-rectal: obtener una información más precisa sobre la extensión del cáncer colo-rectal en el momento del diagnóstico y compararla con la actual extensión recogida en el RCE.
- II.2. Cáncer de próstata: comprobar el método diagnóstico en los casos de cáncer de próstata que no fueron confirmados por Anatomía Patológica al RCE y describir los casos.
- II.3. Conocer el estado actual de la evidencia científica sobre los métodos más útiles para el diagnóstico precoz en ambos tumores y su posible aplicación en la Comunidad Autónoma del País Vasco.





# III. Metodología

El método es descriptivo y transversal y se ha basado en el análisis de los casos registrados en la base del RCE y en la revisión de las historias clínicas de los casos seleccionados para el estudio, así como de la revisión bibliográfica del tema.

## III.1. Para el objetivo 1: cáncer colo-rectal

- Se obtienen del RCE los casos diagnosticados por primera vez de cáncer colo-rectal, en el año 2003 en la CAPV, en total 1.551 y a los que se hace un seguimiento de 5 años.
- Se solicitan a los registros hospitalarios e Instituto Oncológico aquellos casos que tengan el TNM.
- Se diseña de la ficha de recogida de datos y la base de datos correspondiente.
- Se realiza una prueba piloto para la ficha y base de datos.
- Se realiza la recogida de datos en los hospitales incluyendo el TNM que conste y con esa información se calcula el estadio que corresponde según la clasificación de la UICC.

El análisis incluye: el estudio descriptivo de los casos, el análisis de supervivencia relativa de los casos de cáncer de colon-recto por el método de Estève (27) y el cálculo del grado de concordancia entre la extensión y estadio por medio del índice kappa (28).

## III.2. Para el objetivo 2: cáncer de próstata

- Se obtienen del RCE los casos diagnosticados de próstata en el año 2003 en la CAPV.
- Se diseña la ficha de recogida de datos y de la base de datos para los casos de cáncer sin verificación microscópica.
- Se realiza la recogida de datos en los hospitales.

- Se realiza un análisis descriptivo de los datos de los casos revisados y se comparan con el análisis de los casos de la base del RCE diagnosticados con verificación microscópica.

### III.3. Para el objetivo 3: revisión bibliográfica

- Se han revisado más de 120 artículos relacionados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon-recto y próstata y/o documentos sobre los programas de diagnóstico precoz en estos tumores malignos.

# IV. Resultados

## IV.1. Cáncer colo-rectal

**IV.1.1.** En el año 2003 se diagnosticaron en la CAPV 1.551 nuevos casos de cáncer colo-rectal, 967 de colon (C18) y 584 casos de cáncer de recto (C19-C21). La edad media al diagnóstico fue de 70,2 años (69,4 en hombres y 72,4 en mujeres). La razón hombre/mujer fue de 1,5. La morfología de los casos fue de adenocarcinoma en la mayoría de los casos (76,1%) y la mayor parte de los casos tuvieron diagnóstico microscópico (95,5%).

Estas y otras características como la presencia de diabetes como factor de riesgo en el 12,3% de los casos y el tipo de tratamiento se pueden observar en la Tabla 1.

**Tabla 1. Principales características del cáncer colo-rectal en la Comunidad Autónoma del País Vasco en el año 2003**

	Hombres		Mujeres		Total	
<b>Número de casos</b>	<b>939</b>		<b>612</b>		<b>1.551</b>	
(%)	(60,5)		(39,5)		(100,0)	
<i>Edad Media</i>	69,43		71,42		70,22	
	Nº casos	(%)	Nº casos	(%)	Nº casos	(%)
<b>Topografía</b>						
C18 Colon	577	(61,4)	390	(63,7)	967	(62,3)
C19 Unión rectosigmoidea	106	(11,3)	64	(10,5)	170	(11,0)
C20 Recto	252	(26,8)	152	(24,8)	404	(26,0)
C21 Ano y conducto anal	4	(0,4)	6	(1,0)	10	(0,6)
<b>Morfología</b>						
8140 Adenocarcinoma	738	(78,6)	442	(72,2)	1.180	(76,1)
8261+8263+8480*	109	(11,6)	67	(10,9)	176	(11,3)
Otras	92	(9,8)	103	(16,8)	195	(12,6)
<b>Edad</b>						
<50	49	(5,2)	36	(5,9)	85	(5,5)
50-64	230	(24,5)	118	(19,3)	348	(22,4)
65-74	315	(33,5)	189	(30,9)	504	(32,5)
75-84	285	(30,4)	188	(30,7)	473	(30,5)
+85	60	(6,4)	81	(13,2)	141	(9,1)

.../...

.../...

	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº casos	(%)	Nº casos	(%)	Nº casos	(%)
<b>Indicadores de calidad</b>						
Verificación microscópica	897	(95,5)	558	(91,2)	1.455	(93,8)
Solo Certificado Defunción	18	(1,9)	24	(3,9)	42	(2,7)
Edad desconocida	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)
<b>Diabetes</b>						
Sí	133	(14,2)	57	(9,3)	190	(12,3)
No	627	(66,8)	424	(69,3)	1.051	(67,8)
Desconocido	179	(19,1)	131	(21,4)	310	(20,0)
<b>Tipo tratamiento</b>						
Cirugía	766	(81,6)	484	(79,1)	1.250	(80,6)
Quimioterapia	357	(38,0)	198	(32,4)	555	(35,8)
Radioterapia	78	(8,3)	47	(7,7)	125	(8,1)
Cirugía + Quimioterapia	352	(37,5)	194	(31,7)	546	(35,2)
Cirugía + Radioterapia	73	(7,8)	46	(7,5)	119	(7,7)

\* Adenocarcinoma en adenoma vellosos y tubulovelloso y Adenocarcinoma mucinoso.

**IV.1.2.** De los 1.551 casos de cáncer colo-rectal registrados en el RCE en el año 2003, la extensión era conocida en la mayor parte de los casos 1.418 (91,4%). Tras el trabajo de solicitud de TNM y la revisión de historias clínicas se ha podido conocer además el estadio en 1.270 casos (82%).

En la tabla 2, se presenta la distribución de la extensión y estadio en el cáncer colo-rectal en conjunto y en cada una de las localizaciones. La concordancia de la extensión con la del estadio es de 72%, es decir, bastante buena para el conjunto del cáncer de colon-recto. El colon presenta la misma concordancia 72%, y las localizaciones incluidas en el recto algo menor, (66,5%).

**Tabla 2. Concordancia de la extensión y el estadio en cáncer colo-rectal. CAPV, 2003**

Colon y recto (C18-C21)		ESTADIO				Total
		I - II	III	IV	Desconocido	
EXTENSIÓN	Local	513	22	4	94	633
	Regional	74	293	40	63	470
	Diseminado	3	8	294	10	315
	Desconocido	11	2	5	115	133
	Total	601	325	343	282	1.551

Colon (C18)		ESTADIO				Total
		I - II	III	IV	Desconocido	
EXTENSIÓN	Local	330	10	3	57	400
	Regional	46	174	23	35	278
	Diseminado	0	2	188	9	199
	Desconocido	5	1	5	79	90
	Total	381	187	219	180	967

Recto (C19-C21)		ESTADIO				Total
		I - II	III	IV	Desconocido	
EXTENSIÓN	Local	183	12	1	37	233
	Regional	28	119	17	28	192
	Diseminado	3	6	106	1	116
	Desconocido	6	1	0	36	43
	Total	220	138	124	102	584

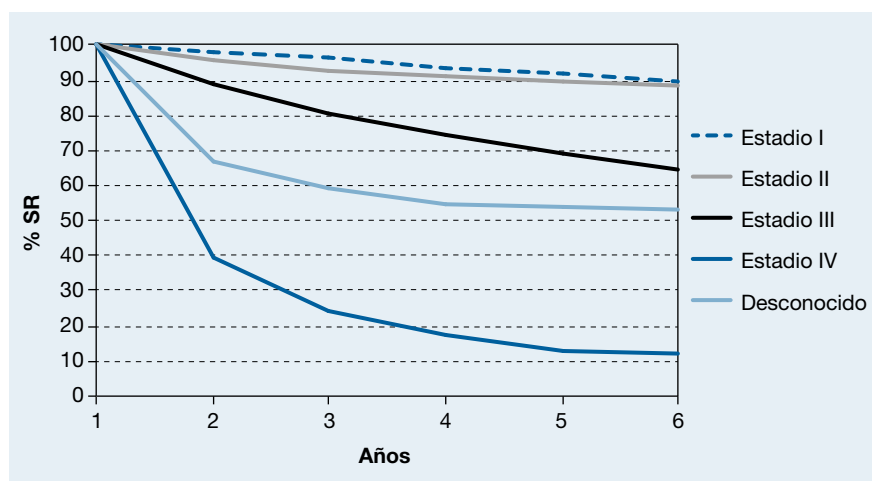
**IV.1.3.** En la tabla 3 se presenta los resultados de la supervivencia observada y relativa del cáncer colo-rectal en los hombres y en las mujeres según el tiempo –en años– transcurrido desde el diagnóstico. La supervivencia relativa del cáncer colo-rectal en el primer año es de 77% para ambos sexos y disminuye a medida que transcurre el tiempo de modo que a los 5 años es de 60,2%, siendo mayor en los hombres (61,3%), que en las mujeres (58,5%).

**Tabla 3. Supervivencia observada y relativa del cáncer colo-rectal por sexo. CAPV, 2003**

	Hombres				Mujeres				Ambos sexos			
	Observada		Relativa		Observada		Relativa		Observada		Relativa	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1 año	75,1	(72,1 - 77,8)	78,4	(75,3 - 81,1)	72,0	(68,2 - 75,5)	74,9	(70,9 - 78,5)	73,9	(71,6 - 76,1)	77,0	(74,6 - 79,2)
2 años	65,6	(62,4 - 68,6)	71,3	(67,8 - 74,4)	63,4	(59,3 - 67,2)	67,8	(63,4 - 71,7)	64,8	(62,3 - 67,2)	69,9	(67,2 - 72,4)
3 años	58,4	(55,1 - 61,5)	66,1	(62,4 - 69,5)	58,3	(54,2 - 62,2)	63,6	(59,0 - 67,7)	58,4	(55,8 - 60,8)	65,1	(62,3 - 67,8)
4 años	53,1	(49,7 - 56,3)	62,7	(58,8 - 66,3)	55,3	(51,0 - 59,2)	61,1	(56,5 - 65,3)	53,9	(51,3 - 56,4)	62,2	(59,2 - 64,9)
5 años	49,7	(46,4 - 53,0)	61,4	(57,3 - 65,1)	51,8	(47,6 - 55,8)	58,6	(53,8 - 62,9)	50,6	(47,9 - 53,1)	60,3	(57,2 - 63,1)

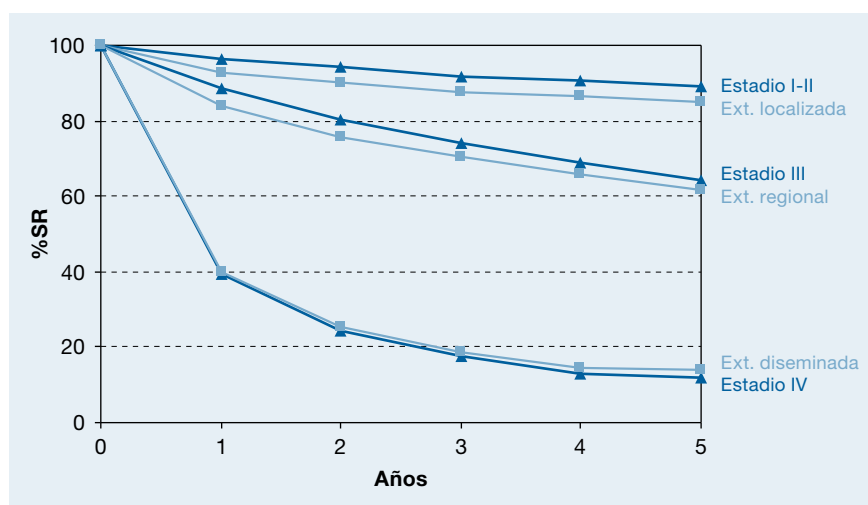
**IV.1.4.** La supervivencia del cáncer en general, está influenciada por varias circunstancias, entre otras, por la extensión del tumor en el momento del diagnóstico o el estadio tumoral. De este modo, al calcular la supervivencia por estadio se observa una mejor supervivencia en los estadios más tempranos, I y II alrededor del 90% a los 5 años y la menor en el estadio IV (11,8%). Los casos con estadio desconocido tienen mejor supervivencia que los de estadio IV (Fig. 1).

**Figura 1. Supervivencia relativa del cáncer de colon y recto (C18-C21) en la CAPV, 2003, por estadio**



En la Fig.2 se puede observar la evolución de la supervivencia relativa según el estadio y extensión del cáncer colo-rectal. Excepto en el estadio IV en donde la supervivencia es algo inferior a la extensión diseminada, la evolución del estadio es algo superior a la extensión. Esto puede ser debido quizá a una mayor precisión en la distribución de los casos cuando se valora el estadio en comparación con la extensión. Por ejemplo, el número de casos con extensión localizada que no se corresponden con el estadio I-II es superior (19%) que el estadio I-II con extensión diferente de la localizada (14,6%).

**Figura 2. Supervivencia relativa (5 años) por estadio y extensión. Colon-recto. CAPV, 2003**



## IV.2. Cáncer de próstata

En el año 2003 se diagnosticaron en la CAPV 1.441 nuevos casos de cáncer de próstata, de los que 1.324 (91,9%) tenían base diagnóstica microscópica (citología/histología) y 92 casos (6,4%) base clínica. La historia clínica de estos últimos es revisada, comprobando que no existe diagnóstico microscópico y recogiendo otras variables como el método de diagnóstico, si existía o no cuantificación del PSA y sus valores, extensión al diagnóstico y el tratamiento. Además, a todos ellos se les siguió al menos durante 5 años desde el diagnóstico para conocer su estado vital.

**IV.2.1.** La mayor parte de los casos diagnosticados con base clínica corresponden al Territorio Histórico de Bizkaia (60,9%) en una proporción algo superior a lo que correspondería a la distribución por la población correspondiente a ese Territorio Histórico (TH). Estos casos presentan una media de edad de 80,5 años y la mayoría se diagnostican entre los 75 y 84 años destacando que entre los tumores de próstata diagnosticados con base clínica no hay ningún caso en menores de 55 años.

A 76 de los 92 casos con diagnóstico clínico se les realiza PSA como método diagnóstico. Otros métodos clínicos utilizados fueron la exploración rectal digital (DRE) en 36 casos y la ecografía en 43 casos, es decir, en la mayoría se utilizó más de un método diagnóstico (Tabla 4).

**Tabla 4. Métodos de diagnóstico utilizados en los casos de cáncer de próstata clínicos. CAPV, 2003**

	Sí	No	Desconocido
PSA	76 (82,6%)	16 (17,4%)	
DRE	36 (39,1%)	33 (35,9%)	23 (25%)
Ecografía	43 (46,7%)	27 (29,3%)	22 (23,9%)

En la tabla 5 se puede observar la distribución de los casos según el PSA. De los 76 casos en los que se realiza este marcador, se cuantifica el PSA en el 80% y en la mayor parte de ellos –51 casos– el valor está entre 0 y 4 ng/ml. Solamente en 6 casos se valoró, en el año 2003, el PSA libre.

**Tabla 5. Determinación de PSA en casos de cáncer de próstata con diagnóstico clínico solamente. CAPV, 2003**

	Sí	No
PSA	76 (82,6%)	16 (17,4%)
PSA Total	61 (80,3%)	15 (19,7%)
PSA libre	6 (7,9%)	70 (92,1%)

La extensión mas frecuente que presentan estos casos al diagnóstico es la de enfermedad diseminada (42,9%). Se comprueba en la revisión de las historias clínicas la presencia de metástasis al diagnóstico en el 30,4% de los casos, siendo las metástasis óseas en 7 de ellos.

Con respecto al tratamiento, 65 casos (70,7%) recibieron tratamiento con hormonoterapia.



En el seguimiento realizado a los 5 años, 79 de los casos (86%) fallecieron, 10 están vivos y en 3 casos se desconoce su estado vital y se consideran perdidos.

**IV.2.2.** Comparando los casos con tumores diagnosticados con base clínica, solamente con aquellos tumores diagnosticados mediante base microscópica (citología/histología) se aprecian algunas diferencias en sus características y en su distribución en los Territorios Históricos, siendo Bizkaia en donde hay una mayoría de casos. Así los tumores con base clínica tienen una edad media más alta (80,5 años) y una mayor extensión al diagnóstico (42,9% diseminados). También se encuentran más casos fallecidos a los 5 años de seguimiento (86%). Dichas características se presentan en la tabla 6.

**Tabla 6. Características de los casos según la base de diagnóstico. CAPV, 2003**

	Verificación Microscópica	Base Clínica
<b>Provincia residencia</b>		
Araba	18,2%	18,5%
Gipuzkoa	35,6%	20,7%
Bizkaia	46,2%	60,9%
<b>Edad</b>		
45-49	0,4%	0,0%
50-54	3,6%	0,0%
55-59	6,8%	2,2%
60-64	14,0%	5,4%
65-69	22,4%	1,1%
70-74	25,5%	9,8%
75-79	18,4%	23,9%
80-84	7,3%	26,1%
85-89	1,2%	19,6%
90-94	0,3%	10,9%
95-99	0,0%	1,1%
>100	0,2%	0,0%
<b>Edad media</b>	<b>69,5 años</b>	<b>80,5 años</b>
<b>Extensión al diagnóstico</b>		
Localizada	70,8%	33,0%
Regional	4,1%	4,4%
Diseminada	5,0%	42,9%
Desconocida	20,0%	18,7%
<b>Estado vital a 5 años</b>		
Vivo	948 (71,60%)	10 (10,87%)
Fallecido	361 (27,27%)	79 (85,87%)
Perdidos	15 (1,13%)	3 (3,26%)
<b>Total</b>	<b>1.324</b>	<b>92</b>



# V. Conclusiones y recomendaciones

## Cáncer de colon y recto

El RCE recoge desde 1995 la variable «extensión» en el momento del diagnóstico y se llevó a cabo la consiguiente formación a las personas que recogen los datos. Desde entonces se ha comprobado la importancia de esta variable para la mejor interpretación de la información obtenida, entre ellas la supervivencia (11). Es también una manera de valorar la eficacia de los programas de detección precoz como ya se ha comprobado en el cáncer de mama, en donde se observa una disminución del número de tumores invasivos a medida que han aumentado los tumores «in situ». Todo ello motivó la realización de este estudio con especial énfasis en el cáncer colo-rectal debido a la decisión de comenzar en la CAPV el programa de cribado colo-rectal, ya que como ocurre en otras poblaciones, es el tumor maligno que tiene una mayor incidencia para el conjunto de los hombres y las mujeres.

Del estudio realizado con los casos incidentes de cáncer en colon y recto en el año 2003 en la CAPV se **concluye** y **recomienda** que:

El «estadio» en el cáncer colo-rectal, una información de suma importancia para la toma de decisiones clínicas como para el pronóstico, consta en muchos de los casos en los documentos clínicos revisados aunque la variable «extensión» está en una proporción mayor. Esto último es debido a la labor de recogida de los datos que hace el personal del registro.

La concordancia encontrada por medio de la medida *kappa* es aceptable, pero es conocido que la precisión de esta medida –así como su interpretación– no es fácil. En concreto, los estadios I y II es donde puede haber una mayor confusión ya que las clasificaciones utilizadas para adjudicar el estadio evolucionan a una mayor definición de características que no pueden ser tomadas en cuenta por la variable «extensión». Y son precisamente estos estadios en donde se debiera apreciar un cambio debido a un programa de cribado. Además, existe una menor dispersión de casos estudiados a otras extensiones que al contrario.

El número de casos en donde el estadio es desconocido en el cáncer colo-rectal es importante, y esto es debido fundamentalmente a dos razones: por un lado, a que en el año 2003 este dato no se consideraba que tuviera

gran interés dejar constancia en los documentos de esta información a diferencia de lo que ocurría con otros tumores malignos como el de la mama. Por otro lado, el acceso que se tenía a los documentos clínicos en los hospitales privados no era fácil. Ambas razones actualmente han cambiado ya que se ha puesto en evidencia la magnitud del problema del cáncer colo-rectal en la CAPV y ha aumentado la sensibilización a disponer de mejor documentación. Por otro lado, con la publicación del decreto del Sistema de Información sobre el Cáncer (25) se ha establecido la obligatoriedad de facilitar la información por cualquier centro sanitario. Además, se ha observado una mayor supervivencia de los casos con estadio desconocido y eso apunta a que probablemente en los centros privados los casos acudan y sean atendidos por este tumor antes que a los centros públicos y el diagnóstico –cuyo estadio no fue conocido en este estudio– sea más temprano, una diferencia susceptible de estudiar con más profundidad.

Por ello parece de mucho interés **recomendar** que se incluya la variable «estadio» en el Registro de Cáncer de la CAPV. Esta decisión, sin embargo, debe ir acompañada de la formación adecuada a todo el personal del registro, ya que además de recoger la información tal y como se encuentra en los documentos clínicos, se debiera hacer el esfuerzo de completarla –en el supuesto de que no estuviera de una manera concreta– para poder asegurar la calidad de la información. Toda esta labor está facilitada –en este momento– ya que la ENCR (26) ha puesto –desde hace unos meses– a disposición de los registros europeos una pequeña aplicación desarrollada por el Registro de Cáncer de Irlanda del Norte en colaboración con la UICC (Union Internationale Contre le Cancer/ International Union Against Cancer), que permite el cálculo del estadio fácilmente a partir de conocer los datos TNM.

## Cáncer de Próstata

Al final de la década de los años noventa se comenzó a observar un aumento del cáncer de próstata en otros países en donde sobrepasó al cáncer de pulmón. Lo atribuyeron a la introducción en la clínica de la prueba del PSA de manera masiva. El antígeno prostático específico (PSA), es una secreción del epitelio prostático y, por tanto, es producido también por las células del cáncer de próstata. Sin embargo, su concentración no debe interpretarse como prueba absoluta de enfermedad maligna. Para ello, al menos, generalmente se acompaña de una prueba microscópica.

En el Registro de Cáncer de la CAPV y ya a comienzos del siglo XXI también se confirmaba el aumento del cáncer de próstata y se apreciaba que

una proporción de casos no tenían confirmación microscópica aunque parecía interesante conocer si esos casos eran casos confirmados de cáncer de próstata o un artefacto en la incidencia.

Con la revisión exhaustiva de la documentación clínica se puede **concluir** que los casos son casos de cáncer de próstata y el aumento de la incidencia es real. Además del PSA a la mayoría de los casos se les hacía otra prueba, no microscópica, para confirmar el diagnóstico y en una proporción de casos importante se pudo comprobar que presentaban metástasis o enfermedad diseminada al diagnóstico. También se ha comprobado que a estos pacientes se les diagnosticaba a una edad avanzada que puede hacer entender la no utilización de métodos más agresivos.

Teniendo en cuenta las recomendaciones que se encuentran en las guías clínicas sería **recomendable** que en RCE se recogiera la cuantificación del PSA total y libre en aquellos casos en los que no se continúa el diagnóstico con medios microscópicos para que no existieran dudas acerca del diagnóstico.

La evolución positiva de la supervivencia del cáncer de próstata es evidente en la CAPV y en otras áreas geográficas españolas (11,29), y se puede afirmar que la utilización del PSA ha sido un elemento clave; sin embargo, es necesario estar atento a los últimos resultados publicados para tomar las mejores decisiones en el futuro.



## VI. Referencias

1. Jensen OM, Storm HH. Objetivos y usos de los registros de cáncer. En: Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Registros de Cáncer: Principios y Métodos. Lyon, Francia: IARC; 1995 p. 7-23.
2. Bouvier AM, Dancourt V, Faivre J. The role of cancer registries in the surveillance, epidemiologic research and disease prevention. *Bull Cancer*. 2003; 90(10): 865-71.
3. Sancho-Garnier H, Signan N, Ruiz de Campos L. Detección temprana. En: Prevención del cáncer: Estrategias basadas en la evidencia. Ginebra, Suiza: UICC; 2006 p. 221-239.
4. WHO. Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe. Report of a EHO Consultation. Geneva: WHO; 2003.
5. Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*. 2007; 18(3): 581-92.
6. Ferlay J, Sin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v1.2, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer ; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 2/2/2012.
7. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer*. 2013 Mar 1; 132(5): 1.133-45. doi:10.1002/ijc 27711.
8. Cabanes A, Vidal E, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Pollán M, Lope V, et. al. Cancer mortality trends in Spain: 1980-2007. *Ann Oncol*. 2010 May; 21 Suppl 3: iii14-20.
9. Registro del Cáncer de la CAPV [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/estado\\_salud/es\\_5463/cancer.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/cancer.html)
10. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, Coebergh JW, et. al. EUROCARE Working group. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol*. 2007; 8(9): 773-83.

11. Izarzugaza MI, Martínez R, Audicana C, Larrañaga N, Hernández E, Tobalina MC, et. al. El cáncer en el País Vasco. Incidencia, mortalidad, supervivencia y evolución temporal. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. Vitoria-Gasteiz, 2010.
12. Consejo de la Unión Europea. Recomendaciones sobre el cribado del cáncer en la Unión Europea. Preparado por el Comité Consultivo para la prevención del cáncer tras la conferencia sobre el cribado y detección precoz del cáncer. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/genetics/cancer\\_screening\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_es.pdf)
13. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jan 24; (1): CD001216.
14. Castells X, Sala M, Ascunce N, Salas D, Zubizarreta R, Casamitjana M, coordinadores. Descripción del cribado de cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia; Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AATRM Num 2006/01.
15. Boyle P, Maisonneuve P, Napalkov P. Incidence of prostate cancer will double by the year 2030: the argument for. *Eur Urol.* 1996; 29 Suppl 2: 3-9.
16. Boyle P, Ferlay J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol.* 2005; 16 (3): 481-8.
17. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer Incidence in five Continents Volumes I to VIII. IARC Cancer base, N° 7, Lyon, 2005.
18. Larrañaga N, Galcerán J, Ardanaz E, Franch P, Navarro C, Sánchez MJ, Pastor-Barriuso R; Prostate Cancer Working Group. Prostate cancer incidence trends in Spain before and during the prostate-specific antigen era: impact on mortality. *Ann Oncol.* 2010 May; 21 Suppl 3:iii83-iii89. PubMed PMID: 20427365.
19. European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Disponible en: <http://www.erspc.org/>.
20. Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med.* 2012 Jul 19; 367 (3): 203-13.
21. Basch E, Oliver TK, Vickers A, Thompson I, Kantoff P, Parnes H et al. Screening for prostate cancer with prostate-specific antigen testing:



American Society of Clinical Oncology provisional Clinical Opinion. *J Clin Oncol*. 2012 Aug 20; 30(24): 3020-5. doi:10.1200/JCO.2012.43.3441. Epub 2012 Jul 16.

22. Moyer VA; US Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012; 157 (2): 120-134.
23. Prostate cancer: send away the PSA? Editorial, *The Lancet* 2012, 380.
24. Orden de 6 de noviembre de 1986 del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social sobre la creación del Registro de Cáncer de Euskadi. *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 225 (17 de noviembre de 1986)
25. Decreto 66/2011, de 29 de marzo, del Sistema de Información sobre el Cáncer de la Comunidad Autónoma del País Vasco. *BOPV*, nº 67, 6 abril, 2011.
26. European Network of Cancer Registries: <http://www.enrc.com.fr>
27. Estéve J, Benhamou E, Croasdale M, Raymond L. Relative survival and the estimation of the net survival: elements for further discussion. *Stat Med*. 1990 May; 9: 529-538.
28. Dos Santos Silva I. *Cancer Epidemiology: principles and methods*. International Agency for Resarch on Cancer, WHO. IARCPress, Lyon, 1999.
29. Marcos-Gragera R, Salmerón D, Izarzugaza I, Ardanaz E, Serda BC, Larrañaga N et al. Trends in prostate cancer survival in Spain: results from population-based cancer registries. *Clin Transl Oncol*. 2012 Jun; 14 (6): 458-64.





