



EFFECTO DEL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO A BAJA DOSIS EN LA INCIDENCIA DE CÁNCER DE ESTÓMAGO

Irene Zabala Gutiérrez

Facultad de Farmacia Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCIÓN

El cáncer de estómago constituye uno de los más frecuentes a nivel mundial y pese a su reciente descenso, la letalidad sigue siendo muy alta^{1,2}. Estudios previos han observado cómo la iniciación de tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) a bajas dosis reduce la incidencia del cáncer colorrectal, por lo que dicha protección podría ejercerse en otros cánceres del aparato digestivo, como es el cáncer de estómago³.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohortes retrospectivas, durante el periodo de estudio comprendido entre 2005 y 2015, identificando una cohorte de nuevos usuarios de aspirina, con edades comprendidas entre los 40 y los 89 años y una cohorte de comparación no expuesta a aspirina. Los datos se obtuvieron mediante la base de datos THIN, una base de datos de atención primaria de Reino Unido⁴. En ambas cohortes, se realizó un seguimiento a la aparición de cáncer de estómago durante el periodo de estudio. Se calculó la tasa de incidencia expresada por 10,000 personas-año y para el estudio de los factores de riesgo se llevó a cabo una regresión de Cox para el cálculo del Hazard Ratio (HR) por medio del ajuste de factores de confusión.

RESULTADOS

La **Tabla 1** muestra los datos demográficos estudiados de la cohorte de aspirina y la cohorte de comparación. La media de edad de todos los sujetos del estudio fue de 63.7 años. Las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas estudiadas fueron más frecuentes en la cohorte de aspirina. El tiempo medio de seguimiento en la cohorte de aspirina fue de 4.9 años, mientras que en la cohorte de comparación fue de 5.4 años. La tasa de incidencia de cáncer de estómago de la cohorte de aspirina fue de 3.13 casos por cada 10,000 sujetos-año, y 3.37 sujetos-año en la cohorte de comparación. En ambas cohortes la tasa aumentó con la edad y fue superior en hombres que en mujeres. (**Figura 1 y 2**)

Tabla 1. Distribución de las características basales de ambas cohortes

| | Cohorte de comparación (N= 181060) | | Cohorte de aspirina (N=181418) | |
|----------------------------|------------------------------------|------|--------------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Sexo | | | | |
| Hombre | 96037 | 53.0 | 96237 | 53.0 |
| Mujer | 85023 | 47.0 | 85181 | 47.0 |
| Edad (años) | | | | |
| 40-59 | 68977 | 38.1 | 63157 | 34.8 |
| 60-69 | 56619 | 31.3 | 58996 | 32.5 |
| 70-79 | 36983 | 20.4 | 39837 | 22.0 |
| 80-89 | 18481 | 10.2 | 19428 | 10.7 |
| Tabaquismo | | | | |
| No | 85425 | 47.2 | 74325 | 41.0 |
| Sí | 31608 | 17.5 | 38393 | 21.2 |
| Ex-fumador | 60897 | 33.6 | 66921 | 36.9 |
| Hipertensión | | | | |
| No | 120557 | 66.6 | 94223 | 51.9 |
| Sí | 60503 | 33.4 | 87195 | 48.1 |
| Diabetes | | | | |
| No | 167552 | 92.5 | 150928 | 83.2 |
| Sí | 13508 | 7.5 | 30490 | 16.8 |
| Hiperlipidemia | | | | |
| No | 155534 | 85.9 | 143985 | 79.4 |
| Sí | 25526 | 14.1 | 37433 | 20.6 |
| Hipercolesterolemia | | | | |
| No | 135759 | 75.0 | 123254 | 67.9 |
| Sí | 45301 | 25.0 | 58164 | 32.1 |
| EPOC | | | | |
| No | 172100 | 95.1 | 170341 | 93.9 |
| Sí | 8960 | 4.9 | 11077 | 6.1 |

El ácido acetilsalicílico a bajas dosis mostró un efecto protector (**HR de 0.83 (IC_{95%}:0.71-0.98)**). En contraposición, la edad avanzada (60-69 años) (HR=3.11 (2.38-4.06)), la anemia en el año anterior al seguimiento (HR=2.29 (IC_{95%}:1.63-3.23)), el tabaquismo (HR=1.60 (IC_{95%}:1.27-2.02)) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (HR=1.69 (IC_{95%}:1.29-2.20)) fueron los factores de riesgo más importantes. (**Tabla 2**)

CONCLUSIÓN

La iniciación al tratamiento de aspirina, se asoció con una disminución de casi un 20% de desarrollo de cáncer de estómago. La edad avanzada y el sexo masculino fueron los factores de riesgo más importantes, señalando la necesidad de monitorización en estos grupos poblacionales. Otros factores de riesgo que deben tenerse en cuenta para la monitorización, vigilancia y prevención de aparición de cáncer de estómago serían: el tabaquismo, la EPOC y la anemia (perniciosa); además de que la dispepsia puede ser un indicador de un posible cáncer posterior.

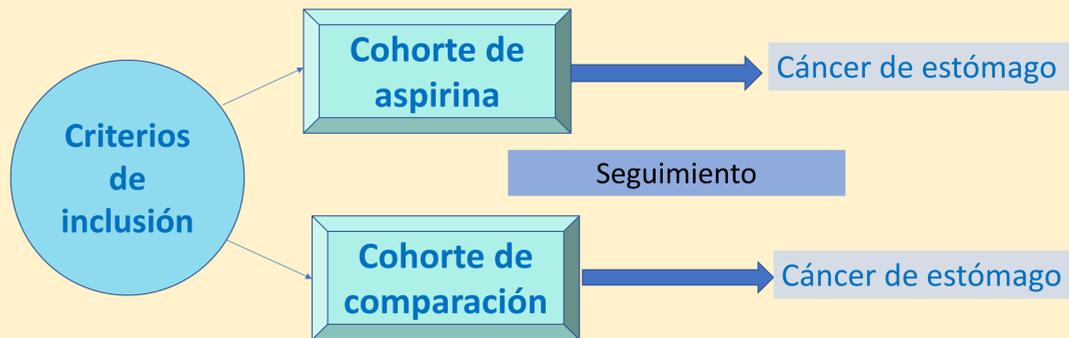
BIBLIOGRAFÍA

1. Patrignani P, Patrono C. Aspirin and Cancer. J Am Coll Cardiol. 2016; 68(9):967-76
2. Elwood P, Morgan G., et al. Aspirin in the Treatment of Cancer: Reductions in Metastatic Spread and in Mortality: A Systematic Review and Meta-Analyses of Published Studies. PLoS ONE. 2016; 11(4): 1-25.
3. Galceran J, Amejide A., et al. Estimaciones de la incidencia y la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. REDECAN, 2014.
4. T Blak B., Thompson M., Dattani H., Bourke A. Generalisability of The Health Improvement Network (THIN) database: demographics, chronic disease prevalence and mortality rates. Journal of Innovation in Health Informatics. 2011; 19(4): 251-255.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo fueron:

- Describir las características basales de una cohorte de nuevos usuarios de aspirina y su cohorte de comparación.
- Estimar la tasa de incidencia de desarrollo de cáncer de estómago.
- Estudiar el papel de la aspirina en su asociación con el cáncer de estómago, además de otros predictores.



1 de enero de 2005

31 de diciembre de 2015



Figura 1. Tasa de Incidencia de cáncer de estómago en la cohorte de aspirina

Figura 2. Tasa de Incidencia de cáncer de estómago en la cohorte de comparación



Tabla 2. Factores predictores asociados al desarrollo de cáncer de estómago

| | HR (IC _{95%})* | HR (IC _{95%})** |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Sexo | | |
| Hombre | 1 | 1 |
| Mujer | 0.46 (0.39-0.54) | 0.49 (0.41-0.59) |
| Edad (años) | | |
| 0-59 años | 1 | 1 |
| 60-69 años | 3.10 (2.38-4.04) | 3.11 (2.38-4.06) |
| 70-79 años | 6.16 (4.74-8.00) | 6.13 (4.68-8.03) |
| 80-89 años | 10.01 (7.47-13.41) | 9.72 (7.17-13.18) |
| Cohorte | | |
| Comparación | 1 | 1 |
| Aspirina | 0.87 (0.74-1.02) | 0.83 (0.71-0.98) |
| EPOC | | |
| No | 1 | 1 |
| Sí | 2.01 (1.56-2.60) | 1.69 (1.29-2.20) |
| Anemia | | |
| No | 1 | 1 |
| Sí | 2.51 (1.80-3.52) | 2.29 (1.63-3.23) |
| Tabaquismo | | |
| No | 1 | 1 |
| Sí | 1.74 (1.38-2.18) | 1.60 (1.27-2.02) |
| Ex-fumador | 1.39 (1.16-1.67) | 1.30 (1.08-1.58) |
| Desconocido | 0.46 (0.17-1.23) | 0.49 (0.18-1.35) |
| AINEs | | |
| No uso | 1 | 1 |
| Uso en el año previo | 0.80 (0.65-1.00) | 0.78 (0.62-0.97) |
| Uso anterior al año previo | 0.98 (0.82-1.18) | 0.95 (0.79-1.14) |

* Modelo A: Modelo ajustado por sexo, edad, año calendario y visitas al médico en el año previo a la entrada al estudio.

** Modelo B: Modelo ajustado por sexo, edad, año calendario, visitas a atención primaria en el año previo a la entrada al estudio, cohorte a la que pertenece (si toma aspirina o no), sangrado digestivo, úlcera péptica, reflujo gastroesofágico, dispepsia, melena, EPOC, diabetes, anemia, consumo de alcohol, tabaquismo, antihistamínicos H₂, IBPs e ISRS.