

Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal.

Clinical-epidemiological and endocopical caeacterization in patients with colorectal cancer. José

Fernández Sotolongo ¹, Gloria Astencio Rodríguez ¹, Marta Suárez Romero ²

¹ Hospital Universitario "General Calixto García". La Habana, Cuba.

² Unidad Municipal de Higiene y Epidemiología. Arroyo Naranjo. La Habana, Cuba.

Recibido: 6/9/2017

Aprobado:15/12/2017

Email: jose.fernandez@infomed.sld.cu

RESUMEN.

Introducción: El cáncer colorrectal se reconoce como la segunda causa de muerte por cáncer en la mayoría de los países desarrollados. La creciente exposición a factores de riesgo como el tabaquismo, cambios en la dieta y en estilos de vida, así como factores ambientales e infecciosos ha propiciado un aumento de su morbilidad y mortalidad. **Objetivo:** Caracterizar la incidencia de esta enfermedad en nuestro hospital. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 36 pacientes mayores de 18 años atendidos en consulta de gastroenterología del Hospital Universitario "General Calixto García" desde Enero del 2016 hasta Diciembre del 2016, diagnosticados con cáncer colorrectal por colonoscopia e histología. **Resultados:** Se recogió en planilla de recolección: sexo, edad, antecedentes personales de cáncer de colon, pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal y colecistectomía; antecedentes familiares de cáncer de colon u otra localización; hábitos tóxicos: hábito de fumar y alcoholismo; localización anatómica del cáncer e histología. **Conclusiones:** Predominó el sexo femenino, la edad más frecuente de diagnóstico estuvo entre los 60 y 79 años. El antecedente personal de pólipo de colon y el antecedente familiar de cáncer de colon fueron los más frecuentes. Hubo predominio de fumadores y de bebedores. La localización anatómica más frecuente fue en sigmoides y el adenocarcinoma de colon fue el tipo histológico de mayor frecuencia.

Palabras clave: Colon, cáncer, factor de riesgo, cáncer colorrectal.

SUMMARY.

Background: Colorectal carcinoma is recognized as the second death cause from cancer in most of developed countries; the increasing exposure to risk factor such as smoking, changes in diet, in lifestyles, as well as environmental and infectious factors is conducive to its morbidity and mortality increase. **Objective:** Incidence of colon cancer in our hospital. **Method Design:** A prospective and descriptive study was conducted in 36 patients older than 18 years seen from January, 2016 to

ORIGINAL

December, 2016 in the Endoscopy Service of the University Hospital "General Calixto García", diagnosed with colorectal carcinoma by colonoscopy and histology. **Results:** In collection form were registered: sex, age, personal backgrounds of colon cancer, polyps, intestinal inflammatory disease and cholecystectomy; family backgrounds of colon cancer or another location; toxic habits: smoking and alcoholism; anatomic location of cancer and histology. **Conclusions:** There was predominance of female sex; the more frequent diagnosis age was between 60 and 70 years. The personal background of colon polyp and the family background of colon cancer were the more frequent. There was also predominance of smokers and heavy drinkers. The more frequent anatomical location was the sigmoid, where the histological colon adenocarcinoma had the greater frequency.

Key words: Colon, cancer, risk factor, colorectal carcinoma.

INTRODUCCIÓN.

El proceso de envejecimiento de la población y la creciente exposición a factores de riesgo tales como el tabaquismo, cambios en la dieta, en los estilos de vida, así como factores ambientales e infecciosos han propiciado un aumento de la morbilidad y la mortalidad por tumores malignos.¹

El cáncer colorrectal (CCR), se reconoce como la segunda causa de muerte por cáncer en el hombre (después del pulmón) y en la mujer (después de la mama) en la mayoría de los países desarrollados.² Cuando se consideran ambos sexos conjuntamente, ocupa el primer lugar en incidencia y representa la segunda causa de muerte por cáncer.³

Si analizamos el comportamiento epidemiológico de la mortalidad por cáncer colorrectal en Cuba en los últimos 35 años ha tenido un incremento significativo. En el año 1980 se reportaron 722 fallecimientos, en el año 2003 el número de defunciones se elevó a 1 568, en el año 2007 el número de defunciones fue de 1994, lo cual representó el 10,2 % de los fallecidos y en el año 2015 se reportaron 2319 defunciones (20.7 muertes por 100 000 habitantes).⁴⁻⁷

La probabilidad de padecer un cáncer colorrectal durante la vida es de 4% a 6%, con una incidencia máxima entre los 65 y 75 años; afecta por igual a hombres y mujeres. Alrededor de 75% de los individuos que desarrollan cáncer colorrectal no tienen historia personal o familiar de la enfermedad, por lo que no se realiza la pesquisa por grupo de riesgo, ya que se detectaría solamente alrededor de 20% de los casos. La detección temprana puede conducir a la curación entre 80% y 90 % de los casos.⁸

En cuanto a la etiopatogenia, la del cáncer colorrectal se desconoce al igual que en la mayoría de las enfermedades malignas, la mayor parte de los estudios plantean que es heterogénea, por lo que se han descrito factores ambientales y genéticos relacionados con su aparición. Estas diferencias observadas indican que la causalidad del cáncer colorrectal se presenta de manera

ORIGINAL

diferente en las distintas áreas geográficas, que la inducción de los factores de riesgo es también diferente en ambos sexos y en las sucesivas generaciones, posiblemente asociadas a estilos de vida y condiciones medio ambientales, sociales o culturales.⁹⁻¹²

Existe consenso en que las pruebas más recomendadas para la detección temprana del cáncer colorrectal son el análisis de la sangre oculta en las heces fecales, la sigmoidoscopia y la colonoscopia. El enema de doble contraste con bario es otro de los procedimientos imagenológicos recomendados. Otras técnicas, tales como la tomografía axial computarizada o la colonoscopia virtual también se aplican, pero aún no han demostrado reducir la tasa de mortalidad. Se realizan ensayos clínicos para evaluar las pruebas de ADN en la materia fecal o en sangre.

No existen hasta el momento estudios orientados a establecer un diagnóstico poblacional de estos factores, consideramos como **objetivo**, que la presente investigación sería útil para estimular el desarrollo de políticas de salud destinadas al control de esta enfermedad.

DISEÑO METODOLÓGICO.

Se realizó una investigación de desarrollo en sistemas y servicios de salud en el Hospital Universitario "General Calixto García Iñiguez", la cual se extendió desde enero de 2016 hasta diciembre de 2016, en pacientes mayores de 18 años atendidos en consulta de gastroenterología, diagnosticados con cáncer colorrectal por colonoscopia e histología. Se incorporaron al estudio, previa aceptación por consentimiento informado, todos los casos diagnosticados de cáncer colorrectal por colonoscopia, con confirmación histológica, en el período previsto para la investigación. La muestra finalmente quedó conformada por 36 pacientes.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cáncer colorrectal, con confirmación histológica que aceptaron participar en la investigación. Fueron excluidos los pacientes que se negaron a participar en el estudio.

A todos los pacientes con criterios de inclusión, se les llenó una planilla de recolección de datos, directamente por el especialista que recogía los siguientes datos: sexo, edad, antecedentes personales de cáncer de colon, pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal y colecistectomía, así como antecedentes familiares de cáncer de colon u otra localización. Hábitos tóxicos: fumar y alcoholismo y la localización anatómica del cáncer e histología. A la planilla se le adjuntó el resultado de la colonoscopia y el informe histológico.

Esos datos constituyeron la fuente para la creación del registro automatizado de cáncer colorrectal. Los datos contenidos en la base de datos de pacientes se exportaron a Microsoft Office Excel 2007 para el procesamiento y resumen de las variables utilizadas en esta investigación.

ORIGINAL

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 11.5, a través del cual se obtuvieron las frecuencias absolutas y porcentos. Se utilizó una PC Intel Core I 3, con ambiente de Windows 7. Los textos se procesaron con Word 2007 y las tablas se realizaron con Excel 2007.

RESULTADOS.

Se estudiaron en el período de enero de 2016 hasta diciembre de 2016, un total de 36 pacientes con cáncer colorrectal, se observó un predominio del sexo femenino sobre el masculino. En cuanto a la edad, los grupos de edades más representativos estuvieron en el rango de los 60 a 79 años. En los antecedentes personales, el grupo que no presentó ninguno predominó con 61,11 %, seguido por el grupo con antecedentes de pólipos 16,66%, colecistectomizados 11,11% y del cáncer colorrectal previo y la enfermedad inflamatoria intestinal con 5,56% respectivamente.

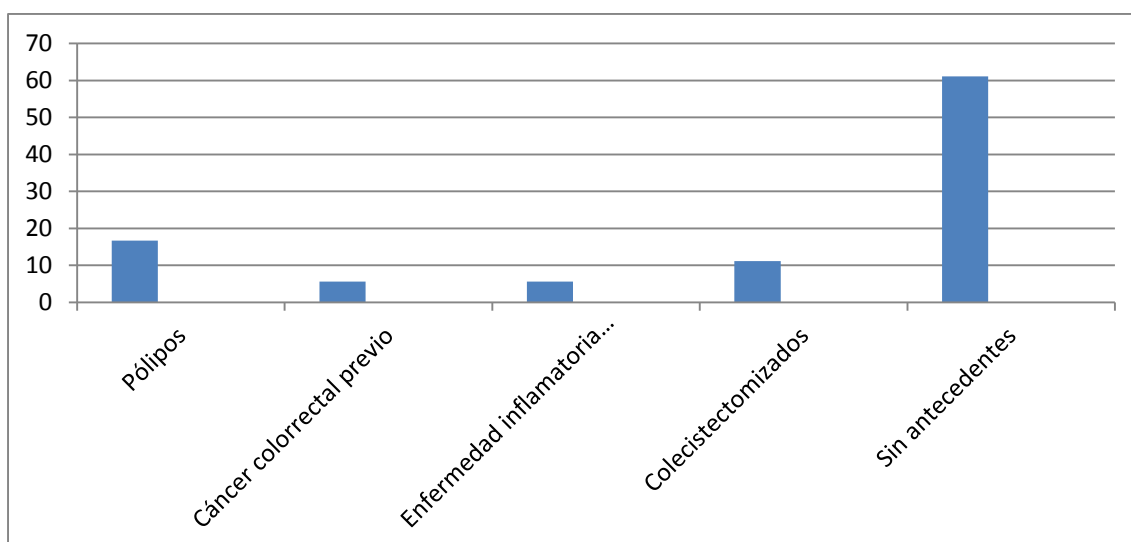


Figura 1: Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales. Año 2016.

En la tabla 1, se observa que sin antecedentes familiares se presentaron 26 pacientes (72,22%), mientras que dentro del grupo que sí los reportó, existió un mayor predominio en los que tenían antecedentes familiares de cáncer de colon (n=4, 11,11 %), seguido del de cáncer de pulmón (n=2, 5,55%).

Tabla 1. Relación de pacientes según antecedentes patológicos familiares de cáncer. 2016.

Antecedentes familiares de cáncer	Cantidad	Porcentaje
Sin antecedentes	26	72.22
Colon	4	11.11
Pulmón	2	5.55
Mama	1	2.78

ORIGINAL

Próstata	1	2.78
Ovario	1	2.78
Otras localizaciones	1	2.78
Total	36	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En las tablas 2 y 3, se muestra un mayor predominio de pacientes fumadores (52,78%) y bebedores (55,56 %).

Tabla 2. Relación de pacientes según hábito de fumar. 2016.

Hábito de fumar	Cantidad	Porcentaje
Nunca fumó	13	36.11
Exfumador	4	11.11
Fumador	19	52.78
Total	36	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla 3. Relación de pacientes según consumo de alcohol. 2016.

Consumo de alcohol	Cantidad	Porcentaje
No consume	13	36.11
Ocasional	3	8.33
Bebedor	20	55.56
Total	36	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

En la tabla 4 se evidencia un predominio de la localización de cáncer colorrectal en los pacientes estudiados en el sigmoide, seguido de colon derecho y recto con 36.1%, 25.0% y 16.70% respectivamente.

Tabla 4: Localización de cáncer colorrectal en los pacientes estudiados.

Principales localizaciones Total de casos Porcentaje

Recto 6 16.70

Unión recto-sigmoidea 1 2.8

Sigmoides 13 36.1

Ángulo esplénico 1 2.8

Transverso 1 2.8

Colon derecho 9 25.0

Ciego 2 5.6

Fuente: Planilla de recolección de datos.

DISCUSIÓN.

Existen múltiples estudios encaminados a evaluar el posible riesgo de diferentes factores para el cáncer colorrectal;¹⁰ entre estos se destacan como factores modificables la dieta rica en grasas, la dieta pobre en vegetales, la inactividad física o sedentarismo, el consumo de alcohol, la obesidad y algunas ocupaciones específicas.¹³ También se consideran factores conocidos la historia familiar de cáncer colorrectal y de pólipos, así como el antecedente de enfermedades inflamatorias del colon.¹⁴ El gran interés durante estos últimos años en fortalecer la prevención e incluso mejorar el pronóstico de los pacientes con cáncer colorrectal, ha llevado a identificar una serie de factores de riesgo favorecedores de estos procesos.

Se plantea que el cáncer colorrectal se presenta con mayor frecuencia en edades avanzadas de la vida, donde su incidencia máxima se sitúa entre los 60 y 79 años de edad, menos del 20 % afecta a personas menores de 50 años.⁹ Nuestro estudio coincide con lo planteado a nivel internacional donde predominaron los pacientes en igual rango de edades. En un estudio realizado en Suiza únicamente un 5 % de los casos se presenta antes de los 40 años y un 10 % en personas con más de 80 años.¹⁵

El cáncer colorrectal es más frecuente en mujeres por debajo de los 60 años, edad en la que comienza a predominar en los varones.⁷ En el grupo de pacientes estudiados se observó un mayor predominio del mismo en las mujeres.

La herencia⁶ tiene escaso impacto en la incidencia poblacional (alrededor de solamente un 5 % de los casos con cáncer colorrectal). En nuestra investigación predominaron los grupos sin antecedentes personales ni familiares de cáncer.

En los antecedentes personales de CCR se plantea que si lo ha padecido, aunque se le haya extirpado completamente, se tiene más probabilidades de padecer nuevos cánceres en otras áreas del colon y recto, las probabilidades de que esto suceda son mucho mayores si se padeció de este a los 60 años o menos; en los antecedentes personales de pólipos intestinales, se plantea que algunos tipos de pólipos (pólipos inflamatorios) no aumentan el riesgo.¹⁶

En cuanto a los antecedentes familiares de CCR se describe que si se tiene familiares de primer grado que hayan padecido este tipo de cáncer, se corre un riesgo mayor de tenerlo; este riesgo

ORIGINAL

aumenta aún más si el familiar lo padeció antes de los 60 años de edad o si más de uno de los parientes lo ha padecido (a cualquier edad).¹⁷

Como hábito tóxico, en algunos estudios prospectivos se indica que los fumadores tienen una probabilidad de 30 % a 40 % mayor que los no fumadores de fallecer de cáncer colorrectal, puede ser la causa en un 12 % de estos tumores. También el consumo de alcohol y el cáncer colorrectal han sido relacionados, (consumo en exceso), esto pudiera deberse a las alteraciones que causa el alcohol en el ácido fólico del organismo.^{18,19} Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con lo planteado en la literatura internacional en cuanto al papel de estos factores (hábito de fumar, alcohol) en la patogenia del CCR.

En nuestros resultados se pudo observar un predominio de la localización del cáncer hacia el colon distal (sigmoides), lo que se corresponde con los obtenidos por Hano, O²⁰ en el año 2010 en estudio realizado en el Instituto de Gastroenterología, donde primaron las neoplasias del colon izquierdo. *Borrero* halló igualmente un predominio del cáncer de colon izquierdo (54,4 %) sobre el derecho (33,3 %).²¹

Más del 95 % de los tumores colorrectales desde el punto de vista histológico son adenocarcinomas,²² datos que coinciden con nuestro estudio donde se mostró también un mayor por ciento de este tipo histológico. Los resultados de este estudio se asemejan a los reportados por Fernández, J en el año 2016 en estudio realizado en el Hospital Calixto García.²³

La etiopatogenia del CCR se desconoce al igual que la de la mayoría de las enfermedades malignas, la mayor parte de los estudios plantean que es heterogénea. Además, la multiplicidad de factores asociados al CCR y de las hipótesis que las sustentan, hace imposible precisar en cada enfermo una causa suficiente, por lo que no se pueden proponer intervenciones individuales o colectivas de prevención primaria más allá de recomendar una vida saludable en alimentación y estilos de vida.

CONCLUSIONES.

Predominaron los pacientes con cáncer colorrectal del sexo femenino, la edad entre 60 y 70 años, los antecedentes personales de pólipo de colon y con antecedentes familiares de cáncer de colon. Los principales factores de riesgo que se detectaron en los pacientes estudiados fueron el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas. Predominó la localización del cáncer colorrectal en región de sigmoide, colon derecho y recto, así como el tipo histológico adenocarcinoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. v1. Washington DC: OPS; 2002.

ORIGINAL

2. Rainoldi JL. Diagnóstico del cáncer colorrectal en la Argentina. Estado actual de acuerdo a la encuesta nacional prospectiva realizada en 2002-2003. Libro de relatos y conferencias. Congreso Argentino de Gastroenterología; 2004.
3. Rainoldi JL. Epidemiología del cáncer colorrectal. Avances en la Gastroenterología en las Américas. Lima, Perú: Edit. Cimagraf; 2005.
4. Torres Vida RM. Impacto del cáncer de colon en la morbilidad de la población cubana. 1979-2003. Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. Rev Temas Estadísticos de Salud. 2005; 1(1).
5. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2015 Apr [cited 2015 Apr 10]. 190 p. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario_2015.pdf
6. González RS. La pesquisa del cáncer: los debates globales y la experiencia cubana. MEDICC Rev. 2014 Jul-Oct; 16(3-4). Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=29&id=382&a=vahtml>
7. National Health Statistics and Medical Records Division (CU). Anuario Estadístico de Salud 2012 [Internet]. Havana: Ministry of Public Health (CU); 2013 Apr [cited 2014 Apr 10]. 190 p. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf
8. WGO/IDCA Internacional para Cáncer Digestivo: Tamizaje del cáncer colorrectal. 2007. Disponible en http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/es/pdf/guidelines/cancer_colorrectal_tamizaje_screening_y_vigilancia.pdf [Consulta: 12/3/2007]
9. Ballinger AV, Anggiansah CI. Revisión clínica. Actualización en cáncer colorrectal. BMJ. Oct 2007; 335: 715-8.
10. Viñes JJ, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología poblacional de cáncer colorrectal: revisión de la causalidad. ANALES Sis San Navarra. 2003; 26(1):79-97.
11. Aune D, Chan DS, Lau R, Viera R, Greenwood DC, Kampman E, Norat T. Dietary fibre, whole grains, and risk of colorectal cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. BMJ. 2011 Nov 10; 343:617.
12. American Cancer Society. Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra el Cáncer para la detección temprana del cáncer colorrectal. 2014. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guidetallada/cancer-colorrectal-earlydeteccion-recomendations> [Consulta: 13/3/2014]
13. Modelo para ayudar a determinar el riesgo de cáncer colorrectal. JAMA. 2006;296: 1478-96.

ORIGINAL

14. Larsen IK, Grotmol T. Lifestyle as a predictor for colonic neoplasia in asymptomatic individuals. *BMC Gastroenterology*. 2006; 6:5.
15. Ferlay, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC Cancer Base No. 5, version 2.0 IARC Press, Lyon; 2004.
16. Eaden JA, Ward BA, Mayberry JF. How Gastroenterology screens for colonic cancer in ulcerative colitis: an analysis of performance. *Gastrointest Endosc*. 2000; 51(2).
17. de Vogel J, Van-Eck WB, ALA Sesink, Jonker-Termont DSML, Kleibeuker J, Van der Meer R. Dietary heme injures surface epithelium resulting in hyperproliferation, inhibition of apoptosis and crypt hyperplasia in rat colon. *Carcinogenesis*. February 1, 2008; 29(2):398-403.
18. Saenz Roque. Cáncer colorrectal. Una proposición de protocolos de diagnósticos y tratamiento para países de Latinoamérica. Reunión de Consenso. Santiago de Chile; 2004.
19. Lee DH, Folsom AR, Jacobs Jr. DR. Iron, zinc, and alcohol consumption and mortality from cardiovascular diseases: the Iowa Women's Health Study. *Am J Clinical Nutrition*. April 1, 2005; 81(4):787-91.
20. Hano O; Wood L; Villa OM. Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal. *Revista Cubana de Medicina*. 2010; 49(1):7-16.
21. Mayer Robert J. Cáncer del aparato digestivo. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2006: 591-6.
22. Pischon T, Lahmann PH, Boeing H, Friedenreich C, Norat T, Tjonneland A, et al. Body size and risk of colon and rectal cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *J Natl Cancer Inst*. 2006; 98(13):920-31.
23. Fernández Sotolongo J, Yero Rodríguez R, Díaz Elías J, Castro Álvarez L, Suarez Romero M. Pesquizaje de Cáncer Colorrectal en pacientes con SUMASOHF positiva. *Revista Archivo del Hospital Universitario "General Calixto García"*. Vol. 5, No. 1, 2017. ISSN 1728-6115. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcgelectronica>.

ORIGINAL

Contenido

Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal. 146
Clinical-epidemiological and endocopical caeacterization in patients with colorectal cancer. José
Fernández Sotolongo ¹, Gloria Astencio Rodríguez ¹, Marta Suárez Romero ² 146

RESUMEN..... 146
SUMMARY. 146
INTRODUCCIÓN..... 147
DISEÑO METODOLÓGICO. 148
RESULTADOS. 149
DISCUSIÓN..... 151
CONCLUSIONES. 152
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 152