

TRABAJOS ORIGINALES

Caracterización clínico-epidemiológica y endoscópica en pacientes con cáncer colorrectal**Clinicoepidemiologic characterization and endoscopy in patients with colorectal cancer****Olga Marina Hano García^I; Lisette Wood Rodríguez^{II}; Oscar Manuel Villa Jiménez^{III}**

^IEspecialista de II Grado en Gastroenterología. Aspirante a Investigador. Instructora. Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

^{II}Residente de 3er. Año en Gastroenterología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Administración de Salud. Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Gastroenterología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

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. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 65 pacientes mayores de 18 años atendidos desde abril de 2007 a abril de 2008, en el Servicio de Endoscopia del Instituto Nacional de Gastroenterología, diagnosticados con cáncer colorrectal por colonoscopia e histología. 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; la dieta en cuanto a ingestión de fibra vegetal y grasa animal; localización anatómica del cáncer e histología. Se concluye que 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 con o sin efecto. Se observó mayor ingestión de grasa de origen animal y poca ingestión de fibra vegetal. La localización anatómica más frecuente fue en el rectosigmoides y el adenocarcinoma de colon fue el tipo histológico de mayor frecuencia.

Palabras clave: Colon, cáncer, factor de riesgo, fibra vegetal, adenocarcinoma, cáncer colorrectal.

ABSTRACT

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. A prospective and descriptive study was conducted in 65 patients older than 18 years seen from April, 2007 to April, 2008 in the Endoscopy Service of the National Institute of Gastroenterology, diagnosed with colorectal carcinoma by colonoscopy and histology. 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; diet as regards: vegetal fiber ingestion and animal fat; anatomic location of cancer and histology. We conclude that 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 with or without effect. There was a great ingestion of animal fat and few ingestion of vegetal fiber. The more frequent anatomical location was the rectosigmoid, where the histological colon adenocarcinoma had the greater frequency.

Key words: Colon, cancer, risk factor, vegetal fiber, adenocarcinoma, 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

La mortalidad por cáncer de colon y recto en Cuba en 1980 fue de 722 fallecimientos, lo que representó el 6,9 % del total de fallecidos por tumores malignos. En el año 2003 el número de defunciones se elevó a 1 568, constituye el 8,6 % del total de fallecidos para este año y en el año 2007 el número de defunciones fue de 1994, lo cual representó el 10,2 % de los fallecidos.⁴ El incremento porcentual entre los años extremos (de los 24 años considerados en un estudio), fue del 25 %, con un aporte 2 veces mayor del sexo femenino con respecto al masculino.⁵

En cuanto a la etiopatogenia, la del CCR 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 CCR se presenta de manera 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.^{6,7}

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

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en pacientes mayores de 18 años atendidos de manera consecutiva en el período de abril de 2007 hasta abril de 2008, en el Servicio de Endoscopia del Instituto de Gastroenterología de Cuba.

Se incorporaron al estudio, previa aceptación por consentimiento informado, todos los casos diagnosticados consecutivamente de CCR por colonoscopia, con confirmación histológica, en el período previsto para la investigación. La muestra finalmente quedó conformada por 65 pacientes.

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

A todos los pacientes con criterios de inclusión en el período comprendido de abril de 2007 a abril de 2008, se les llenó una planilla de recolección de datos, directamente por el médico una vez terminada la colonoscopia y recuperado el paciente, a ella se agregaron los resultados de la colonoscopia y biopsia.

Los datos recogidos fueron: sexo, edad, antecedentes personales de cáncer de colon, pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y colecistectomía, así como antecedentes familiares de cáncer de colon u otra localización. Hábitos tóxicos: fumar y alcoholismo. La dieta en cuanto a ingestión de fibra vegetal y grasa animal, también localización anatómica del cáncer e histología.

Con los datos obtenidos se confeccionó una base de datos en Microsoft Excel®, donde se procesaron y presentaron los resultados en tablas y gráficos estadísticos.

RESULTADOS

En nuestro centro fueron estudiados en el período de abril de 2007 hasta abril de 2008, un total de 65 pacientes con CCR, 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 63,1 %, seguido por el grupo con antecedentes de pólipos con 15,4 % ([Fig. 1](#)).

En la [tabla 1](#), se observa que sin antecedentes familiares se presentaron 40 pacientes, mientras que dentro del grupo que sí los reportó, existió un mayor predominio en los que tenían antecedentes familiares de cáncer de colon (n=10, 15,4 %).

En las tablas [2](#) y [3](#), se muestra un mayor predominio de pacientes fumadores (52,3 %) y de bebedores de alcohol con o sin efecto (36,9 %).

Tabla 2. Relación de pacientes según hábito de fumar. 2008

Hábito de fumar	Cantidad	Porcentaje
Nunca fumó	21	32,3
Exfumador	10	15,4
Fumador	34	52,3
Total	65	100

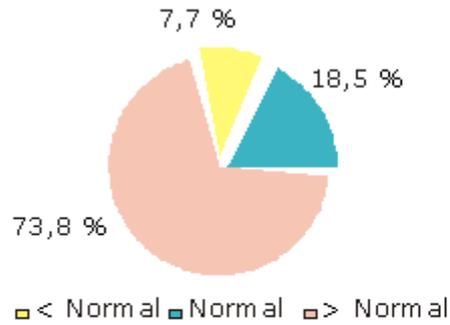
Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla 3. Relación de pacientes según consumo de alcohol. 2008

Consumo de alcohol	Cantidad	Porcentaje
No consume	20	30,8
Ocasional	21	32,3
Bebedor	24	36,9
Total	65	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

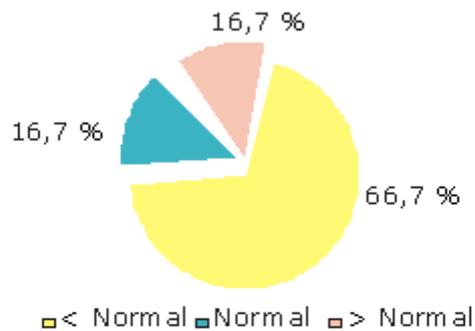
En cuanto al consumo de grasa animal fue mayor el grupo que la consumía más de lo normal con 61,5 % ([Fig. 2](#)).



Fuente: Planilla de recolección de datos.

Fig. 2. Distribución de pacientes según consumo de grasa animal, 2008.

En los que consumen fibra vegetal menos de lo normal hubo un mayor porcentaje de pacientes (66,7 %) ([Fig. 3](#)).



Fuente: Planilla de recolección de datos.

Fig. 3. Distribución de pacientes según consumo de fibra vegetal, 2008.

Dentro de la localización anatómica del CCR se observó un mayor número de pacientes con cáncer hacia rectosigmoides, con 44 pacientes para un 67,7 % ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Relación de pacientes según localización anatómica del cáncer colorrectal. 2008

Localización	Cantidad	Porcentaje
Recto	24	36,9
Sigmoides	20	30,8
Colon descendente	3	4,6
Ángulo esplénico	2	3,1
Colon transverso	2	3,1
Ángulo hepático	3	4,6
Colon ascendente	5	7,7
Ciego	6	9,2
Total	65	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

DISCUSIÓN

Se han realizado numerosos estudios para evaluar el posible carácter de riesgo de distintos factores para el CCR;⁷ 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.⁸ También se consideran factores conocidos la historia familiar de CCR y de pólipos adenomatosos, así como el antecedente de enfermedades inflamatorias del colon.⁹ El gran interés durante estos últimos años en fortalecer la prevención e incluso mejorar el pronóstico de los pacientes con CCR, ha llevado a identificar una serie de factores de riesgo favorecedores del padecimiento de estos procesos.

Se plantea que el CCR 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.¹⁰

El CCR 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 CCR). 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; y en los antecedentes personales de pólipos intestinales, se plantea que algunos tipos de pólipos (pólipos inflamatorios) no aumentan el riesgo.¹¹ 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 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).¹²

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 CCR, puede ser la causa en un 12 % de estos tumores. También el consumo de alcohol y el CCR han sido relacionados, (consumo en exceso), esto pudiera deberse a las alteraciones que causa el alcohol en el ácido fólico del organismo.¹³

Estudios epidemiológicos apoyan la teoría de que la obesidad se asocia con cánceres, muy frecuente en países desarrollados como por ejemplo el de mama, colon, endometrio y próstata, por lo que sería necesario realizar más estudios para aclarar si el papel del valor calórico de la dieta es importante en la mayor incidencia de tumores, ya que es difícil determinar si es el exceso de calorías de la dieta o el exceso de alguno de los componentes, por ejemplo grasas saturadas, incrementa el riesgo.¹⁴

La asociación de que en África ingieren una dieta mucho más rica en residuos que produce heces más voluminosas y frecuentes, y que tienen una incidencia más baja de CCR, ha llevado a proponer que la tasa más alta de este, en los países occidentales se debe en gran parte al bajo consumo de fibra en la dieta. Dicha teoría sugiere que la fibra dietética acelera el tránsito intestinal, lo que reduce la exposición de la mucosa colónica a posibles carcinógenos y que el mayor volumen de las heces los diluye. Esta hipótesis parece algo simplista cuando se analiza cuidadosamente. Aunque un aumento en la ingestión de fibra incrementa el volumen fecal, no se ha demostrado que acorte el tiempo del tránsito intestinal de las heces. Además, a pesar de que en países con incidencia baja hay generalmente una ingestión mayor de fibra, las diferencias ambientales entre países industrializados y en vías de desarrollo son muchas, e incluyen otras variables importantes en la dieta, como el consumo de grasa y carne.⁶ Finalmente, una dieta baja en fibra puede producir estreñimiento crónico y trastornos asociados como divertículos. Si una dieta pobre en fibra, de forma aislada fuera un factor de riesgo importante en este tipo de cáncer, las personas con diverticulosis deberían tener un riesgo más alto de desarrollarlo, lo que no suele suceder.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con lo planteado en literatura internacional en cuanto al papel de estos factores (hábito de fumar, alcohol, grasa animal y fibra vegetal) en la patogenia del CCR.

En nuestros resultados se pudo observar un predominio de la localización del cáncer hacia el colon distal (sigmoides y recto), lo que se corresponde con los obtenidos por *Steele* en un estudio realizado en 1996, donde primaron las neoplasias del colon izquierdo con un 45 %, seguidas por las del colon derecho y recto (39 % y 16 %, respectivamente). *Borrero* halló igualmente un predominio del cáncer de colon izquierdo (54,4 %) sobre el derecho (33,3 %).¹⁵ Más del 95 % de los tumores colorrectales desde el punto de vista histológico son adenocarcinomas,¹⁶ dato que coincide con nuestro estudio donde se mostró también un mayor por ciento de este tipo histológico.

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

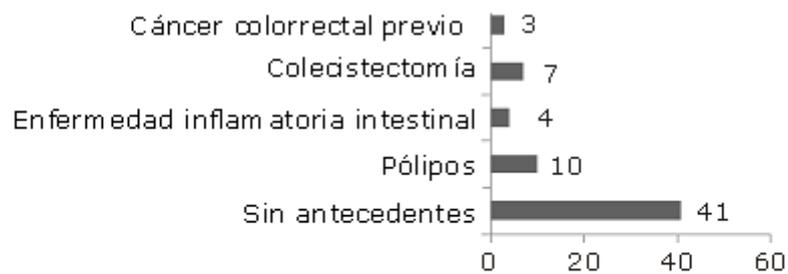
1. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. v1. Washington DC: OPS; 2002.
2. Rainoldi JL. Diagnóstico del cáncer colorrectal en la Argentina. Estado actual de acuerdo a la encuesta nacional prospectiva realizada en 2002-2003. Libro de relatos y conferencias. Congreso 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. Ferlay J, Bray F, Sankila R, Parkin DM. EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Unión 1997, versión 4,0. IARC Cáncer Base No.4. Lyon: IARC Press, 1999. [updated 2002 Jan 17]. Available from: <http://www.dep.iarc.fr>
6. Ballinger AV, Anggiansah CI. Revisión clínica. Actualización en cáncer colorrectal. BMJ. Oct 2007;335:715-8.
7. 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.
8. Modelo para ayudar a determinar el riesgo de cáncer colorrectal. JAMA. 2006;296:1478-96.
9. Larsen IK, Grotmol T. Lifestyle as a predictor for colonic neoplasia in asymptomatic individuals. BMC Gastroenterology. 2006;6:5.
10. 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.
11. Eaden JA, Ward BA, Mayberry JF. How Gastroenterology screens for colonic cancer in ulcerative colitis: an analysis of performance. Gastrointest Endosc. 2000;51(2).
12. 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.
13. Saenz Roque. Cáncer colorrectal. Una proposición de protocolos de diagnósticos y tratamiento para países de Latinoamérica. Reunión de Consenso. Santiago de Chile; 2004.

14. 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.
15. Pischon T, Lahmann PH, Boeing H, Friedenreich C, Norat T, Tjønneland 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.
16. Mayer Robert J. Cáncer del aparato digestivo. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 16^a ed. México: Mc Graw-Hill; 2006. p. 591-6.

Recibido: 14 de septiembre de 2009.

Aprobado: 2 de octubre de 2009.

Dra. *Olga Marina Hano García*. Instituto Nacional de Gastroenterología. Calle 25 # 503 entre H e I, Vedado, CP 10 400. La Habana, Cuba. Correo electrónico: olga.hano@infomed.sld.cu



Fuente: Planilla de recolección de datos.

Fig. 1. Distribución de pacientes según antecedentes patológicos personales. 2008.

Tabla 1. Relación de pacientes según antecedentes patológicos familiares de cáncer. 2008

Antecedentes familiares de cáncer	Cantidad	Porcentaje
Mama	5	7,7
Ovario	3	4,6
Próstata	5	7,7
Colon	10	15,4
Otros	2	3,1
Sin antecedentes	40	61,5
Total	65	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.