

¿Es muy frecuente el cáncer colorectal?

En nuestro país, el cáncer de colon y de recto, llamado genéricamente "cáncer colorrectal" (CCR), es la tercera neoplasia más frecuente en hombres y la segunda en mujeres. Ahora bien, cuando se consideran ambos géneros conjuntamente, pasa a ser la primera. Actualmente, se diagnostican en España más de 26.000 nuevos casos cada año, de los cuales cerca de la mitad mueren a consecuencia de esta patología.

¿Quién tiene riesgo de desarrollar un cáncer colorectal?

Tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar un CCR. El riesgo de presentarlo aumenta con la edad, por lo que en ausencia de factores de riesgo personales y / o familiares adicionales (ver más abajo), es poco frecuente que se diagnostique este tumor antes de los 50 años. A partir de esta edad, el riesgo aumenta de forma exponencial.

El CCR se desarrolla a partir de una lesión precursora que es benigna: los pólipos. Los pólipos son como pequeños "bultos" que crecen hacia el interior del intestino. Los que tienen potencial de degeneración pueden ser de dos estirpes: adenoma y pólipo serrado. Los pólipos son muy frecuentes a partir de los 50 años, por lo que se estima que hasta un 50% de la población general de más de 50 años tiene algún. Aunque todos los CCR se originan en un pólipo, se estima que sólo un 5% de los pólipos terminarían degenerando y que tardarían de 10 a 15 años en hacerlo. La exéresis endoscópica de estos pólipos (polipectomía) permite disminuir este riesgo de CCR de forma drástica. Es aconsejable que los individuos con pólipos de tipo adenoma o pólipo serrado, sigan controles con colonoscopia.

Por otra parte, la existencia de antecedentes familiares de CCR así como el antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal, pueden aumentar el riesgo de desarrollar esta neoplasia.

¿Qué síntomas han de llevarnos a sospechar la existencia de un cáncer colorectal?

El CCR, como tantos otros cánceres, suele pasar desapercibido y no dar síntomas hasta fases avanzadas.

Los síntomas asociados al CCR pueden ser: emisión de sangre roja por el ano (rectorragia), cambios en el ritmo deposicional (diarrea o estreñimiento), dolor abdominal, o sensación de defecación incompleta o no satisfactoria (tenesmo rectal). En otras ocasiones, una analítica puede evidenciar anemia por pérdida crónica e imperceptible de sangre en las heces.

Es importante destacar, sin embargo, que estos síntomas no son exclusivos del CCR, y en la mayoría de las personas que los presentan, se deben a patología benigna. Por lo tanto, su aparición no debe inquietarnos pero sí motivar una consulta con nuestro médico, que decidirá si procede realizar alguna exploración.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el CCR es uno de los pocos cánceres que se pueden diagnosticar precozmente, es decir, antes de que la persona note ningún síntoma. Esta detección se hará en individuos asintomáticos a través de las pruebas de cribado que se explican más abajo.

¿Qué dieta y/o estilo de vida puede ayudarnos a prevenir un cáncer colorectal?

Aunque la influencia real de la dieta en el riesgo de desarrollar un CCR es controvertida y, en muchos aspectos no bien establecida, se recomienda seguir una dieta rica en fibra, verduras y frutas, y moderar el consumo de carnes rojas, especialmente las preparadas con un punto de cocción muy alto.

Por otra parte, también se recomienda no fumar, reducir el consumo de bebidas alcohólicas, y hacer ejercicio físico moderado.

¿En ausencia de antecedentes familiares o personales que predispongan a cáncer colorectal, qué podemos hacer para prevenirlo precozmente?

Como se ha comentado anteriormente, el riesgo de desarrollar un CCR aumenta a partir de los 50 años de edad. En este grupo de riesgo intermedio se ha demostrado que la instauración de medidas de detección precoz (cribado) mejora el pronóstico en identificar lesiones premalignas (pólipos adenomatosos o adenomas y pólipos serrados) o malignos en una fase temprana de su desarrollo y, por tanto, susceptibles de tratamiento curativo.

Las estrategias de cribado actualmente aceptadas a nivel mundial consisten en la realización de una prueba para la detección de sangre oculta en heces cada 1 o 2 años (seguida de colonoscopia cuando el resultado es positivo), la realización de una sigmoidoscopia (exploración endoscópica de la parte final del colon) cada 5 años (seguida de colonoscopia en caso de detectar una lesión), y la exploración completa del colon mediante colonoscopia cada 10 años o Colonografía por TC cada 5 años.

Actualmente en Cataluña hay un programa de cribado de CCR poblacional. Este programa, que incluye a todos los individuos de 50 a 69 años de edad, asintomáticos y sin antecedentes personales ni familiares de CCR, está basado en el test de detección de sangre oculta en heces inmunológico. Este test consiste en un kit que, con una pequeña muestra de heces, permite detectar aquellos individuos con una alta tasa de hemoglobina (sangre) microscópica en las heces. En caso de que el test sea positivo, se realizará una colonoscopia que permitirá detectar el CCR y / o eliminar los pólipos (polipectomía) para así prevenir la futura aparición de CCR. Para que esta estrategia sea eficaz, el test debe realizarse cada dos años.

¿Cuándo se ha de sospechar que estamos frente a una forma hereditaria de cáncer colorrectal?

Hay dos grandes grupos de enfermedades hereditarias que predisponen al CCR: los síndromes polipósicos y el síndrome de Lynch. En la primera entidad, el diagnóstico suele ser relativamente sencillo debido a la presencia de decenas, cientos o, incluso, miles de pólipos en el colon y / o recto. Además, en la mayoría de casos hay antecedentes familiares de estas alteraciones. En cuanto al síndrome de Lynch, hay sospecharse ante la presencia de al menos 2 antecedentes familiares de CCR u otras neoplasias relacionadas (como el cáncer de endometrio, intestino delgado, estómago y sistema urinario, entre otros), o cuando el cáncer se diagnostica antes de los 50 años o el paciente presenta, o ha presentado, además de una neoplasia.

¿Qué podemos hacer para prevenir el cáncer colorectal en las poliposis?

Entre los diferentes síndromes polipósicos, la más frecuente es la poliposis adenomatosa familiar (PAF). Se trata de una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de cientos de pólipos adenomatosos que tapizan el colon y / o recto. Este hecho conlleva un riesgo de desarrollar un CCR cercano al 100% si no se actúa de manera preventiva. Así, cuando se establece el diagnóstico de PAF se debe actuar con diligencia para eliminar todos los pólipos, ya sea mediante tratamiento endoscópico (polipectomía) o cirugía (resección del colon y / o recto). Además, está a nuestro alcance identificar la mutación en los genes responsables de la enfermedad (APC y MYH), de tal manera que podemos llevar a cabo el diagnóstico pre-sintomático (es decir, antes de que aparezcan los pólipos) en los familiares de la persona afectada. Estos análisis deben realizarse en el contexto del consejo genético en centros especializados.

Otra forma de poliposis es el síndrome de poliposis serrada. Este se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos de una estirpe diferente, conocidos como pólipos serrados. No se conoce la causa genética de esta entidad, aunque se sabe que se asocia a un riesgo aumentado de CCR (riesgo acumulado del 15%). Se aconseja extirpar todos los pólipos y realizar colonoscopias periódicas para disminuir el riesgo de CCR. En algunos casos en que no se consiguen resear todos los pólipos con endoscopia, se aconseja realizar una extirpación total del colon mediante cirugía (colectomía) para así evitar la posible aparición de un CCR.

¿Qué podemos hacer para prevenir el cáncer en el síndrome de Lynch (o cáncer colorectal hereditario no asociado a poliposis?)

El síndrome de Lynch representa la forma de CCR hereditario más frecuente. Al igual que en la PAF, se conoce la causa de la enfermedad (presencia de mutaciones en los genes reparadores del ADN), por lo que podemos identificar los familiares que han heredado la mutación responsable y prevenir en ellos la aparición del CCR mediante la realización de colonoscopias periódicas que permiten detectar las lesiones precursoras (adenomas), o los tumores, en una fase muy temprana de su desarrollo.

Además de las formas hereditarias bien establecidas, ¿La existencia de antecedentes familiares de cáncer colorectal incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad?

Aparte de los síndromes polipósicos y del síndrome de Lynch, la existencia de antecedentes familiares de CCR incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad. Este riesgo es mayor en función del grado de parentesco (como más cercano, más riesgo), del número de familiares afectados (como más familiares, más riesgo), y de la edad al diagnóstico (cuanto más joven, más riesgo). En base a estos factores, se diseña la estrategia de cribado más adecuada.

¿Todos los pólipos colorectales son malignos? ¿Se han de extirpar todos?

No, en absoluto. La mayor parte son benignos y sólo algunos pueden dar lugar a un CCR. Sin embargo, dado que la mayoría de pólipos tienen un aspecto muy parecido, se recomienda extirparlos todos y, de este modo, poder analizar adecuadamente. Sólo se permite dejar alguno de los pólipos <5 mm.

Si nos han detectado un pólipo colorectal, ¿hemos de seguir alguna vigilancia?

Los adenomas y los pólipos serrados son los que, en ocasiones, pueden dar lugar a un CCR si no se extirpan. Una vez resecaados, el análisis microscópico nos informará de sus características específicas y, en consecuencia, del riesgo de que hubiera habido en caso de que no se hubiera extirpado. Por otra parte, los individuos que han presentado un pólipo tienen una mayor probabilidad de tener más durante su seguimiento. Por este motivo se recomienda que aquellas personas que hayan presentado un adenoma o pólipo aserrado incluyan en un programa de vigilancia. El tipo de vigilancia y la frecuencia con que se deben hacer estas exploraciones dependerá de las características de los pólipos.

Si sufrimos una enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn), ¿tenemos un mayor riesgo de desarrollar un cáncer colorectal? ¿Qué hemos de hacer?

Algunos tipos de enfermedad inflamatoria intestinal, concretamente la colitis ulcerosa y las formas colónicas de la enfermedad de Crohn, se asocian a un riesgo aumentado de CCR en determinadas situaciones (afectación muy extensa del colon y enfermedad de larga duración, más de 8-10 años). Cuando concurren estas circunstancias, se recomienda efectuar una vigilancia endoscópica con una periodicidad que dependerá de la afectación y de las lesiones que se detecten.

Si ya hemos tenido un cáncer en el colon o en el recto, ¿podemos tener otro? ¿Qué podemos hacer para evitarlo?

De manera similar a lo mencionado en el apartado de los pólipos, las personas que han presentado un CCR tienen un riesgo aumentado de desarrollar nuevas lesiones con el paso de los años, ya sean pólipos o un segundo CCR. Por este motivo, se recomienda incluir a estos pacientes en un programa de vigilancia periódica mediante colonoscopia.

Webs de interés:

www.afalynch.com

www.alianzapreencioncolon.es

www.aecc.es

www.aegastro.es

www.prevencicolonbcn.org

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000262.htm