

MES MUNDIAL DEL CÁNCER DE COLON

● Sólo el 5% de los casos de cáncer colorrectal tienen un componente hereditario ● Expertos insisten en la necesidad de impulsar los programas de cribado para un diagnóstico temprano

En busca del tiempo perdido

Silvia C. Carpallo MADRID

El cáncer colorrectal es la primera causa de cáncer en España, con 34.331 casos al año, según datos de SEOM de 2018. Pese a ello es el cuarto cáncer más conocido entre la población, por detrás del cáncer de mama o el cáncer de pulmón. Además, se trata de un tipo de cáncer que afecta casi por igual a hombres y mujeres, teniendo en cuenta que el 55% de los afectados son varones, y el 45% son mujeres, y aun así es uno de los menos visibles en la esfera pública.

Estas son algunas de las conclusiones de la II Encuesta sobre el conocimiento del cáncer colorrectal a público general, promovida por la Fundación Merck Salud y presentada con motivo de la celebración del mes mundial del cáncer de colon. En la misma, se extraen otras conclusiones como que 3 de cada 5 conocedores de esta patología no es capaz de mencionar ningún tratamiento, que falta información sobre el avance que suponen los biomarcadores o que de hecho, el 43% de las más de 1000 personas encuestadas no conoce cuáles son los síntomas asociados a la enfermedad.

Como señalaba Emilio Iglesia Castro, presidente de EuropaColon España, parte del problema es que “todos los síntomas—tales como estreñimiento, sangre en heces, pérdida repentina de peso, cambio del ciclo intestinal, etc.—tienen referencias a muchas enfermedades”, de forma que no hay una alarma concreta. Tanto es así, que incluso “a veces el propio médico de Atención Primaria tampoco relaciona estos síntomas con un posible cáncer colorrectal”.

Sin embargo, como matizaba Eduardo Díaz Rubio, vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina, no se trata de consultar cuando ya hay síntomas,



Portavoces de la presentación de la Encuesta sobre el conocimiento del cáncer colorrectal a público general, promovida por la Fundación Merck Salud. M. G.

sino de conseguir diagnosticar la enfermedad antes de que haya avanzado hasta ese punto. Así, Díaz Rubio insistía en que “las consecuencias de no tener información suponen un diagnóstico tardío”, por lo que el objetivo es tener “una sociedad bien formada” ya que eso supone “mejores resultados”.

En este sentido destacaba que aún existen falsos mitos, como que

Existe poco conocimiento sobre los síntomas asociados a la enfermedad

se trata de una patología que se asocia a la herencia. “Genéticos son todos los tipos de cáncer, porque se asocian a la alteración de un gen, pero en el cáncer colorrectal hereditarios son solo el 5% de los casos”. Sobre los mismos, agregaba que estos, de hecho, suelen estar más controlados por una unidad de consejos genético. De forma que lo que preocupa es el otro 95% de los casos que puede darse en cualquier persona, por lo que insistía en que “hay que optimizar los sistemas de cribado”.

El presidente de EuropaColon explicaba que los cribados de cáncer colorrectal no están igual de extendidos en todas las autonomías, destacando en positivo a Pa-

ís Vasco y Navarra, que ya van por la segunda vuelta. Igualmente, el otro problema es que “falta adherencia a los programas de cribado poblacional, sobre todo en el caso de los hombres”, que son más reticentes a consultar sobre su salud.

Asimismo, Díaz Rubio reconocía que el cribado de cáncer de colon es algo más complejo que una mamografía, por ejemplo, pero también explicaba que el test de sangre oculta en heces permite que solo un pequeño porcentaje—aproximadamente resultan positivo el 7%—tenga que llegar a realizarse una colonoscopia, “que además tiene la ventaja de que es terapéutica, puesto que permite eliminar po-

sibles pólipos y sin cirugía”.

Por último, el especialista matizaba que hay que tener en cuenta que la sangre en heces puede responder a otros problemas, o que el 90% de los pólipos no se malignizan, pero que estos no deben ser argumentos para evitar asistir al especialista o realizar una prueba diagnóstica que evite tratar la enfermedad cuando ya sea tarde. Igualmente, lo que sí recordaba que es que en el caso de que la prueba sea negativa y todo esté bien, pueden pasar diez años hasta que sea necesario volver a realizarse otra, que es el tiempo que tarda un pólipo en hacerse maligno, lo que también facilita incluir más población en el cribado.