



V ENCUENTRO VIRTUAL SALUD 2000 CÁNCER COLORRECTAL

Septiembre 2014

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio; ocupa el segundo lugar en orden de frecuencia tumoral en ambos sexos (tras el de pulmón en hombres, y el de mama en mujeres).

Este tumor, junto con el de mama y el de cérvix, reúne las condiciones exigibles a una enfermedad susceptible de cribado: representa un problema de salud frecuente y grave, su tratamiento

en un estadio presintomático reduce la mortalidad; y además se dispone de una prueba de cribado fácil, barata, reproducible y válida.

Así, siguiendo las directrices del Consejo de la Unión Europea sobre cribado de diciembre de 2003, se recomienda la realización de cribado del cáncer colorrectal mediante el test de sangre oculta en heces en la población entre 50 y 74 años.

[Dra. M^a José Safont Aguilera](#)



La Dra. M^a José Safont Aguilera es Médico Adjunto de Oncología Médica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia desde el 1 de Abril de 2004. Responsable de la Unidad Clínica Asistencial del Área de Oncohematología y responsable del área de Cáncer Colorrectal y GIST.



1.- ¿Qué síntomas puedo tener que hagan sospechar que puedo padecer cáncer colorrectal?

La sintomatología del cáncer colorrectal está en relación con la localización del tumor. Los síntomas más frecuentes son: el cambio del hábito intestinal en forma de estreñimiento o diarrea (más frecuente en el colon izquierdo) y el sangrado que en los tumores de colon derecho suele ser lento y crónico manifestándose en forma de anemia ferropénica y en los tumores de colon izquierdo y sobretodo de recto-sigma puede ser visible en forma de rectorragia.

El cáncer de recto suele presentar tenesmo (necesidad de defecar dolorosa e ineficaz) y urgencia defecatoria asociado en la mayoría de los casos a sangrado rectal solo o asociado con las heces y en ocasiones con moco.

La aparición de otros síntomas como dolor abdominal, pérdida de apetito y/o de peso suelen ser indicativos de tumores en estadios localmente más avanzados

2.- Tengo un familiar directo que sufrió cáncer de colon ¿tengo mayor probabilidad de padecer esta enfermedad?

Se estima que entre un 5-10% de todos los casos de cáncer de colon son hereditarios (principalmente el Cáncer Colorrectal Hereditario No polipósico o Síndrome de Lynch (CCHNP) y la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)). Los criterios de Ámsterdam y de Bethesda modificados identifican aquellos pacientes con riesgo de tener un CCHNP susceptibles de realizar un estudio genético para confirmarlo.

Dentro de estos criterios se analizan entre otros el número de familiares con cáncer colorrectal o tumores asociados a estos síndromes (endometrio, ovario, intestino delgado y urológicos principalmente), el grado de parentesco, el tipo de tumor y la edad al diagnóstico.

3.- ¿Qué pruebas diagnósticas o de prevención debo de realizarme si tengo antecedentes de cáncer de colon? ¿A partir de qué edad? ¿A qué médico debo solicitárselo?

Si se ha presentado un cáncer de colon el seguimiento consiste en revisión física, analítica con determinación del antígeno carcinoembrionario (CEA), TAC y



colonoscopias con una periodicidad que varía dependiendo del estadio al diagnóstico durante 5 años. Suele realizarse por el Oncólogo Médico.

Si existe una historia confirmada de cáncer hereditario familiar las exploraciones a realizar y la edad de inicio de las mismas se recomiendan en el momento de diagnóstico en las Consultas de Consejo Genético en función del tipo de síndrome y la edad de diagnóstico en la familia más temprana.

Las personas con antecedentes familiares que no cumplen los criterios de Ámsterdam o Bethesda deben hacerse las pruebas de prevención recomendadas para la población general. La recomendación actual es la realización del Test de sangre Oculta en Heces (TSOH) en la población mayor de 50 años como prueba de cribado y la colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica en los casos con TSOH positiva.

4.- ¿Puede la dieta influir en el momento de desarrollar este tipo de cáncer? Y ¿La fibra puede prevenir el cáncer de colon?

Existe una importante relación entre la dieta y el desarrollo de CCR. Se ha visto que la reducción en el contenido de fibra en la dieta disminuye el volumen de las heces, aumenta el tiempo de tránsito en el intestino y altera la flora natural de la luz intestinal. Por ende, los productos de degradación de los carbohidratos refinados, presentes en altas concentraciones en el reducido volumen de las heces, permanecen en contacto con la mucosa durante períodos más prolongados de tiempo. La dieta determina en gran medida la composición de la microflora intestinal y la metabolización de sustancias potencialmente carcinogénicas. Pese a ello la gran diversidad de la alimentación hace que todavía queden muchos aspectos por demostrar de esta asociación.

Se ha postulado que una dieta rica en fibra ejerce un efecto protector sobre el desarrollo de CCR aunque los datos diferentes estudios son discrepantes.

5.- Me gustaría saber cuáles son los criterios clínicos mínimos para realizar un estudio genético en cáncer de colon y poliposis atenuada.

La PAF es una enfermedad hereditaria que se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos adenomatosos (más de 100) a lo largo de todo el intestino grueso, también puede presentar afectación fuera del colon (adenomas gástricos, en intestino delgado,



osteomas, quistes epidérmicos, hipertrófica congénita del epitelio de la retina o tumores desmoides) y más infrecuentemente se asocian otros a tipos de cáncer.

Existe una variante la PAF atenuada que se caracteriza por presentar un menor número de pólipos colónicos (más de 15 y siempre menos de 100) de predominio en colon derecho, la afectación extracolónica es más infrecuente, la edad de aparición es más tardía (suele retrasarse unos 15 años en relación a la forma clásica) y el curso de la enfermedad es más moderado.

Por otro lado la mayoría de los diagnósticos se realizan en familias con PAF ya identificadas .

6.- Me han contado que me tienen que buscar un test para ver mi tratamiento, qué es exactamente eso y qué puede cambiar en mi enfermedad?

Cada día más el tratamiento de los pacientes con CCR es más personalizado. Actualmente se considera que en los pacientes con CCR avanzado es necesaria la determinación de la existencia de mutaciones a nivel de los genes de la familia RAS en el momento del diagnóstico. Por un lado para tener mayor información pronóstica sobre la enfermedad y por otro para establecer el tratamiento más adecuado, dado que la detección de mutaciones a nivel de RAS nos permite seleccionar a los pacientes que no se beneficiarían de asociar tratamiento con inhibidores de EGFR evitándoles una toxicidad innecesaria.

7.- Me han dicho que debo estar hidratado con el tratamiento, ¿por qué?

La mayoría de los fármacos antitumorales se metabolizan a nivel hepático y se eliminan por el riñón. Algunos de ellos pueden dañarlo directamente. Es muy importante mantener una hidratación adecuada durante el tratamiento con quimioterapia, asegurando la ingesta de 2 a 3 litros de líquidos al día, no solo en forma de agua , también en forma de caldos, zumos o alimentos ricos en agua como la fruta. Esta medida es especialmente importante si tienes vómitos o diarrea que pueden favorecer la deshidratación y es de especial relevancia en época de calor donde perdemos además líquidos a través del sudor.



8.- ¿Qué esperanza de vida tengo con un cáncer colorrectal metastásico con los nuevos tratamientos?

La esperanza de vida de los pacientes diagnosticados de CCR metastásico ha mejorado significativamente en los últimos 25 años. Actualmente los avances en las técnicas diagnósticas y de tratamiento (tanto en la cirugía como en el tratamiento quimioterápico como radioterápico) han conseguido que pacientes con enfermedad metastásica puedan someterse a tratamiento con intención curativa en casos seleccionados con metástasis hepáticas y /o pulmonares principalmente. Por ello es difícil dar un pronóstico de forma global y hay que valorar cada caso de forma individual teniendo en cuenta principalmente el estado genral del paciente al diagnóstico, el tipo de CCR, la localización y número de las metástasis, la respuesta al tratamiento quimioterápico y la posibilidad de tratamiento local de las lesiones metastásicas.

9.- ¿La toxicidad de los tratamientos del cáncer de colon, es crónica? ¿Deja secuelas?

La toxicidad del tratamiento quimioterápico asociado a cualquier tipo de cáncer es muy variable y la intensidad y aparición de la misma es diferente en cada paciente. Los efectos secundarios de la quimioterapia pueden aparecer desde unas horas hasta varias semanas después de la administración de los fármacos. La mayoría de los síntomas desaparecen rápidamente tras finalizar la quimioterapia, sin dejar secuelas.

La neurotoxicidad (hormigueos y pérdida de sensibilidad en manos y pies) asociada al oxaliplatino, uno de los fármacos más utilizados en el tratamiento del CCR, es frecuente aunque generalmente pasajera y suele desaparecer tras finalizar el tratamiento; sin embargo en algunos casos la recuperación puede ser lenta, persistiendo algunos meses después de finalizar la quimioterapia. En un estudio randomizado con 2.246 pacientes intervenidos de CCR y tratados con este fármaco el porcentaje de pacientes en los que persistía a los 4 años con intensidad grave era del 0.7%. De todas formas es importante cuando aparezca comentarlo con el especialista de Oncología en cada ciclo de tratamiento que ajustará la dosis y duración de este fármaco para minimizar la intensidad y duración de la toxicidad.



10.- Me han diagnosticado cáncer pero todavía no me ha visitado un oncólogo, sólo un cirujano, ¿cuál es el procedimiento habitual?

El funcionamiento puede variar en cada hospital aunque normalmente los pacientes con CCR deben de ser valorados de forma conjunta en los Comités de CCR de cada centro formados generalmente por especialista de Cirugía General, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Endoscopistas, Anatomopatólogos y Radiólogos.

De forma esquemática los pacientes con cáncer de colon localizado se intervienen de inicio y se remiten posteriormente a consultas de Oncología para valorar la necesidad de tratamiento adyuvante (para reducir el riesgo de reaparición de la enfermedad). En los pacientes con cáncer de recto existe la posibilidad de realizar un tratamiento previo a la cirugía con quimioterapia y radioterapia, por lo que si así se decide en este comité se envía a Oncología Médica y Radioterápica para iniciar este tratamiento antes de la intervención. Los pacientes con enfermedad metastásica al diagnóstico pueden intervenir del tumor primario de colon y posteriormente iniciar tratamiento quimioterápico o iniciar directamente la quimioterapia en función de la extensión y sintomatología de la enfermedad.

11.- Mi tratamiento para el cáncer de colon da granos, ¿a quién puedo recurrir?

La aparición de una erupción cutánea en el tratamiento del CCR suele asociarse al uso de fármacos inhibidores del factor de crecimiento epidérmico (EGFR): cetuximab o panitumumab. Esta toxicidad es frecuente y manejable y normalmente el especialista de Oncología que lo prescribe conoce las medidas adecuadas para prevenir y minimizar dicha toxicidad. En casos de especial intensidad o refractarios al tratamiento los especialistas de Dermatología pueden encargarse del manejo de la toxicidad cutánea.