

PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

26



oncoactiv@



oncoactiv@

- 1 ¿Qué es el cáncer colorrectal?
- 2 ¿Es un problema de salud importante?
- 3 ¿Cómo se origina?
- 4 ¿Puede prevenirse o curarse?
- 5 ¿Quién tiene más probabilidad de desarrollar CCR?
- 6 ¿Cuáles son los síntomas de alarma para sospechar un CCR?
- 7 Prevención primaria: ¿qué hábitos de vida disminuyen el riesgo de CCR?
- 8 ¿Quién debe realizarse una prueba de detección precoz de cáncer colorrectal?
- 9 Prueba de sangre oculta en heces
- 10 Colonoscopia
- 11 Otras pruebas
- 12 Cáncer de colon hereditario. ¿Cuándo debemos sospechar de un cáncer de colon hereditario?
- 13 ¿Qué es el asesoramiento o consejo genético?
- 14 ¿En qué consiste realizar un estudio genético?
- 15 ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes del consejo genético?
- 16 Manejo del CCR hereditario

1 ¿Qué es el cáncer colorrectal?

Es un tumor maligno que se desarrolla en el intestino grueso (colon y recto).

2 ¿Es un problema de salud importante?

El cáncer colorrectal (CCR) es un problema sanitario de primer orden en la actualidad. Representa el segundo tipo de cáncer más frecuente en Europa y ocupa también el segundo puesto en mortalidad (después del de pulmón en el hombre y el de mama en la mujer). Existe una tendencia al aumento en su incidencia en los últimos años.

3 ¿Cómo se origina?

Existe una asociación causal con determinados hábitos de vida (principalmente la dieta) que actúan sobre una base de predisposición congénita (hereditaria o no hereditaria).

El CCR se origina a partir de una lesión denominada pólipo. Algunos pólipos pueden transformarse en cáncer tras 10 o 15 años y por ello es conveniente detectarlos precozmente.

4

¿Puede prevenirse o curarse?

Casi todos los CCR se pueden prevenir o curar mediante programas de detección en los que se actúa sobre los estadios precáncerosos (pólipos) o en los estadios tempranos de los tumores malignos, en una etapa todavía sin presencia de síntomas.

Hay 3 tipos de medidas preventivas eficaces:

- **Prevención primaria.** Dieta y hábitos de vida saludables. Recomendados en toda la población.
- **Prevención secundaria o diagnóstico precoz.** Indicado en hombres y mujeres sanos entre 50 y 69 años.
- **Consejo genético.** Útil en personas con antecedentes familiares de CCR o poliposis.

5

¿Quién tiene más probabilidad de desarrollar CCR?

- La mayoría de casos ocurren a partir de los 50 años; el riesgo aumenta con la edad.
- Personas con antecedentes familiares de CCR (sobre todo, familiares de primer grado: padres, abuelos, hermanos; mayor riesgo si el cáncer se diagnosticó a edades tempranas) o de poliposis.
- Antecedentes personales de pólipos en el colon o de un CCR previo.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn).
- Dieta rica en grasas y/o proteínas animales (sobre todo fritas, en barbacoa o procesadas).
- Vida sedentaria.
- Obesidad, elevada ingesta diaria de calorías.
- Consumo de tabaco o alcohol.
- NO está demostrada la asociación con el consumo de café o té.

6

¿Cuáles son los síntomas de alarma para sospechar un CCR? (se debe consultar inmediatamente)

- Sangre roja (fresca) en el recto o en las heces.
- Heces negras (melenas).
- Cambios en el hábito intestinal (diarrea o estreñimiento).
- Cambios en el calibre o consistencia de las heces.
- Dolor abdominal persistente.
- Pérdida de peso sin causa aparente.
- Falta de apetito, debilidad o fatiga.

7

Prevención primaria: ¿qué hábitos de vida disminuyen el riesgo de CCR?

- Reducir el consumo de carne roja (proteínas animales: sobre todo, fritas, en barbacoa o procesadas).
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
- Aumentar el contenido de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras en la dieta (al menos 5 raciones al día).
- Reducir la ingesta diaria de calorías.
- Limitar el consumo de alimentos con alto contenido calórico (alto contenido de azúcares y grasas).
- Evitar las bebidas azucaradas.
- Realizar actividad física a diario.
- Evitar la vida sedentaria (limitar el tiempo que pasa sentado).
- Luchar contra el sobrepeso.

8

¿Quién debe realizarse una prueba de detección precoz de cáncer colorrectal?

Casi todos los cánceres de colon y recto se podrían prevenir o curar con un diagnóstico en la fase precancerosa (en forma de pólipo) o con cáncer pero en estadio temprano. De ahí la importancia de las medidas de detección precoz o screening.

Se pueden distinguir diferentes grupos de riesgo:

- **Bajo riesgo:** población menor de 50 años sin antecedentes familiares ni personales de CCR, pólipos, o enfermedad inflamatoria intestinal. No se indican medidas de diagnóstico precoz a no ser que presenten síntomas o signos de sospecha de patología.
- **Moderado riesgo:** población mayor de 50 años sin antecedentes familiares o personales de interés. Se recomiendan medidas de diagnóstico precoz, tanto en hombres como mujeres, con prueba o test de sangre oculta en heces, recto-sigmoidoscopia, o colonoscopia completa.
- **Alto riesgo:** población con antecedentes familiares o historia personal de pólipos (o adenomas) o cáncer de colon, o enfermedad inflamatoria intestinal. Generalmente se recomienda colonoscopia.

¿Qué pruebas se utilizan actualmente?

- Prueba de sangre oculta en heces
- Colonoscopia
- Otras pruebas

9

Prueba de sangre oculta en heces

¿En qué consiste?

Es una prueba sencilla e indolora que realiza el propio paciente en su domicilio. Su objetivo es detectar sangre en las heces. Debe recoger una pequeña muestra de heces de tres días consecutivos en un recipiente que llevará a su centro de salud o Atención Primaria, donde se procederá a su análisis mediante reactivos. Existen dos métodos de detección: guayaco e inmunológico. El método inmunológico es el más usado actualmente, detecta hemoglobina humana, es más específico, y no necesita una preparación especial previa. Si la prueba es positiva se debe confirmar con colonoscopia.

¿Con qué frecuencia?

Se puede realizar cada 1 ó 2 años. Actualmente en España se recomienda la realización de la prueba cada 2 años en la población de riesgo medio, de 50 a 69 años. Su implantación es variable según la Comunidad Autónoma pero se espera que la cobertura sea del 100% en los próximos años.

¿Qué beneficios tiene?

Puede disminuir en un 30-40% la mortalidad por CCR.

¿Qué limitaciones tiene?

Su sensibilidad es baja, por lo que para que realmente sea eficaz es necesario cumplir correctamente con los plazos de realización y durante largo tiempo.

10

Colonoscopia

¿En qué consiste?

Con esta prueba se consigue observar la mucosa de todo el colon y el recto a través de un tubo largo y flexible (endoscopio) que se introduce por el ano. En su extremo posee una luz y una cámara que permiten ver en un monitor de televisión cualquier patología. Para realizar esta prueba, la persona debe seguir una dieta especial durante dos o tres días y antes de la prueba emplear laxantes a fin de que el colon y el recto estén limpios. En la actualidad, la colonoscopia se realiza bajo sedación. Así el paciente no siente dolor, está relajado y se evitan las molestias producidas por la distensión del tubo digestivo al introducir el endoscopio. La prueba suele durar unos 20-30 minutos.

Si durante la colonoscopia el médico observa una lesión sospechosa, procederá a extraer una pequeña muestra de tejido, que deberá ser analizada para poder confirmar o descartar la existencia de un cáncer.

¿Con qué frecuencia?

No está definida la frecuencia de su realización. En la población de riesgo medio generalmente se recomienda cada 10 años si no se encuentran hallazgos. Si se detecta la presencia de pólipos, además de proceder a su extirpación, según el tipo de pólipo, se recomendará la siguiente colonoscopia en 1, 3 ó 5 años. En las poblaciones de alto riesgo la frecuencia es mayor.

¿Qué beneficios tiene?

La colonoscopia es la prueba de referencia en el diagnóstico precoz del CCR. Permite en un mismo acto la detección y extirpación de lesiones precáncerosas, pólipos, que pueden no ser sangrantes, y la toma de muestras o biopsias de una lesión sospechosa de cáncer. Puede disminuir en más de un 50-70 % la incidencia del CCR y en un 50% su mortalidad.



¿Qué limitaciones tiene?

Es una prueba costosa, incómoda, que exige una preparación de dieta y limpieza del colon previa, y, generalmente, una sedación por parte de un especialista en anestesia. Es muy importante para la fiabilidad de la prueba que el colon esté bien limpio de heces y que el médico endoscopista esté entrenado en la detección de pólipos.



11 Otras pruebas

La sigmoidoscopia o recto-sigmoidoscopia consiste en una prueba realizada con un endoscopio que se introduce por el ano, de forma similar a la colonoscopia, pero no se explora todo el colon sino sólo el tramo inicial. Es una prueba poco empleada en nuestro medio como método de diagnóstico precoz. Se puede combinar para aumentar su sensibilidad con la prueba de sangre oculta en heces. Su periodicidad es de 5 años.

La colonoscopia virtual, consistente en explorar el colon radiológicamente con un escáner o TAC, actualmente no se recomienda.



12 Cáncer de colon hereditario. ¿Cuándo debemos sospechar de un cáncer de colon hereditario?

En aquellos casos donde haya varios miembros de la familia afectados de cáncer de colon, asociados o no a otros tumores (por ejemplo, endometrio) o cuando el cáncer haya aparecido en gente joven (por debajo de 50 años) o cuando, aunque no haya cáncer de colon, por la presencia de múltiples pólipos (más de 10 pólipos en 1 o varias colonoscopias).

13

¿Qué es el asesoramiento genético?

El asesoramiento o consejo genético es el proceso por el cual se informa y apoya a aquellas personas que se sospecha que puedan tener una enfermedad hereditaria. En este tipo de consulta se solicita información sobre los antecedentes personales y familiares haciendo hincapié en los diagnósticos oncológicos (número de casos de cáncer, tipo de tumor, edad de diagnóstico y de fallecimiento, causa del mismo, relación de parentesco, etc).

Con todos estos datos se asesora sobre la **posibilidad de presentar un síndrome hereditario**, sobre el riesgo de padecer cáncer y de transmitirlo a la descendencia, sobre los aspectos más importantes de la biología del tumor y sobre las medidas de prevención y diagnóstico precoz apropiadas a la situación familiar y personal.

Dado lo complejo de esta actividad suele ser necesario que intervengan distintos especialistas en el proceso (asesor genético, oncólogo, psicólogo) para abordar los distintos problemas que pueden surgir en el proceso.

En ocasiones, pero no siempre, el asesoramiento incluirá la propuesta de la realización de un test genético dependiendo tanto de las características de los antecedentes familiares como de las preferencias de sus miembros.


14

¿En qué consiste realizar un estudio genético?

Un estudio genético consiste en una extracción de sangre para **estudiar el ADN de las células**.

Se debería iniciar en un familiar que haya tenido cáncer tratando de identificar en él la existencia de una alteración genética que explique la predisposición al cáncer en la familia.

Es importante que sepa que los resultados del estudio genético no son siempre “blancos o negros”, ya que los resultados pueden ser:

- 
- **Informativos:** cuando se logra identificar la alteración genética responsable de la susceptibilidad al cáncer en la familia. Un resultado informativo permite estudiar a los demás miembros de la familia para conocer si también han heredado la alteración (mutación) genética responsable de la susceptibilidad al cáncer en la familia.
 - **Indeterminados** o no informativos: cuando no se consigue detectar una mutación genética en la familia. Este resultado no confirma ni descarta la predisposición hereditaria, por lo que no permite especificar el riesgo individual de desarrollar cáncer.
 - **De significado incierto:** cuando se detecta una alteración en el gen pero actualmente se desconoce si está relacionada con la aparición de la enfermedad. Este resultado tampoco confirma o descarta la predisposición hereditaria, por lo que no permite especificar el riesgo individual de desarrollar cáncer.

Cuando ya se ha detectado la mutación y se estudia en los demás miembros de la familia, solo se pueden tener 2 tipos de resultados:

- **Positivos: La persona ha heredado** la alteración responsable de la susceptibilidad a la enfermedad, **es portador** y por tanto tiene un riesgo más alto que el resto de la población a desarrollar el cáncer y tiene el 50% de posibilidades de transmitir esta alteración a sus hijos.
- **Negativos: La persona NO ha heredado** la alteración responsable de la susceptibilidad a la enfermedad, **es NO portador** y por tanto su riesgo de desarrollar el cáncer es similar al del resto de la población y **NO** puede transmitir la alteración que hay en la familia a sus hijos ya que él no la tiene.

El estudio genético de uno o varios miembros de la familia puede proporcionar información muy valiosa:

- Confirma o descarta el carácter hereditario de la enfermedad.
- Confirma o descarta la presencia de un gen mutado de predisposición al cáncer en cada miembro de la familia.
- Informa del riesgo futuro de presentar un cáncer de cada miembro de la familia.
- Informa de la probabilidad de transmitir a la descendencia la predisposición al cáncer.
- Facilita el pronóstico, la detección precoz, el tratamiento preventivo y en ocasiones permite elegir la estrategia de tratamiento más adecuada.

¿Cuáles son las ventajas, inconvenientes y limitaciones de los estudios genéticos?

Ventajas


- Proporciona información muy valiosa para toda la familia, incluso para los miembros que no hayan sido analizados.
- Reduce la incertidumbre y la ansiedad sobre el riesgo de padecer cáncer (si el resultado es negativo en una familia informativa).
- Permite realizar un seguimiento adecuado para cada miembro de la familia en función de los resultados, tomar medidas de diagnóstico precoz y de prevención, si corresponde.
- No existe ningún riesgo físico, ya que para el estudio genético solo se realiza una extracción rutinaria de sangre.
- El hospital protege la confidencialidad de la familia, puesto que los resultados del test genético son guardados en archivos del hospital y no se entregan a nadie sin el consentimiento escrito de la persona interesada.

Inconvenientes

- El proceso puede ser emocionalmente difícil, tanto si se encuentra una alteración genética como si no. Es posible que se sufra ansiedad, depresión o sentido de culpa.

Limitaciones

- Los resultados indican probabilidad, no certeza de desarrollar cáncer.
- En determinados tipos de cáncer hereditario en los que aún no se conocen los genes implicados, el asesoramiento genético no ofrecerá la realización de un test sino que nos informará del riesgo de enfermar en términos de probabilidades.

- 
- Existe la posibilidad de que los resultados del estudio no sean informativos. En este caso, el resultado implica un aumento de riesgo en la familia sin poder identificar individuos portadores y no portadores. No obstante, a estas familias se les orienta igualmente sobre las medidas preventivas para enfrentarse al incremento del riesgo del tipo de cáncer que corresponda.

¿Dónde me puedo dirigir?

Toda persona con antecedentes de varios casos de cáncer o de algún caso de cáncer a edad temprana en su familia debería acudir a su médico para una primera valoración. Si su médico considera que hay datos que sugieren un trastorno hereditario le remitirá a una Unidad de Consejo Genético para una valoración más profunda.

El listado de Unidades de Consejo Genético en Cáncer Hereditario en España comunicadas a la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) pueden encontrarse, actualizadas periódicamente, en link: <http://www.seom.org/infopublico/info-tipos-cancer/consejo-genetico/unidades-consejo>.

16 Manejo del cáncer de colon hereditario

Hay diferentes formas familiares de CCR. Los genes que se estudian dependerán de cuál de esos cuadros existe en su caso y, de igual manera, puede variar el programa de prevención.

En algunos casos habrá que hacer colonoscopias con frecuencia y desde edades precoces; en otros, como la poliposis adenomatosa familiar, puede ser necesaria la extirpación precoz del colon para evitar la aparición de un CCR.

De igual manera, en función del cuadro hereditario, habrá que plantear un seguimiento de otros órganos.

Su médico le informará del mejor programa existente para cada caso.



La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) agrupa a los especialistas españoles en el tratamiento médico del cáncer y es el principal referente de la Oncología en España. La SEOM vela para que desde los Servicios de Oncología Médica se ofrezca una calidad asistencial de excelencia, estimulando el estudio y la investigación sobre el cáncer y homologando criterios clínico-terapéuticos en su diagnóstico y tratamiento. Respecto a la educación sanitaria en lo que concierne al cáncer, la SEOM participa activamente mediante la promoción de iniciativas de divulgación sanitaria y proyectos en favor de los pacientes oncológicos y sus familiares.

La SEOM considera fundamental insistir en la importancia de la prevención primaria del cáncer, el diagnóstico precoz y el papel de los test genéticos en familias susceptibles de padecer cáncer y mantiene un compromiso con los enfermos de cáncer en todas las fases de su enfermedad, incluso después de la finalización de los tratamientos médicos.

Desde aquí solicitamos el apoyo de toda la sociedad para seguir contribuyendo a la formación e información de todos frente al cáncer.

SEOM

Sociedad Española
de Oncología Médica

www.seom.org

