

PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL

1. ¿Es muy frecuente el cáncer colorrectal?

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 del mismo.

2. ¿Quién tiene riesgo de desarrollar un cáncer colorrectal?

Tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar un CCR. El riesgo de presentarlo aumenta con la edad, de modo 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.

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

3. ¿Qué síntomas deben llevarnos a sospechar la existencia de un cáncer colorrectal?

La presencia de un CCR puede manifestarse en forma de 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, no obstante, que estos síntomas no son exclusivos del CCR, y en el caso de la mayoría de las personas que los presenta, son debidos a patología benigna. Por tanto, su aparición no debe intranquilizarnos pero sí motivar una consulta con nuestro médico, que decidirá si procede realizar alguna exploración.

4. ¿Qué dieta y/o estilo de vida puede ayudarnos a prevenir el cáncer colorrectal?

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, verdura y fruta, y moderar el consumo de carnes rojas, en especial 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.

5. En ausencia de antecedentes familiares o personales que predispongan al cáncer colorrectal, ¿qué podemos hacer para prevenirlo o detectarlo 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 (cribaje) mejora el pronóstico al identificar lesiones premalignas (pólipos adenomatosos o adenomas) o malignas en una fase temprana de su desarrollo y, por tanto, susceptibles de tratamiento curativo.

Las estrategias de cribaje actualmente aceptadas consisten en la realización de una prueba para la detección de sangre oculta en heces cada 1 ó 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 detectarse una lesión), y la exploración completa del colon mediante colonoscopia cada 10 años o colonografía por TC cada 5 años.

6. ¿Cuándo debe sospecharse que estamos ante una forma hereditaria de cáncer colorrectal?

Existen dos grandes grupos de enfermedades hereditarias que predisponen al CCR: los síndromes polipósicos y el cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNP). En la primera entidad, el diagnóstico acostumbra a ser relativamente sencillo debido a la presencia de decenas, centenares o, incluso, miles de pólipos en el colon y/o recto. Además, en la mayoría de casos hay antecedentes familiares de estas alteraciones. Por lo que respecta al CCHNP, cabe sospecharlo ante la presencia de 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 más de uno.

7. ¿Qué podemos hacer para prevenir el cáncer colorrectal en la poliposis adenomatosa familiar?

Entre los diferentes síndromes polipósicos, el más frecuente es la poliposis adenomatosa familiar (PAF). Se trata de una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de centenares de pólipos adenomatosos que tapizan el colon y/o recto, y que comporta un riesgo de desarrollar un CCR cercano al 100% si no se actúa de manera preventiva. Así, cuando se establece el diagnóstico de PAF hay que 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 presintomático (es decir, antes de que aparezcan los pólipos) en los familiares de la persona afecta. Estos análisis deben realizarse en el contexto del consejo genético en centros especializados.

8. ¿Qué podemos hacer para prevenir el cáncer en el síndrome de Lynch (o cáncer colorrectal 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–, de forma que podemos identificar a 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.

9. Aparte de las formas hereditarias bien establecidas, ¿la existencia de antecedentes familiares de cáncer colorrectal incrementa el riesgo de padecer esta enfermedad?

Aparte de los síndromes polipósicos y del CCHNP, la existencia de antecedentes familiares de CCR incrementa el riesgo de sufrir esta dolencia. Este riesgo es mayor en función del grado de parentesco (cuanto más cercano, mayor riesgo), del número de familiares afectos (cuantos más familiares, mayor riesgo), y de la edad al diagnóstico (cuanto más joven, mayor riesgo). En base a estos factores, se diseña la estrategia de cribaje más adecuada.

10. ¿Todos los pólipos colorrectales son malignos? ¿Deben extirparse 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, poderlos analizar adecuadamente.

11. Si nos han detectado un adenoma colorrectal, ¿debemos seguir alguna vigilancia?

Los adenomas o pólipos adenomatosos 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 que hubiera habido en caso de que no se hubiera extirpado. Por otra parte, los individuos que han presentado un adenoma tienen una mayor probabilidad de tener más durante su seguimiento. Por este motivo se recomienda que aquellas personas que hayan presentado un adenoma se incluyan en un programa de vigilancia mediante **colonoscopia**. La frecuencia con que deberán hacerse dichas exploraciones dependerá de las características de los pólipos, habitualmente cada 3-5 años y sólo excepcionalmente a intervalos menores.

12. Si sufrimos una enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn), ¿tenemos un mayor riesgo de desarrollar un cáncer colorrectal? ¿Qué debemos 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.

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

De manera parecida 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**.