



## Trabajo original

Hospital Provincial “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín.

# Características clínicas epidemiológicas del cáncer colorrectal en un grupo de enfermos atendidos en consulta de Oncología.

Colorectal cancer clinical epidemiological characteristics in patients attended at Oncology service.

*Daniel Área Abreu<sup>1</sup>, Luís Borrego Pino<sup>2</sup>, Luís Borrego Díaz<sup>3</sup>, Pedro Abreu Rivera<sup>4</sup>, Aurora Tillán Garrote<sup>5</sup>.*

1. Especialista de Primer Grado en Oncología. Profesor Instructor. Hosp. “V. I. Lenin”. Holguín.

2. Máster en Ciencias. Especialista de Segundo Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Hospital “V. I. Lenin”. Holguín.

3. Especialista de Primer Grado en MGI. Máster en Ciencias. Profesor Instructor. Policlínica Universitaria “Máximo Gómez”. Holguín.

4. Especialista de Primer Grado en Oncología. Profesor Asistente. Hospital “V. I. Lenin”. Holguín.

5. Especialista de Primer Grado en Oncología. Profesor Auxiliar. Hospital “V. I. Lenin”. Holguín.

## RESUMEN

Se realizó un estudio de serie de casos en el período de enero de 2006 a diciembre de 2007 de 195 enfermos portadores de cáncer colorrectal los cuales fueron recepcionados en la consulta especializada de vías digestivas del Servicio de Oncología del Hospital Lenin diagnosticados en las diferentes áreas de salud de la provincia. El 63% fueron portadores de tumores a nivel del recto y el 37% a nivel del colon. La edad de mayor afectación fue entre 40 y 69 años (81%), de los cuales el 56,9% son del sexo masculino. Los principales factores de riesgo fueron constipación crónica, la historia familiar de la enfermedad, pólipos sangrantes y litiasis vesicular. La forma clínica más frecuente fue la hemorragia rectal y la anemia.

*Palabras clave:* cáncer colorrectal, hemorragia, anemia, Servicio de Oncología

## ABSTRACT

A study of series of cases from January 2006 to December 2007 was carried out in 195 patients with colorectal cancer. They were attended at Oncology Service at Lenin Hospital, and were diagnosed at different health areas of the province. 63% and 37% of them had tumors in rectum and colon respectively. The age group between 40 and 69 years old was the most affected one (81.0%) and 56.9% of them were males. The main risk factors were the family history of the

illness, chronic constipation, bleeding polyps and vesicular lithiasis. The most frequent clinical manifestations were rectal hemorrhage and anemia.

*Key words:* colorectal cancer, hemorrhage, anemia, Oncology Service.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es habitualmente considerado una enfermedad única desde el punto de vista biológico, sin embargo, la evidencia procedente de diferentes disciplinas apoyan la existencia de diferencias etiopatogénicas, moleculares e histopatológicas entre los tumores localizados en los diferentes segmentos del intestino grueso <sup>(1)</sup>.

La incidencia de este tumor ha aumentado en los países occidentales en las últimas cuatro décadas, según la American Cancer Society los índices anuales de nuevos casos es de 46,4 por cada 100 000 habitantes <sup>(2)(3)</sup>. En Cuba se diagnostican alrededor de 1300 pacientes por año y en nuestra provincia anualmente se reportan alrededor de 60 nuevos enfermos <sup>(4)</sup>.

Los tumores del colon son algo más frecuentes en mujeres que en hombres mientras ocurre lo contrario con los localizados en el recto <sup>(5)(6)</sup>. Los cánceres de rectos se presentan más comúnmente en jóvenes y los de colon derecho en pacientes de edad avanzada <sup>(7)</sup>.

Los factores epidemiológicos y demográficos se han relacionado con la posible etiología y patogenia del cáncer del intestino grueso sin embargo hasta el momento ninguno de estos estudios permite reducir la incidencia de la enfermedad así como tampoco fomentar nuevos enfoques terapéuticos para mejorar la supervivencia. Existen algunos factores que influyen en la aparición de esta enfermedad y afecta más frecuentemente a las poblaciones de países desarrollados.

El factor de riesgo más frecuente reportado hasta el momento es el antecedente familiar seguido de la historia familiar de poliposis del colon, colitis ulcerativa de más de diez años de evolución, dieta rica en grasas de origen animal así como el consumo excesivo de productos enlatados. Un tránsito intestinal lento también es otro factor a tener en consideración <sup>(8)(9)</sup>.

Las hemorragias rectales y los cambios en los hábitos defecatorios son los principales signos de alerta en el cáncer colorrectal los cuales depende del tamaño y la localización del tumor. Las lesiones del colon ascendentes a menudo son asintomáticas, acompañadas de hemorragias ocultas. Las alteraciones del hábito defecatorio son más comunes en tumores del colon izquierdo. Los cánceres localizados en el recto se presentan casi siempre con hemorragias rectales, dolor defecatorio o modificación de la defecación. Es posible que las manifestaciones clínicas más tempranas del cáncer de este órgano sean un cuadro de anemia inexplicable o una masa tumoral palpable en la proyección abdominal de este órgano <sup>(10)</sup>.

Los enfermos portadores de este tipo de tumor no logran un pronóstico de vida bueno en la mayoría de los casos pues vienen a la consulta cuando la enfermedad está muy avanzada y se hace necesario el diagnóstico precoz de la misma. Considerando la alta incidencia y mortalidad que actualmente existe por causa de este cáncer, nos sentimos motivados a realizar un estudio con

la finalidad de determinar algunas características clínicas y epidemiológicas de esta neoplasia en un grupo de enfermos atendidos en Consulta de Oncología del Hospital Universitario V. I. Lenin.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio de serie de casos, con diagnóstico de cáncer colorrectal, en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario V. I. Lenin de Holguín en el período de enero de 2006 a diciembre de 2007. Nuestro universo estuvo constituido por 195 enfermos afectados por estas enfermedades y atendidos en la consulta especializada de vías digestivas de dicho centro de los cuales 123 presentaban la tumoración a nivel del recto y el resto a nivel del colon. A todos los enfermos se les aplicó un modelo de encuesta para la recopilación de los datos necesarios para el desarrollo de esta investigación.

Las variables estudiadas fueron: grupos de edades comprendidos entre 20 y 70 o más años (con rango de diez años), sexo (el biológico), localización de la tumoración (colon y recto), antecedentes patológicos personales, antecedentes patológicos familiares (historia familiar de cáncer colorrectal, poliposis familiar del colon y otros tumores malignos), formas clínicas de presentación y variedades histológicas.

Procesamiento estadístico:

Terminada la etapa de control se revisaron las encuestas con la finalidad de detectar errores u omisiones y determinar si las mismas cumplían con los objetivos propuestos; se construyeron tablas que facilitaron el análisis y la interpretación de los resultados. Se utilizaron medidas de resumen para variables cualitativas (números absolutos y porcentajes). El texto se procesó en el programa Microsoft Word y se confeccionó una base de datos en Excel; ambos del ambiente operativo Windows XP.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Al analizar la distribución de los enfermos según grupos de edades (tabla I) encontramos que 72 pacientes (36,9%) tenían entre 60 y 69 años, seguido del grupo de 50 a 59 años con 58 enfermos para un 29,7%. Estos resultados están en correspondencia con los obtenidos por algunos autores como Gómez Iglesia y colaboradores los cuales plantean que en más del 50% este tumor aparece después de la cuarta década de la vida <sup>(11)</sup>.

La incidencia más baja se observó en los individuos menores de 40 años, lo cual coincidió con los reportes de la literatura revisada <sup>(5)(6)</sup>.

Observamos que existió una tendencia al aumento de incidencia en edades más tempranas influenciado por factores de riesgo exógenos y modificables dentro de los cuales se incluyeron los agentes carcinogénicos ambientales y nutricionales <sup>(8) (12)</sup>. La edad media de nuestros enfermos fue de 57 años; un 44,1% estaban incluidos en el rango de 40 a 59 años.

Al analizar el sexo (tabla II) en nuestro estudio existe muy poca diferencia para ambos sexos: en la localización de colon encontramos 37 pacientes femeninas (51,5%) y 35 masculinos (48,6%).

Los tumores rectales se presentaron en 70 hombres (55,9%) y 53 mujeres para un 43,1% lo cual coincidió con otros autores revisados <sup>(13) (14)</sup>.

Por todos es conocido que varias afecciones preexistentes intra o extra intestinales predisponen a este tipo de tumor. Los antecedentes patológicos personales de los pacientes (tabla III) reflejaron que en 71 pacientes (36,4%) tenía el antecedente de constipación crónica, ésta mantiene un cuadro irritativo de la mucosa colo rectal, aumenta la presión intracolónica y un mayor contacto del bolo fecal con la mucosa <sup>(5) (6)</sup>. En el 12,3% de los estudiados existía el antecedente de litiasis vesicular y en el 9,7% el de colecistectomía. Es sabido que la ausencia o el mal funcionamiento de la vesícula biliar conllevan a una secreción continua de ácidos biliares primarios al intestino con formación de ácidos biliares secundarios y una mayor exposición sobre la mucosa colónica a los mismos lo cual está probado que actúa como un agente carcinogénico <sup>(15)</sup>.

Dentro de las afecciones colónicas preexistentes que juegan un papel importante en la etiología de este cáncer tenemos la colitis ulcerativa idiopática y la poliposis intestinal familiar presentándose en nuestro estudio, en el 8,2% y 12,8% respectivamente.

Como otro antecedente de interés que detectamos en el 6,7% de nuestros pacientes estuvo la presencia de hemorroides, lo cual se considera más como un agente encubridor de la misma que un factor de riesgo directo. El 1,5% de las mujeres enfermas padecían cáncer endometrial lo que consideramos como una consecuencia de la exposición a altas dosis de radiaciones ionizantes durante el tratamiento de enfermedad ginecológica <sup>(5) (6) (8)</sup>.

En los antecedentes familiares (tabla IV) más importantes relacionados con esta patología encontramos que el 5,6% de los pacientes presentaban antecedentes. Algunos autores señalan que el parentesco de primera línea es el que más riesgo tiene de padecer la enfermedad y es mayor los que la desarrollan antes de los 40 años de edad <sup>(7) (8)</sup>. En cinco pacientes (2,6%) existía el antecedente de otras neoplasias (mama, vías biliares y pulmón).

Se describen un grupo de síntomas y signos comunes a este tipo de tumor los cuales pueden variar de acuerdo con la localización del mismo dentro del órgano. En la tabla V se presentan las diferentes formas de presentación de la enfermedad detectada en nuestros pacientes: la hemorragia rectal en 46 pacientes (23,6%) y los cambios en el hábito defecatorio en 41 pacientes (21,0%) fueron las más frecuentes mientras que un 12,8% debutaron con un cuadro de oclusión intestinal y de ellos el 85% fueron tumores localizados en la porción más distal del intestino. Los resultados obtenidos por otros investigadores son similares a los nuestros <sup>(6) (7)</sup>.

Múltiples son los estudios que reportan que la variedad histopatológica adenocarcinoma con sus diferentes grados de diferenciación es la más frecuente en las lesiones malignas del colon, en el 55,4% de nuestros casos el tumor fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado, bien diferenciado el 35,4% y pobremente diferenciado en el 5,6% <sup>(7)</sup>.

Tabla I. Distribución de los pacientes según grupos de edades.

Edad	Nº	%
20-29	3	1,5
30-39	7	3,6

40-49	28	14,4
50-59	58	29,7
60-69	72	36,9
70 y más	27	13,9
Total	195	100

Fuente: modelo de encuesta.

Tabla II. Distribución de los pacientes según sexo y localización.

Sexo	Colon		Recto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	35	48,6	70	56,9	105	53,8
Femenino	37	51,4	53	43,1	90	46,2
Total	72	100	123	100	195	100

Fuente: modelo de encuesta.

Tabla III. Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes	Nº	%
Constipación crónica	71	36,4
Pólipos intestinales	25	12,8
Litiasis vesicular	24	12,3
Colecistectomía	19	9,7
Colitis ulcerativa idiopática	16	8,2
Hemorroides	13	6,7
Neoplasia genital femenina	3	1,5

Fuente: modelo de encuesta.

Tabla IV. Distribución de los pacientes según antecedentes patológicos familiares.

Antecedentes	Nº	%
Neoplasia colorectal	11	5,6
Otros tumores malignos	5	2,6
Poliposis familiar	3	1,5
Sin antecedentes	176	90,3
Total	195	100

Fuente: modelo de encuesta.

Tabla V. Distribución de los pacientes según formas clínicas de presentación.

Formas clínicas	Nº	%
Hemorragia rectal	46	23,6
Cambio hábito defecatorio	41	21,0
Anemia	29	14,9
Oclusión intestinal	24	12,8
Molestias abdominales	21	11,3
Dolor anorrectal	15	7,2

Trastornos dispépticos	13	6,1
Otros	6	3,1
Total	195	100

Fuente: modelo de encuesta.

Tabla VI. Distribución de los pacientes según tipo histológico del tumor.

Tipo histológico	Nº	%
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	108	55,4
Adenocarcinoma bien diferenciado	69	35,4
Adenocarcinoma pobremente diferenciado	11	5,6
Tumor carcinoide	7	3,6
Total	195	100

Fuente: modelo de encuesta.

## CONCLUSIONES

La edad media de nuestros enfermos fue de 57 años, no se detectaron diferencias significativas en cuanto al sexo.

La constipación crónica y los cuadros irritativos e inflamatorios crónicos de la mucosa intestinal fueron los antecedentes más frecuentes.

El sangramiento rectal y la variedad histopatológica adenocarcinoma moderadamente diferenciado fueron las más frecuentes en el grupo de enfermos estudiados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Aguilar J. Clasificación Molecular de Cáncer Colorectal. Rev. Españ Enfermed Digestiv 1999; 71 (7): 469-471.
2. Buffil J. A. Colorectal Cancer. Evidence for Distints Genetic Categories Based in Proxima or Distal Tumor Localitation. Ann Int Med 2002; 779-788.
3. Ferlay J. Parkin, Prinsiani P et al. Cancer Incidente and Mortality in Word Lyon, France: Internacional Agency for Reaserch Cancer, 2006.
4. Registro Nacional del Cáncer La Habana, 2004.
5. Cohen A. M, Minsky B. D. Rectal Cancer. En: Principles and Prectices of Onclogy; Vincent De Vita y col. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: 2006: 928-80.
6. Abrau Rivera P. Características Clínico- Epidemiológicas del cáncer colorectal. (TTR) 2001.
7. Steele G. Cáncer de Colon y Recto. En: Murphy G P, Lawrence W, et al. Oncología Clínica. Manual de la América Cáncer Society. 2da. Washington: Ed. O.P.S 1999: p. 367.81.

8. Burn J, Chapman P D, Bishop T, Matheus S. Diet and Cancer Prevention: The Concerted Action Polyp Prevention Studies. Proceedings of the Nutrition Society. 1999; 57: 183-86.
9. Bowman Harold E. Cáncer colorectal. Normas y Estándares de Organización Sanitaria. Clin. Quirúrg Norteam 1988; Vol 3.
10. Leyin B. Neoplasias de Intestino Grueso y Delgado. En: J. Claude Bernelt, Reed Plum. Tratado Medicina Interna. 20 ed. México: Interamericana México, 2004: p. 827-34.
11. Gómez Iglesia S y col. Neoplasias Rectales. Presentación de 388 Casos. Rev. Esp. Enf. Digestiv 2007; 63 (3): 319-24.
12. Mutto T: Colorectal Carcinogenesis a Historial. Reviet Nippon. Gaka Zasshi: 1999; 99(6):351-6.
13. Galano R, Rodríguez Z, Capaus A. Câncer de Colon. Seguimiento Postoperatorio. Hosp. Pro. Clínico-Quirúrgico Saturnino Lora. Santiago de Cuba. Rev. Cub. Cirugía. 2007; 36(1): 59-63.
14. Ponce de Leon M, Della Casa G. y col: Frequency and Type of Colorectal Tunors in Asynptomatic Cancer. Epidemiology Biomarkers. Rev. 1999.; 7 (7): 639-41.
15. Shotenpiel, Winaver. Colectectomy and Colorectal Cancer. Gastroenterology 2007; 85: 996-98.

Correspondencia: Dr. Luís Borrego Pino. Correo electrónico: [borrego@cristal.hlg.sld.cu](mailto:borrego@cristal.hlg.sld.cu)