



CANCER DE COLO-RECTO

I- INTRODUCCION

El cáncer colo-rectal está estrechamente vinculado con los regímenes de alto contenido en carne y grasas animales, así como azúcares refinados, coincidiendo con un bajo contenido de fibras vegetales. Son los llamados regímenes de los países occidentales que, por otra parte, son los que tienen las tasas más altas de cáncer colo-rectal. Se involucra a la grasa animal como el agente responsable (pues aumenta la tasa de división celular) o a productos carcinogénicos de la cocción a altas temperaturas.

En el Uruguay, dada la alta producción ganadera, se consumen dietas similares a las señaladas. Es ésta una explicación coherente, con la elevada tasa de este cáncer en nuestro país. En una reunión de expertos de la FAO realizada en Santiago de Chile en 1983, se estableció que el Uruguay era el país donde se consumía más carne en el mundo, con un promedio de 100 kilos per cápita por año. Además, en los estudios de correlación que vinculan el consumo de carne en distintos países y las tasas de cáncer colo-rectal se encontraron resultados positivos. Hay, pues, una relación entre este cáncer y la dieta.

Por otra parte, en distintos animales de laboratorio, como ratas, cobayos, etc., en los que se puede producir cánceres colo-rectales mediante la administración de sustancias carcinogénicas, se observó que las dietas ricas en grasas favorecían dicha cancerización experimental. La administración a estos animales de dietas fibrosas, disminuye la posibilidad de generar tumores aún administrando carcinógenos.

Un grupo de verduras, de la familia de las crucíferas, como los repollos, repollitos de Bruselas, coliflores y brócolis, parecen ejercer un efecto protector frente a la cancerización del colon y del recto.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTES

- 1- **Dieta** – Los alimentos que ingerimos van a formar parte del contenido intestinal luego de ser sometidos a la acción de los jugos y secreciones digestivas, incluyendo la bilis. Es explicable, entonces, que desde hace muchos años se hayan realizado numerosos estudios epidemiológicos y experimentales para definir la relación entre el contenido intestinal, como agresor, y la mucosa intestinal como órgano susceptible de cancerizarse.

En este sentido fueron muy útiles los estudios de correlación. Estos estudios relacionan las tasas de cáncer colo-rectal y la composición de la dieta en numerosos países. En estos estudios siempre se encontró una correlación positiva entre elevación de las tasas de cáncer colo-rectal y elevado consumo de carnes y grasas. En otras palabras, los países que consumen mucha carne y grasas, como el Uruguay, tienen mucho cáncer de colon, y los países que consumen poca carne y grasas, sustituidas por fibras y cereales, como los países africanos, tienen poco cáncer de colon. Esta correlación fue muy evidente para el cáncer de colon, pero también existió para el cáncer de recto.

Las poblaciones africanas consumen una dieta de alto contenido fibroso. Al mismo tiempo, en estas poblaciones rurales del Africa, son muy raras las apendicitis, la enfermedad diverticular,

los pólipos así como también son raros los cánceres colo-rectales. Incluso en poblaciones geográficamente cercanas, pero con marcadas diferencias en las tasas de cáncer de colon, se comprobó que las poblaciones con tasas bajas tenían dietas con mayor contenido fibroso que las poblaciones con tasas altas.

Por otro lado se sabe que las dietas con elevado contenido de grasas, favorecen el desarrollo de la flora microbiana anaerobia, que pueden producir carcinógenos a partir de la bilis o de los ácidos grasos existentes en el contenido intestinal.

Recientes estudios de cohortes han fracasado en demostrar el presunto efecto protector de las frutas, los vegetales y el consumo de fibras en el riesgo de cáncer colo-rectal. Si bien es posible establecer una asociación entre el riesgo de cáncer colo-rectal y el consumo de frutas y vegetales, solo aquellos individuos que consumen muy baja cantidad de estos alimentos en su dieta tienen riesgos significativamente aumentados. Esta asociación es fundamentalmente debida al consumo de frutas. El consumo elevado de fibras (de cereales) no demostró tener un efecto protector. Un meta-análisis reciente sugiere una asociación entre el consumo global de carne roja y el riesgo de cáncer colo-rectal. No obstante, la posibilidad de que tal asociación este influida por otras variables de confusión o modificada por otros factores no puede ser excluida. Por lo tanto, no es posible afirmar todavía de manera concluyente que el consumo de carne roja es un factor de riesgo independiente en el cáncer colo-rectal.

En resumen, es evidente que ha habido un gran progreso en la identificación de factores que puedan prevenir el cáncer colo-rectal. Tales son el aumento de la actividad física, evitar la obesidad, la utilización de suplementos multivitamínicos que contengan ácido fólico, evitar el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol y carnes rojas. Se ha estimado que más del 70% de los casos de cáncer colo-rectal podrían ser prevenidos por modificaciones en la dieta y en los hábitos.

- 2- **Enfermedades locales predisponentes** – Se ha puesto énfasis en la existencia de pólipos adenomatosos como precursores de los carcinomas colo-rectales. Estos pólipos incluyen pólipos hiperplásticos, pólipos inflamatorios y pólipos juveniles que han sido clasificados como hamartomas.

También se considera que la colitis ulcerosa crónica con una evolución de más de 10 años aumenta el riesgo de desarrollar un cáncer. La duración de la enfermedad es un carácter más importante que la edad de comienzo.

La enfermedad de Crohn, como enfermedad inflamatoria crónica, también se considera como factor de riesgo, sobre todo si afecta a personas jóvenes.

- 3- **Carácter familiar** – El cáncer de colon es una enfermedad que puede presentarse a varios miembros de una misma familia. Entre nosotros el Dr. Carlos Sarroca, con el apoyo del Dr. Henry Lynch de la Universidad de Creighton en Omaha, Nebraska, logró detectar la mutación genética responsable de ciertos tipos de cáncer de colon padecidos por grupos familiares. Esto permitió la vigilancia estrecha de los familiares sanos para detectar la enfermedad en estadíos precoces, con la consiguiente mejora del pronóstico. También hay familias donde un tipo histológico el adenocarcinoma, ocurre frecuentemente asociándose a otras localizaciones neoplásicas, como el cáncer de colon, el de endometrio, el de mama y aún el de estómago.

B- OTROS

- 4- **Clase social y ocupación** – Se tiende a pensar que el cáncer de colon afecta de preferencia a poblaciones de ingresos elevados. Se parece, en este aspecto, al cáncer de mama. Por otra parte, esta localización tumoral no es considerada como una enfermedad ocupacional, aunque ocurre más frecuentemente que lo esperado en trabajadores con asbestos y también se menciona en trabajadores de la madera y del cuero.

- 5- **Migración** – En términos generales las poblaciones migrantes adquieren las tasas del país donde se radican, lo que también habla de la dependencia ambiental de esta localización neoplásica.
- 6- **Duración del tránsito intestinal** – Es otro factor que se ha considerado en el origen del cáncer intestinal. Se sabe que las poblaciones que tienen un ritmo intestinal rápido tienen menor riesgo de cáncer de colon, que las que tienen un tránsito lento, de 30 o más horas. Las poblaciones rurales del Africa, en virtud de su dieta, tienen un tránsito intestinal rápido con materias voluminosas y blandas. De este modo se disminuye el tiempo de contacto del contenido intestinal, donde existen carcinógenos, y la mucosa intestinal, pasible de cancerizarse.
- 7- **Sedentarismo** – La actividad física disminuye el riesgo de cáncer de colon en ambos sexos, mientras que el sedentarismo y la obesidad están asociados a una duplicación de padecer este cáncer.
- 8- **Ingestión de alcohol** – La ingesta de alcohol acrecienta el riesgo de padecer este cáncer. Lo mismo sucede en las otras localizaciones digestivas.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

Con respecto a la prevención primaria poco se puede sugerir salvo aconsejar una dieta equilibrada con un aporte suficiente de fibras (cereales, frutas, verduras) y una disminución del consumo de carne, grasas y azúcares.

Cuando los síntomas del cáncer colo-rectal aparecen las posibilidades curativas descienden. Tales síntomas son, entre otros, sangrado por las materias, cambio en los hábitos intestinales, distensión abdominal, pérdida de peso. Cuando estos síntomas se revelan clínicamente, el proceso provoca la muerte de más del 50% de los afectados dentro de los cinco años siguientes. En cambio, si la enfermedad se detecta antes que los síntomas aparezcan, las posibilidades curativas ascienden al 90% dentro de los cinco años que siguen a su aparición.

Se debe señalar, además, que 1.5 por cada mil personas asintomáticas por encima de los 40 años, presentan cáncer colo-rectal incipiente que se puede diagnosticar mediante maniobras de detección precoz. También se debe establecer que la mayoría de los cánceres colo-rectales, cerca del 60%, asientan en los últimos 25 cm del intestino.

La primera maniobra para iniciar una detección precoz es el tacto rectal. Mediante el mismo pueden diagnosticar procesos del intestino terminal.

La búsqueda de sangre oculta en las materias fecales, mediante el hemo-ocult-test, es un procedimiento sencillo para detectar la presencia de sangre e indirectamente de lesiones ulceradas de la mucosa intestinal, entre las que puede estar el cáncer. Exige una dieta previa de varios días. Incluso existen procedimientos mediante los cuales la persona puede realizarse la investigación en su propia casa, utilizando reactivos apropiados. Actualmente se utiliza por su mayor sensibilidad el Test de Detección Inmunológica.

La endoscopia, con la utilización de instrumentos ópticos cada vez más perfeccionados, es un procedimiento que permite observar la luz del intestino y diagnosticar lesiones iniciales que pueden ser cancerosas o no, pólipos o adenomas. Del 5 al 10% de las personas tienen pólipos o adenomas en su mucosa intestinal. Es de conocimiento público que al ex Presidente Reagan de los EEUU se le detectaron pólipos en su intestino, alguno de ellos con transformación maligna, que fueron resecados oportunamente.

La American Cancer Society recomienda que la colonosigmoidoscopia debe realizarse cada 3 a 5 años en personas por encima de los 50 años, como procedimiento de detección precoz del cáncer de colon.

La utilización de marcadores tumorales es un procedimiento más especializado para el seguimiento de éste y otros cánceres. Tal es el CEA (antígeno carcino embrionario) que se puede encontrar en la sangre y en otros fluidos orgánicos.

Se puede decir que los procedimientos de detección precoz en el cáncer colo-rectal están en constante perfeccionamiento. Se procura que ellos sean eficaces, de bajo costo y aceptables por la población asintomática.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.