

Factores epidemiológicos del cáncer colorrectal en mayores de 50 años en el Hospital Juárez de México

Gabriela Isabel Jaramillo-Vargas*, Martín Antonio Manrique, Miguel Ángel Chávez-García, Alberto Antonio Cisneros, Rafael Álvarez-Castello, Teófilo Pérez-Corona, Ma. Guadalupe Martínez-Galindo, Jony Cerna-Cardona, Brenda Ivette Montoya-Pérez, José Francisco Molina-Rodríguez

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juárez de México. Ciudad de México, México

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es una neoplasia frecuente en países del tercer mundo,¹ en países como Estados Unidos representa el cuarto tipo de cáncer más frecuente, con un estimado de 95.520 nuevos casos para cáncer de colon y 39.910 para cáncer de recto reportados en el 2017.² En México ocupa el sexto lugar dentro de las principales neoplasias, con una mortalidad que alcanzó el 4%, en el año 2015, se reportan 2.778 casos (6.3%) en mujeres y 3.075 casos (7.3%) en hombres.^{3,4}

La incidencia de esta patología en los últimos años ha disminuido, según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) la tasa de escrutinio en Estados Unidos para adultos de 50 a 75 años se incrementó en aproximadamente 59% durante 2010 y la meta planteada para el 2018 fue alcanzar un escrutinio del 80% con lo que se pudo prevenir 280.000 nuevos casos.²

Se ha descrito numerosos factores de riesgo para CCR: sedentarismo, obesidad, tabaco, alcohol, ingesta de carne roja y procesada, bajo consumo de fibra, frutas y calcio en la dieta,⁵ enfermedad inflamatoria intestinal e historia familiar (síndromes hereditarios o no hereditarios).^{1,6} La incidencia es similar en el sexo masculino y femenino.⁷

La sintomatología se caracteriza por rectorragia, cambios del ritmo evacuatorio, pérdida de peso, dolor abdominal y masa palpable en estadios avanzados.¹

El CCR genera un impacto socioeconómico importante en la población por lo tanto la mejor estrategia es la prevención y el diagnóstico precoz,⁸ la mortalidad se puede reducir con la detección temprana, las tasas de curación si se diagnostica en etapas tempranas reduce la incidencia,² para lograr esta disminución en la incidencia se recomienda un plan de cribado basado en la historia clínica y familiar,² la realización de sigmoidoscopia y colonoscopia como métodos de diagnóstico por visualización directa y toma de muestras para patología⁶ además de pruebas no invasivas⁷ como las pruebas FIT con mayor sensibilidad que test de sangre oculta en heces.²

La principales guías para escrutinio de CCR entre ellas las de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal estadifican 3 grupos de riesgo: *Riesgo Promedio*: edad ≥ 50 años e historia familiar negativa para CCR. *Riesgo Intermedio*: casos de historia familiar positiva e historia personal de adenomas o pólipos sésiles serrados, CCR y enfermedad inflamatoria intestinal y *Síndromes de Alto Riesgo*: entre ellos Lynch, Poliposis, Cowden y Li-Fraumeni.^{2,9}

Autor de correspondencia:

Gabriela Isabel Jaramillo-Vargas
E-mail: dra.gjaramillo@gmail.com

Fecha de recepción: 02-08-2019
Fecha de aceptación: 16-08-2019
DOI: 10.24875/END.M19000110

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):286-289
www.endoscopia-ameg.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permayer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Es importante señalar que México la frecuencia de CCR es de 3.8% por año, siendo la población mayor de 50 años el grupo más vulnerable.⁹

Objetivo

Describir los principales factores epidemiológicos de los pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de cáncer colorrectal en el Hospital Juárez de México en el periodo comprendido entre mayo 2018 y mayo 2019.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo.

Criterios de inclusión

Se revisaron expedientes de pacientes mayores de 50 años de edad sometidos a colonoscopia por cáncer colorrectal en el Servicio de Endoscopia del Hospital Juárez de México en el periodo comprendido entre mayo 2018 y mayo 2019. Se analizaron las siguientes variables: género, edad, comorbilidades, antecedentes familiares de cáncer, sintomatología, tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la colonoscopia, localización, hallazgos endoscópicos, estirpe histopatológica, tratamiento y mortalidad.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 50 años, expedientes clínicos incompletos, reporte histopatológico negativo para cáncer colorrectal.

Técnica

Pacientes bajo sedación por parte del Servicio de Anestesiología del Hospital Juárez de México, en decúbito lateral izquierdo, utilización de equipos Pentax 3890 OLI y Olympus CFH 180 AL, previa preparación intestinal mediante un tríptico donde se detalla la dieta a seguir dos días antes del estudio y un día antes con polietilenglicol 4 sobres en 4 litros de agua.

Análisis estadístico

estudio retrospectivo observacional donde los valores de tendencia central de las variables cuantitativas se reportan con media y desviación estándar, de acuerdo a su distribución obtenida por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para las variables

Tabla 1. Sintomatología y porcentaje

Síntomas	N	%
Dolor	18	27.6
Pérdida de peso	17	26.1
Rectorragia	16	24.6
Hematoquecia	13	20
Estreñimiento	13	20
Diarrea	7	10.7

cualitativas el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25 para Windows.

Resultados

Se revisaron 116 expedientes de pacientes mayores de 50 años en el periodo comprendido entre mayo 2018 y mayo 2019 sometidos a colonoscopia. En el estudio se incluyeron a 65 individuos con diagnóstico de cáncer colorrectal corroborado por histopatología; 32 fueron hombres (50%) y 33 mujeres (50%) con una edad media de 64 ± 9.7 . La principal comorbilidad fue diabetes mellitus tipo 2 en 65 sujetos (18%), hipertensión arterial 20 (31%) y neoplasias 5 (8%). El 34% (22) pacientes tenían antecedentes familiares de cáncer y de ellos el 22.7% (5) cáncer colorrectal.

Los principales síntomas fueron: dolor en 18 (27.6%), pérdida de peso en 17 (26.1%), rectorragia en 16 (24.6%), hematoquecia y estreñimiento con 13 (20%) y diarrea en 7 (10.7%) (Tabla 1).

El tiempo transcurrido entre la aparición de los síntomas y la realización de colonoscopia fue de 3 a 6 meses 19 (29.2%), 1 a 3 años (27.6%), 1 a 3 meses 16 (24.6%) y de 6 a 12 meses 12 (18.4%) (Figura 1).

A 5 pacientes (7.6%) se les realizó colonoscopia de urgencia y a 60 (92.3%) como procedimiento electivo.

La localización en colon: recto 23 sujetos (35.3%), colon ascendente 21 (32.3%), 12 sigmoides 17 (26.1%) y colon descendente 4 (6.1%). Según el género la localización en recto 13 hombres (56.5%) y 10 mujeres (43.4%), colon ascendente 12 hombres (57.1%) y 9 mujeres (42.8%), sigmoides 6 hombres (35.2%) y 11 mujeres (64.7%), colon descendente 2 hombres (50%) y 2 mujeres (50%) (Figura 2).

El hallazgo endoscópico que prevaleció fue estenosis completa en 39 pacientes (60%), pólipos 23 (35.3%) y estenosis incompleta en 3 (4.6%).

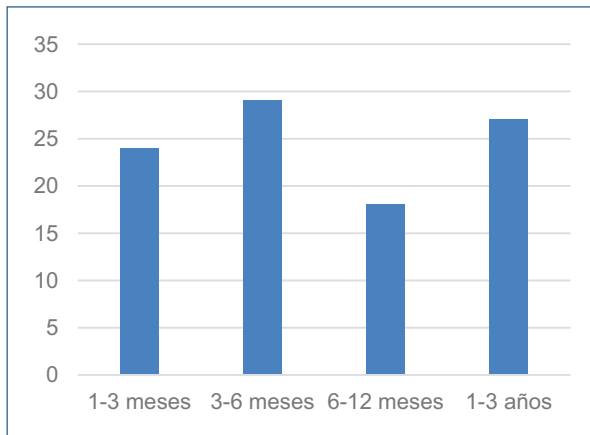


Figura 1. Tiempo de Sintomatología y realización de colonoscopia.

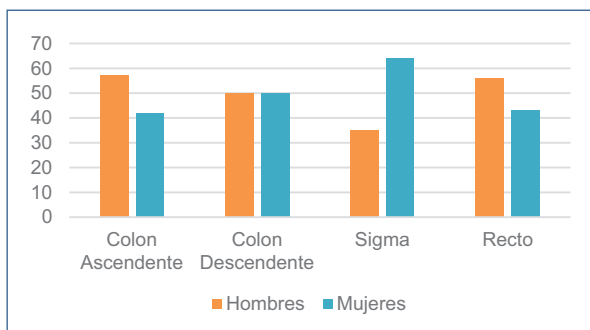


Figura 2. Localización y sexo.

La estirpe más común de histopatología fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 30 (46.1%), adenocarcinoma bien diferenciado 27 (41.5%) y adenocarcinoma poco diferenciado 8 (12.3%). El estadio de los tumores IIB en 15 pacientes (23%), IIA 12 (18.4%), IVA 12 (18.4%), IIIA 7 (10.7%), IVB 5 (7.6%), IIIB 5 (7.6%), IIIC 4 (6.1%), I 3 (4.6%) y IIC 2 (3%).

Con respecto al tratamiento quirúrgico fueron sometidos a cirugía 49 pacientes (75.3%): resección anterior baja 17 sujetos (26.1%), hemicolectomía derecha 14 (21.5%), sigmoidectomía 11 (16.9%), hemicolectomía izquierda 4 (6.1%), resección abdominoperineal 2 (3.07%), colostomía de descarga 1 (1.5%), 16 sujetos (32.6%) recibieron además terapia adyuvante.

Terapia neo adyuvante 7 pacientes (10.7%), cuidados paliativos 8 (12.3 %) y un paciente se encuentra a la espera de resolución quirúrgica.

La mortalidad fue de 17 (26.1%), sexo masculino 8 (47.05%), sexo femenino 9 (52.9%), con un 35.2% (6) en el grupo de edad 70 a 80 años, 29.4% (5) 50 a

60 años, 17.6% (3) de 60 a 70 años y 17.6% (3) en el grupo mayor de 80 años.

No se presentaron complicaciones durante los estudios.

Discusión

El cáncer de colon es una de las principales causas de muerte en el mundo. Los factores riesgo han sido descritos en innumerables trabajos y cabe recalcar un elemento importante como lo es la edad avanzada, que por sí sola genera un riesgo para el desarrollo de CCR.

La edad de presentación a partir de los 50 años, con un pico a los 75 años. No hay diferencia con respecto a un predominio en el sexo masculino o femenino. La localización con mayor frecuencia en colon izquierdo 51% y en colon derecho 42%.¹⁰

Un factor de riesgo importante de recalcar es la diabetes mellitus tipo 2 que coincide con reportes en la literatura y que está asociada a mayor mortalidad.¹¹

El acceso a los servicios de salud también condiciona un diagnóstico tardío, en adultos jóvenes se describió que causas relacionadas a los propios pacientes genera una demora en el diagnóstico de 6.2 meses y relacionadas a factores médicos de 3 a 6 meses¹¹, pudiendo estas mismas causas extrapolarse a la población mayor de 50 años.

El objetivo de nuestro estudio fue describir las principales características epidemiológicas en pacientes mayores de 50 años con diagnóstico de cáncer colorrectal, se incluyó a 65 pacientes, 32 sexo masculino y 33 sexo femenino, diabéticos en su mayoría, con antecedentes familiares de cáncer colorrectal en un 22.7%. La sintomatología característica dolor, pérdida de peso, rectorragia, hematoquecia relacionada con su localización más frecuente recto, colon ascendente y sigma. Llama la atención el tiempo de aparición de los síntomas y la realización del estudio endoscópico de 3 a 6 meses y de 1 a 3 años. El tipo histológico que predominó fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La mortalidad fue similar en ambos géneros.

Limitaciones en el estudio fueron: estudio retrospectivo, expedientes incompletos, tamaño de la muestra, tiempo de análisis y la realización del mismo en un solo centro.

Conclusión

Los factores epidemiológicos manifestados en este estudio, son similares a los reportados en la literatura a nivel mundial, sin embargo es importante destacar el

tiempo que puede transcurrir entre la aparición de la sintomatología y el acceso de los pacientes a la realización de un examen diagnóstico como es la colonoscopia, esto debido a factores externos como el acceso a los servicios de salud de nuestros pacientes, creemos que se debe seguir haciendo hincapié en políticas de educación, prevención, contar con programas de detección oportuna, con el fin de concienciar a la población para la realización de exámenes de escrutinio si presentan factores de riesgo asociados a cáncer colorrectal para una detección oportuna que mejorará la calidad de vida, menor recurrencia y mortalidad.¹²

Referencias

1. Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca J, *et al.* Guía de práctica clínica. Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2018. *Gastroenterol Hepatol.* 2018; 41(9):585-596.
2. Provenzale D, Gupta S, Blanco A, *et al.* NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Colorectal Cancer Screening. Version 1.2018- March 26, 2018. NCCN.org
3. Aldaco-Sarvide F, Pérez-Pérez P, Cervantes-Sánchez G, *et al.* Mortalidad por cáncer en México: actualización 2015. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2018; 17.
4. Gallegos-Arreola M, Zúñiga-González G, Gómez-Mariscal K, *et al.* Association of rs712 polymorphism in a let-7 microRNA-binding site of KRAS gene with colorectal cancer in a Mexican population. *Iran J Basic Med Sci* 2019; 22:324-327.
5. Wolf A, Fonham E, Church T, *et al.* Colorectal Cancer Screening for Average-Risk Adults: 2018 Guideline Update From the American Cancer Society. *CA CANCER J CLIN* 2018; 68:250-281.
6. Burbano Luna D, Antonio Manrique M, Chávez García M, *et al.* Epidemiología del cáncer colorrectal en menores de 50 años en el Hospital Juárez de México. *Endoscopia* 2016; 28(4): 160-165.
7. Iyad I, Noureddine M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. *World J Gastroenterol* 2017 July 28; 23(28): 5086-5096.
8. Rodríguez Hernández N, García Peraza C, Otero Sierra M, *et al.* Percepción sobre factores de riesgo del cáncer de colon. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río.* Julio -agosto, 2018; vol. 22(4): 678-688.
9. Peláez-Luna M, Hernández-Guerrero A, De Icaza-del Río E, *et al.* Guías de manejo endoscópico del cáncer colorrectal. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. *Endoscopia* 2017; 29 (2): 113-135.
10. Villegas-Mejía C, Chacón-Cardona J, Villegas-Jaramillo M, *et al.* Cáncer de colon ¿una sola entidad? Consideraciones sobre lateralidad en una institución oncológica colombiana 2001-2016. *Rev CES Med* 2018; 32(3): 191-202.
11. Inra J.A, Syngal S. Colorectal Cancer in Young Adults. *Dig Dis Sci* (2015) 60:722-733.
12. Campo-Sánchez S.M, Camargo-Trillos J, Calle-Ramírez J.A, *et al.* Supervivencia de cáncer colorrectal en un centro oncológico de Colombia. Estudio de cohorte histórica. *Revista de Gastroenterología de México.* 2019; 84 (2):174-184.