

Gacetilla de Prensa - **Para Publicación Inmediata**

Finalizando el mes de conciencia del ‘Cáncer de Colon y Recto’

Buenos Aires, domingo 31 de marzo de 2019

El **CÁNCER COLORRECTAL** se origina en el intestino grueso, y su terminación el recto. Con 1,5 metros de largo, absorbiendo agua y minerales y en el recto almacenando materia fecal hasta su expulsión. Es un Tubo y su mucosa tiene glándulas donde, producen los tumores llamados adenocarcinomas.

Es el **segundo cáncer más frecuente en Argentina** (algo menos de 16.000 casos por año) **y en el mundo, siendo más frecuente en hombres** (12,6%) que en mujeres (10,8%).

La **mayoría se diagnostican entre los 60 y los 75 años**, aunque hay casos en personas muy jóvenes. En general son de lento crecimiento y muchos nacen en lesiones precursoras, presentándose como **un tumor con alto grado de curación en estadios iniciales**, y a pesar de esto **un porcentaje debuta su enfermedad con metástasis principalmente en hígado y peritoneo y después en pulmón**, y otros las desarrollan en su evolución.

No hay una causa única, pero la dieta y los factores hereditarios juegan un papel muy importante en el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

Los **factores de riesgo** más relevantes serían:

- Edad mayor de 50 años.
- Consumir dieta rica en grasas, baja en fibra y con alta ingesta de carnes rojas.
- Aparición de pólipos benignos en el colon.
- Tener antecedentes familiares de cáncer de colon o de recto.
- Padecer enfermedad inflamatoria intestinal como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa.
- Fumar y/o beber alcohol también se consideran factores de riesgo.
- Existen enfermedades hereditarias que se relacionan en forma directa con la aparición de cáncer de colon, y deben ser motivo de alarma cuando se detectan muchos casos en la familia, especialmente en gente joven; como ser el Síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar.

A veces el cáncer de colon no da **síntomas**, pero los más frecuentes serían los siguientes:

- Vómitos y o dolor abdominal inespecífico que mejora tras la expulsión de gases o heces.
- Sensación de intestino no vaciado tras defecar, o claras alteraciones del ritmo evacuatorio.
- Anemia inexplicable o hasta sangre de color rojizo o negro en las heces.
- Heces delgadas en forma de lápiz si el tumor está estrechando el intestino.
- Pérdida de peso sin motivo aparente.
- Los síntomas varían según la localización, y en algunos casos el tumor obstruye

completamente el tubo digestivo o lo perfora, produciendo un cuadro grave empeorando el pronóstico.

Su **tasa de curación** ronda el 50% a pesar que la prevención y los métodos de detección temprana reducen significativamente su mortalidad. Pero la **población no siempre cumple** con estas consignas (sólo lo hace el 40%).

Actualmente **la prevención se basa** en actuar sobre los factores de riesgo como son la dieta con bajo contenido en grasas y ricas en fibra frutas y verduras, y así mismo, se aconseja no fumar y no beber alcohol, como también realizar actividad física y mantener hábitos de vida saludables, evitando la obesidad.

Por ser una enfermedad frecuente y **su detección temprana favorece la cura**, es clave poder diagnosticarlo lo más temprano posible.

ESTUDIOS PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO

Hoy disponemos de pruebas para **detección precoz al alcance de la población**, con el objetivo de localizar cualquier pólipo precanceroso o cáncer incipiente que todavía no haya dado síntomas.

Los exámenes de sangre oculta en las heces y la colonoscopia que permite ver todo el colon por dentro, son las pruebas básicas para localizar el sangrado oculto de un pólipo benigno o de uno ya malignizado y proceder a su extirpación inmediata.

Salvo en la población con predisposición hereditaria los estudios de detección temprana se inician a los 50 años y consisten en la posibilidad de efectuar sangre oculta en materia fecal cada 2 años y colonoscopia si se detecta sangre oculta, o solo colonoscopia cada 10 años en caso de ser normal o más cercana en caso de detectarse pólipos o tumores.

Existen alternativas como utilizar la sangre oculta en materia fecal con sigmoideoscopia (que es un endoscopio más corto) ya que la mayoría de los tumores son proximales.

Cuando hay síntomas, **las pruebas más utilizadas en la detección** del cáncer de colon y recto son: El tacto rectal, endoscopias, estudios por enema cuando son necesarios y fundamentalmente la **biopsia**.

Si la biopsia confirma el cáncer de colon o recto se deben realizar otras pruebas que permitan conocer si el tumor está localizado o si se ha diseminado a otros órganos. Como son la tomografía, resonancia nuclear, y eventualmente otros estudios, como ser un PET o marcadores tumorales cuando son necesarios.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE COLON

Una vez confirmada exactamente la localización y el estadio de extensión, los tratamientos para el cáncer de colon más comunes que se emplean son:

Cirugía

La cirugía suele ser el principal tratamiento en tumores localizados, realizándose con anestesia general y consiste en la resección del segmento del colon en el que se asienta el tumor. La resección puede hacerse por vía convencional o a través de la cirugía laparoscópica, produciendo un daño mínimo en el paciente y con un postoperatorio más rápido. En otras oportunidades la cirugía es más compleja ya que involucra la resección del tumor y de metástasis, cuando esto es posible, con la intención de curar al paciente.

Si en la cirugía, una vez cortado el segmento de intestino que contiene el tumor no pueden unirse los dos extremos seccionados en ese mismo momento, hay que sacar el colon al exterior directamente por el abdomen. Esta apertura del colon a través de la pared abdominal se denomina colostomía, la cual puede ser temporal o permanente.

Hay veces que pasado un tiempo desde la intervención y recuperado el intestino, se puede restablecer de nuevo el tránsito intestinal uniéndolos quirúrgicamente los dos extremos del colon cerrando la colostomía, pero frecuentemente y como consecuencia de la extirpación del ano la colostomía será definitiva. Con la colostomía hecha, las deposiciones se recogen en una bolsa especial que va adherida a la piel para que no se mueva.

Quimioterapia

La quimioterapia puede aplicarse como tratamiento complementario precaucional, luego cirugía, o como tratamiento intentando reducir el tamaño de la enfermedad y así operarla, o como tratamiento único en estadios avanzados para mejorar síntomas y prolongar la supervivencia del enfermo.

Junto con la quimioterapia puede utilizarse, cuando sea necesario, anticuerpos monoclonales que pueden mejorar las condiciones de respuesta.

Radioterapia

La radioterapia está indicada en algunos casos para reducir el tumor antes de la cirugía o después de ella para evitar recaídas. Como tratamiento paliativo, la radioterapia es eficaz para controlar el dolor y en estos casos se suele administrar sola sin quimioterapia.

Hoy en día **más de la mitad de los pacientes operados con cáncer de colon se curan**, incluso pacientes con enfermedad metastásica.

La utilización de quimioterapia o radioterapia antes de la cirugía mejoran las condiciones e incrementan las posibilidades.

El **secreto** se encuentra en evitar el desarrollo de la enfermedad y someterse a estudios de rastreo periódico cuando están indicados.

POR ENTREVISTAS

Dr. José María Lastiri, MN 70432, Vicepresidente de la Fundación Tiempo de Vivir

Contacto de Prensa: +54911 657 38753 – prensa@tiempodevivir.org.ar

Más información: www.tiempodevivir.org.ar / info@tiempodevivir.org.ar