

Comportamiento clínico epidemiológico y endoscópico del cáncer colorrectal en pacientes geriátricos. Hospital Amalia Simoni, 2013-2014.

Yon Luis Trujillo Pérez¹, Mercy Hernández Placeres²

1. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de primer grado en Medicina General integral y Gastroenterología. Profesor Asistente. Hospital Amalia Simoni. Departamento de Gastroenterología. Avenida Finlay km 3 ½ Carretera de Nuevitas. rds@mad.cmw.sld.cu.
2. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Policlínico Tula Aguilera. Consultorio Médico de la Familia # 31. Carretera Central Oeste km 3 La Rubia. mercy1989@nauta.cu.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal representa la segunda enfermedad maligna gastrointestinal más común en nuestro medio y en el mundo. **Objetivo:** Describir el comportamiento clínico-endoscópico del cáncer colorrectal en los pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Amalia Simoni, entre enero de 2013 hasta enero de 2014. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal. El universo estuvo conformado por 136 pacientes de los cuales se tomó una muestra de 87 pacientes teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Se confeccionó un formulario que constituyó la fuente primaria y se utilizó la historia clínica como fuente secundaria de la información. Se empleó estadística descriptiva y los resultados fueron presentados en textos y tablas. **Resultados:** El 37,93 % de los pacientes se encontraban en el grupo de edad de 60 y 69 años pertenecían al sexo masculino. Los factores de riesgos que predominaron fueron los antecedentes familiares (41,37%), la colitis ulcerativa idiopática (25,28%), la colonoscopia fue el método diagnóstico más empleado (87,35%), con predominio del cáncer de rectosigmoide (60,92%), siendo el polipoideo el tipo endoscópico más frecuente (49,47%). **Conclusiones:** Los principales factores que estuvieron asociados a la aparición de la enfermedad fueron antecedentes familiares de cáncer de colon, la colitis ulcerosa asociada. Casi la totalidad de los pacientes presentaron endoscópicamente

una lesión polipoidea. La localización más frecuente de la tumoración fue en el rectosigmoide. El tipo histológico que predominó fue el adenocarcinoma.

Palabras claves: cáncer colorrectal; comportamiento clínico epidemiológico; adulto mayor.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) constituye actualmente un problema sanitario de primera línea. Aunque los tumores malignos de pulmón y mama son los más frecuentes en los sexos masculino y femenino respectivamente, el CCR es el cáncer interno más frecuente, y la primera causa de muerte oncológica en los países occidentales.¹

La frecuencia del CCR ha experimentado un crecimiento progresivo, la mayor sobrevivencia de la población y los cambios de la dieta, han influenciado su aumento, constituyendo una de las neoplasias más diagnosticadas en los países occidentales. En Cuba, su incidencia es de 31 casos por cada 100 000 hombres y 21 por cada 100 000 mujeres, lo cual hace que sea considerada la segunda neoplasia más común en ambos sexos y a pesar del avance experimentado en los últimos años en relación con su tratamiento, constituye la segunda causa de muerte por cáncer.¹⁻⁴

Actualmente, la mortalidad por cáncer colorrectal (CCR) es cercana al 50 %. Más de 55 000 personas mueren anualmente en EE.UU. por esta causa y se diagnostican 140 000 nuevos casos al año. En la Unión Europea se reportan cada año, aproximadamente, 300 000 nuevos casos por año con 140 000 defunciones.^{4,5}

En Francia, la incidencia y la mortalidad se encuentran sobre los 30 000 y 16 000 casos por año y en Alemania, en el 2008, se publicaron cifras de 70 300 casos nuevos y 27 500 fallecidos.⁴⁻⁶

En América Latina, la incidencia también se ha ido incrementando, la más elevada se encuentra en Argentina y Uruguay y las más bajas en Bolivia, Perú y Ecuador. El Anuario Estadístico Cubano en 2010 reportó 2 039 casos nuevos de CCR con 18,1 por cada 100 000 habitante, antecedido también por los tumores de pulmón, mama y próstata.⁷

El CCR constituye un importante problema de salud en el mundo y en Cuba en particular, los resultados desfavorables en relación con esta afección, generalmente son

consecuencias de un diagnóstico tardío, un tratamiento inadecuado o en fases avanzadas, lo que disminuye el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia y aumenta la mortalidad.

De acuerdo con ello el objetivo de la presente investigación es describir el comportamiento del CCR en el Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos, entre enero de 2013 y enero de 2014.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el Hospital Universitario Amalia Simoni Argilagos, de Camagüey, entre enero de 2013 y enero del 2014.

El universo estuvo constituido por 136 pacientes geriátricos con diagnóstico de cáncer colorrectal. La muestra no probabilística quedó conformada por 87 pacientes, los cuales se seleccionaron a partir de los datos contenidos en las historias clínicas a partir de los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que cumplan los criterios diagnósticos de cáncer colorrectal.
- Pacientes mayores de 60 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyas historia clínicas no se encontraran en el Departamento de Estadística del Hospital, o que no contaran con toda la información necesaria para la realización de la investigación.

Criterios diagnósticos:

- Pacientes con el diagnóstico clínico, endoscópico e histológico de cáncer colorrectal realizado en la institución.

Fuentes de obtención de la información: Los datos fueron tomados de las historias clínicas y recogidos en un formulario confeccionado al efecto.

Procesamiento y análisis de la información: Los datos fueron procesados mediante los paquetes estadísticos SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 17,0. Se emplearon medidas de resumen como números absolutos y porcentajes. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.

Implicaciones éticas: El Comité de Ética del hospital aprobó la investigación. Se garantizó el empleo de los datos con fines investigativos manteniendo la confidencialidad de los mismos.

Resultados

Comportamiento clínico epidemiológico y endoscópico del cáncer colorrectal en pacientes geriátricos en el Hospital Amalia Simoni.

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edades.

Grupos etáreos	Pacientes	%
60 -69 años	54	62,07
70 – 79	22	25,29
80 y más años	11	12,64
Total	87	100

Fuente: Formulario.

En cuanto a la edad, se encontró un predominio del grupo de 60 a 69 años, dado por 54 pacientes que representaron el 62,06 %, seguido por aquellos pacientes que tenían entre 70 y 79 años.

Tabla 2. Comportamiento de los pacientes según sexo.

Sexo	Pacientes	%
Femenino	62	71,27
Masculino	25	28,73
Total	87	100

Fuente: Formulario.

Con respecto al género, se halló que la mayoría de los pacientes estudiados era de sexo femenino, dado por 62 féminas que representaron el 71,27%.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según factores de riesgos.

Factores de Riesgos	Pacientes	%
APF de CCR	36	41,37
Colitis Ulcerosa	22	25,28
Hábito de fumar	16	18,39
Alcoholismo	8	9,19

APP de CCR	5	5,74
Total	87	100

Fuente: Formulario.

En lo referente a los factores de riesgos asociados, se encontró predominio de el antecedente patológico familiar de cáncer colorrectal con un 41,37%, seguido por la aquellos pacientes con antecedentes de colitis ulcerosa (22 casos).

Tabla 4. Distribución de pacientes según manifestaciones clínicas.

Manifestaciones clínicas	Pacientes	%
Constipación	6	6,89
Dispepsia	9	10,34
Diarreas mucopiosanguinolentas	12	13,79
Enterorragias	22	25,28
Cambio en hábito intestinal	33	37,93
Tumor palpable	5	5,74
Total	87	100

Fuente: Formulario.

En la tabla 4 se relacionan las manifestaciones clínicas, encontrándose que el cambio en el hábito intestinal fue la más representativa, dada por 33 personas que representaron el 37,93 %, seguido por aquellos pacientes que tenían deposiciones mucopiosanguinolentas en 22 casos.

Tabla 5. Distribución de los pacientes según localización del tumor colónico.

Localización del tumor	Pacientes	%
Rectosigmoide	36	41,37
Colon ascendente	27	37,92
Ciego	11	12,64
Colon transverso	8	9,19
Colon descendente	5	5,74
Total	87	100

Fuente: Formulario.

En cuanto a la localización más frecuente del tumor ilustrado en la tabla 5, predominó el rectosigmoide en 36 pacientes, seguido del colon ascendente (27; 37,92%).

Tabla 6. Comportamiento del tumor según aspecto macroscópico.

Aspecto macroscópico	Pacientes	%
Ulcerado	52	87,35
Polipoideo	24	27,59
Mixto	8	9,19
Infiltrativo	3	3,44
Total	87	100

Fuente: Formulario.

Al respecto del aspecto macroscópico se encontró que la mayoría de los pacientes estudiados el tumor era de tipo polipoideo, dado por 52 sujetos que representaron el 87,35%, seguido por el ulcerado y mixto para un 27,59% y un 9,19% respectivamente.

Tabla 7. Distribución de los pacientes según tipo histológico.

Tipo histológico	Pacientes	%
Adenocarcinoma	53	6,92
Carcinoma Epidermoide	34	39,08
Total	87	100

Fuente: Formulario.

La evaluación de los pacientes según tipo histológico, mostró que la mayoría de los pacientes presentaron adenocarcinoma, 53 casos lo que representó 60,92%.

Discusión

En el presente estudio se evidencia que la mayor parte de los pacientes se encontraban en el grupo de edad de 60 a 69 años, secundado por los que estaban entre 70 y 79 respectivamente.

Esto coincide con Ávalos et al⁸ quienes realizaron un estudio con 76 pacientes con cáncer de colorrectal en el Hospital Clínico Quirúrgico Comandante Faustino; donde la edad promedio fue 69 años. También tuvieron resultados similares Hano et al⁹ y Fernández et al¹⁰ que sitúan el pico de incidencia entre los 65 y 70 años.

El envejecimiento parece ser la causa fundamental de la enfermedad; generalmente se acepta que a medida que se prolonga la vida, aumenta proporcionalmente el período de exposición a numerosos cancerígenos, lo cual incrementa el riesgo. Los cánceres de mayor prevalencia al nivel internacional están asociados a factores ambientales y estilos de vida, por tanto, son potencialmente prevenibles. El incremento del CCR con la edad es multifactorial, donde a la susceptibilidad de transformación neoplásica y la capacidad de reparación génica disminuida en la vejez, se les añaden factores ambientales y del estilo de vida como el efecto acumulativo en el tiempo de elementos carcinogénicos de la dieta sobre la mucosa colónica, que unido a otros factores como la obesidad y el sedentarismo contribuyen a la aparición de esta neoplasia.^{8, 9, 11,12}

En relación al sexo se aprecia predominio del sexo femenino, lo que concuerda con un estudio colombiano en los que los autores constataron que el CCR se ha triplicado en los hombres, mientras que en las féminas se ha cuadruplicado¹¹.

En un estudio realizado en el Instituto de Gastroenterología, La Habana se encontró que las mujeres representaban el 59% y los hombres el 41% de un total de 276 casos.

13

En el estudio de cualquier enfermedad es de vital importancia el reconocimiento de los factores de riesgo que predisponen a un individuo a padecerla. Los resultados apuntan a que el factor de riesgo que más incidió en los pacientes fue el antecedente familiar de cáncer colorrectal y en segundo lugar la colitis ulcerosa.

Se han realizado estudios para evaluar el posible carácter de riesgo de distintos factores en el cáncer colorrectal (CCR) y se han destacado como modificables: la dieta rica en grasas, dieta pobre en vegetales, inactividad física, consumo de alcohol, obesidad y algunas ocupaciones; también se conocen factores como: la historia familiar de cáncer de colon, pólipos adenomatosos y el antecedente de enfermedades inflamatorias intestinales (EII).^{8,13,14}

Se plantea que si se tiene familiares de primer grado que hayan padecido CCR, se corre un riesgo mayor que aumenta, aún más, si el familiar lo contrajo antes de los 60 años de edad o si más de uno de los parientes ha padecido la enfermedad, a cualquier edad.¹⁴⁻¹⁶

Los resultados encontrados en la investigación muestran que los antecedentes familiares de CCR y Colitis Ulcerosa (CU) constituyeron factores de riesgos estadísticamente significativos, independientemente de que Hano et al⁹ plantean que la herencia tiene escaso impacto en la incidencia poblacional; alrededor de solo un 5 % de los casos con CCR. En su investigación predominaron los grupos sin antecedentes familiares de cáncer, hecho que no es similar con lo encontrado en la presente investigación, mientras Montes de Oca et al¹³, encontraron una baja frecuencia de antecedentes familiares de CCR (8,5%) y solo ocho casos padecían de colitis ulcerosa para una muestra de 106 pacientes lo que no guarda relación a lo hallado en esta investigación.

En el presente estudio predominó la localización tumoral en el rectosigmoide lo que se corresponde con algunos estudios donde el porcentaje de este es alto.

En un estudio realizado en el Servicio de endoscopia del Instituto Nacional de Gastroenterología la localización más frecuente fue el rectosigmoide (67,5%), ciego (9,2%), colon ascendente (7,7%)⁹ concordando esto con otros estudios nacionales e internacionales. Resultados que coinciden parcialmente con los obtenidos.¹⁶

El predominio de la localización del cáncer hacia el colon distal (sigmoides y recto), lo que se corresponde con los obtenidos por Avalos et al⁸ en un estudio realizado en 2012, donde primaron las neoplasias de este segmento del colon con un 34,2 %, seguidas por las del ciego y colon derecho (14,5 % y 15,8 %, respectivamente).

Montes de Oca et al¹³ hallaron igualmente un predominio del cáncer de colon izquierdo (55,7%) sobre el derecho (26,4%). En la investigación se halló predominio de los tumores con aspecto ulcerado, lo mismo que Hano et al⁹ y Avalos et al⁸.

Esta última investigación reportó que más de la mitad de su serie presentó la variedad ulcerada (63,2%)⁸; por su parte, Montes de Oca et al¹³ reportan mayor frecuencia de la variedad polipoidea.

Los adenocarcinomas constituyen la variedad histológica más común del CCR, representan alrededor de 95 % de estos. El resto lo ocupan las neoplasias de la unión anorrectal como los carcinomas epidermoides y cloacogénico y, por último, los linfomas primarios y algunos carcinoides con cifras de 0,1%^{1,4,6,10}. En nuestra investigación

existió un predominio del ADC. Solo 39,08% de la muestra casos no correspondieron a esta variedad.

En un estudio realizado en España⁵ coincide con los datos reportados. Por su parte, Martínez et al¹⁴ en México y Cortés et al¹⁵ en Colombia, encuentran la totalidad de sus casos con la variedad de adenocarcinoma. Hano⁹ en una investigación realizada en el Instituto de Gastroenterología, también encontró esta variedad como la predominante.

Conclusiones

- La mayoría de los pacientes con cáncer colorrectal tenían entre 60 y 69 años, predominando el sexo femenino.
- Los principales factores que estuvieron asociados a la aparición de la enfermedad fueron antecedentes patológicos familiares de cáncer colorrectal y colitis ulcerosa.
- La localización más frecuente de la tumoración de colon fue en el rectosigmoide, prevaleciendo los de tipo ulcerado.
- El tipo histológico de la lesión más frecuente fue el adenocarcinoma hallándose en más de la mitad de los casos.

Referencias bibliográficas

1. Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, et al. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups. Gut 2010; 59:666–689.
2. Brugos V, González A, Vada J, Terán A. Resultados del programa de detección precoz de cáncer colorrectal en Cantabria durante el periodo noviembre del 2008 a marzo de 2010. Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 757-770.
3. Umpiérrez I, Alonso Y, Díaz L, Valls C, Castellanos J, Sixto L. Eficacia de los medios diagnósticos en el cáncer colorrectal en pacientes geriátrico Revista Médica Electrónica [Internet]. 2010 [citado 22 Septiembre 2015]; 32(2): 1364-1372. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.

4. Lanceta V, Bernal Pérez M. Evaluación de la tendencia, del cáncer colorrectal, en una zona del norte de España durante 5 años (2007-2011). *Medicina Naturista* [Internet]. 2014 [citado 22 Septiembre 2015]; 8(1): 35-41. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d5ec4a21-c728-4ca6-8361-488009aedce3%40sessionmgr198&vid=0&hid=101>.
5. Umpiérrez I, Herrera N, Hernández O, Román V. Comportamiento de la eficacia de los medios diagnósticos en el cáncer colorrectal. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2009 [citado 22 Septiembre 2015]; 31(6): 1364-1372. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.
6. Díaz J, Regino W, Zuleta M. *Helicobacter pylori* y cáncer de colon: Revisión. *Revista Colombiana De Gastroenterología* [Internet]. 2014 [citado 22 Septiembre 2015]; 29(3): 255-261. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dc798e89-1362-4ce5-bd98-5b7c1be8af65%40sessionmgr113&vid=0&hid=101>.
7. Del Valle Llufrío P, Romero-Bareiro S, Santana-Fuentes Y. Lesiones de colon diagnosticadas por colonoscopia en pacientes con sangre oculta positiva. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 22]; 36(0):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1154>.
8. Ávalos García R, Ramos Pachón C M, Barbón Abreu M. Caracterización videoendoscópica e histológica de pacientes con cáncer colorrectal en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. *Rev. Med. Electrón.* [Internet]. 2012 [citado 2015 Sep 22]; 34(6): 1364-1372. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.
9. Hano G M, Wood R L, Galbán G E, Abreu V M. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. *Rev cubana med* [Internet]. 2011 [citado 2015 Sep 22]; 50

- (2). Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.
10. Fernández Z, Jean Louis B, Prieto A, Álvarez G, Carulla Diez B. Factores asociados a la supervivencia de pacientes con cáncer de colon recurrente. *Medisan* [Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 22]; 18(10): 1364-1372. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.
11. Barnes E, Long M. Cáncer colorrectal en mujeres: terapia de reemplazo hormonal y quimioprevención. *Revista Del Climaterio* [Internet]. 2012 [citado 2015 Sep 22]; 16(91): 15-22. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8856caee-a78b-4203-ac57-06ed2604753c%40sessionmgr112&vid=0&hid=101>.
12. Rodríguez Fernández Z, Jean Louis B, Casaus Prieto A, Pineda Chacón J, Joubert Álvarez G. Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. *Medisan* [Internet]. 2015 [citado 2015 Sep 22]; 19(2): 169-179. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=561fc73e-59fa-4165-95fd-c9f84350a556%40sessionmgr110&vid=0&hid=101>.
13. Montes de Oca M E, Soler P L, Noa P G, Agüero B C, González G JL. Factores Comportamiento del cáncer colorrectal esporádico en un hospital provincial. *Rev cubana med* 2012 [citado 2015 Sep 22]; 51 (4). Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.
14. Martínez Sánchez Y, Escudero de los Ríos P, Arias Flores R, Barrios Bautista F. Epidemiología del cáncer en pacientes adultos del Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. *Cirugía Y Cirujanos* [Internet]. 2013 [citado 2015 Sep 22]; 81(6): 508-516. Disponible en:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8e1ab002-151d-48cc-9288-a8045b5b23f8%40sessionmgr198&vid=0&hid=101>.

15. Cortés A, Eduardo Bravo L, Stella García L, Collazos P. Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer colorrectal en Cali, Colombia, 1962-2012. Salud Pública De México [Internet]. 2014 [citado 2015 Sep 22]; 56(5): 457-464. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e2e2c3f-b2f2-454b-85e6-ae68623f4b6d%40sessionmgr111&vid=0&hid=101>.
16. Montes de Oca M E, Noa P G, Elsy García J, Seijas C O, Pérez T P, Brizuela Q R. La colonoscopia como prueba de oro para la pesquisa del cáncer colorrectal. Rev. Cub de Medc [Internet]. 2013 [citado 2015 Sep 22]; 52(1): 60-71. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0f4ff9d2-0840-4f49-9bcc-cb46a3751495%40sessionmgr114&vid=0&hid=101>.