

CÁNCER DE COLON Y RECTO

¿Quién puede padecerlo?

El cáncer de colon o recto es **uno de los tumores más frecuentes** en la actualidad. Más del 90% de pacientes son mayores de 40 años, y a partir de entonces el riesgo se duplica en cada década. Aparte de la **edad**, otros factores de riesgo son: tener **familiares** con cáncer o pólipos de colon y también una **historia personal** de haber padecido colitis ulcerosa, pólipos o cáncer de colon o de otros órganos, fundamentalmente de mama o útero. Las hemorroides no predisponen al cáncer, pero pueden presentar síntomas parecidos.

¿Por qué aparece?

El cáncer de colon y recto **no se contagia**. Su causa, supone la relación de múltiples factores como los **genéticos** -pudiéndose heredar una predisposición en mayor o menor grado a estos tumores-, y fundamentalmente la **dieta** rica en grasas animales y azúcares y pobre en fibra. **La inmensa mayoría comienzan como pólipos benignos** que eventualmente pueden crecer y malignizarse. Su detección y extirpación es uno de los aspectos básicos de la medicina preventiva en este campo.

¿Cuáles son los síntomas?

Los más comunes son la **hemorragia** por el recto -al defecar o de forma independiente-, y la **alteración en el hábito intestinal**, como aparición de estreñimiento, diarrea o alternancia entre ambos (es esencial **solicitar una consulta si se presentan**, para que establezca un diagnóstico adecuado). El dolor en el abdomen y la pérdida de peso, pueden darse, aunque con menor frecuencia. **Muchos pólipos y cánceres en fases precoces de crecimiento no producen síntomas apreciables**. Por ello, a partir de los 50 años es conveniente efectuar al menos análisis de sangre oculta en las heces y una exploración rectal, que aunque **NO** excluyen totalmente su presencia, ayudan en muchos casos.

¿Qué exploraciones son precisas para su detección?

La más habitual es la **Endoscopia** de colon (**colonoscopia**), consistente en la exploración de todo el intestino grueso a través de un tubo provisto de una cámara e introducido por el ano. La endoscopia permite a la vez la **biopsia**, o toma de una muestra de tejido para su análisis, y en el caso de los pólipos, incluso su extirpación. La introducción de un contraste a través del ano, hace posible realizar radiografías (**Enema opaca**), o un TAC especial (**Colonoscopia virtual**) también útiles para el diagnóstico.

Si se detecta un cáncer de colon, antes de la operación es preciso conocer su grado de extensión, y para ello se precisarán otras exploraciones como análisis de sangre, TAC o Resonancia Magnética.

¿Cómo se trata el cáncer de colon y recto?

Se precisa una **intervención quirúrgica** para obtener su curación. Las **radiaciones y quimioterapia son empleadas en el cáncer de recto muchas veces previamente a la cirugía** y han mejorado los resultados de un modo muy importante. La quimioterapia es necesaria también tras la intervención en ciertos casos y por ello, tratamos a los pacientes todo un **equipo multidisciplinar** en el que el cirujano, radioterapeuta, oncólogo, y a veces más especialistas, decidimos conjuntamente el tratamiento adecuado para cada paciente concreto.

Entre el 80-90% de pacientes curarán completamente si la enfermedad se diagnostica precozmente, porcentaje que se reduce al 50% en casos más avanzados.

¿Existen técnicas novedosas?

Para el tratamiento, en el *Centro Europeo de Cirugía Colorrectal* empleamos con frecuencia la **cirugía laparoscópica**, en la que a través de pequeñas incisiones en el abdomen introducimos el instrumental y una cámara de video, reduciendo cicatrices y haciendo el postoperatorio más confortable. En determinados tumores rectales podemos efectuar la denominada **Microcirugía endoscópica transanal**, mediante la cual pueden extirparse a través del ano.

Hoy en día, menos del 5% de todos los cánceres colorrectales y alrededor del 20% de los de recto precisarán una colostomía (ano artificial en el abdomen), ya que podemos efectuar **suturas muy cercanas al ano y conservar los esfínteres** merced a los avances técnicos y a la experiencia que acumulamos en el tratamiento. El postoperatorio es variable y oscila entre 3 y 6 días de ingreso en ausencia de complicaciones.

¿Qué complicaciones pueden presentarse tras la cirugía?

La cirugía del cáncer de colon y recto supone una intervención importante. Aunque se aplican múltiples medidas para evitar la infección de la herida, las características propias del colon hacen que se produzca en alrededor de un 10% de casos. Otros problemas menos comunes, pero graves, son el fallo de la anastomosis o sutura del intestino tras haber extirpado el tumor, o la hemorragia postoperatoria, que pueden obligar a una reintervención. La mortalidad es menor al 5% cuando no se trata de cirugía de urgencia.

Tras las intervenciones por cáncer del recto puede haber alteraciones de la potencia sexual o eyaculación en los hombres, y urinarias en ambos sexos, debido a la vecindad existente entre el recto y los nervios que rigen estas funciones, aunque no son frecuentes. Cuando se efectúan suturas muy cercanas al ano pueden haber trastornos de la evacuación rectal, que suelen mejorar con el tiempo.

¿En qué consisten los controles postoperatorios?

Tras la operación, cabe la posibilidad de que existan células malignas en otras partes del cuerpo, imposibles de detectar, pero que pueden crecer con el tiempo, lo que depende de las características del tumor original y de la efectividad del tratamiento empleado. Si se descubren precozmente, pueden beneficiarse o curarse con otra intervención o tratamiento. Es por ello que efectuamos controles rutinarios en coordinación con los oncólogos.

Otro motivo para los controles es la búsqueda de más pólipos o cáncer en el colon. Aproximadamente, uno de cada 4-5 pacientes, desarrollará algún pólipo más adelante, y es importante detectarlos y extirparlos.

La mayor parte de recaídas aparecen en los primeros dos años tras la operación, y es por ello que en este período se hacen más necesarios los controles. A los 5 años, prácticamente puede considerarse curado el paciente que sigue bien, pero aún se aconseja el control ocasional para descubrir nuevos pólipos.

Los familiares directos, tienen cierto mayor riesgo de padecer cáncer de colon en base a una predisposición hereditaria, por lo que es conveniente la vigilancia a partir de los 40 años.

¿Puede prevenirse el cáncer de colon y recto?

Hay varios modos: uno es el diagnóstico y extirpación de los pólipos con endoscopia. Por otra parte, y aunque no definitivamente demostrado, hay evidencias de que una **dieta rica en fibra y baja en grasas** es la única medida preventiva del cáncer y pólipos colorrectales. Menos claro es el efecto beneficioso de algunos medicamentos como Vitamina C, calcio o aspirina en bajas dosis.

Finalmente, es esencial que esté **alerta ante la aparición de sangre en las heces o cambios en el hábito defecatorio** y acuda al médico si se presentan, así como si está entre los sujetos de "alto riesgo".