

CÁNCER COLORRECTAL (CCR)

¿Qué es el Cáncer
Colorrectal?

Para entender el
CCR

CCR Metastásico

PREVENCIÓN

LINKS

¿Qué es el Cáncer de Colorrectal?

Para entender el CCR

¿HAY DISTINTOS TIPOS DE CCR?
¿CÓMO SE EXTIENDE EL CCR?
¿QUÉ SON LOS ESTADIOS DEL CCR?
IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

CCR Metastásico

¿QUÉ SIGNIFICA CÁNCER
COLORRECTAL METASTÁSICO?
¿CUÁLES SIGNOS Y SÍNTOMAS
PUEDEN APARECER?
ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO
¿SE NECESITAN NUEVOS
ESTUDIOS?
CONOZCA LAS OPCIONES DE
TRATAMIENTO

PREVENCIÓN

¿HAY FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN?

DETECCIÓN TEMPRANA

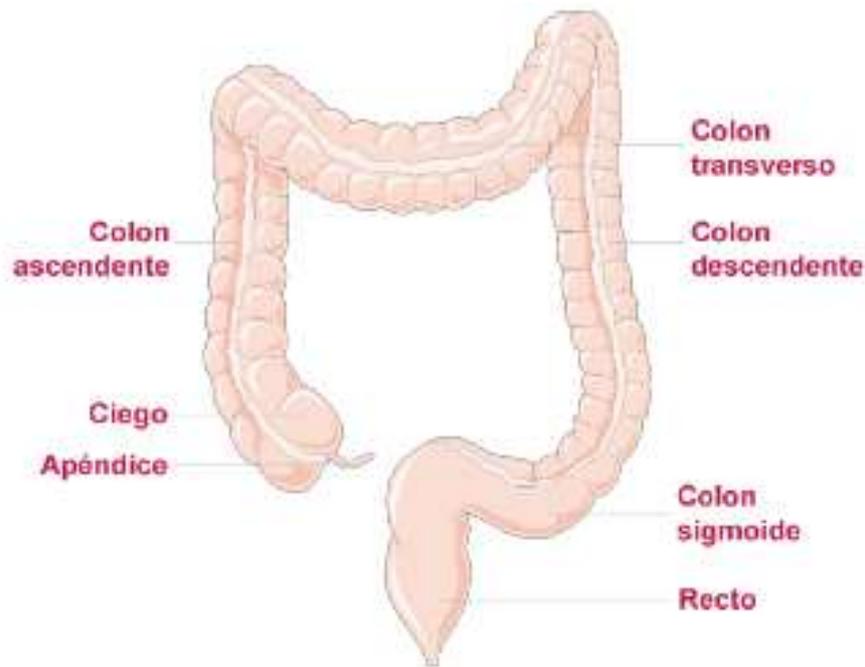
RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL CÁNCER COLORRECTAL

LINKS

¿Qué es el Cáncer Colorrectal?

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor maligno que se origina en alguna parte del intestino grueso.

El intestino grueso está constituido por el colon (con sus divisiones en colon ascendente, transverso, descendente y sigmoide) y el recto, que son los últimos 15 cm del aparato digestivo y se conecta con el exterior a través del ano.



El intestino grueso tiene funciones clave para el organismo:

- Absorbe agua y algunos nutrientes a partir de los alimentos,
- Forma la materia fecal y la retiene hasta su expulsión y,
- Elimina toxinas y desechos del organismo.

Las manifestaciones clínicas del CCR se relacionan con estas funciones y puede haber:

- Cambio persistente en el hábito evacuatorio: constipación / diarrea,
- Cambio en el aspecto de las heces: color / forma / consistencia,
- Presencia de sangre en materia fecal o sangrado por el recto,
- Dolor y molestias abdominales,
- Gases excesivos,
- Pérdida de peso o apetito no explicados y/o,
- Fatiga o debilidad.

El CCR es muy frecuente: se calcula que 1 de cada 20-25 personas lo presenta. En el continente americano, incluida la Argentina, ocupa el tercer lugar entre los cánceres más diagnosticados. En la mujer, sigue en frecuencia a los cánceres de mama y pulmón, y en los varones, a los de próstata y pulmón.

El diagnóstico de CCR es más habitual a partir de los 50-55 años de edad; sin embargo, **en los últimos años se ha observado aumento del número de casos nuevos en adultos menores de 55 años.**

La mayoría de las veces, el CCR se origina en lesiones precursoras, no malignas, que son algunos tipos de pólipos (pólipos adenomatosos o adenomas). Estas lesiones pueden detectarse en la colonoscopia de detección temprana. **Cuando el CCR se detecta en sus etapas iniciales, aumentan significativamente las probabilidades de curación. Por ese motivo, se insiste en la prevención y en la detección temprana.**



[VOLVER](#)

Para entender el CCR

¿HAY DISTINTOS TIPOS DE CCR?

Sí, hay distintos tipos de CCR según cuáles sean las células que comienzan a crecer anormalmente.

La mayoría de los cánceres colorrectales son **adenocarcinomas**. Este tipo de tumor comienza como un crecimiento de las células que producen mucus para lubricar la cara interior del intestino (llamada mucosa). Estos crecimientos se denominan pólipos. Algunos pólipos, pero no todos, pueden desarrollar células malignas con el tiempo (habitualmente años), y originar un adenocarcinoma.

Otros tipos de CCR son mucho menos frecuentes, por ejemplo:

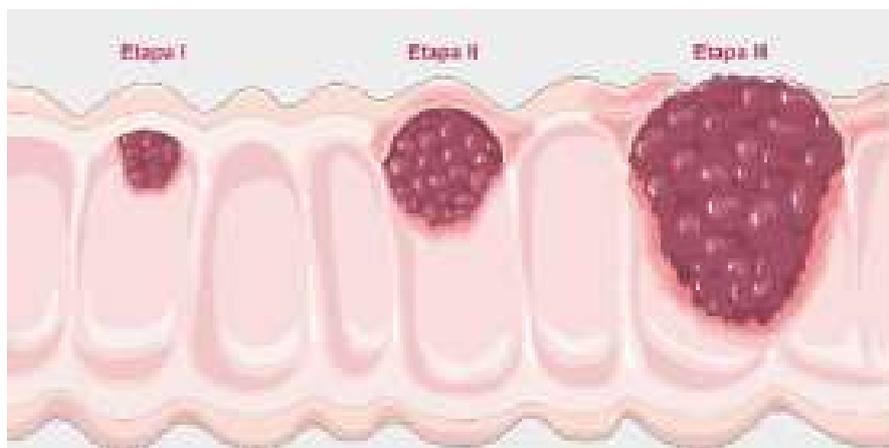
- tumores carcinoides
- tumores del estroma gastrointestinal
- linfomas
- sarcomas

¿CÓMO SE EXTIENDE EL CCR?

- Si el cáncer se forma a partir de un pólipo, puede crecer dentro de la pared del colon o recto, desde la capa más interna (mucosa) hacia las paredes más externas.
- Las células cancerosas pueden crecer dentro de los vasos sanguíneos o linfáticos y ser transportadas hacia los ganglios linfáticos vecinos o a lugares más distantes del organismo.

¿QUÉ SON LOS ESTADIOS DEL CÁNCER COLORRECTAL?

- Los estadios del cáncer se usan para describir dónde se localiza la enfermedad y si se ha extendido a otros sitios. Para poder establecerlo, se requieren estudios por imágenes de todo el cuerpo.
- El equipo médico indicará una serie de estudios que, cuando estén completos, ayudarán a conocer el pronóstico y a elegir la mejor opción de tratamiento individual para cada persona.
- El estadio o grado de extensión del CCR depende de cuánto haya crecido el tumor dentro del espesor de la pared intestinal y de si se ha extendido a otros sitios, fuera del colon o el recto.



El sistema de estadificación más usado se denomina TNM por las siglas que significan:

- (T) de Tumor, para indicar el grado de compromiso de la pared intestinal,
- (N) de Nódulos linfáticos, que indica a cuáles ganglios linfáticos se han extendido las células cancerosas y,
- (M) de Metástasis, para indicar si hay o no diseminación a algún otro lugar del organismo.
- De la combinación de TNM surgen 5 estadios: el estadio 0 (cero) y los estadios I a IV (1 a 4); también hay una categoría para el CCR recurrente. Cuanto más alto el número del estadio, más se ha extendido el CCR.
- El cáncer recurrente es aquel que vuelve a presentarse después de haber sido tratado. Esto puede suceder en el mismo lugar donde había comenzado, en tejidos o ganglios linfáticos cercanos o en un lugar del organismo diferente.

IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

- Uno de los objetivos del seguimiento clínico es vigilar la aparición de recurrencia de la enfermedad. La recurrencia se produce cuando algunas células cancerosas permanecen no detectadas en el organismo y, con el tiempo, aumentan en cantidad hasta que, en algún momento, son visualizadas en un estudio de control o empiezan a expresarse con síntomas o signos clínicos.
- Así como cada persona es única, cada enfermedad tiene características diferentes y el riesgo de recurrencia depende de varios factores: el tipo y el estadio del CCR en el momento del diagnóstico, el tratamiento administrado, etc.
- El médico a cargo acordará con cada paciente un plan de visitas de seguimiento y estudios de control, para verificar cómo sigue la respuesta a los tratamientos. Estas visitas son fundamentales también para evaluar los efectos secundarios de la terapia.

VOLVER

CCR Metastásico

¿QUÉ SIGNIFICA CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO?

Cuando el CCR se extiende a algún sitio distante en el organismo se habla de enfermedad metastásica o en estadio IV. Las lesiones o tumores en nuevos sitios se llaman metástasis.

Los órganos que se afectan con más frecuencia son:

- Hígado,
- Pulmones,
- Ganglios linfáticos en la cavidad abdominal.

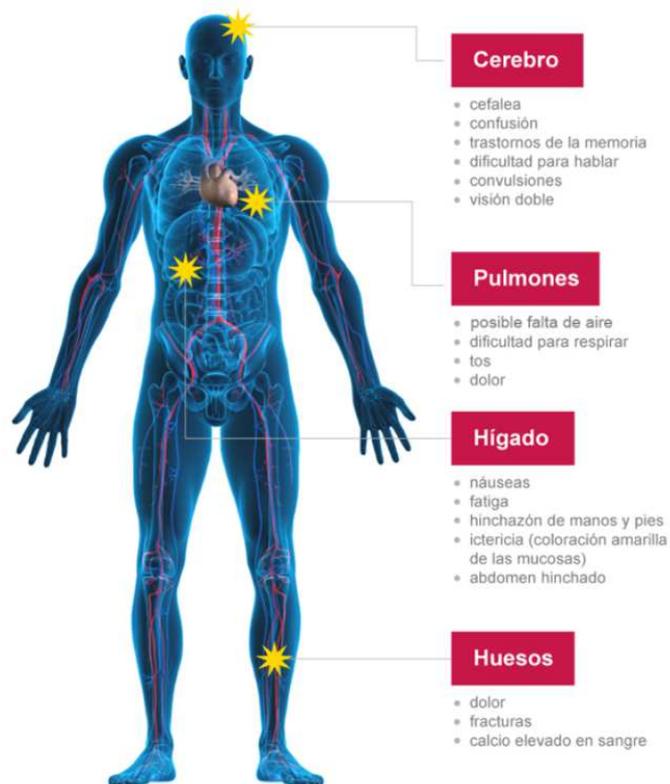
Lamentablemente, 1 de cada 4 personas con CCR se diagnostican cuando ya se han producido metástasis. Cuando esto sucede, es necesario determinar cuáles son los sitios afectados y qué consecuencias puede haber para el funcionamiento corporal.



¿CUÁLES SIGNOS Y SÍNTOMAS PUEDEN APARECER?

Debido a que la enfermedad se ha extendido fuera del colon o recto, las manifestaciones clínicas dependerán de los sitios donde se haya localizado, así como del tamaño que haya alcanzado la metástasis.

Por ejemplo, según el órgano que resulte afectado:



Además, puede haber afectación general del organismo con fatiga y debilidad generalizada, anemia por pérdida de sangre con las heces, náuseas o vómitos, pérdida de peso.

ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO

- En algunos casos, la enfermedad será diagnosticada cuando ya se hayan producido metástasis, mientras que, para otras personas, pueden transcurrir meses o años entre el diagnóstico inicial y la aparición de metástasis.
- La presentación de alguno de los síntomas o signos que se mencionaron puede hacer sospechar al médico sobre el posible compromiso de otros órganos. Como primer paso para descartar o confirmar la sospecha, se realizarán estudios por imágenes del sitio que parezca afectado, por ejemplo, tórax, pelvis o abdomen.
- Según los resultados de los estudios por imágenes, se debe obtener una biopsia del órgano afectado, para determinar si las células corresponden al CCR previo o a un nuevo tumor diferente.

¿SE NECESITAN NUEVOS ESTUDIOS?

Sí. Si se confirma que se trata de metástasis del CCR, se completarán nuevos estudios para definir nuevamente el pronóstico y las opciones de tratamiento.

Los estudios utilizados para diagnosticar el CCR metastásico incluyen:

- **Tomografía computarizada (TC):** permite evaluar los ganglios linfáticos y diversos órganos en el abdomen, el tórax o la pelvis. También ayuda a guiar biopsias.
- **Ecografía:** se utiliza para evaluar especialmente el hígado, y ayuda a guiar la biopsia hepática.
- **Resonancia magnética nuclear:** útil para visualizar los órganos en abdomen y pelvis, y para evaluar el sistema nervioso central.
- **Radiografía simple:** permite evaluar los pulmones y los huesos.
- **Tomografía por emisión de positrones (PET):** para verificar la existencia de metástasis en todo el cuerpo, incluido el cerebro.

CONOZCA LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Como en todos los estadios pero especialmente en el estadio IV, son fundamentales la evaluación y el tratamiento por un equipo multidisciplinario, con un enfoque integral, que permita brindar la mejor calidad de vida a cada persona individualmente.

El tratamiento de la enfermedad metastásica depende de varios factores; uno de ellos, es si existe o no la posibilidad de extraer completamente las metástasis mediante cirugía. Al momento de tomar decisiones son importantes:

- la edad,
- el estado general de salud, otras enfermedades presentes,
- los posibles efectos secundarios de los diferentes tratamientos contra el cáncer, las preferencias del paciente, y
- el entorno familiar y social.

Con respecto a la cirugía, si las metástasis son pocas y accesibles, por ejemplo, en el hígado o el pulmón, puede ser posible extraerlas quirúrgicamente, junto con el CCR. En otros casos, puede realizarse una cirugía para atenuar los síntomas o prevenir complicaciones, pero sin intención curativa; por ejemplo, para evitar un bloqueo en el colon. Es importante diferenciar el objetivo de la cirugía.

En general, cuando el tumor se ha extendido, suelen indicarse las terapias sistémicas, que incluyen:

- Quimioterapia
- Terapias dirigidas
- Inmunoterapia
- Combinaciones

Algunas terapias sistémicas pueden administrarse por vía intravenosa, colocando una vía dentro de una vena en el brazo, y otras, por vía oral, en forma de comprimidos o cápsulas.

Actualmente, se dispone de múltiples alternativas para abordar las diferentes etapas de la enfermedad, y la elección del tratamiento debe ser siempre acordada entre médico y paciente.

Quimioterapia

Consiste en el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, que pueden administrarse solos o en combinación. En determinados casos, pueden combinarse con algunas terapias dirigidas.

Los esquemas de quimioterapia se dividen en ciclos, con una cantidad de días, que se repiten a intervalos regulares de tiempo.

Los fármacos que pueden emplearse son:

- Capecitabina
- Fluorouracilo (5-FU)
- Irinotecan Trifluridina/tipiracilo
- Oxaliplatino

Terapias dirigidas

Son fármacos dirigidos específicamente a “blancos” que son genes o proteínas de las células tumorales que favorecen su crecimiento.

No todos los tumores muestran los mismos “blancos”, por lo cual se requieren pruebas genéticas o moleculares especiales. La presencia de algunas mutaciones en ciertos genes tumorales puede hacer que estos fármacos no sean eficaces, de modo que solo se administran cuando los estudios de laboratorio indican que hay posibilidades de mayor eficacia.

Algunas terapias dirigidas son:

- Inhibidores del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF, en inglés): bevacizumab, regorafenib, ziv- aflibercept y ramucirumab.
- Inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, en inglés): cetuximab, panitumumab.

Inmunoterapia

También llamada “terapia biológica”, tiene como objetivo promover las defensas inmunitarias para combatir el tumor.

Algunos fármacos de inmunoterapia son:

- Pembrolizumab
- Nivolumab

Es importante tener presente que:

- **Cada persona responde al tratamiento de manera diferente; una misma terapia puede funcionar perfectamente en una persona y en otra, puede ser menos efectiva.**
- **Los tratamientos están en continua evolución, y se realizan grandes esfuerzos**
- **para mejorar los resultados y la calidad de vida.**
- **Es de suma importancia que converse absolutamente todo con su médico, y no tema expresar sus dudas. La confianza es la base de una buena relación con su equipo médico.**
- **Si desea utilizar medicamentos herbales o alguna clase de terapia alternativa, consulte antes con su médico y obtenga asesoramiento con personas calificadas.**
- **Puede ser muy beneficioso realizar un programa de meditación o ciertas técnicas de relajación. Con respecto a los medicamentos en base a hierbas, debe consultar cuándo y qué producto puede utilizar, debido a que podrían interferir con la quimioterapia u otros fármacos.**
- **El apoyo emocional es fundamental. Es un pilar para todo tratamiento, en cualquier etapa de la enfermedad.**

VOLVER

Prevención

¿HAY FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN?

Es importante conocer los factores que aumentan el riesgo de CCR, porque es posible modificar varios de ellos que tienen que ver con el estilo de vida. Los factores modificables se destacan en azul:

- Edad: la incidencia aumenta a medida que se envejece, después de los 50 años.
- Antecedentes familiares de CCR: tener padres, hermanos o hijos con CCR aumenta el riesgo de presentar la enfermedad
- Antecedentes personales: los pólipos adenomatosos (adenomas) no son cáncer pero con el tiempo pueden llegar a desarrollar células cancerosas, en especial si son grandes y numerosos.
- Enfermedad intestinal inflamatoria, como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, puede aumentar el riesgo.
- Antecedente de cáncer de ovario o útero.
- Etnia: la incidencia y la mortalidad son mayores en las personas de etnia afroamericana.
- Herencia: ciertos genes inducen la formación de pólipos en algunas enfermedades hereditarias familiares (poliposis). Debe considerarse que estas enfermedades son infrecuentes y que la expresión de los genes está sujeta a numerosas influencias, como los hábitos de vida. Se requiere consejo genético en estas situaciones.
- **Tabaquismo**: fumar tabaco se asocia con mayor riesgo de presentar CCR y de muerte por este cáncer.
- Los fumadores tienen además mayor riesgo de formación de pólipos adenomatosos, y cuando se extirpan, muestran mayor tasa de recidiva.
- **Consumo de alcohol**: el riesgo aumenta cuando se consumen 3 o más medidas de alcohol por día.
- **Obesidad**: aumenta tanto el riesgo como la mortalidad por CCR.
- **Dieta no saludable**: con bajo contenido de fibras y elevada en grasas de origen animal, especialmente carnes rojas y procesados de la carne.

Por otra parte, los siguientes factores son protectores y disminuyen el riesgo de CCR:

- Actividad física: en cualquiera de sus formas y con regularidad, aporta beneficios a la salud.
- Dieta saludable: con alto contenido de fibras, vegetales, frutas frescas.
- Extirpación de pólipos: muchos pólipos colorrectales son adenomas que podrían convertirse en cáncer. La resección de los pólipos que miden más de 1 cm. puede reducir este riesgo. Esta decisión debe ser considerada en cada caso individual, por el paciente y su médico.

DETECCIÓN TEMPRANA

Cuando consultar al médico

Es oportuno consultar un médico cuando aparece cualquiera de los signos y/o síntomas mencionados. También puede consultar si presenta anemia persistente, fatiga crónica o pérdida de peso, sin otra causa que los pueda explicar.

¿A partir de qué edad debería comenzar los controles para detectar temprano el CCR?

- En general, se recomienda comenzar con las pruebas de detección a partir de los 50 años de edad, y continuar con regularidad.
- La decisión debe ser individual, considerando los antecedentes personales y familiares, y la presencia o ausencia de otros factores de riesgo.
- Las pruebas de detección pueden comenzar a edad más joven o pueden realizarse más seguido si hay alguno de estos factores:
 - Historia personal de pólipos adenomatosos o CCR,
 - antecedentes en un familiar de primer grado de pólipos o CCR, especialmente si se desarrolló antes de los 60 años de edad o,
 - historia personal de enfermedad intestinal inflamatoria.

¿En qué consisten las pruebas de detección?

Los estudios que se utilizan para la detección temprana del CCR pueden incluir:

- Colonoscopia,
- Tomografía computarizada (TC) o colonografía por TC,
- Sigmoidoscopia (flexible),
- Prueba de sangre oculta en heces (test de guayaco) o prueba inmunoquímica fecal (PIF),
- Enema baritado de doble contraste o, Tests de ADN en materia fecal.

Para las personas de ambos sexos, sin factores que aumenten el riesgo de CCR, la American Society of Clinical Oncology y el American College of Gastroenterology recomiendan realizar una colonoscopia cada 10 años, o bien realizar cada 5 años el examen por sigmoidoscopia flexible, enema baritado de doble contraste o colonografía por TC. Estos estudios identifican tanto pólipos como lesiones cancerosas.

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR EL CÁNCER COLORRECTAL

Además de resultar la mejor forma de prevenir el cáncer colorrectal, adoptar estas medidas también trae beneficios incluso si ya tiene diagnóstico de CCR: mejoran la calidad de vida y ayudan a prevenir otras enfermedades o la recurrencia.

Consumir variedad de frutas, vegetales y cereales integrales.

El aporte de fibras, minerales, vitaminas y antioxidantes previenen no solo el cáncer de colon sino también otros cánceres y un gran número de problemas graves como la enfermedad cardiovascular.

Moderar el consumo de alcohol.

Se aconseja que el consumo de alcohol no supere las 2 copas al día para los hombres y 1 para las mujeres.

Dejar de fumar.

Consulte con su médico sobre las opciones efectivas que permiten dejar el hábito definitivamente. Dejar de fumar se asocia con beneficios importantes para la salud, tanto mayores cuanto menos tiempo haya estado expuesto a las sustancias tóxicas del humo de tabaco.

Realizar actividad física con regularidad. Lo ideal es realizar 30 minutos de actividad física todos los días, pero lo fundamental es evitar la vida sedentaria. Si nunca ha realizado ejercicio o tiene enfermedades previas, consulte con su médico antes de empezar a realizar actividad física, comience de manera gradual y asesorado por personas capacitadas.

Mantener un peso corporal saludable. Alcanzar y mantener un peso saludable es muy aconsejable para prevenir diversas enfermedades, incluido el CCR.

El contenido de este material no tiene como objetivo ser un resumen exhaustivo del tema cáncer colorrectal, sino señalar algunos puntos importantes. No reemplaza en ningún sentido la consulta ni la opinión médica.

VOLVER

LINKS

Información para pacientes y sus familiares

Instituto Nacional del Cáncer
Organización Panamericana de la Salud
Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
Medline Plus
Sociedad Española de Oncología Médica

VOLVER

Fuentes bibliográficas:

Cáncer colorrectal en las Américas.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/OPS-Nota-Informativa-Cancer-Colorrecto-2014.pdf>

[https://www.paho.org/hq/index.php?](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5176)

[option=com_content&view=article&id=5176](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5176)

[:2011-el-cancer-colon-prevenible-](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5176)

[curable&Itemid=3761&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5176)

Beets G, Sebag-Monteleone D, Andritsch E, et al. ECCO essential requirements for quality cancer care: colorectal cancer. A critical review. Clin Rev Oncol Hematol. 2017;110:81-93.

Granados-Romero JJ, Valderrama-Treviño AI, Contreras-Flores EH, et al. Colorectal cancer: a review. Int J Res Med Sci. 2017;11:4667-76.