

DOCTORA MAMEN MARTÍNEZ LAPIEDRA | UNIDAD DIGESTIVA DEL IVO



LA DOCTORA MARTÍNEZ LAPIEDRA | FOTO: JOSÉ CUÉLLAR

“La detección precoz es clave para prevenir el cáncer colorrectal”

BEL CARRASCO

El cáncer colorrectal (CCR), es un tumor maligno que aparece en el intestino grueso formado por el colon y el recto. Se trata de una enfermedad que afecta sobre todo a los países desarrollados y que constituye un problema de salud pública por su prevalencia, su mortalidad y el número de recursos que consume. En la última década se han incrementado de forma significativa las tasas de incidencia siendo el tumor más frecuente en España y en la Comunidad Valenciana si se contabilizan hombres y mujeres. En nuestra Comunidad se diagnostican unos 3000 casos al año, unos 30.000 en España.

Evitar el consumo de carnes rojas procesadas y muy cocinadas, el alcohol, el tabaco, la obesidad y el sedentarismo disminuye el riesgo de desarrollar un CCR. Comer alimentos ricos en fibra, tomar leche y derivados y practicar ejercicio son hábitos beneficiosos y favorables que “protegen” frente a este tipo de tumor.

Los programas de detección precoz

o cribado disminuyen la mortalidad por cáncer colorrectal. “La edad constituye uno de los principales factores que influyen en el desarrollo de un CCR, ya que el riesgo aumenta a partir de los 50 años y se duplica cada década”, dice la doctora Mamen Martínez Lapedra de la Unidad Digestiva del Instituto Valenciano de Oncología (IVO), donde trabaja hace doce años. “Aunque el 75-80% de los casos de CCR son esporádicos, también se relaciona con antecedentes familiares. De esta manera estratificamos el riesgo de padecer un CCR en bajo, medio o alto”.

Los individuos menores de 50 años y sin factores de riesgo adicionales se consideran de riesgo bajo y por tanto no son subsidiarios de cribado. Riesgo medio son los de 50 años o más que no tienen factores de riesgo adicionales, y riesgo elevado cuando existen síndromes de cáncer hereditario, antecedentes familiares, antecedentes personales de adenomas colorrectales o de enfermedad inflamatoria intestinal crónica.

¿CÓMO DETECTARLO?

Las principales señales de alarma son “sangrado por el ano, cambio llama-

vo y duradero en la frecuencia o consistencia de las deposiciones, dolor abdominal persistente, sensación de evacuación incompleta, cansancio constante o pérdida de peso no explicable, aunque hay que resaltar que no son síntomas exclusivos de la enfermedad”, responde la doctora Martínez Lapedra. “El problema es que cuando aparecen estos síntomas, generalmente, el tumor ya está establecido. De ahí la importancia fundamental del diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad”.

Los métodos de detección precoz permiten detectar la enfermedad en pacientes que no presentan todavía estos síntomas, tanto de CCR en fases muy tempranas como de otras lesiones precursoras del cáncer o precancerosas llamadas pólipos colorrectales. Aunque los pólipos son tumores benignos, algunos de ellos llamados adenomas, con el paso del tiempo (aproximadamente 10 años), pueden transformarse en un tumor maligno. “Si somos capaces de detectar estos adenomas de colon y extirparlos, evitamos que se desarrolle un CCR. Incluso cuando detectamos un cáncer en una fase inicial de la enfermedad, el tratamiento adecuado permite la curación en un 90 % de los casos”.

Las técnicas de cribado aceptadas actualmente son tres: El test de sangre oculta en heces con periodicidad anual o bienal, la sigmoidoscopia cada cinco años o la colonoscopia cada 10 años. Se ha demostrado que en la prevención del CCR, cualquiera de las tres técnicas empleadas descritas anteriormente, reduce la incidencia y la mortalidad asociadas al mismo. La estrategia utilizada hoy en día en la mayor parte de España y en la Comunidad Valenciana consiste en la realización de un test de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo cada dos años en individuos mayores de 50 años, seguido de una colonoscopia en el caso de que el resultado del test sea positivo.

“El test de sangre oculta en heces es una prueba no invasiva y sencilla que consiste en recoger una muestra de heces, en la que se analiza si hay pequeñas pérdidas de sangre no perceptibles por parte del individuo. Este hallazgo únicamente indica presencia de sangre en las heces que puede provenir de un CCR, de pólipos colorrectales o también de lesiones benignas, pero permite seleccionar entre la población general a aquellos sujetos que deben ser estudiados más a fondo con una

colonoscopia. La razón por la que se utiliza esta prueba es porque tanto los pólipos como el CCR pueden sangrar de forma intermitente sin apreciarse en las deposiciones a simple vista”, explica la doctora Martínez.

La colonoscopia consiste en introducir un tubo flexible con una cámara en su extremo a través del ano mediante la cual se puede explorar el interior de todo el intestino grueso. Permite extirpar pólipos colónicos y tomar muestras. “La colonoscopia hoy en día es una técnica segura y bien tolerada gracias a la mejora de los preparados del colon y a la sedación profunda”, explica la doctora Martínez Lapedra.

TRATAMIENTOS

Los tratamientos difieren según se trate de una enfermedad en fase inicial o avanzada. En fases iniciales, se realiza la resección endoscópica en casos seleccionados, y la cirugía en otros. En aquellos casos de enfermedad avanzada son necesarios tratamientos complementarios de quimioterapia y/o radioterapia.

CALIDAD DE VIDA

La longitud del intestino grueso es variable en cada persona. La extirpación del tramo de colon vendrá dada por la localización del tumor y los criterios para conseguir una resección completa oncológica. Los resultados funcionales posteriores también dependerán de cada individuo y de sus antecedentes (edad, presencia de incontinencia anal previa, antecedentes ginecológicos u obstétricos, si ha recibido radioterapia...). En general, la resección del colon, aunque sea en su totalidad, no afecta de forma importante a la calidad de vida, sobre todo cuando se preserva el recto (parte final del intestino).

ÚLTIMOS AVANCES

El tratamiento del CCR es una “batalla” que depende de muchos profesionales altamente especializados. Un equipo multidisciplinar que incluya a digestólogos, oncólogos, cirujanos, radiólogos, radioterapeutas, patólogos y biólogos moleculares, es de vital importancia en el manejo de estos pacientes y en garantizar el mejor tratamiento posible para cada caso. La individualización de los tratamientos oncológicos según el perfil molecular de cada paciente, el desarrollo de nuevos fármacos quimioterápicos, las nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, así como las mejoras en las pruebas de imagen, son los avances más significativos en la lucha contra el CCR. Además, hay estudios con nuevos biomarcadores en heces que muestran una alta sensibilidad para detectar precozmente el CCR y que por tanto podrían ser útiles en un futuro próximo.

ÚLTIMOS AVANCES

El tratamiento del CCR es una “batalla” que depende de muchos profesionales altamente especializados. Un equipo multidisciplinar que incluya a digestólogos, oncólogos, cirujanos, radiólogos, radioterapeutas, patólogos y biólogos moleculares, es de vital importancia en el manejo de estos pacientes y en garantizar el mejor