

Revisión y prevención, claves

EL CARÁCTER ASINTOMÁTICO Y EL RIESGO DE PATOLOGÍAS CANCEROSAS VINCULADAS CON TUMORES INTESTINALES EXIGE UNA GRAN ATENCIÓN, SOBRE TODO A PARTIR DE LOS 40 AÑOS

El cáncer de colon, el tercero con mayor tasa de mortalidad en el mundo, tiene en la transformación de pólipos intestinales en tumores malignos una de sus principales causas. Un pólipo intestinal es un tumor circunscrito, un abultamiento en la pared intestinal de tamaño variable. Lo fundamental es determinar el tipo de células que lo constituyen, puesto que algunos pólipos pueden evolucionar a tumores malignos, con mejor pronóstico cuanto antes se detecten. Los pólipos pueden ser únicos o múltiples y afectan sobre todo al intestino delgado y al colon o intestino grueso.

Síndromes polipósicos

Cuando el número de pólipos es elevado se habla de poliposis intestinal, que se vincula con enfermedades bien diferenciadas que se engloban bajo el nombre de “Síndromes polipósicos”. El más frecuente es la Poliposis Intestinal Familiar Difusa, de carácter hereditario y no ligada al sexo. Puede permanecer asintomática durante años y a medida que la enfermedad progresa, en especial cuando ha empezado la degeneración maligna, aparecen dolores cólicos abdominales, heces líquidas malolientes, pérdida de sangre, anemia y afectación del estado general. En estos ca-

sos la extirpación total o parcial del colon es la única solución.

La importancia de los pólipos depende de sus tejidos: pueden ser pólipos neoplásicos, es decir, con tejidos que sustituyen a los normales y generalmente cancerígenos (adenomas y carcinomas), o no neoplásicos (hamartomas, inflamatorios e hiperplásicos), que son benignos.

Síntomas poco específicos

Los síntomas que provocan son poco específicos. El más frecuente es el sangrado, la presencia de sangre en las heces. También pueden aparecer dolores abdominales recurrentes, obstruc-

TIPOS DE PÓLIPOS

Benignos

Pólipos inflamatorios: carecen de potencial de degeneración cancerosa. Pueden alcanzar un tamaño notable y son frecuentes en diversas enfermedades como la colitis ulcerosa, la colitis amebiana o la disentería bacilar. Es importante diagnosticarlos de manera correcta para no confundirlos con otro tipo de pólipos. Constituyen el 90% de los pólipos que se dan en los menores de 10 años, por lo que se denominan también pólipos juveniles. Se calcula que están presentes en un 1% de los niños de nuestro entorno.

Pólipos hiperplásicos: son los más frecuentes de los pólipos colónicos y se dan en personas de edad avanzada. Por lo general son pequeños y se suelen localizar en la parte más inferior del colon y en el recto. No constituyen una lesión premaligna, pero se debe llevar a cabo un estudio histológico y aprovechar la exploración endoscópica para realizar su exéresis o extirpación.



Controles periódicos

ción intestinal, tenesmo rectal (sensación de necesidad de ir a defecar), estreñimiento, anemia crónica... lo más frecuente es que permanezcan durante años asintomáticos.

El diagnóstico de los pólipos es sobre todo radiológico y se realiza visualizando el interior del colon mediante rectosigmoidoscopia o colonoscopia. La exploración se aprovecha para efectuar un estudio histológico de la lesión y su extirpación, debido a que, aunque no todos los pólipos degeneran en lesiones malignas, la polipectomía endoscópica (extirpación del pólipo) representa la estrategia más eficaz para prevenir el cáncer colorrectal. ◀

Para el diagnóstico precoz es preciso que los individuos con riesgo de cáncer colorrectal, sobre todo a partir de los 50 años, sigan una serie de controles periódicos:

- **Tacto rectal anual:** sólo localiza los que están en los primeros 8 centímetros del recto (15% de los casos).
- **Práctica anual de pruebas de detección de sangre oculta en heces:** diversos estudios evidencian que estas pruebas, realizadas como cribado repetido, permiten un diagnóstico precoz y una reducción de la mortalidad, si bien se escapan bastantes casos y son frecuentes los falsos positivos.
- **Rectosigmoidoscopia** inicial y, en caso de ser negativa, cada 5 años: se visualiza el colon hasta el ángulo izquierdo o esplénico, donde se localizan dos tercios de los cánceres se localizan aquí.
- **Fibrocolonoscopia** total inicial y, si es negativa, cada 10 años: es la prueba más segura porque se visualiza todo el colon, pero también es la que más molestias provoca.

En la actualidad la cápsula endoscópica está siendo objeto de evaluación. Es una alternativa cara, pero parece que mejora mucho el diagnóstico de las lesiones intestinales

por las imágenes que ofrece. A modo de submarino que navega por el tubo digestivo y con una autonomía de 8 horas, la cápsula toma imágenes cada 2 segundos que, procesadas, se convierten en un archivo de vídeo.

Pero la prevención del cáncer de colon pasa también por la adquisición de hábitos higiénico-dietéticos. Los factores dietéticos más implicados en el cáncer de colon son la elevada ingesta de grasas y la ingesta insuficiente de fibras, así como el exceso de calorías y la obesidad. El papel de sustancias antioxidantes como las vitaminas A, C, D, y E, así como B-carotenos, calcio y selenio no está muy aclarado pero parecen jugar un papel preventivo.



Malignos

Adenomas colorrectales: se localizan casi siempre en el colon y el estudio de su estructura histológica es fundamental porque, de las distintas variedades (tubulares, tubulovelloso y vellosos), los vellosos son los que más degeneran en malignos.

Cáncer de colon

o carcinoma colorrectal:

es el tercer tipo de cáncer más frecuente en el mundo occidental, después del de pulmón en el hombre y el de mama en la mujer. Su incidencia es muy similar entre ambos sexos y se acerca a los 30 casos por 100.000 habitantes. Por encima de los 40 años, el riesgo de pa-

decer este cáncer se incrementa de manera progresiva, se duplica cada 10 años y alcanza su máxima expresión entre los 75 y 80 años.

Constituyen grupos de alto riesgo los individuos de ambos sexos con antecedentes familiares de adenomas benignos o lesiones malignas colorrectales, los que presentan adenoma de colon, los que tienen enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Chron), los que padecen síndromes de poliposis familiar.

Se sospecha un cáncer de colon cuando hay cambio de ritmo deposicional habitual;

rectorragias (pérdida de sangre por el recto mezclada con las heces); anemia ferropénica; dolor abdominal, obstrucción intestinal, tenesmo rectal.

La lesión cancerosa puede localizarse en cualquier parte del colon, pero la más frecuente es en el colon descendente, sigma y recto. El diagnóstico precoz de la lesión es fundamental para evitar la expansión del tumor, puesto que la supervivencia depende del grado de extensión. Cuanto más localizado se encuentra cuando se detecta, mayor es el grado de supervivencia.