

Caracterización clínica y colonoscópica del adenocarcinoma colorrectal en un hospital peruano de la seguridad social*

Clinical and epidemiological characteristics of colorectal adenocarcinoma in a Peruvian social security hospital*

Caramutti-Pasco Belisario Alfredo^{1,a}, Oyola-García Alfredo Enrique^{2,b}, Quispe-Ilanzo Melisa Pamela^{2,c}

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínicas y colonoscópicas de los pacientes con adenocarcinoma colorrectal. **El estudio:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, realizado en 88 pacientes con adenocarcinoma colorrectal, diagnosticados mediante colonoscopia realizada de enero del 2011 a diciembre del 2014. **Hallazgos:** 49 (55,5%) pacientes fueron mujeres; la edad promedio fue 68,2 años, 37 (42,0%) en el estadio II y 34 (38,6%) en el estadio III. El dolor abdominal (64,8%) fue el síntoma principal. En 40 (45,5%) de los pacientes la lesión se ubicó en el colon descendente y sigmoides. **Conclusión:** Los pacientes con adenocarcinoma de colon son principalmente adultos mayores, mujeres, en estadio avanzado, siendo el síntoma más frecuente el dolor abdominal y cuya lesión se ubica -principalmente- en el colon descendente y sigmoides.

Palabras clave: Adenocarcinoma, neoplasia del recto, neoplasias del colon, colon, colonoscopia - neoplasia. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and colonoscopic characteristics of patients with colorectal adenocarcinoma. **The study:** An observational, descriptive cross-sectional study was conducted in 88 patients with colorectal adenocarcinoma, diagnosed by colonoscopy performed between January 2011 and December 2014. **Findings:** 49 (55.5%) cases were female, the average age was 68.2 years, 37 (42.0%) in stage II and 34 (38.6%) in stage III. Abdominal pain (64.8%) was the most commonly reported symptom. In 40 (45.5%) patients the lesion was located in the descending and sigmoid colon. **Conclusion:** Patients diagnosed with adenocarcinoma of the colon are mostly elderly, females, in advanced stages of the disease, with abdominal pain as the most common symptom and whose injury is mainly located in the descending colon, sigmoid colon and rectum.

Keywords: Adenocarcinoma, neoplasms, colorectal neoplasms, cancer of colon, colonic cancer-colonoscopy (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es un problema que afecta significativamente a la humanidad. Es la segunda causa más común de cáncer del mundo occidental⁽¹⁾. El número de casos nuevos al año es superior al del resto de localizaciones tumorales, el cáncer de colon es 1,56 veces más frecuente que el de recto⁽²⁾. El adenocarcinoma es la estirpe histológica maligna más frecuente en el intestino grueso⁽³⁾. Su frecuencia es variable en diferentes partes del mundo, aunque es mayor en países desarrollados con reportes de 37,4 por 100 000 habitantes en Europa y de 35,3 por 100 000 habitantes al año en Estados Unidos mientras que en Latinoamérica la incidencia estimada llegó a 12,1 por 100,000 habitantes en el año 2008. Además, es el tercer cáncer más común en los hombres y el segundo en mujeres en todo el mundo⁽²⁾; en los hombres es 1,44 veces más frecuente que en las mujeres⁽⁴⁾.

1. Hospital Augusto Hernández Mendoza – EsSalud, Ica, Perú.

2. Natural and Social Sciences Research, Lima, Perú.

a. Médico Gastroenterólogo.

b. Médico Cirujano.

c. Licenciada en Enfermería.

Es un padecimiento propio de la edad adulta que incrementa su incidencia a partir de los 45 años hasta alcanzar su valor máximo en la población de 65 años y más⁽⁵⁾. El riesgo se duplica cada década después de los 50 años⁽⁶⁾. A pesar de la tecnología y sus avances, presenta altas tasas de mortalidad⁽¹⁾. Se estima que ocasiona más de medio millón de muertes en todo el mundo que representan el 8% de todas las muertes por cáncer⁽²⁾. Aproximadamente 70 a 80% de los casos deben su aparición a factores ambientales⁽⁶⁾ que incluyen el tipo, calidad y cantidad de la dieta, estilo de vida y uso de terapia de reposición hormonal⁽⁷⁾. Los factores genéticos incluyen predisposición hereditaria, entre otras causas familiares y no familiares^(7,8). Además de los anteriores, la enfermedad inflamatoria del intestino aumenta el riesgo a largo plazo⁽⁹⁾. Los síntomas gastrointestinales inferiores son comunes en los pacientes con esta enfermedad⁽¹⁾. La rectorragia y la anemia ferropénica son dos de estas manifestaciones⁽⁷⁾.

Sin embargo, la revisión de estudios publicados nos indican que existe variabilidad en sus características clínicas y epidemiológicas. Ferreyra y Melendez⁽⁸⁾, observó que la edad promedio de los pacientes con esta enfermedad era 61,5 años, 22,2% con antecedentes familiares de cáncer, en el 86,11% de los casos con dolor abdominal y el adenocarcinoma (78,57%) como diagnóstico predominante -mediante biopsia por colonoscopia- confirmado en 69,44% de las piezas quirúrgicas. Por su parte Montes de Oca, et al⁽¹⁰⁾, observaron que los casos se incrementan con el aumento de la edad del paciente, predominancia del sexo masculino (53,8%) y pacientes sin antecedentes patológicos familiares (91,5%) ni personales (76,4%), con mayor porcentaje de casos con localización anatómica en el colon izquierdo (66,1%), siendo el estreñimiento (42,4%) y la enterorragia (33%) las manifestaciones más frecuentes para los tumores de colon izquierdo, mientras que la anemia (27,4%) y el tumor palpable (22,6%) lo fueron para aquellos con afectación del colon derecho, hallando la variedad polipoidea (59,4%) y el adenocarcinoma (97,2%), siendo el estadio B (62,3%), según la clasificación de Dukes, el más frecuente. Barrero⁽¹¹⁾ halló que la localización más frecuente fue el recto (41,4%), bien diferenciado en la evaluación histológica (53,7%), siendo los principales motivos de consulta el dolor abdominal y el sangrado digestivo bajo, con estadio tumoral Dukes C como el más frecuente.

En el Perú, el cáncer de colon ocupa el octavo lugar según localización topográfica, el sexto lugar en el sexo masculino y el noveno en el sexo femenino, mostrando un importante aumento en la tasa ajustada de mortalidad. En el departamento de Ica ocupa el séptimo lugar, entre todos los cánceres, y el sexto lugar en

ambos géneros, notificándose un promedio anual de 612 casos desde el año 2005 hasta el año 2011⁽¹²⁾.

En este contexto -y debido a que el diagnóstico oportuno y terapéutica adecuada es fundamental para la sobrevivencia de los pacientes y, en aquellos donde la muerte es inminente, la atención se dirige a mejorar la calidad de vida⁽³⁾ -es importante describir las características clínicas y colonoscópicas de los pacientes con adenocarcinoma colorrectal aportando datos sobre los patrones específicos de este tipo de neoplasia maligna, debido a que el Hospital Augusto Hernández Mendoza es un nosocomio de referencia de la seguridad social (EsSalud) que recibe pacientes trabajadores -y sus derechohabientes- de los centros de menor capacidad resolutive ubicados en el departamento de Ica (Perú).

EL ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el Área de Gastroenterología del Departamento de Especialidades Médicas del Hospital Augusto Hernández Mendoza - Essalud Ica. La población estuvo conformada por todos los pacientes con adenocarcinoma colorrectal, diagnosticados y confirmados en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Essalud Ica entre enero del 2011 y diciembre del 2014. Se incluyeron 88 pacientes admitidos en el área de Gastroenterología a los que se les realizó colonoscopia en la que se confirmó el diagnóstico de cáncer colorrectal de enero del 2011 a diciembre del 2014 y cuyas historias clínicas estaban completas.

Los datos fueron recolectados mediante una ficha elaborada para la presente investigación. Los datos obtenidos, previo control de calidad, fueron ingresados a una base de datos utilizando el software IBM SPSS® (Statistical Package of the Social Science) en su versión 19.0. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante este programa estadístico. Se usó la estadística descriptiva a través de la determinación de proporciones y promedios.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres (Lima, Perú). El acceso a las historias clínicas se realizó con el permiso de la Dirección del Hospital Augusto Hernández Mendoza. Para mantener el anonimato del sujeto no se registraron nombres ni apellidos u otros datos que pudieran permitir su identificación. La confidencialidad se logró limitando el acceso a los datos solo a los investigadores.

HALLAZGOS

Tabla N°1: Características generales, clínicas y colonoscópica del adenocarcinoma colorrectal.

Característica	n	%
Sexo		
Masculino	39	44,3
Femenino	49	55,7
Procedencia		
Urbana	68	77,3
Rural	20	22,7
Edad		
Menor de 50 años	10	11,4
50 a 59 años	13	14,8
60 a 69 años	19	21,6
70 a 79 años	24	27,3
80 a más años	22	25,0
Comorbilidad		
Hipertensión arterial	35	39,8
Diabetes mellitus	13	14,8
Osteoartrosis	15	17
Tabaquismo	7	8
Cuadro clínico		
Dolor abdominal	57	64,8
Pérdida de peso	40	45,5
Diarrea	35	39,8
Masa abdominal	18	20,5
Hematoquezia	17	19,3
Estreñimiento	15	17,0
Rectorragia	13	14,8
Cambio da hábito evacuatorio	11	12,5
Hiporexia	11	12,5
Melena	6	6,8
Meteorismo	4	4,5
Tenesmo	3	3,4
Ubicación de la lesión		
Ascendente	10	11,4
Ciego	22	25,0
Descendente y sigmoides	40	45,5
Recto	11	12,5
Transverso	5	5,7
Estadaje		
Estadio I	9	10,2
Estadio II	37	42
Estadio III	34	38,6
Estadio IV	8	9,1

49 (55,7%) de los pacientes fueron de sexo femenino y 39 (44,3%) de sexo masculino; 68 (77,3%) procedían de la zona urbana y 20 (22,7%) de la zona rural. En cuanto a la ocupación, 60 (68,2%) no trabajaban y 28 (31,8%) trabajaban. 27,3% de ellos tenía 70 a 79 años de edad y 73,9% tenía 60 o más años de edad. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (35; 39,8%),

seguida de la diabetes mellitus (13; 14,8%) y de la osteoartrosis (15 (17,0%). Se observaron, además, 7 (8,0%) pacientes con tabaquismo. El dolor abdominal (64,8%), seguido de la pérdida de peso (45,5%) y de la diarrea (39,8%) fueron los tres síntomas que con mayor frecuencia se reportaron en los pacientes con adenocarcinoma colorrectal. La masa abdominal, la hematoquezia y el estreñimiento se presentaron en 20,5%, 19,3% y 17,0%, respectivamente; mientras que los demás síntomas tuvieron una frecuencia inferior al 15%. En 40 (45,5%) de los pacientes la lesión se ubicó en el colon descendente y sigmoides; en 22 (25%) de los casos la lesión se ubicó en el ciego, en 11 (12,5%) casos la lesión se ubicó en el recto, mientras que en 5 (5,7%) la lesión se ubicó en el colon transverso. En relación con el estadio de la neoplasia, 9 (10,2%) de los pacientes fueron diagnosticados en el estadio I, 37 (42,0%) en el estadio II, 34 (38,6%) en el estadio III y 8 (9,1%) en el estadio IV (Tabla N°1).

DISCUSIÓN

La mayoría de las neoplasias malignas originarias del intestino grueso son adenocarcinomas epiteliales que derivan de células epiteliales columnares en la capa mucosa del colon y el recto⁽³⁾. Su origen es multifactorial, señalándose a los aspectos dietéticos así como factores ambientales, genéticos y la longevidad, como características que influyen en el desarrollo de esta neoplasia. Por esta razón es importante determinar las características de estos pacientes al momento del diagnóstico debido a que sustenta el desarrollo de programas preventivos de esta neoplasia⁽¹³⁾.

En un estudio realizado por Montes-De Oca y col.⁽¹⁰⁾ y Flórez-Delgado⁽¹⁴⁾, aproximadamente, 3 de cada cuatro pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal tenían 60 años de edad o más. Similar hallazgo ha sido reportado por Barrero y col⁽¹¹⁾. En nuestros hallazgos observamos que esta neoplasia se diagnostica, también, en la población adulta mayor con un promedio de edad de 68 años, muy por encima de la edad promedio reportada por Ferreira y Meléndez⁽⁸⁾. Sin embargo, el grupo población más afectado es similar a los resultados de esta investigación, pues es la mujer quien tiene mayor frecuencia en nuestros resultados. Barrero y col⁽¹¹⁾ observaron que es más frecuente el diagnóstico de esta enfermedad en edades avanzadas.

Las manifestaciones clínicas de esta neoplasia varían según la ubicación del tumor. En nuestros resultados observamos que la lesión se ubica preferentemente en los segmentos colon descendente, sigmoides y recto, al igual que lo reportado por Montes-De Oca y col⁽¹⁰⁾, Barrero y col⁽¹¹⁾, así como por Flórez-Delgado y col⁽¹⁴⁾. Esta ubicación de la lesión estaría predisponiendo la sintomatología observada en nuestro estudio, pues el dolor abdominal es el principal síntoma reportado en

los pacientes evaluados. Un resultado similar al reportado por Ferreira y Meléndez⁽⁸⁾ y Barrero y col⁽¹¹⁾. Estos investigadores también observaron que el estreñimiento se reportaba como el segundo síntoma más frecuente. Sin embargo, en nuestro estudio, este tiene baja frecuencia, pues la pérdida de peso y la diarrea fueron los otros dos síntomas más reportados. Sin embargo, un hallazgo interesante es que uno de cada cuatro lesiones se ubica en el ciego, lo que hace necesaria la revisión de colon derecho en forma completa y reiterada en la fase de prevención.

Hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo también han sido reportados por Ferreira y Meléndez⁽⁸⁾ como las comorbilidades que acompañan a esta neoplasia en forma similar a los hallazgos que hemos obtenido.

Entre las limitaciones podemos mencionar que los datos obtenidos se limitan a la consulta médica, por lo que existen variables que no han podido ser evaluadas debido a que estas no son parte de una evaluación estandarizada del paciente. Asimismo, la subjetividad de algunos datos como los síntomas que manifiesta el paciente al momento del diagnóstico podría provocar sesgo de información e influir en los resultados observados en el presente estudio.

Los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de colon son principalmente adultos mayores, de sexo femenino, en estadio avanzado de la enfermedad, que expresan el dolor abdominal como síntoma más frecuente y cuya lesión se ubica, preferentemente, en el colon descendente, sigmoides y recto. Debido a esto es recomendable promover, en los asintomáticos mayores de 50 años y en grupos de alto riesgo, la realización de alguna de las siguientes pruebas: prueba anual de sangre oculta en heces o prueba de inmunohistoquímica fecal y estudio de DNA fecal, sigmoidoscopia flexible cada cinco años, prueba anual de sangre oculta en heces o prueba de inmunohistoquímica fecal más sigmoidoscopia flexible cada cinco años o la colonoscopia cada diez años, entre otros^(3,15). El enema baritado con doble contraste cada cinco años es una buena opción cuando no se dispone de otros estudios. Si se reconocen las posibles señales de alerta del cáncer y se toman medidas con rapidez puede llegarse a un diagnóstico precoz para evitar el cáncer colorrectal avanzado y la consecuente mortalidad por esta enfermedad.

Conflictos de interés: Los autores niegan conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrieu N, Launoy G, Guillois R, Ory-Paolletti C, Gignoux M. Familial relative risks of colorectal cancer: a population-based study. *Eur J of Cancer* (internet). 2003 (citado 18 set 2015); 39:1904-11. Disponible en: [http://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(03\)00420-9/pdf](http://www.ejancer.com/article/S0959-8049(03)00420-9/pdf).
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN. *Int J Cancer* (internet). 2010 (citado 18 set 2015); 127(12):2893-2917. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/full>.
3. Calva M, Acevedo M. Revisión y actualización general en cáncer colorrectal. *Anales de Radiología México* (internet). 2009 (citado 18 set 2015); 1:99-115. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091i.pdf>.
4. Viñez J, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología poblacional de cáncer colorrectal: revisión de causalidad. *ANALES Sis San Navarra* (internet). 2003 (citado 18 set 2015); 26(1):79-97. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v26n1/salud1.pdf>.
5. Laura L, Tirado-Gómez R, Mohar A. Epidemiología del cáncer de colon y recto. *Gamo* (internet). 2008 (citado 18 set 2015); 7(4):3-11. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=57221&id_seccion=2303&id_ejemplar=5791&id_revista=139.
6. Villalobos JJ, Olivera MA, Loaeza A, Villalobos ML, Torres GM. Estudio de 25 años de cáncer de aparato digestivo en cuatro instituciones de la ciudad de México. *Rev de Gastroenterol Méx* (internet). 2006 (citado 18 set 2015); 71(4):460-472. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/estudio-25-anos-cancer-del/articulo/X0375090606237598/>.
7. Newcomb P, Storer B. Postmenopausal hormone use and risk of large bowel cancer. *J Natl Cancer Inst* (internet). 1995 (citado 18 set 2015); 87:1067-1071. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7616598>.
8. Ferreira E, Meléndez H. Características clínicas, demográficas e histopatológicas de los pacientes con cáncer colorrectal del Hospital Universitario de Santander. *Rev Colomb Cir* (internet). 2012 (citado 18 set 2015); 27:213-220. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v27n3/v27n3a6.pdf>.
9. Brunicardi C, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock P. Schwartz: Principios de Cirugía. Octava ed. México DF: McGraw-Hill, 2006. Pág. 1084-1095.
10. Montes-De Oca E, Soler L, Noa G, Agüero C, Gonzales J, Barreto E. Comportamiento del cáncer colorrectal esporádico en un hospital provincial. *Revista Cubana de Medicina* (internet). 2012

- (citado 18 set 2015); 51(4):302-312. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=94017&id_seccion=489&id_ejemplar=9195&id_revista=68.
11. Barrero DC, Cortez E, Rodríguez C, Cruz M. Características epidemiológicas y clínicas del cáncer colorrectal en pacientes de la ciudad de Ibagué durante el período 2000- 2006. Rev Col Gastroenterol (internet). 2008 (citado 18 set 2015); 23(4): 315-326. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3377/337731589005.pdf>.
 12. Ramos W, Venegas DR. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013 (internet). Lima: Ministerio de Salud del Perú. 2014 (citado 18 set 2015); pág. 106. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
 13. Mondragón-Sánchez R, Fuentes-Carrasco M. Variaciones en un periodo de 24 años del cáncer colorrectal y gástrico en México. Rev Gastroenterol Mex (internet). 2003 (citado 18 set 2015); 68(2):156-157. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=15424&id_seccion=49&id_ejemplar=1589&id_revista=10.
 14. Flórez-Delgado N, Bohorquez M, Mateus G, Prieto R, de Polanco MM, Carvajal-Carmona LG. Caracterización de los hallazgos histopatológicos de tumores colorrectales en pacientes del Tolima. Rev Col Gastroenterol (internet). 2012 (citado 18 set 2015); 27(2):88-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v27n2/v27n2a05.pdf>.
 15. Burt RW, Cannon JA, David DS, Early DS, Ford JM, Giardiello FM, et al. Colorectal cancer screening. J Natl Compr Canc Netw (internet). 2013 (citado 18 set 2015); 11(12):1538-75. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24335688>.

Correspondencia

Alfredo Enrique Oyola-García

Dirección: Parque Leoncio Prado 145, Dpto. 304, Magdalena del Mar, Lima (Perú).

Teléfono: 51-956124996

Correo: aoyolag@gmail.com

Revisión de pares

Recibido: 12/10/2017

Aceptado: 28/11/2017