

Caracterización clínica, epidemiológica y endoscópica del cáncer colorrectal en pacientes geriátricos.

HOSPITAL MILITAR DOCENTE DR.MARIO MUÑOZ MONROY.MATANZAS

Revista Médica Electrónica.2009;31(6)

Caracterización clínica, epidemiológica y endoscópica del cáncer colorrectal en pacientes geriátricos. Endoscopic, epidemiologic and clinic characterization of the colorectal cancer in geriatric patients.

AUTORES

MsC. Dra. Ibis Umpiérrez García. (1)
MsC. Dra. Norma Herrera Hernández. (2)
MsC. Dra. Ania Hernández Ortega. (3)
Dra. Vilma Román Castellini. (4)
Dra.Yasnay Alonso Pereira. (5)
Dra.Leticia Díaz González. (5)

(1)MsC Longevidad satisfactoria. Especialista 1er Grado Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital Militar Docente Dr.Mario Muñoz Monroy.

(2)MsC Longevidad satisfactoria. Especialista 2do Grado Oftalmología. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Cmdte Faustino Pérez Hernández.

(3) MsC Enfermedades Infecciosas. Especialista 1er grado Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital Territorial Docente Mario Muñoz Monroy. Municipio de Colón

(4)Especialista de 1er Grado en Pediatría. Diplomada en Gastroenterología. Hospital Pediátrico Docente Eliseo Noel Caamaño. Matanzas

(5) Especialista de 1er Grado en Gastroenterología. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas

RESUMEN

El cáncer colorrectal constituye un serio problema de salud por su alta incidencia. En Cuba, esta enfermedad ocupa la cuarta neoplasia en orden de frecuencia para una tasa de 17,1 por 100,000 habitantes. Con el objetivo de determinar el diagnóstico precoz de dicha afección se realizó un estudio descriptivo, longitudinal prospectivo a los pacientes geriátricos con enfermedad colorrectal que asistieron a la consulta del policlínico Carlos Verdugo de Matanzas, en el período de enero del 2006 a diciembre del 2007 , se estudió edad, sexo, factores de riesgos, forma de presentación, localización y el diagnóstico endoscópico de esta enfermedad. Los resultados mostraron predominio del sexo femenino (52,1%), en las edades de 60 a 69 años (59,3%), los factores de riesgos que predominaron fueron los antecedentes familiares (13,5%), la colitis ulcerativa idiopática (CUI) (8,1%), y la dieta inadecuada (35,1%), la colonoscopia fue el método diagnóstico más empleado (18 pacientes), con predominio del cáncer de rectosigmoide (15 casos), siendo el polipoideo el tipo endoscópico más frecuente (13 casos). Se concluyó que no se realiza generalmente un diagnóstico precoz del cáncer colorrectal en los gerontos lo que conlleva a una disminución de las posibilidades de curación o sobrevida de estos pacientes.

NEOPLASIAS COLORRECTALES/ epidemiología

NEOPLASIAS COLORRECTALES/ etiología

NEOPLASIAS COLORRECTALES/ diagnóstico

COLITIS ULCEROSA/ etiología

COLITIS ULCEROSA/ epidemiología

COLONOSCOPIA/ métodos

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

ESTUDIOS LONGITUDINALES

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

HUMANOS

MEDIANA EDAD

ANCIANO

FEMENINO

INTRODUCCIÓN.

El cáncer colorrectal (CCR) constituye un serio problema de salud por su alta incidencia. En Cuba, esta enfermedad ocupa la cuarta neoplasia en orden de frecuencia para una tasa de 17,1 por 100,000 habitantes, habiéndose incrementado su incidencia durante la década de los años 90 e inicio del presente siglo por lo que esta patología ha adquirido mayor importancia dentro de la mortalidad general; lo que contribuye al envejecimiento poblacional, fenómeno presente en el país, unido a los factores de riesgo, hábitos y estilos de vida desfavorables para propiciar esta afección. (1)

Esta investigación surge debido a la alta morbimortalidad por CCR detectada en los pacientes geriátricos del área de salud, sin que se conociera antes en la atención primaria un trabajo dirigido a determinar el diagnóstico precoz del CCR en los pacientes geriátricos. Se demostró (2) que cuando el diagnóstico es tardío las posibilidades de un tratamiento efectivo es mínimo, así como la curación de esta enfermedad y la supervivencia en los pacientes tratados. Por estas razones nos propusimos determinar el diagnóstico precoz del CCR en pacientes, así como caracterizar esta afección desde el punto de vista clínico, epidemiológico y endoscópico al presentarse en este grupo etáreo.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, prospectivo de los pacientes portadores de síntomas colorrectales que asistieron a la consulta de gastroenterología en el policlínico "Carlos Verdugo" procedente del área de salud de Pueblo Nuevo y Playa, en el período comprendido de enero del 2006 a diciembre del 2007. El universo estuvo constituido 157 adultos mayores y se aplicó una guía de entrevista donde se identificaron las personas con riesgo de CCR y se realizó un algoritmo diagnóstico para definir la conducta a seguir en el diagnóstico temprano del CCR, los datos que se obtuvieron se registraron en la planilla de recolección de datos.

Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, síntomas, signos, antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF), tiempo que medió entre aparición de síntomas y/o signos hasta el diagnóstico de CCR, localización del tumor, complementarios utilizados para el diagnóstico y clasificación endoscópica del CCR. El procesamiento de la información se realizó mediante el análisis de frecuencias acumuladas en cifras absolutas y porcentuales.

Con el objetivo de conocer la significación de las diferencias entre las variables estudiadas, utilizamos los test de chi cuadrado, razón de disparidad e intervalos de confianza, el cual se calculó al 95 % así como razón de probabilidad para conocer la asociación entre los factores de riesgo y el CCR. El nivel de significación estadística aceptado fue del 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Tabla No.1: El grupo etáreo donde apareció la enfermedad con más frecuencia fue el de 60- 69 años (59,3 %).

Tabla No. 2: Los síntomas y signos más frecuentes fueron: las diarreas con flemas y sangre (12 pacientes), los dolores abdominales (9 casos) y los cambios en el hábito intestinal (8 pacientes), así como la mucosa hipocoloreada (22 pacientes) y la masa tumoral palpable (6 casos).

Tabla No.3: Los antecedentes familiares de CCR y la Colitis Ulcerativa Idiopática (CUI) resultaron ser los factores de riesgos estadísticamente significativos (3) y la dieta inadecuada predominó en 56 pacientes.

Tabla No.4: Se observó un promedio de tiempo de 6 meses y un año respectivamente entre la aparición de síntomas y signos hasta el diagnóstico clínico de cáncer colorrectal. (4)

Tabla No.5: El tipo endoscópico más frecuente según la clasificación vigente fue el polipoideo, presentándose en un 40,7 %.

Tabla No.6: El complementario más utilizado para establecer el diagnóstico fue la colonoscopia (18 pacientes), seguida de la rectosigmoidoscopia realizada a 15 pacientes. El rectosigmoide fue el sitio más afectado con 15 tumores del total.

Tabla No.1. Distribución del universo por edades y sexos.

Edades	Masculino Femenino				Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
30-39	-	-	1	0,6	1	0,6
40 – 49	1	0,6	0	0	1	0,6
50 – 59	3	1,8	3	1,8	6	3,6
60 - 69	46	27,8	52	31,5	98	59,3
70 – 79	22	13,3	21	12,7	43	26,0
80 y mas	7	4,2	9	5,4	16	9,7
Total	79	47,8	86	52,1	165	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla No.2. Manifestaciones clínicas de las enfermedades colorrectales en los adultos mayores.

Signos y síntomas	Cáncer colorrectal		Otras afecciones		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Dispepsia	2		14		16	9.70
Diarrea, flemas, sangre	12		-		12	7.27
Enterorragia	5		36		41	24.85
Cambio hábito intestinal	8		5		13	7.88
Dolores abdominales	9		19		28	16.97
Constipación	1		17		18	10.91
Diarreas crónicas	-		27		27	16.36
Tenesmo	-		1		1	0.61
Flemas en heces fecales	-		1		1	0.61
Mucosas hipocoloreadas	22		-		22	13.33
Tumor palpable	6		-		6	16,21

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla No.3. Factores de riesgo en pacientes geriátricos con enfermedades colorrectales.

Factores de riesgo	Con cáncer		Sin cáncer		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Pólipos	5	13,5	4	3,3	9	5,7
Antecedentes personales	2	5,4	1	0,8	3	1,9
Antecedentes familiares	5	13,5	1	0,8	6	3,8
Dieta	13	35,1	43	35,8	56	35,6
Sedentarismo	12	32,4	24	20,0	36	22,9
Diabetes tipo 2	3	8,1	14	11,6	17	10,8
Alcoholismo	2	5,4	4	3,3	6	3,8
Sobrepeso	4	10,8	5	4,1	9	5,7
Enfermedades inflamatorias						
CUI	3	8,1	-	-	3	1,9
Enf. Crohn	2	5,4	-	-	2	1,2
Colitis inespecífica	5	13,5	6	5,0	11	7,0

p> 0.05

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No.4. Tiempo de evolución de los síntomas en los geriátricos con cáncer colorrectal.

Síntomas	Menos 6 meses	Entre 6 meses y 1 año	Más de 1 año	Total
Dispepsia	-	1	1	2
Diarrea, flemas, sangre	3	5	4	12
Enterorragia	-	4	1	5
Cambio hábito intestinal	2	3	3	8
Dolores abdominales	3	4	2	9
Constipación	-	1	-	1
Total	8	18	11	37

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No.5: Diagnóstico endoscópico del cáncer colorrectal según localización.

Localización	Características					Total	
	Polipideo	Ulcerado	Infiltrante	Avanzado inclasificado	Sin diagnóstico	No.	%
Recto	3	2	3	2	-	10	27,2
Sigmoide	3	-	-	1	1	5	13,5
Colon descendente	2	1	2	-	-	5	13,5
Colon ascendente	3	-	1	-	3	7	18,9
Colon transverso	1	1	-	-	4	6	16,2
Ciego	2	-	-	-	1	3	8,1
Ángulo hepático	-	-	1	-	-	1	2,7

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Tabla No.6 Exámenes y medios diagnósticos utilizados según localización del cáncer colorrectal.

Localización	Colon por enema	Colonoscopia	Recto Sigmoidoscopia	Ultrasonido		Hemoglobina		Eritrosedimentación			Tacto rectal	
				Normal	Alta	Positivo	Negativo					
	Positivo	Negativo	Normal	Baja	Normal	Alta	Positivo	Negativo				
Recto	-	-	10	2	8	4	6	5	5	8	2	
Sigmoide	-	-	5	1	3	5	-	3	2	-	5	
Colon descendente	-	5	-	1	4	-	5	2	3	-	5	
Colon ascendente	1	6	-	3	2	3	4	3	4	-	7	
Colon transverso	2	4		1	2	-	6	3	3	-	6	
Ciego	1	2	-	1	2	2	1	2	1	-	6	
Ángulo hepático	-	1	-	-	1	-	1	-	1	-	1	
Total	4	18	15	9	28	14	23	18	19	8	29	

Fuente: Planilla de recolección de datos.

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) constituye un serio problema de salud, ya que mueren anualmente en el mundo 4 millones de personas por esta enfermedad. (5) La bibliografía consultada de países con alta incidencia de cáncer colorrectal (6) muestra que la edad de aparición es a partir de los 60 años, existiendo una correspondencia con los resultados del presente estudio, lo que puede ser debido a que es a partir de estas edades es cuando aparece esta entidad como complicación de enfermedades del colon preexistentes que constituyen factores de riesgo conocidos (7) o como efecto de dietas no sanas, factor de riesgo al cual se le atribuye mayor importancia cada día. (8)

n relación al sexo predominó el femenino coincidiendo con un estudio realizado en el Instituto de Gastroenterología en el año 2007 y con otros estudios en la esfera internacional. (9)

Los síntomas que con más frecuencia se encontraron fueron las diarreas con flemas y sangre, dolores abdominales y los cambios en el hábito intestinal coincidiendo con otros estudios nacionales e internacionales (10,11). En cuanto a signos el que más se encontró fue la mucosa hipocoloreada debido a la anemia crónica secundaria por sangramientos ocultos o enterorragia. (12)

Entres los factores de riesgo los antecedentes familiares de CCR y la CUI fueron estadísticamente significativos. Teniendo en cuenta que la herencia es un factor de riesgo no modificable muy importante (13), sería oportuno considerar que a los descendientes de enfermos de CCR se les realizara un seguimiento periódico durante toda su vida así como en el caso de los pacientes con CUI, afección muy relacionada con la entidad patológica mencionada. (14)

La dieta inadecuada es frecuente en nuestro país por la compleja situación en relación con la alimentación, a veces por mal hábito alimenticio y otras por desconocimiento, ya que la baja cantidad de fibras dietéticas de origen vegetal (capaces de captar e inactivar los ácidos biliares en demasía en el colon), facilita que se desencadene el proceso. Elevada cantidad de ácidos biliares, secundarios y derivados del colesterol tienen una acción agresiva sobre la mucosa intestinal del colon, proceso irritativo crónico que daña el DNA celular con proliferación celular, originando los pólipos con degeneración maligna a CCR. (15)

Nos llama la atención el prolongado tiempo que medió entre la aparición de los síntomas y signos y el momento en que se realizó el diagnóstico, poniéndose de manifiesto la poca importancia que tuvieron como sospecha para el diagnóstico, toda vez que nuestra población no carece de atención médica, esto coincide con otros

estudios realizado donde se precisa el diagnóstico tardío por no identificar adecuadamente los síntomas que nos puedan llevar al CCR. (16)

Atendiendo a localización y características endoscópicas, la mayoría de los registros coinciden en situar esta patología como más frecuente en la región rectosigmoidea, estos datos coinciden con los resultados del presente estudio. En cuanto al tipo endoscópico, trabajos nacionales e internacionales reportan que más del 50% se corresponde a la forma polipoidea, mientras que la forma ulcerada y la avanzada inclasificable son las menos frecuente, estos datos son similares a los obtenidos por la autora. Con relación a los exámenes complementarios se aprecia como método de elección para el diagnóstico la colonoscopia seguido de la rectosigmoidoscopia, sobre todo esta última en aquellos casos en que se detectó a través del tacto rectal una masa tumoral sugestivo de cáncer y aquellos que presentaban sangramiento digestivo bajo, esta prueba es la ideal en pacientes con estas características ya que son pacientes de edad avanzada que no pueden realizar adecuadamente la preparación. Estos datos son similares a otros trabajos realizados en la provincia y en el país. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, concluimos que el cáncer colorrectal se presenta en los pacientes estudiados acorde a los patrones descritos para esta entidad a nivel mundial en cuanto a sus características clínicas, semiológicas y complementarios usados en su detección, existiendo un retraso considerable entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad por lo que el diagnóstico de la entidad no se realiza de forma precoz, lo que incide de forma negativa disminuyendo las posibilidades de curación y sobrevida de los pacientes; todo lo que motiva a la autora a recomendar la creación de un algoritmo diagnóstico acorde a los medios existentes en el área de salud, encaminado a la prevención y detección precoz del CCR. Debe hacerse además el rescate un método de bajo costo y alta sensibilidad como la determinación de sangre oculta en heces fecales con el que se pudiera iniciar un algoritmo de pesquizado dirigido a la población aparentemente sana y sin riesgo conocido, en edades donde la aparición es más frecuente a través de la Atención Primaria de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berenguer J, Berenguel M, Ponce J. Cáncer de colon y recto. 3era ed. Madrid; 2000. p. 37, 38, 361-89
2. Carles Nahas S, Sparapan Marques CF, Alonso Araujo S. Colonoscopia como método diagnóstico terapéutico das molestias do intestino grosso: análisis de 2567 exámenes. Rev Arquivos Gastroenterol. 2005; 42(2): 62-65.
3. Rainoldi JL. Epidemiología del cáncer colorrectal. Lima Perú: Editorial Cimagraf; 2005; 36: 162-64
4. Hernández Valdéz E. Cáncer colorrectal en pacientes geriátricos, experiencia en el Hospital "Faustino Pérez" 1996-2005. Matanzas; 2007.
5. OMS. Modelo para ayudar a determinar el riesgo de cáncer colorrectal. JAMA. 2006; 296: 1478-96.
6. Meyerhardt Jeffrey A, Hollis D, Saltz Leonard B, Mayer Robert J. Cancer Recurrence and Survival in 2 Patients With Stage III Colon Cancer. JAMA. 2007; 298(7): 754-64.
7. Hernández Acosta AM. Colonoscopia, método idóneo en el diagnóstico de las neoplasias colorrectales; 2007.
8. Durán Ramos O, González Ojeda A, Cisnero López F, Hermosillo Sandoval J. Experiencia en el manejo del cáncer colorrectal. Centro Médico Nacional de Occidente; 2001. p. 153-8.
9. Luna PP, Reyna HA, Rodríguez DF, Medrano R. Cáncer colorrectal. Rev Gastroenterol Méx. 2004; 62 (3): 175-83.
10. Hewitson P, Glasziou O, Irwig L, Towle B, Watson E. Detección del cáncer colorrectal con las pruebas de sangre oculta en materia fecal. Disponible en: <http://www.upate-software.com> [consultado 23 sept 2008].
11. OMS. Colorrectal cáncer: Epidemiology, risk factors, and Health services. Clin Colon Rectal Surg. 2005; 18: 133-40.
12. Vera Calderón A, Frisancho Velarde O, Max Yoza Y. Perfil clínico y epidemiológico de la colitis ulcerativa en un Hospital de Lima Augusto Vera Calderón. Rev Gastroenterol Perú. 2004; 24: 135-42.
13. Paniagua M. Cáncer colorrectal. Prevención, Pesquizado y Vigilancia. Habana: Instituto de Gastroenterología; 2005. p. 21-30.

14. Slattery ML. Dret lifestyle and colon cancer. *Semin Gastrointest Dis.* 2005;11:142-6.
15. Kalissan B, Saulet JC, Vallot T, Mignon M. Applicability and efficacy of qualifying criteria for on appropriate use of diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterol Clin Biol.* 2006;30 (5):673-80
16. Alejo Concepción O. Diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal en el Hospital Militar de Matanzas. Matanzas: Tesis para optar por el título de especialista en Cirugía General; 2007

SUMMARY

The colorectal cancer is a serious health problem because of its high incidence. In Cuba, this disease is the fourth neoplasia in order of frequency with a rate of 17.1 per 100 000 inhabitants. With the objective of determining the precocious diagnosis of this complaint we carried out a prospective, longitudinal and descriptive study among geriatric patients with colorectal disease assisting to consultation at the policlinic Carlos Verdugo of Matanzas in the period from January 2006 to December 2007. The studied parameters were age, genre, risk facts, presentation forms, localization, and endoscopic diagnosis of the disease. The results showed predominance of female sex (52,1 %), in ages from 60 to 69 years old (59.3 %), predominating risk facts like familiar antecedents (13,5 %), idiopathic ulcerative colitis (8.1 %), and an inadequate diet (35.1 %). The most used diagnostic method was colonoscopy (18 patients), with predominance of the rectosigmoidal cancer (15 cases), being the polypoid one the most common endoscopic kind (13 %). We concluded that generally there is not a precocious diagnosis of the colorectal cancer among geriatric patients, leading to a decrease of the healing possibilities and surviving of these patients.

MeSH

COLORECTAL NEOPLASMS/ epidemiology
COLORECTAL NEOPLASMS/ etiology
COLORECTAL NEOPLASMS/ diagnosis
COLITIS, ULCERATIVE/ etiology
COLITIS, ULCERATIVE/ epidemiology
COLONOSCOPY/ methods
EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE
LONGITUDINAL STUDIES
PROSPECTIVE STUDIES
HUMANS
MIDDLE AGED
AGED
FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Umpiérrez García I, Herrera Hernández N, Hernández Ortega A, Román Castellini V, Alonso Pereira Y.

Caracterización clínica, epidemiológica y endoscópica del cáncer colorrectal en pacientes geriátricos. Presentación de dos casos. *Rev méd electrón* [Seriada en línea] 2009; 31(5). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema10.htm> [consulta: fecha de acceso]