

## **Eficacia de los medios diagnósticos en el cáncer colorrectal en pacientes geriátrico**

Efficacy of diagnostic means of the colorrectal cancer in elder patients

### **AUTORES**

Dra. Ibis Umpiérrez García (1)

**E-mail:** [ibis.mtz@infomed.sld.cu](mailto:ibis.mtz@infomed.sld.cu)

Dra. Yasnay Alonso Pereira (2)

Dra. Leticia Díaz González (3)

Dra. Carmen Valls Figueroa (4)

Dr. Jesús Castellanos Suárez (5)

Dra. Lorena Sixto Simpson (6)

1) Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesora Instructora. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

2) Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

3) Especialista de I Grado en Medicina General Integral, y en Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

4) Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

5) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 1er año de Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

6) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 1er año de Gastroenterología. Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

### **RESUMEN**

Las enfermedades colorrectales constituyen un serio problema de salud por su alta incidencia. En Cuba esta enfermedad ocupa la 4ta en orden de frecuencia para una tasa de 17,1 x 100 000 habitantes. Nuestro objetivo fue determinar los medios diagnósticos más utilizados en el pesquisaje del cáncer colorrectal. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo en el Policlínico Carlos Verdugo. El universo estuvo conformado por 37 pacientes geriátricos que asistieron a la consulta de gastroenterología en el periodo comprendido de enero 2007 a diciembre 2008. Las variables empleadas fueron sexo, edad, síntomas, signos y medios diagnósticos.

El sexo más afectado fue el femenino para un 54 %, el grupo etáreo donde apareció la enfermedad con más frecuencia fue de 60 a 69 años. Los síntomas y signos que predominaron fueron las diarreas con flemas y sangre en 12 pacientes, el dolor abdominal en nueve casos y el cambio del hábito intestinal en ocho pacientes, así como la mucosa hipocoloreada en 22 pacientes y la masa tumoral palpable en seis casos. El medio diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido con una positividad en (nueve casos), seguido de las colonoscopia con una positividad de 33 pacientes y de ellos el colon por enema con una positividad de 31 casos.

NEOPLASIAS COLORRECTALES/diagnóstico  
NEOPLASIAS COLORRECTALES/etiología  
NEOPLASIAS COLORRECTALES/epidemiología  
NEOPLASIAS COLORRECTALES/ ultrasonografía  
COLONOSCOPIA  
ENEMA/métodos  
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS/utilización  
HUMANOS  
MEDIANA EDAD  
ANCIANO  
ANCIANO DE 80 AÑOS Y MÁS  
EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA  
ESTUDIOS LONGITUDINALES  
ESTUDIOS PROSPECTIVOS  
HOSPITALES MILITARES  
MATANZAS  
CUBA

## INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) constituye un serio problema de salud, ya que mueren anualmente en el mundo 4 millones de personas por esta enfermedad. (1) Esta entidad constituye la tercera causa de muerte en orden de frecuencia en la población mundial. En Cuba, la mortalidad por cáncer se incrementó durante la década de los años 90 e inicio del presente siglo, adquiriendo mayor importancia dentro de la mortalidad general. Contribuye a esto el envejecimiento poblacional, unido a los factores de riesgo, hábitos y estilos de vida desfavorables. (2)

El cáncer colorrectal es la neoplasia maligna más frecuente del tubo digestivo, y engloba un conjunto de cánceres de colon y recto que se localizan en lugares diferentes del intestino grueso. Este tumor aparece con mayor frecuencia entre la quinta y séptima década de la vida. En relación a su localización, el 23 % de estas neoplasias afectan al recto, el 10 % a la unión recto-sigmoidea, el 25 % al sigma, el 6 % al colon descendente, el 13 % al colon transversal, el 8 % al colon ascendente, y el 15 % al ciego. El cáncer de recto es más frecuente en varones, mientras que el de colon derecho, afecta más a mujeres. (3)

Se sabe que por su etapa preclínica muy larga, el cáncer colorrectal es perfectamente prevenible con un programa de prevención y pesquisaje diseñado. (4) La posibilidad del tratamiento se hace mayor a medida que se realice un diagnóstico precoz, de ahí la importancia de pesquisajes periódicos a pacientes con riesgos. (5)

Se propuso este trabajo debido a la alta morbimortalidad detectada en el servicio de gastroenterología en los pacientes geriátricos, sin que se haya realizado un estudio encaminado a valorar la eficacia del medio diagnóstico en la detección del CCR. Es necesario establecer medidas de prevención encaminadas a la solución de esta enfermedad que se ha convertido en un real problema de salud a nivel mundial. La primera se refiere a impedir que la enfermedad ocurra, modificar condiciones ambientales, estilos de vida y otros. Por esta razón resulta importante hacer una detección precoz de los síntomas que nos oriente a una enfermedad neoplásica del colon, así como realizar una labor profiláctica a nivel de la atención primaria.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, donde se identificaron las características clínicas epidemiológicas, endoscópicas y radiológica de los pacientes con enfermedad colorrectal, que asistieron a la consulta de gastroenterología, en el Hospital Docente Militar Mario Muñoz Monroy, de Matanzas, en el período comprendido de enero de 2007 a diciembre de 2008.

El universo estuvo constituido por 37 adultos mayores, y se aplicó una guía de entrevista, donde se identificaron las personas con riesgo de cáncer colorrectal, así como sus síntomas. Además, se valoró la eficacia de los medios diagnósticos en esta enfermedad. También se recogieron los datos (edad y sexo) de aquellos pacientes con CCR con menos de 60 años, en el departamento de estadística durante el período del estudio.

Los pacientes se clasificaron mediante una guía de entrevista y una planilla de recolección de datos, valorando edad, género, APP, APF, estudios endoscópicos o colon por enema, ultrasonido, así como el análisis histológico de la muestra.

**Tabla No. 1. Incidencia de cáncer colorrectal por edades y sexo**

Edades	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
60 - 69	7	15,5	14	31,1	21	46,7
70 - 79	7	15,5	4	8,9	11	24,4
80 y más	3	6,6	2	4,4	5	11,1

N=37 Fuente: Planilla de recolección de datos.

**Tabla No. 2: Manifestaciones clínicas del cáncer colorrectales en los adultos mayores**

Signos y síntomas	Cáncer colorrectal	%
Dispesia	2	3,85
Diarrea, flemas, sangre	12	32,43
Enterorragia	5	13,51
Cambio hábito intestinal	8	21,62
Dolores abdominales	9	24,32
Constipación	1	2,70
Mucosas hipocoloreadas	22	59,45
Tumor palpable	6	16,21

Fuente: Planilla de recolección de datos.

**Tabla No. 3. Factores de riesgo en pacientes geriátricos con ccr**

Factores de riesgo	n	%
Pólipos	5	13,5
Antecedentes personales	2	5,4
Antecedentes familiares	5	13,5
Dieta	13	35,1
Sedentarismo	12	32,4
Diabetes Tipo II	3	8,1
Alcoholismo	2	5,4
Sobrepeso	4	10,8
Enfermedades inflamatorias		
CUI	3	8,1
Enf. Cronh	2	5,4
Colitis inespecífica	5	13,5

p> 0.05

Fuente: Planilla de recolección de datos.

**Tabla No. 4. Diagnóstico endoscópico del cáncer colorrectal según localización**

Localización	Características					Total	
	Polipoideo	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. 5. Exámenes y medios de diagnósticos utilizados según localización del cáncer colorrectal

Localización	Exámenes y medios										
	Colon por enema			US		HB		VSG		TR	
	Colon por enema	Colonoscopia	RSM	Positivo	Negativo	Normal	Baja	Normal	Alta	Positivo	Ne gat ivo
Recto	8	-	10	2	8	4	6	5	5	8	2
Sigmoide	5	-	5	1	3	5	-	3	2	-	5
Colon descendente	5	5	-	1	4	-	5	2	3	-	5
Colon ascendente	6	6		3	2	3	4	3	4	-	7
Colon transverso	4	4		1	2	-	6	3	3	-	6
Ciego	2	2	-	1	2	2	1	2	1	-	6
Ángulo hepático	1	1	-	-	1	-	1	-	1	-	1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>8</b>	<b>29</b>

Fuente: Planilla de recolección de datos.

IMÁGENES



Imagen 1. Defecto de lleno.



Imagen 2. Estenosis de la unión recto Sigmoidea.



Imagen 3. Mordida de manzana.

## DISCUSIÓN

En la tabla No.1 se observa el total de pacientes con cáncer colorrectal de diferentes rangos de edades, donde predominó el de 60 a 69 años, para un 46,5 % de los pacientes. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en el Hospital Docente Militar Mario Muñoz Monroy, por el Dr. Alejo Concepción, en el período comprendido de enero de 2001 a enero de 2005, donde de 55 operados de cáncer colorrectal, el 34,54 %, correspondió a ese grupo etáreo. En Estados Unidos de Norteamérica, Crawford encontró la máxima incidencia de la afección entre los 60 y 79 años de edad, y menos del 20 % en menores de 50, planteamiento avalado por los hallazgos de otros autores. (6,7) En este estudio prevaleció el sexo femenino en un 44,4 % de los pacientes. También coincide con un estudio realizado en el Instituto de Gastroenterología, donde predominó el sexo femenino. (8) En el país, según los reportes estadísticos del MINSAP del año 2005, se informa la tasa de mortalidad más alta en el sexo femenino con 19,3 por 100 000 habitantes. (9)

En la tabla No. 2, se muestran los síntomas y signos que con más frecuencia se encontraron en el cáncer colorrectal, siendo las diarreas con flemas y sangre, dolores abdominales, y los cambios en el hábito intestinal, coincidiendo con otros estudios. El signo que más se encontró fue la mucosa hipocoloreada (13,33 %), debido a la anemia crónica microcítica secundaria por sangramientos ocultos o enterorragia. (10)

La tabla No. 3 evidencia los factores de riesgo de forma general en todos los pacientes con cáncer colorrectal. Los antecedentes familiares y la CUI fueron los factores estadísticamente significativos. Teniendo en cuenta los antecedentes familiares en el cáncer colorrectal, se encontró en un 13,5 % de los pacientes, que la herencia es un factor de riesgo muy importante a tener en cuenta y no es modificable. Sería importante considerar que la elevada incidencia de descendientes de enfermos con esta patología fuese considerada como un dato importante, y en consecuencia, actuar tempranamente sobre los mismos. El riesgo de los pacientes con CUI de desarrollar cáncer colorrectal se correlaciona más estrechamente con la duración de la enfermedad, y de aquellos pacientes que padecen de colitis universal. Se plantea que en el segmento de mucosa colónica enfermo puede aparecer una displasia que es precursor del carcinoma, sobre todo si es de alto grado, donde se ha visto hasta un 25 % de estos enfermos afectado por esta neoplasia. Debido a esto, deben tener estos pacientes un seguimiento con biopsias para contribuir eficazmente al control del riesgo del carcinoma. A pesar que en el estudio sólo se reportó en un 1,9 % de los pacientes, es una enfermedad que debe llevar un seguimiento, ya que se puede sobreañadir una neoplasia de colon. (11)

La dieta inadecuada predominó en un 35,6 %, en relación con la alimentación, a veces por mal hábito alimentario 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, facilitan que se desencadene el proceso. (12)

El sedentarismo y la diabetes tipo II fueron los otros dos factores de riesgo más frecuentes encontrados en los pacientes con enfermedades colorrectales. La inactividad física es un factor de riesgo para las personas mayores, disminuyendo la motilidad intestinal, provocando constipación y mayor tiempo de contacto de los carcinógenos con la mucosa del colon. (13)

En la tabla No. 4, en cuanto al análisis de los pacientes con cáncer colorrectal según su localización y características endoscópicas, tenemos que 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. (14) En la literatura revisada se encontró trabajos como el de la doctora Hano realizado en el Instituto de Gastroenterología, donde el 66 % se encontraba en el recto sigmoide, al igual que el realizado por los coloproctólogos del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico 10 de Octubre, donde coincide con esa misma localización. En cuanto al tipo endoscópico, trabajos nacionales e internacionales reportan que más del 50 % corresponden a la forma polipoidea, mientras que las formas ulcerada y avanzada inclasificable son las menos frecuente; estos datos coinciden con el estudio. (15)

Por su parte, la Tabla No. 5 muestra los exámenes y medios diagnósticos utilizados según la localización del cáncer colorrectal, donde se aprecia como método de elección para el diagnóstico la colonoscopia con toma de biopsia de la lesión. El mismo se realizó a 18 de los pacientes, siendo la localización más frecuente el colon descendente y ascendente, esto coincide con otros estudios realizados en el país.

La rectosigmoidoscopia se practicó a 15 de los pacientes, sobre todo a aquellos en que se detectó, a través del tacto rectal, una masa tumoral sugestivo de cáncer de recto, y a los que presentaban sangramiento digestivo bajo. Esta prueba es la ideal en pacientes con estas características, ya que son pacientes de edad avanzada que no pudieron realizar adecuadamente la preparación. Estos datos son similares a otros trabajos realizados en la provincia y en el país.

El ultrasonido resultó ser un medio de diagnóstico útil en la detección de tumores grandes, así como presencias de metástasis a otros órganos en un 24,32 %, muy importante para la conducta médica. Estos datos se corresponden con otros estudios en el país. La VSG se comportó de forma similar en cuanto a su positividad y valor normal en el total de los pacientes, y sin variación importante según la localización del tumor. En las revisiones realizadas, este método diagnóstico no fue utilizado como marcador en el diagnóstico del cáncer colorrectal.

El TR resultó positivo en el 80 % de los pacientes con cáncer de recto, y solamente el 20 % resultó ser negativo, lo cual permite realizar un diagnóstico clínico casi en la totalidad de los pacientes; pero es un proceder con frecuencia olvidado en la práctica clínica diaria. El colon por enema resultó una prueba por mostrar una positividad en 31 pacientes, solamente en dos con neoplasia de recto a forma ulcerada que no fue detectables mediante este estudio. Esto coincide con lo reportado en la literatura, que la misma tiene una sensibilidad del 90 %, siendo un método más barato y accesible, por lo que se puede utilizar en pacientes con alta sospecha, mientras se espera a la realización de una colonoscopia. Junto con la sigmoidoscopia flexible es una alternativa eficaz para los pacientes que no toleran la colonoscopia, o para el seguimiento a largo plazo tras resección de un cáncer o pólipo; también es útil en caso de lesión estenosante que impida el paso del colonoscopio.

## CONCLUSIONES

Se identificaron como los principales síntomas en las personas de la tercera edad, las diarreas con flemas y sangre, los dolores abdominales y los cambios en el hábito intestinal. Los factores de riesgos predominantes fueron los antecedentes familiares, la CUI y la dieta inadecuada en una proporción elevada. La colonoscopia fue el método diagnóstico más utilizado, seguido del colon por enema. El ultrasonido resultó ser una prueba útil en la detección de tumores de gran tamaño y en la búsqueda de lesiones metastásicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pignone M, Bucholtz D, Harris R. Statistical information system internacional agency for research on cáncer. *J Gen Intern Med.* 1999;14:432-7.
2. FCAECC. Mortalidad por cáncer en España. Ambos sexos. 1990-2000. Madrid: FCAECC; 2005.
3. Berenguer J, Ponce J. Cáncer de colon y recto. *Gastroenterología y Hepatología.* 3era ed. Madrid; 2002. p. 37-8,361-89.
4. Twelves C, Wong A. Capcitabine as adjuvant treatment for stage cancer colon. *NEJM.* 2005;352(26):2746-8.
5. Díaz Placencia J, Tantale E. Cáncer Colorrectal. Cuadro Clínico y sobrevida. *Gastroenterol.* 2004;16(1):48-56.
6. Volgeistein B, Kinzler KW. The multistep nature of cáncer. *Trends Genetics.* 2005;9:138-40.
7. Luna PP, Reyna HA, Rodríguez DF, Medrano R. Cáncer colorrectal. *Rev Gastroenterol Méx.* 2004;62(3):175-83.
8. Sleisenger N. Neoplasia maligna del intestino grueso. t. 2. 6ta ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2006.
9. Meyerhardt Jeffrey A, Hollis D, Saltz Leonard B, Mayer RJ. Association of Dietary Patterns With Cancer Recurrence and Survival in 2 Patients With Stage III Colon Cáncer. *JAMA.* 2007; 298(7):754-64.
10. Slattery ML. Diet, lifestyle and colon cancer. *Semin Gastrointest Dis.* 2005;(11):142-6.
11. Roque SF, Navarro LA. Prevención y Pesquisa del cáncer colorrectal. Lima, Perú: Edit. Cimograf; 2005. p. 168.
12. Cifuentes Aguilera U. Hallazgos colonoscópicos en pacientes atendidos en el servicio de Endoscopia del Hospital Escuela Doctor Oscar Danilo Rosales Argüello, León, en el periodo 2003-2004. *Rev Méd Chile.* 2008;136(8)
13. Hernández Valdez E. Cáncer colorrectal en pacientes geriátricos, experiencia en el Hospital "Faustino Pérez" 1996-2005. La Habana: SILAC; 2007.
14. Martínez A, Alonso A. Utilidad en la ecografía en el diagnóstico de los pacientes con sospecha de neoplasia del tubo digestivo. *Rev Esp Enferm.* 2008;100(9):545-51.

## SUMMARY

Colorrectal diseases are a serious health problem because of its high incidence. In Cuba this disease is at the 4 th place in frequency order with a rate of 17,1 x 100 000 inhabitants. The objective of our investigation was determining the most used diagnostic means in the colorrectal cancer testing. We carried out a descriptive, longitudinal and prospective study at the Policlinic Carlos Verdugo. The universe was formed by 37 elder patients assisting the gastroenterology consultation in the period from January 2007 to December 2008. The variables used were genre, age, symptoms, signs and diagnostic means. Among the main results we found that the most affected genre was the female one with 54 %, the age group where the disease was more frequent was the group of 60-69 years old persons. The predominant symptoms and signs were diarrhea with phlegm and blood in 12 patients, abdominal pain in 9 cases and intestinal habits change in 8 patients, and also hypocolored mucosa in 22 patients and palpable tumor mass in 6 cases. The most used diagnostic mean was ultrasound with positivity in 9 cases, followed by colonoscopy with a positivity of 33 patients, among them colon by enema with a positivity of 31 cases.

## MeSH

**COLORECTAL NEOPLASMS/diagnosis**  
**COLORECTAL NEOPLASMS/etiology**  
**COLORECTAL NEOPLASMS/epidemiology**  
**COLORECTAL NEOPLASMS/ultrasonography**  
**COLONOSCOPY**  
**ENEMA/methods**  
**DIAGNOSTIC TECHNIQUES AND PROCEDURES/utilization**  
**HUMANS**  
**MIDDLE AGED**  
**AGED**  
**AGED, 80 AND OVER**  
**EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE**  
**LONGITUDINAL STUDIES**  
**PROSPECTIVE STUDIES**  
**HOSPITALS, MILITARY**  
**MATANZAS**  
**CUBA**

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Umpierrez García I, Alonso Pereira Y, Díaz González L, Valls Figueroa C, Castellanos Suárez J, Sixto Simpson L. Eficacia de los medios diagnósticos en el cáncer colorrectal en pacientes geriátricos. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2010;32(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol2%202010/tema5.htm> [consulta: fecha de acceso]