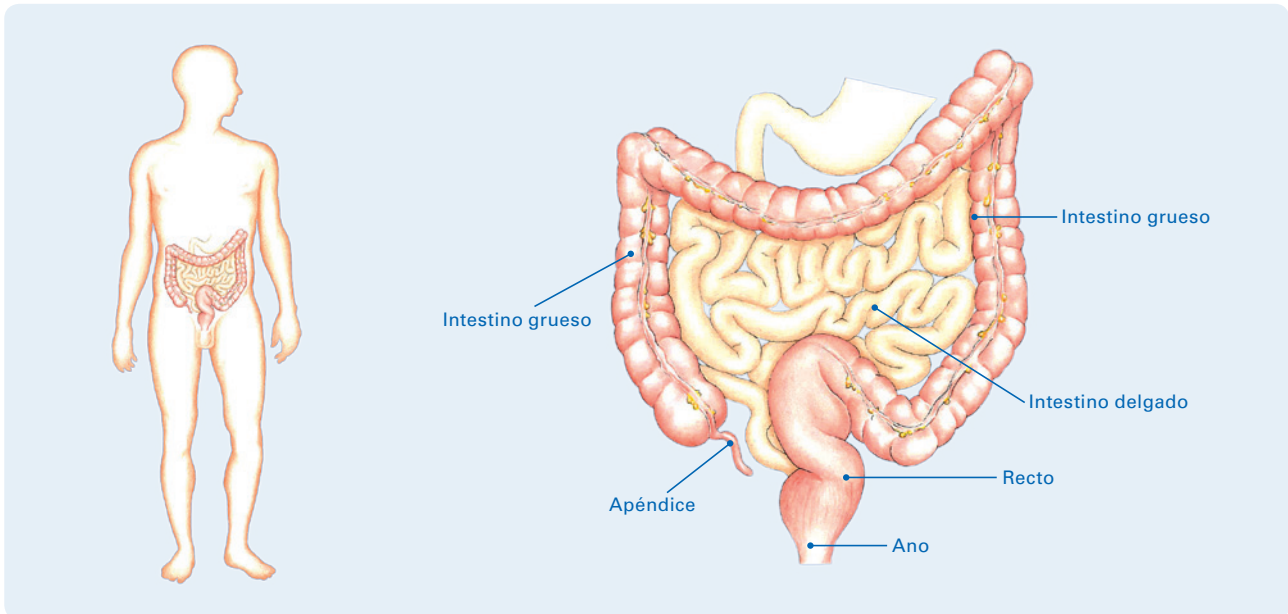




Cáncer colorrectal

Carcinoma de colon y recto, carcinoma colorrectal



El intestino grueso

En su camino a través del aparato digestivo (boca, estómago, intestino delgado), el alimento es progresivamente transformado. Finalmente, los restos de alimento llegan al intestino grueso (colon), donde son endurecidos y transportados hacia el ano. En el último tramo del intestino grueso, el recto, las heces son retenidas hasta su expulsión por el ano.

El cáncer colorrectal se desarrolla en las células de la mucosa que recubre el interior del intestino grueso. La última sección del intestino grueso, el recto, es la zona donde con mayor frecuencia surge un cáncer.

Los términos «cáncer colorrectal» y «cáncer de intestino» suelen hacer referencia a la misma enfermedad. Esto se debe al hecho que es raro que aparezcan cánceres en otras partes del intestino (intestino delgado, ano), por otro lado el cáncer colorrectal hace parte de los tipos más frecuentes de cáncer.

Incidencia

En Suiza, aproximadamente 4000 personas enferman cada año de cáncer colorrectal. Esto representa un 11% de todos los cánceres. Por tanto, el cáncer colorrectal es la tercera forma de cáncer más común, en las mujeres hasta la segunda. El cáncer colorrectal

afecta sobre todo a las personas ancianas: un 37% de los pacientes tienen entre 50 y 70 años, un 57% ya han pasado los 70 años de edad.

Síntomas

El cáncer colorrectal no suele dar síntomas durante largo tiempo. Las siguientes molestias pueden señalar la existencia de un cáncer colorrectal:

- > Sangre en los excrementos (deposiciones rojas o negras).
- > Trastornos de defecación, por ejemplo sensación de tener que evacuar sin deposición subsiguiente.
- > Aparición de dolores abdominales.
- > Cambio en el ritmo intestinal: se alternan la diarrea y el estreñimiento, deposiciones acintadas, dolor cólico o flatulencia sin causa aparente.
- > Pérdida de peso no intencionada.

Diagnóstico y exámenes

El principal método diagnóstico del cáncer colorrectal es la colonoscopia. Consiste en la introducción de un instrumento (endoscopio) en el intestino a través del ano. La cámara incorporada permite visualizar atentamente el intestino por dentro. Con instrumentos especiales se pueden tomar muestras de tejido que se analizan luego en laboratorio para buscar células cancerosas.

Para determinar la extensión de un tumor en el cuerpo quizás se recurra a técnicas de diagnóstico por imagen, tal como la radiografía del intestino, la ultrasonografía de los órganos abdominales, la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (MRT/MRI).

Etapas de la enfermedad

La estadificación se basa en el sistema internacional denominado TNM que toma en cuenta la extensión del tumor (T), la afectación de los ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis (M). El cáncer colorrectal es clasificado como sigue:

- T0** No hay evidencia de tumor.
- T1** El tumor se limita a la capa más interior de la pared intestinal.
- T2** El tumor se ha extendido hasta la capa muscular de la pared intestinal.
- T3** El tumor se ha diseminado por todas las capas de la pared intestinal.
- T4** El tumor ha invadido tejidos adyacentes.
- Tx** No se puede evaluar la extensión del tumor.
- N0** Los ganglios linfáticos no han sido afectados.
- N1** El tumor ha afectado uno a tres ganglios linfáticos adyacentes.
- N2** El tumor ha afectado cuatro o más ganglios linfáticos adyacentes.
- Nx** No se puede evaluar el nivel de afectación de los ganglios linfáticos.
- M0** Ninguna metástasis.
- M1** Presencia de metástasis en otros órganos, por ejemplo en el hígado o en el pulmón.
- Mx** No se puede evaluar la presencia de metástasis.

Terapia

El tipo de tratamiento dependerá, entre otras cosas, del alcance del tumor. De ser posible, un cáncer colorrectal es extirpado por medio de cirugía. Si el tumor se encuentra en un estadio muy precoz, la terapia acaba con la intervención quirúrgica.

Cuando el estadio del cáncer colorrectal es alto, se realizan otros tratamientos adicionales. Con frecuencia se radia el tumor y/o se usa la quimioterapia ya antes de la operación (radioquimioterapia). Esta medida tiene como objetivo la reducción del tamaño del tumor y el aumento de las probabilidades de éxito de la operación. Otra opción es la quimioterapia postoperatoria.

Si el tumor ha desarrollado metástasis, se pueden aplicar otros tratamientos, tal como radioquimioterapia o fármacos avanzados (anticuerpos monoclonales, inmunoterapia). Una terapia medicamentosa puede aliviar el dolor y aumentar la esperanza de vida. Ciertas metástasis, en particular las metástasis hepáticas, pueden ser reducidas o hasta eliminadas por medio de técnicas especiales.

Consecuencias del tratamiento

Hoy en día, en la mayoría de las intervenciones de cirugía colorrectal es posible dejar intacto el ano, evitando así la colocación de una salida artificial permanente (colostomía).

Si el tumor se encuentra localizado muy cerca del ano, hay que proceder a una extirpación completa del recto y del ano junto con el esfínter anal y realizar una colostomía. El extremo final del intestino grueso es conducido hacia afuera a través de una pequeña abertura adosada a la pared abdominal. Después de la operación, las heces se expulsan a través del estoma en una bolsa especial pegada a la piel en la zona abdominal. La función natural de defecación es suprimida.

Controles posteriores

Después de terminar el tratamiento del cáncer, los pacientes deberían seguir consultando su médico para efectuar controles posteriores. Éste explicará específicamente el tipo y la frecuencia de las pruebas que deberán efectuarse.

Factores de riesgo

Algunas personas tienen mayor riesgo de contraer cáncer colorrectal debido a factores personales o antecedentes familiares. Algunas situaciones de riesgo son:

- > Enfermedad inflamatoria intestinal crónica, por ejemplo la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.
- > Algunas enfermedades intestinales hereditarias caracterizadas por la presencia de excrecencias en la mucosa del colon (pólipos), por ejemplo la «poliposis adenomatosa familiar del colon» (PAF).
- > Familiares de primer grado que hayan padecido cáncer colorrectal, sobre todo si el tumor fue diagnosticado antes de los 50 años de edad. Se calcula que un 10–15% de todos los casos de cáncer colorrectal se deben a predisposición genética.
- > Antecedentes personales de pólipos intestinales.

Las personas afectadas deberían comenzar a someterse a pruebas de diagnóstico precoz de cáncer colorrectal desde la juventud.

Aunque no existe una predisposición particular al cáncer colorrectal, hay factores que aumentan el riesgo de cáncer colorrectal:

- > Falta de actividad física
- > Exceso de peso
- > Dietas poco saludables, por ejemplo ricas en grasas pero pobres en fibras
- > Fumar

Prevención y reconocimiento precoz

Un estilo de vida saludable puede reducir el riesgo de contraer cáncer colorrectal:

- > Suficiente actividad física
- > Evitar el sobrepeso
- > Alimentación equilibrada – rica en frutas, legumbres, ensaladas y fibras, pobre en grasas y carnes rojas
- > No fumar

Dos métodos sirven a reconocer precozmente el cáncer colorrectal: la prueba de sangre oculta en las heces (PSOH) y la colonoscopia.

La prueba de sangre oculta en las heces se usa para detectar sangre en los excrementos que no se nota a simple vista pero que posiblemente provenga de un tumor intestinal.

La colonoscopia se emplea para examinar la mucosa del colon y también permite tomar muestras de tejido

o realizar una extirpación de excrecencias en la mucosa (pólipos).

Consulte con su médico para averiguar el momento y la periodicidad adecuados para los controles de diagnóstico precoz.

Nota

Esta información se puede descargar en www.krebsliga.ch → Krebskrankheiten también en alemán, francés, italiano, portugués, albanés, bosnio-croata-serbio y turco. Consulte también nuestros folletos gratuitos en alemán, francés e italiano en www.krebsliga.ch/broschueren.

Información, asesoramiento, asistencia

Krebsliga Aargau

Tel. 062 834 75 75
www.krebsliga-aargau.ch

Krebsliga beider Basel

Tel. 061 319 99 88
www.krebsliga-basel.ch

Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer
Tel. 031 313 24 24
www.bernischekrebssliga.ch

Ligue fribourgeoise contre le cancer

Krebsliga Freiburg
tél. 026 426 02 90
www.liguecancer-fr.ch

Ligue genevoise contre le cancer

tél. 022 322 13 33
www.lgc.ch

Krebsliga Glarus

Tel. 055 646 32 47
www.krebsliga-glarus.ch

Krebsliga Graubünden

Tel. 081 252 50 90
www.krebsliga-gr.ch

Ligue jurassienne contre le cancer

tél. 032 422 20 30
www.liguecancer-ju.ch

Ligue neuchâteloise contre le cancer

tél. 032 721 23 25
www.liguecancer-ne.ch

Krebsliga Schaffhausen

Tel. 052 741 45 45
www.krebsliga-sh.ch

Krebsliga Solothurn

Tel. 032 628 68 10
www.krebsliga-so.ch

Krebsliga St. Gallen-Appenzell

Tel. 071 242 70 00
www.krebsliga-sg.ch

Thurgauische Krebsliga

Tel. 071 626 70 00
www.tgkl.ch

Lega ticinese contro il cancro

tel. 091 820 64 20
www.legacancro-ti.ch

Ligue valaisanne contre le cancer

tél. 027 322 99 74
www.lvcc.ch

Krebsliga Wallis

Tel. 027 922 93 21
www.krebsliga-wallis.ch

Ligue vaudoise contre le cancer

tél. 021 641 15 15
www.lvc.ch

Krebsliga Zentralschweiz

Tel. 041 210 25 50
www.krebsliga.info

Krebsliga Zug

Tel. 041 720 20 45
www.krebsliga-zug.ch

Krebsliga Zürich

Tel. 044 388 55 00
www.krebsliga-zh.ch

Krebshilfe Liechtenstein

Tel. 00423 233 18 45
www.krebshilfe.li

Krebstelefon / Ligne InfoCancer / Linea cancro

0800 11 88 11
Lunes a viernes, 10 a 18 horas en alemán, francés, italiano gratuito

migesplus

Schweizerisches Rotes Kreuz
3084 Wabern
Tel. 031 960 75 71
www.migesplus.ch
Informaciones para personas migrantes

Pie de imprenta

Autora

Dra. en Medicina Eva Ebnöter, Zollikon

Traducción

Luciano de Dios, migesplus

Ilustraciones

Daniel Haldemann, Wil SG

Publicado por

Krebsliga Schweiz
Effingerstrasse 40
Postfach 8219
3000 Bern
Tel. 031 389 91 00
www.krebsliga.ch

© 2010

Krebsliga Schweiz, Bern



Ha sido preparado en el marco del Programa Nacional Migración y Salud 2008–2013 de la Oficina Federal de la Salud Pública. www.migesplus.ch – la plataforma Internet para informaciones sobre la salud en los idiomas de las personas migrantes