

¿Está cambiando la epidemiología del cáncer de colon en Colombia?

Óscar Beltrán G.

Editor

En este número y en el anterior (1) se han publicado dos artículos relacionados con el cáncer de colon, reflejando el interés por esta enfermedad. Sorprende, que en una investigación reciente (2), sobre la mortalidad por cáncer del aparato digestivo en Colombia, las tasas vienen aumentando significativamente para el cáncer de colon y de páncreas, mientras que las tasas de mortalidad del cáncer de esófago y gástrico presentan una tendencia significativa a la disminución, sugiriendo que las tasas de cáncer gástrico y cáncer de colon se igualarán en el año 2045 si las tendencias actuales se mantienen. Sin desconocer la importancia del cáncer gástrico que en Colombia sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer con una tasa media de mortalidad de 11,5 por 100.000 habitantes y en áreas de la zona andina con tasas hasta de 150 casos por 100.000 habitantes, el cáncer de colon, que en los países desarrollados ocupa entre el primer y cuarto lugar como causa de mortalidad por cáncer, en Colombia y Latinoamérica, pese a ser áreas de bajo riesgo, se describe un ascenso en las tasas. Si el cáncer de colon y recto se reúnen en una sola categoría como se hace en un gran número de bases de datos internacionales, en Colombia según datos de mortalidad para 1995, se estimó que murieron aproximadamente 1500 personas de cáncer colorrectal (CCR), ocupando el sexto lugar como causa de muerte por cáncer. En Bogotá, en 1997, se calculó que murieron 350 personas de

CCR, ocupando el cuarto lugar en número absoluto de fallecidos por cáncer (después de estómago, pulmón y leucemia, seguido por mama, próstata y cervix) (3). En la investigación del Dr. Ángel y colaboradores, se describe el comportamiento de los cánceres del aparato digestivo por regiones, mostrando tasas diferenciales de mortalidad para cada tipo de cáncer. Aunque el cáncer gástrico tiene las más altas tasas en todo el país con predominio de Cundinamarca, Quindío, Huila, y las más bajas en la Costa Atlántica, contrasta con las tasas del cáncer de colon, que en los departamentos de la Costa Atlántica tienen tasas proporcionalmente mayores. Se observa, además, un cambio de distribución durante el período examinado, pues en Cundinamarca y Bogotá la predominancia del cáncer gástrico se está desplazando al cáncer de colon, igual que en Antioquia y Valle. Luego, como lo sugieren las conclusiones del estudio mencionado, la clasificación de las regiones colombianas como de riesgo elevado o bajo para algunos cánceres del aparato digestivo nos orientaría en el establecimiento de programas de prevención dirigidos a las características de cada región. El riesgo de desarrollar cáncer colorrectal va en aumento y conociendo que es una entidad prevenible si se realiza un diagnóstico temprano, deben establecerse programas institucionales de prevención y detección temprana de esta enfermedad, particularmente en la población de mayores de 50 años. La

mortalidad por CCR está directamente relacionada con el estadio tumoral al momento del diagnóstico, las lesiones detectadas tempranamente tienen supervivencia igual a la población general mientras que las lesiones avanzadas tienen una muy pobre.

Uno de los objetivos más importantes del programa de pesquisa es descubrir estas lesiones tempranamente; o aquellas con potencial maligno, de manera que al reseccarlas se hace prevención del CCR. Además de la edad, como factor de riesgo existen otras circunstancias con riesgo elevado de desarrollar CCR, como la historia previa de pólipos, resección previa de CCR y otras enfermedades con potencial maligno aunque infrecuentes, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la poliposis adenomatosa múltiple y el carcinoma colorectal hereditario no polipósico (4).

De las cinco pruebas de tamizaje para CCR, la de sangre oculta en materia fecal tiene la más sólida evidencia. Evidencia de nivel intermedio es disponible para la sigmoidoscopia y únicamente evidencia indirecta soporta el uso de la colonoscopia y el colon por enema doble contraste. Hasta la fecha, dada la prevalencia del cáncer de colon en nuestro medio, los recursos se orientan a otros tipos de tamizaje más prioritarios como el cáncer de cérvix, pero probablemente esta situación cambiará, a mediano plazo, con el nuevo comportamiento epidemiológico

del CCR. El tamizaje para CCR, debe ser dirigido a aquellas personas que no tienen síntomas colorrectales, hombre o mujer sin factores de riesgo (población general) mayores de 50 años.

Probablemente a la estratificación del riesgo por sus antecedentes personales y familiares, debería agregarse la clasificación de las regiones colombianas en áreas de alto o bajo riesgo, para la implementación de programas de prevención; pero lamentablemente esta información es fragmentaria en nuestro medio. Estudios como el comentado contribuyen a entender el comportamiento epidemiológico de los cánceres en nuestro país, reorientando nuestros esfuerzos con una mejor utilización de nuestros escasos recursos, dado que la mayoría de la información disponible proviene de países desarrollados con epidemiologías diferentes de la nuestra.

Referencias

1. Cardona, H.J., Otero, W.; Forero, E.; Gutiérrez, O., Significado de los pólipos en colon distal, en una población de un país en desarrollo: Prevalencia y asociación con neoplasia proximal sincrónica, *Rev Col de Gastroenterol*, 2004, 19(4): 253-261.
2. Ángel Arango, L.A.; Giraldo Ríos, A.; Pardo T., C.E., Mortalidad por cánceres del aparato digestivo en Colombia entre 1980 y 1998, *Rev Fac Univ Coloma*, 2004, 52: 19-37.
3. Espinosa, G.; Alandete, J.C., "La mortalidad por cáncer en Santa fe de Bogotá", *Boletín epidemiológico Distrital*, 1998, 3: 1-8.
4. Pubiano Vinuesa, J.; Mariño Rugeles, G.; Kestemberg, A., Tamizaje en cáncer gástrico. Guías de práctica clínica, Proyecto ISS, ASCOFAME, 1997.

BIOTOSCANA CRONOPEP