



# CÁNCER COLORRECTAL

guía informativa



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Sanidad



# Índice

Pág.

Introducción 2

Síntomas de la enfermedad 3

Causas y factores de riesgo 4

¿Cómo se diagnostica? 9

¿Cómo se trata? 11

Consejos para mejorar la calidad de vida 14

Signos y síntomas 16

¿Qué tengo que hacer si...? 16

Respuestas a preguntas frecuentes 17

Otros enlaces de interés 22

CANCER COLORRECTAL

1

# INTRODUCCIÓN

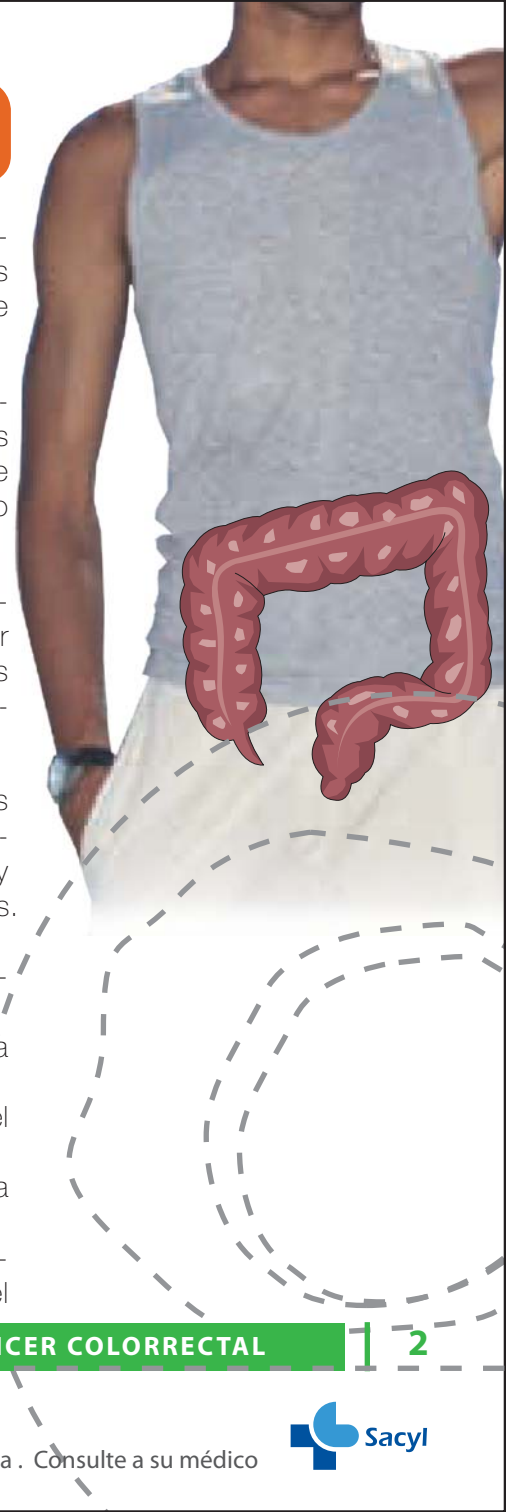
El **cáncer** es la segunda causa de muerte en el mundo occidental tras las enfermedades cardiovasculares. Entre los diferentes tipos de tumores, el cáncer colorrectal es el más frecuente entre la población adulta, en el conjunto de ambos sexos.

Con relación a su localización, la mayoría de los tumores se localizan en el recto (37%), y el sigma (31%), siendo menos frecuentes en el colon ascendente (9%), el ciego (8%), el colon descendente (5%), el colon transverso (4%), el ángulo hepático (4%) y el ángulo esplénico (2%).

Comparado con otros países europeos, España ocupa una posición intermedia en cuanto a frecuencia y mortalidad, pero el cáncer de colon es susceptible de prevención, tiene unas características especiales que hace que sea un gran reto en la actualidad, conseguir un diagnóstico precoz, es decir lo antes posible.

El intestino grueso es una parte del aparato digestivo, con dos funciones principales: por una parte absorber el agua y los nutrientes necesarios extraídos a partir de los alimentos que ingerimos y por otra eliminar los productos de desecho a través de las heces. El intestino grueso tiene cinco tramos:

- Colon ascendente que se extiende desde el final del intestino delgado hasta la parte superior y derecha del abdomen.
- Colon transverso que cruza el abdomen de derecha a izquierda.
- Colon descendente que discurre por el lado izquierdo del abdomen.
- Colon sigmoide es un tramo de intestino grueso con forma acodada que conecta el colon descendente con el recto.
- Recto es la parte final del intestino. Se trata de una pequeña bolsa que está conectada a la apertura externa del intestino (el ano), a través de la cual pasan las heces.



CANCER COLORRECTAL

1 2

# SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

En muchos casos, los síntomas no aparecen hasta que la enfermedad está avanzada. Los más frecuentes son los cambios del ritmo intestinal, como estreñimiento o diarrea; la aparición de sangre en las heces y el dolor abdominal. Estos síntomas, de manera aislada, no son específicos del cáncer, es el médico quien debe de hacer una valoración conjunta de la situación e interpretarlos a la luz de sus factores de riesgo.

Entre los síntomas iniciales de cáncer de colon se incluyen:

- Cambios en el ritmo intestinal (tanto diarrea como estreñimiento)
- Sangre en las heces o sangrado rectal
- Dolor abdominal ya sea tipo cólico (espasmos y retortijones), o sensación de saciedad o hinchazón del vientre
- Pérdida de peso injustificada

En ocasiones, en fases más avanzadas y como consecuencia de las hemorragias puede aparecer anemia que se manifiesta por cansancio y fatiga.

Cuando el cáncer crece puede provocar una obstrucción intestinal apareciendo distensión abdominal, dolor, estreñimiento, náuseas y vómitos.

Los cánceres del colon próximos al intestino delgado, se suelen manifestar por una anemia debida a la pérdida crónica de sangre, y la subsiguiente fatiga, disnea o palpitaciones.



# CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

La formación de un cáncer de colon es un proceso que comienza con la aparición de un pólipo que posteriormente sufre transformaciones hacia la malignidad. Aproximadamente el 80% de los casos son esporádicos, pero el 20% tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar.

El inicio y la evolución de este proceso depende de la interacción entre factores genéticos y ambientales. En la inmensa mayoría de los casos de cáncer de colon predominan los factores ambientales. Si se identificasen estos factores muchos cánceres colorrectales podrían ser prevenidos.

Existen distintos factores de riesgo en relación al cáncer de colon: el consumo de grasas y de carnes rojas, sobre todo en conserva, embutidos o carnes preparadas; la obesidad, el tabaquismo y el consumo elevado de alcohol así como la diabetes asociada a la obesidad. Los pacientes con enfermedad de Crohn y Colitis ulcerosa tiene mayor riesgo con respecto a la población general, sobre todo, en la enfermedad de Crohn (riesgo 20 veces superior).

No se conocen las causas exactas del cáncer colorrectal. En la mayoría de las ocasiones, es muy difícil encontrar una explicación de por qué el tumor se presenta en una persona, pero no en otra. Sin embargo, la investigación ha demostrado que hay algunos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer cáncer colorrectal.

Entre los factores que aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de intestino se incluyen:

**La edad:** El cáncer colorrectal es más probable que ocurra durante la edad adulta. Más del 90% de las personas con esta enfermedad fueron diagnosticadas después de los 50 años de edad.

**La dieta:** Los estudios sugieren que las dietas ricas en grasa (especialmente la grasa animal) y pobres en calcio, verduras y fibra pueden aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. También, algunos estudios sugieren que las personas que consumen una dieta muy pobre en frutas y verduras pueden tener un riesgo mayor de cáncer colorrectal.

La dieta con abundante fibra y pocas grasas, rica en frutas, vegetales y calcio puede reducir el riesgo de cáncer de colon. También la realización habitual de ejercicio físico moderado reduce el riesgo.

**Los antecedentes familiares de cáncer colorrectal:** cuando algún familiar cercano (padres, hermanos, hermanas o hijos) ha padecido cáncer colorrectal, parece haber una mayor predisposición para presentar esta enfermedad, especialmente si el familiar tuvo el cáncer de joven. Si varios familiares cercanos tienen antecedentes de cáncer colorrectal, el riesgo es mayor.



**La predisposición genética:** además de la presencia de antecedentes familiares es preciso conocer que pueden existir alteraciones en los genes, muy poco frecuentes, que aumentan el riesgo de cáncer colorrectal. Es lo que ocurre en el caso del denominado cáncer colorrectal hereditario no polipósico, el tipo más común de cáncer colorrectal genético y que supone en torno al 2% de todos los casos de cáncer colorrectal. También la poliposis adenomatosa familiar, enfermedad poco frecuente que supone menos del 1% de todos los casos de cáncer colorrectal, en la que se forman cientos de pólipos en el colon y recto es también causada por cambios en un gen específico.

Los familiares de personas que presentan cáncer colorrectal hereditario no polipósico o poliposis adenomatosa familiar pueden hacerse pruebas genéticas para buscar mutaciones genéticas específicas.

**La colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn:** Las personas con enfermedades que cursan con inflamación del colon (como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn) durante años pueden presentar un mayor riesgo de desarrollo de cáncer colorrectal.



**La presencia de pólipos:** en la mayoría de las ocasiones no son peligrosos, sin embargo, ciertos pólipos pueden convertirse en cancerosos, por ello cuando se detectan al realizarse una colonoscopia suelen extirparse durante la misma.

Cualquiera persona puede tener pólipos, pero algunas personas tienen más probabilidades cuando:

- Se tienen más de 50 años de edad
- Se han tenido pólipos anteriormente
- Se tiene un familiar con pólipos
- Se ha tenido previamente cáncer de colon

**El consumo de alcohol y el tabaco:** un elevado consumo de alcohol y tabaco puede aumentar las probabilidades de desarrollar cáncer de intestino.

Tener alguno de estos factores, que son relativamente frecuentes, como por ejemplo adenomas o una enfermedad inflamatoria intestinal, no es sinónimo de cáncer colorrectal.



# DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

En los últimos años se ha incrementado la evidencia científica acerca del beneficio de los programas de detección precoz de cáncer colorrectal, mediante pruebas de cribado como el test de sangre oculta en heces y la sigmoidoscopia.

En Castilla y León se inició en 2010 un programa piloto, inicialmente limitado al área de atención del hospital de Medina del Campo, con vistas a su progresiva implantación al conjunto del territorio de la Comunidad Autónoma. El programa consiste en la realización del test de sangre oculta en heces, que en caso de producir un resultado positivo requiere de otras pruebas de confirmación.

Además, existe en la Comunidad Autónoma un programa de consejo genético en cáncer colorrectal, que permite la detección de genes que predisponen al cáncer en afectados y familiares de casos, en los que se intensifican las actuaciones de vigilancia y detección.

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/protege-salud/salud-estilos-vida/prevencion-cancer/consejo-genetico-cancer>

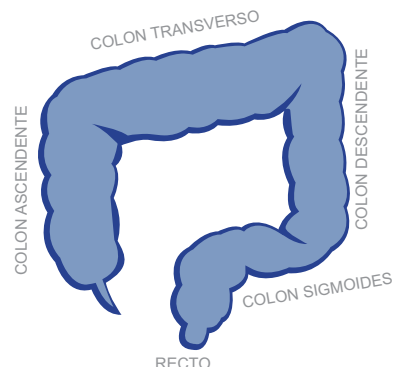


CANCER COLORRECTAL

8

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

En primer lugar, el médico prestará especial atención ante la presencia de síntomas como anemia, alteraciones en el hábito intestinal (estreñimiento, diarrea, sensación de evacuación incompleta) rectorragia (hemorragia rectal) o síndrome general (malestar, cansancio, debilidad). A continuación, en función del grado de sospecha de un posible cáncer, realizará una exploración física que incluirá la palpación abdominal en busca de masas o tumores y el tacto rectal. Además le solicitarán unos análisis de sangre y una prueba de sangre oculta en heces.



El tacto rectal es una prueba que realiza el médico para detectar alteraciones en la parte final del recto o del ano. Consiste en introducir un dedo con guante lubricado en el recto y, en general, no es molesta.

La detección de sangre oculta en heces: sirve para detectar la presencia de pequeñas cantidades de sangre en las heces. Este análisis es fácil de realizar y nada agresivo. No obstante, es más inespecífico que otras pruebas, puesto que tener sangre en las heces no es sinónimo de cáncer, pudiendo ser síntoma de otras muchas enfermedades.

Las endoscopias: Son exploraciones que sirven para ver el tumor. Para ello se introduce un tubo provisto de un sistema que permite visualizar la zona a explorar. Según que parte del intestino se explore, se distingue entre:

- Rectosigmoidoscopia: consiste en la introducción, a través del ano, de un tubo corto que permite explorar el recto y la parte baja del colon.
- Colonoscopia: es el método diagnóstico de elección; por ser una prueba muy sensible y específica, permite obtener biopsias y además realizar resección de pólipos. Consiste en una exploración que facilita la visualización directa de todo el intestino grueso y también, si fuera necesario, la parte final del intestino delgado (íleon terminal) utilizando un tubo flexible que se introduce a través del ano.

La técnica de la colonoscopia requiere una preparación previa para limpiar el colon y garantizar una buena calidad de la imagen obtenida: Para limpiar bien el intestino grueso, durante 3 o 4 días antes se seguirá una dieta exenta de fibra (sin frutas, verduras, legumbres pan integral) y el día antes de la prueba deberá tomar un preparado laxante. El día de la prueba evitará la ingesta de alimentos sólidos y líquidos desde la noche anterior. En caso de que deba tomar alguna medicación lo hará cuanto antes, ayudándose si es necesario de pequeños sorbos de agua.

Además durante los 5-7 días anteriores a la exploración no se tomarán medicamentos tipo aspirina, antiinflamatorios, anticoagulantes o medicamentos con hierro.

No se olvide de informar si padece alergia a algún medicamento, si tiene enfermedades cardíacas o respiratorias, o de tipo infeccioso.

La prueba se puede realizar previa administración de medicamentos analgésicos y sedantes para reducir las molestias. Durante la exploración puede experimentarse malestar abdominal, sensación de hipersensibilidad, necesidad de evacuar. La duración de la prueba puede durar, en función del grado de complejidad entre los 15 y los 60 minutos.

En caso de sedación, es conveniente asistir acompañado porque tras la prueba suelen persistir los efectos del tratamiento relajante y alterar los reflejos y la atención. No deberá conducir ni realizar actividades que requieran precisión, atención o decisiones rápidas.

Aunque con poca frecuencia, las complicaciones que pueden producirse pueden hacer necesaria una intervención urgente: distensión abdominal mantenida en el tiempo, dolor, hipotensión, que pueden sugerir una infección, una hemorragia o una perforación.

**Enema con bario:** es una prueba menos sensible, sobre todo en la detección de lesiones de pequeño tamaño, pero se suele completar con la sigmoidoscopia. La imagen típica de la obstrucción es la de corazón de manzana. En un porcentaje reducido de pacientes en los que no se puede hacer una colonoscopia se puede realizar un enema con doble contraste.

Los cánceres se clasifican por etapas o estadios. Este tipo de clasificación permite agrupar a los pacientes con cánceres en los mismos estadios, porque tienen un pronóstico similar y se les aplican tratamientos similares.

**Estadio 0 o carcinoma in situ:** Es la etapa más inicial del cáncer. Se localiza en la parte más superficial de la mucosa y no infiltra las otras capas del colon o recto, no invade los ganglios regionales ni produce metástasis a distancia.

**Estadio I:** Después del estadio 0, es el más favorable (= mejor pronóstico)..

**Estadio II y Estadio III:** Son etapas intermedias. El estadio II tiene mejor pronóstico que el III, porque en el estadio II no existe afectación ganglionar y en el estadio III sí.

**Estadio IV:** Es la etapa más avanzada. Su pronóstico es el peor porque existen metástasis a distancia.

## ¿CÓMO SE TRATA?

En la elección del tratamiento más adecuado para un paciente, se tienen en cuenta:

■ Factores dependientes del paciente: edad, estado general, situación nutricional, otras enfermedades importantes como, por ejemplo, enfermedades de corazón y, por supuesto, la voluntad y decisión del propio paciente.

■ Factores dependientes del tumor: zona del colon o recto donde está el cáncer, fase de desarrollo, tipo de tumor (adenocarcinoma, linfoma, etc)

■ Factores dependientes del tratamiento: tipo de cirugía, tolerancia y eficacia de la quimioterapia o de la radioterapia.

Los tres tipos principales de tratamiento del cáncer colorrectal son la **cirugía**, la **quimioterapia** (incluyendo los anticuerpos monoclonales) y la **radioterapia** aunque, en algunos pacientes, el tratamiento será exclusivamente sintomático (por ejemplo: calmantes si hay dolor) o endoscópico (resección de pólipos o colocación de prótesis).

Estos tratamientos también pueden combinarse en función de las características del tumor. Los médicos le explicarán el tratamiento que crean más conveniente en su caso.

Es preciso distinguir que el tratamiento del cáncer puede ser aplicado a nivel local o general, según la indicación de cada caso:

**Terapia local:** es el caso de la cirugía y la radioterapia. Se trata de tratamientos cuya misión consiste en extirpar o destruir el cáncer en el colon, recto o en sus proximidades. Cuando el cáncer colorrectal se ha diseminado a otras partes del cuerpo, la terapia local puede usarse para controlar la enfermedad en esas áreas específicas.

**Terapia general:** son la quimioterapia y la terapia biológica. Los medicamentos administrados se distribuyen a través de la sangre a todo el cuerpo y controlan el crecimiento de las células tumorales en todo el organismo.



Es posible que el paciente sienta mucho cansancio durante la radioterapia, especialmente en las últimas semanas de tratamiento. El descanso es importante pero se aconseja mantener cierto grado de actividad.

La radioterapia en el abdomen y pelvis puede causar náuseas, vómitos, diarrea, deposición con sangre o deposiciones repentinas. También puede causar molestias urinarias. Además, la piel del área tratada puede enrojecerse, researse y hacerse sensible.

La quimioterapia para el cáncer colorrectal puede causar que la piel de las palmas de las manos y de las plantas de los pies se ponga roja y dolorosa incluso se empiece a descamar.



■ **Tratamientos de soporte y tratamientos paliativos:** Durante la evolución de la enfermedad, y para controlar las complicaciones de la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia o los síntomas del tumor, puede ser necesario administrar terapias de soporte como medicamentos contra los vómitos (medicamentos antieméticos), aporte nutricional, fármacos para tratar la anemia (suplementos de hierro) o el descenso de las defensas, medicación antidiarreica, etc. También pueden ser necesarios los analgésicos (calmantes).

# CONSEJOS CALIDAD DE VIDA

Consejos para aumentar la calidad de vida del paciente con una colostomía según la Sociedad española de oncología médica

## Recomendaciones:

### ■ Alimentación equilibrada

La dieta a seguir tiene que ser equilibrada y variada. Conviene reducir la ingestión de alimentos flatulentos, como legumbres, col, guisantes, cebollas, frutos secos, bebidas gaseosas, y evitar el exceso de fibra. De todas maneras y, en términos generales, se recomienda eliminar aquellos alimentos que de manera individual se toleren mal.

La vida sigue igual

- Una vez superado el cáncer, es importante que el ostomizado asuma que ya no está enfermo, aunque deba convivir con una colostomía.

- Cuando el paciente recupere los ánimos, tiene que intentar incorporarse progresivamente a las actividades que realizaba antes de someterse a la intervención, con la certeza que, cuando se acostumbre a la nueva situación, todo volverá a ser como antes.

- La persona puede viajar, hacer deporte y trabajar (siempre que estas actividades no supongan un esfuerzo físico demasiado importante).

La persona puede viajar, hacer deporte y trabajar (siempre que estas actividades no supongan un esfuerzo físico demasiado importante).

- El paciente puede restablecer las relaciones sexuales (sólo algún caso de extirpación del recto se ha asociado a la impotencia masculina), aunque deberá consultarlo con el médico.

- Las colostomías no son un obstáculo para que una mujer quede embarazada. No obstante, es necesario planificarlo bajo el consejo médico.

- La familia, los amigos y el restablecimiento de la vida que se llevaba antes de la colostomía ayudan a aceptar la nueva situación.

Es de gran ayuda estar mentalizado, recuperar la estabilidad emocional y tener la información necesaria en cada momento.



## ■ Higiene general

● Es importante cuidar muy bien la piel del estoma ya que va a ser el soporte de las bolsas de recolección y la zona donde éstas se van a adherir.

● No es necesario tomar precauciones especiales para asearse. Es importante bañarse con la bolsa puesta, pero en caso de tomar una ducha no es indispensable.

## ■ Vestuario cómodo y normal

En cuanto a la ropa, la única limitación a tener en cuenta es que la persona debe vestirse con una ropa cómoda y que no se ajuste excesivamente al cuerpo (evitar los cinturones), aunque tampoco es necesario llevar prendas muy anchas.

## ■ Cuidados especiales del estoma

1. Retirar los adhesivos suavemente, sujetando la piel de alrededor del estoma con la otra mano.
2. Lavarlo con una esponja suave y detergentes neutros, nunca con gasas o algodones.
3. Secarlo muy bien, con toallas limpias, dando suaves toques con los dedos, sin apretar.
4. Aplicar cremas o preparados si existe irritación de la mucosa (aunque sea muy leve).
5. Recortar el diámetro (la circunferencia) del adhesivo, exactamente a la medida y según la forma del estoma. Es habitual que, al principio, sea más grande y que a medida que vaya cicatrizando, el tamaño se reduzca.

6. Colocarlo bien adherido, sin pliegues.

- Airear el estoma, sin adhesivo, algún momento al día, por ejemplo en la ducha (no es necesario ducharse o asearse con la bolsa colocada) o en algún otro momento en que se pueda prescindir de la bolsa.
- Cambiar las bolsas cuando sea necesario con la piel limpia y seca. La frecuencia puede ser de una vez al día, hasta 2 o 3 veces al día, dependiendo del tipo de bolsa que se utilice.
- Saber que algunas veces el estoma sangra. Este fenómeno puede considerarse normal siempre que la sangre no proceda de las deposiciones.
- No llevar pesos, para evitar hernias.

*Si una persona con colostomía desea viajar, deberá tomar tan sólo una precaución: llevar siempre un botiquín personal con los elementos indispensables para sus cuidados especiales.*

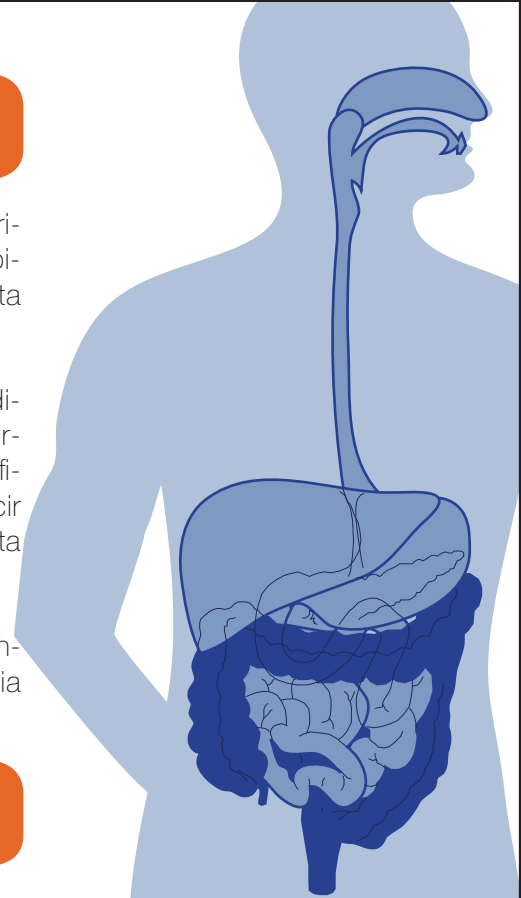


## SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas de cáncer de colon incluyen desde la aparición de sangre en las heces, cambios no justificados en los hábitos intestinales, ya sea diarrea o estreñimiento prolongado hasta pérdida de peso inexplicable.

Los familiares de personas que presentan cáncer colorrectal hereditario no polipósico o poliposis adenomatosa familiar pueden hacerse pruebas genéticas para buscar mutaciones genéticas específicas. Los médicos pueden sugerir alternativas para tratar de reducir el riesgo de cáncer colorrectal o mejorar la detección de esta enfermedad.

Si se ha hecho una colonoscopia informe a los médicos si presenta dolor abdominal importante, acompañado de fiebre o hemorragia rectal



## ¿QUÉ TENGO QUE HACER SI...?

**Habitualmente** en las fases iniciales el cáncer colorrectal no da síntomas, por lo que si usted nota cambios en su hábito intestinal, bien sea estreñimiento o diarreas mantenidas en el tiempo, ambos procesos de manera alternante, o bien ha presentado algún episodio de hemorragia gastrointestinal o de sangre rectal sin tener antecedentes de hemorroides deberá acudir a su Centro de Salud, donde el médico de familia valorará, en función de sus antecedentes y factores de riesgo, la

necesidad de realizar una serie de pruebas de rutina con el fin de descartar posibles diagnósticos diferenciales.

Probablemente le soliciten un análisis de sangre y una prueba que mide la presencia de sangre oculta en sus heces. Si los resultados de estas pruebas resultaran concluyentes, es probable que pasara a ser atendido por el hospital de referencia para realizarle una colonoscopia que confirme o descarte la presencia de algún tumor en el intestino.

# PREGUNTAS FRECUENTES

## ■ ¿El cáncer colorrectal es hereditario?

La mayoría de los tumores son esporádicos, mientras que una pequeña proporción de ellos corresponde a formas hereditarias, ya sea poliposis adenomatosa familiar (menos del 1%) o carcinoma colorrectal hereditario no asociado a poliposis (2-5%) Sin embargo, se estima que en un 15-20% adicional de casos puede existir un componente hereditario asociado aún no bien establecido.



## ¿Puede influir una dieta saludable en la prevención del ■ cáncer de colon?

Una dieta que contenga suficientes alimentos con fibra (evitando el estreñimiento) y bajo en grasas saturadas puede reducir el riesgo de cáncer intestinal frente a dietas con alto contenido en carnes rojas o procesadas que pueden aumentar su riesgo. (Figura 6)

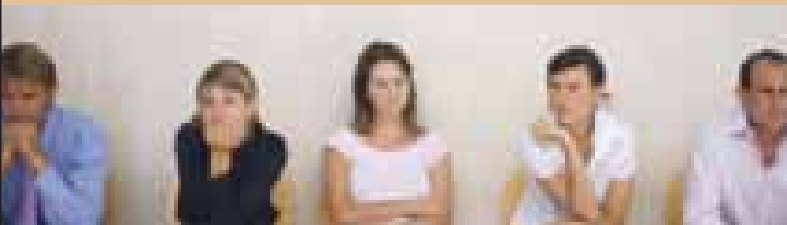
Además las personas que mantienen un peso saludable presentan menos probabilidades de desarrollar cáncer de colon que las personas obesas. También se recomienda abandonar el hábito tabáquico y evitar el consumo excesivo de alcohol, así como realizar ejercicio físico regularmente.

## ¿Cómo detectar lo antes posible el cáncer colorrectal? ■

Los pacientes con factores de riesgo (antecedentes personales o familiares) pueden acceder a un programa de diagnóstico precoz o screening que consiste en una entrevista clínica en la que el médico le preguntará por sus antecedentes personales y familiares, le solicitará un análisis de sangre oculta en heces y/o una colonoscopia para poder comprobar directamente si existen lesiones precancerosas o un tumor en una etapa inicial o precoz, ya que en estas personas a pesar de no tener ningún síntoma presentan factores de riesgo para su desarrollo.

## ■ ¿Quiénes son las personas con mayor riesgo de desarrollar un cáncer colorrectal?

Se pueden identificar tres grandes grupos de personas con riesgo superior para desarrollar el cáncer colorrectal que la población normal:



### ■ Personas con alto riesgo:

Personas con antecedentes personales de poliposis colónica familiar o cáncer colorrectal hereditario no polipósico

Personas con enfermedad inflamatoria intestinal de larga evolución.

### ■ Personas con riesgo elevado:

Personas con historia de adenomas colorrectales

Pacientes que ya han desarrollado un cáncer colorrectal previo

Personas con familiares de primer grado afectados de cáncer colorrectal:

### ■ Personas con riesgo medio:

Todos aquellos que superen los 50 años sin otro factor de riesgo asociado.

## ■ ¿Qué es el CEA y para qué sirve?

El CEA (Antígeno carcinoembrionario) es un marcador tumoral y, como tal, es un componente que puede encontrarse elevado en la sangre, orina o tejidos del cuerpo de algunos pacientes con ciertos tipos de cáncer. Es preciso tener presente que los marcadores tumorales son sustancias producidas por el propio tumor o por el organismo como respuesta a la presencia de cáncer pero también en ciertas condiciones benignas (no cancerosas).

Por tanto, es importante tener claro que los marcadores tumorales pueden ser normales en un paciente con cáncer y viceversa.

La determinación del CEA es útil como indicador pronóstico y su detección en el preoperatorio proporciona valores de referencia para el seguimiento durante el postoperatorio.

## ■ ¿Todos los tipos de cáncer colorrectal producen la misma sintomatología?

Los síntomas del cáncer colorrectal dependen del grado de evolución pero también de su localización:

Los tumores que se sitúan en el colón ascendente: a este nivel las manifestaciones clínicas fundamentalmente se asocian a la pérdida crónica de sangre (anemia, fatiga, cansancio, palpitaciones).

Los que se localizan en colón descendente: tienden a ocupar la luz intestinal al crecer y suelen producir síntomas de obstrucción intestinal como alternancia de diarrea y estreñimiento o dolor abdominal de tipo cólico (con retortijones o espasmos intermitentes).

Los tumores situados en el recto-sigma producen sensación de falta de vaciado, hemorragia rectal y, en ocasiones, disminución en el calibre de las heces por obstrucción.



## ¿La cirugía es la técnica más indicada en el tratamiento del cáncer de colon? ■

La cirugía es el tratamiento más efectivo para la curación del cáncer colorrectal y se debe ofrecer como primera opción cuando el paciente presente unas condiciones físicas adecuadas para ello, lo que constituye cerca del 90% de los casos.

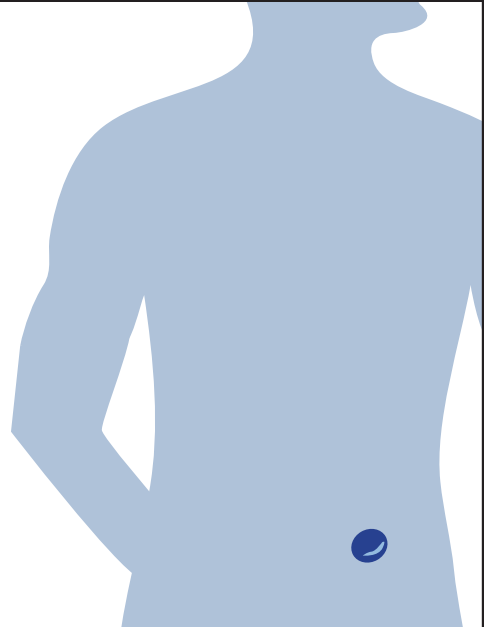
Cuando el tumor está localizado en el recto, en determinadas circunstancias que valoraran los cirujanos conjuntamente con los médicos oncólogos y los radioterapeutas, puede ser necesario un tratamiento conjunto de quimio-radioterapia para mejorar el abordaje quirúrgico posterior.

El tratamiento quirúrgico está indicado en casi todos los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal primario a menos que la supervivencia o la expectativa de vida sean muy bajas debido a lo avanzado de la enfermedad o a la existencia de enfermedades intercurrentes. En la actualidad la extirpación quirúrgica constituye el tratamiento de elección en el cáncer colorrectal. Cuando no sea posible realizarla se puede intentar realizar cirugía paliativa u otros tratamientos paliativos.

Cuando la enfermedad está diseminada, si no hay complicaciones relacionadas con la localización primaria del tumor (sangrado, obstrucción...) el tratamiento inicial debe ser sistémico, con quimioterapia y/o agentes biológicos para en un segundo tiempo y tras valoración de la respuesta a este tratamiento se pueda plantear en algunas ocasiones el rescate quirúrgico.

## ■ ¿Qué secuelas puedo tener tras la cirugía?

Normalmente, las operaciones de cáncer de colon no dejan grandes secuelas físicas. Las consecuencias que permanecen son las cicatrices, y en algunos casos queda una alteración del ritmo intestinal, la mayoría de las veces con un aumento del número de deposiciones. Las intervenciones que dejan más secuelas son aquellas que se realizan en las operaciones que tratan los cánceres de recto. Algunas de ellas son las alteraciones en la deposición en los pacientes en los que se realiza la intervención próxima al ano. En esos casos los síntomas que pueden aparecer son deposiciones frecuentes, necesidad de ir al lavabo según se siente ganas de hacer deposición o cierto grado de incontinencia. Otras secuelas que pueden quedar son las ostomías, cuando es necesario realizarlas como parte del tratamiento quirúrgico.



## ¿Qué es exactamente una ostomía y para qué sirve? ■

La ostomía es una intervención quirúrgica que consiste en hacer un orificio, el estoma, en la piel del abdomen de manera artificial. De esta forma, las sustancias y los fluidos corporales se eliminan al exterior.

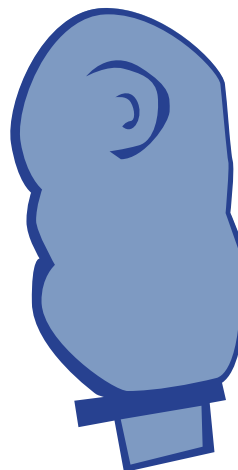
El estoma tiene un aspecto parecido a la mucosa de la boca, de color rojo pálido, casi rosa. En el cáncer de colon y recto, la colostomía (la ostomía realizada en el colon previo a la zona del tumor), se practica cuando, generalmente, hay que dejar cicatrizar los extremos del intestino del que se ha extirpado un tumor. En algunas ocasiones, cuando se debe extirpar la parte distal del recto, la colostomía es de carácter definitivo. Con una colostomía, el paciente pierde el control sobre la evacuación y debe colocarse alrededor del estoma, de manera externa y adherido a la piel, algún dispositivo que actúe como colector de las heces, de consistencia sólida o pastosa, y de los gases que se produzcan. El hecho de disponer de un dispositivo colector representa una gran comodidad para el enfermo. Algunas veces es posible la continencia mediante una técnica denominada irrigación. El mismo paciente puede aplicársela una vez el profesional le haya mostrado cómo hacerlo. Este sistema permite que no se eliminen residuos durante unas horas, incluso durante un día entero. En algunas ocasiones el rescate quirúrgico

## ■ ¿Es verdad que la cirugía de colon siempre acaba en una colostomía?

En muchas ocasiones no es preciso la realización de la colostomía. En otras, el estoma es temporal. Es necesario sólo mientras se repone el colon o el recto de la cirugía, posteriormente se vuelven a conectar las partes del intestino y se cierra el estoma. Pero algunas personas, especialmente quienes tienen un tumor en la parte inferior del recto, necesitan un estoma permanente.

## ■ ¿Es verdad que se puede hacer una vida normal llevando una colostomía?

Con una colostomía se puede hacer una vida absolutamente normal: trabajar, viajar, hacer deporte, bañarse en la playa o piscina, vestirse con la ropa que apetezca, etc. Si la persona adquiere una serie de rutinas para cuidar el estoma y para utilizar los dispositivos sanitarios necesarios, la colostomía pasa totalmente desapercibida para los demás.



## ¿Cómo son y para qué se utilizan las bolsas? ■

Las bolsas son los instrumentos que se utilizan como colectores de heces. Tienen un adhesivo sobre el cual hay unas líneas discontinuas marcadas que hay que recortar según el tamaño del estoma.

Las bolsas pueden ser: Cerradas: con el extremo inferior cerrado, se cambian de 2 a 3 veces al día. Adecuadas para recoger heces sólidas o pastosas.

Abiertas: en el extremo hay un orificio que se cierra con una pinza, de esta manera puede vaciarse cuando sea necesario y cambiarse una sola vez al día. Es muy adecuada para heces líquidas. Las bolsas pueden, además, clasificarse según el número de piezas. Así, pueden ser de una pieza o de tres piezas dependiendo de si la bolsa y el adhesivo forman un solo elemento o no. En este caso, el disco adhesivo va separado de la bolsa y se mantiene en la piel algunos días, mientras que la bolsa se debe cambiar según sea abierta o cerrada.

## ■ ¿Cómo se pueden evitar los malos olores llevando una colostomía?

No hay que preocuparse por el olor porque todas las bolsas tienen unos filtros que lo eliminan.

El obturador es un dispositivo parecido a un tapón, que no permite ningún escape y que da independencia al enfermo. No provoca ruido ni olor.



## OTROS ENLACES DE INTERÉS

● La Sociedad Española de Oncología Médica dispone de un espacio destinado a información al público que puede aportar información ampliada sobre aspectos relacionados con el cáncer de colon:

<http://www.seom.org/infopublico/info-tipos-cancer/digestivo/colon-recto>

● El Instituto Nacional del Cáncer, agencia principal del gobierno federal de los Estados Unidos para la investigación y capacitación de cáncer, aporta información, en español, complementaria detallada sobre el cáncer colorrectal:

<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/gastrointestinal>