

## PRONÓSTICO

De forma global, la supervivencia global de los pacientes con CCR tras una resección quirúrgica radical es del 50% a los 5 años, aproximadamente, y el estadio tumoral es el principal factor que condiciona su pronóstico (tabla 25-1). Otros factores adicionales que se han descrito asociados a un peor pronóstico son: edad (diagnóstico antes de los 40 años o después de los 70 años), presencia de complicaciones relacionadas con el tumor (perforación, obstrucción) o enfermedades asociadas, estado general del paciente, tamaño del tumor, afectación de órganos adyacentes, grado de diferenciación, invasión vascular, linfática o perineural, concentración sérica de CEA basal elevada, y presencia de aneuploidía, sobreexpresión de *TP53*, pérdidas alélicas en el cromosoma 18q, inestabilidad de microsatélites o mutaciones somáticas en el gen *BRAF*.

## PREVENCIÓN

El mayor conocimiento de la historia natural y de los factores patogénicos implicados en el CCR ha permitido la instauración de programas preventivos dirigidos a evitar su aparición (prevención primaria), detectarlo precozmente (prevención secundaria) o minimizar su impacto en el pronóstico del paciente (prevención terciaria).

### Prevención primaria

La profilaxis primaria pretende atenuar o eliminar los factores implicados en el desarrollo de esta neoplasia. Estas medidas consistirán, fundamentalmente, en modificaciones de la dieta, la quimioprofilaxis y el consejo genético. Entre las primeras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda disminuir el consumo de grasas (preferiblemente por debajo del 20% del total calórico), aumentar el aporte de fibra (25 g al día, como mínimo), y evitar un consumo excesivo de calorías y el sobrepeso. Por otra parte, en diversos estudios se ha demostrado que la administración crónica de AAS u otros AINE reduce la incidencia de adenomas y CCR. Aunque el efecto antiproliferativo y proapoptótico de estos fármacos está bien establecido, se desconoce el beneficio neto de la quimioprofilaxis. Por último, en las formas hereditarias de CCR es posible efectuar consejo genético y diagnóstico presintomático en los familiares en riesgo (v. Poliposis adenomatosa familiar y Patogenia, anteriormente).

### Prevención secundaria: programas de cribado

El objetivo fundamental de los programas de cribado es la prevención del CCR o, eventualmente, su detección precoz con el fin de mejorar el pronóstico asociado al mismo. Estos programas son específicos para cada grupo de riesgo y se basan, fundamentalmente, en pruebas fecales (detección de sangre oculta mediante métodos enzimáticos —prueba del guayaco— o inmunoquímicos, o DNA tumoral) y en técnicas endoscópicas (sigmoidoscopia, colonoscopia o cápsula endoscópica) o radiológicas (colonografía-TC).

En los individuos de más de 50 años sin otros factores predisponentes (población de riesgo medio), diversos estudios controlados y aleatorizados han demostrado inequívocamente que el cribado mediante detección de sangre oculta en las heces, sigmoidoscopia o, más recientemente, colonoscopia se asocia a una disminución de la mortalidad por CCR. Es recomendable que estas estrategias de cribado se realicen en el contexto de programas organizados de base poblacional.

TABLA  
25-1

### Supervivencia de los pacientes con cáncer colorrectal en función del estadio evolutivo del tumor en el momento del diagnóstico

Estadio de Dukes	Supervivencia a 5 años
A	80%-100%
B <sub>1</sub>	65%-85%
B <sub>2</sub>	45%-75%
C <sub>1</sub>	45%-55%
C <sub>2</sub>	15%-25%
D	< 5%

En el síndrome de Lynch está bien establecido que la práctica de una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 25-30 años de edad mejora el pronóstico de estos pacientes. De manera similar, la mayoría de los autores recomiendan incluir a los individuos con familiares de primer grado afectados de CCR en programas de cribado mediante colonoscopia. La periodicidad y la edad de inicio de las exploraciones endoscópicas dependerán del grado de agregación familiar.

### Prevención terciaria: programas de vigilancia

La profilaxis terciaria va dirigida a minimizar el impacto de las lesiones colorrectales ya detectadas sobre el pronóstico de los pacientes que las han presentado, y se basa en los programas de vigilancia postoperatoria. Estas medidas persiguen la detección precoz de una eventual recidiva neoplásica o, fundamentalmente, de lesiones metacrónicas en individuos que han desarrollado un adenoma (v. Pólipos adenomatosos) o CCR, o que presentan afectación de la mucosa colorrectal (enfermedad inflamatoria intestinal).

En cuanto al CCR, está bien establecido que los programas de vigilancia postoperatoria favorecen la detección de lesiones en estadios iniciales y que ello repercute en un aumento de la supervivencia. Sin embargo, no se conoce con exactitud qué exploraciones deberían incluir ni su periodicidad. Diversos estudios aleatorizados y observacionales, así como dos metaanálisis, demuestran el beneficio de la realización periódica de controles clínicos, la determinación de los valores séricos de CEA y la colonoscopia, mientras que es más controvertida la utilidad de las pruebas radiológicas (ecografía y TC toracoabdominal).

La determinación sérica de CEA es tal vez el método más eficaz y con una mejor relación coste-beneficio en la vigilancia posttratamiento. La elevación de los valores de CEA tras la intervención hace sospechar la existencia de recurrencia del tumor y es el primer signo de recidiva en el 60% de los casos. No obstante, su utilidad se halla limitada por una reducida sensibilidad en la detección de recidivas locorregionales (40%), la presencia de elevaciones transitorias de naturaleza no bien establecida y, finalmente, una elevada proporción de resultados falsos positivos debida a diversos factores. Una elevación significativa del CEA obliga a efectuar diversas exploraciones (colonoscopia, TC toracoabdominal, etc.) dirigidas a detectar la posible recidiva tumoral. En esta circunstancia, la PET puede ser de gran utilidad.

Finalmente, los individuos afectados de una enfermedad inflamatoria intestinal con afectación colónica de larga evolución (pancolitis de más de 8 años o colitis izquierda de más de 15 años) pueden beneficiarse de vigilancia endoscópica mediante la realización de una colonoscopia cada 1-2 años, con toma de múltiples biopsias tanto de la mucosa de aspecto normal como de las áreas con alteraciones macroscópicas (irregularidades, placas, estenosis, etc.) (v. cap. 24, Enfermedad inflamatoria del intestino). La utilización de técnicas endoscópicas avanzadas (en especial, la cromoendoscopia) aumenta el rendimiento de la vigilancia endoscópica al permitir dirigir las biopsias a las áreas presumiblemente afectas.

## OTROS TUMORES DEL COLON

Otros tumores, como lipomas, neurofibromas, leiomiomas, leiomiogrosos, linfomas y carcinoides, rara vez se asientan en el intestino (ovario, mama, próstata, tumores de otras localizaciones colon). La mayoría de estos tumores son asintomáticos y se detectan de manera casual en una exploración radiológica o endoscópica del colon. Cuando dan síntomas locales, estos son indistinguibles de los del cáncer de colon (obstrucción, hemorragia, alteración del ritmo de se tratan mediante resección quirúrgica del segmento afecto.

## PUNTOS CLAVE

- El adenocarcinoma intestinal es el tumor maligno más común del intestino delgado, se localiza en el duodeno distal o yeyuno proximal, y su incidencia aumenta...

CAPÍTULO 2  
Otras en  
I. BEYES MORENO  
ENFERMEDADES ESO  
GASTROINTESTINAL  
CONCEPTO  
El término enfermedad...  
ETIOPATOGENIA

En el síndrome de Lynch está bien establecido que la práctica de una colonoscopia cada 1-2 años a partir de los 25-30 años de edad (o 10 años antes de la edad de diagnóstico del familiar afecto más joven) mejora el pronóstico de estos pacientes. De manera similar, la mayoría de los autores recomiendan incluir a los individuos con familiares de primer grado afectados de CCR en programas de cribado mediante colonoscopia. La periodicidad y la edad de inicio de las exploraciones endoscópicas dependerán del grado de agregación familiar.