

Valor de la sangre oculta en heces fecales para el diagnóstico de cáncer colorrectal

Value of the hidden blood in feces for the diagnosis of colorectal cancer

MsC. Daisy Marten Marén, Dra. María Caridad Ramírez Arias y MsC. Jesús Fernández Duharte

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

En la actualidad, de todos los procesos malignos viscerales que afectan al ser humano, el cáncer colorrectal es el que con mayor frecuencia ocasiona la muerte. Tomando como base la incidencia cada vez más elevada de este tumor en el mundo, y específicamente en la provincia de Santiago de Cuba, surgió el interés en proponer un estudio más profundo de los pacientes que presentaran positividad de células tumorales en la prueba de ureasa. Con este trabajo se persiguió abordar aspectos importantes relacionados con el diagnóstico oportuno de la enfermedad, lo cual precisa de la integración de varios servicios hospitalarios, a fin de evitar la muerte de los afectados.

Palabras clave: cáncer colorrectal, diagnóstico de cáncer colorrectal, colonoscopia, heces fecales, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

At the present time, of all the visceral morbid processes affecting the human being, colorectal cancer is the one causing death more frequently. Taking as base the more and more high incidence of this tumor in the world, and specifically in Santiago de Cuba province, the interest arose in proposing a deeper study of the patients who were positive to tumoral cells in the ureasa test. The objective of this work was to deal important aspects related to the opportune diagnosis of the disease, which requires of the integration of several hospital services, in order to avoid death among those affected.

Key words: colorectal cancer, diagnosis of colorectal cancer, colonoscopy, feces, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Equipos multidisciplinarios integrados por proctólogos, radiólogos y gastroenterólogos, trabajan en la actualidad por lograr un diagnóstico oportuno del cáncer de colon, a fin de evitar la muerte del paciente. Al respecto, los métodos endoscópicos constituyen el pilar fundamental para detectar este tumor de manera más temprana.

El adenocarcinoma de colon y recto crece lentamente, y transcurre un largo intervalo antes de que sea lo suficientemente grande como para que se presenten los síntomas. El diagnóstico temprano depende de la exploración sistemática, y los síntomas están en

correspondencia con la localización de la lesión, el tipo y la extensión de esta, y las complicaciones.¹

De igual forma, el lado derecho del colon tiene un diámetro mayor y una pared delgada, y dado que el contenido del colon es líquido, la obstrucción resulta un acontecimiento tardío. Los tumores, que usualmente son fungoides, pueden llegar a ser grandes y palpables a través de la pared intestinal. Generalmente el sangrado es oculto y las únicas molestias pueden ser la fatiga y la debilidad, causadas por una anemia intensa.²

A la vez, el lado izquierdo del colon tiene una luz más estrecha, las heces son semisólidas y el cáncer tiende a rodear el intestino causando, alternativamente, estreñimiento o aumento de la frecuencia de las deposiciones o diarrea. El cuadro clínico de la presentación puede ser la obstrucción parcial, con dolores abdominales, cólicos u obstrucción completa. Las heces pueden estar estriadas o mezcladas con sangre.³

Existen varias pruebas que se usan para detectar el cáncer colorrectal. Igualmente debe realizarse una historia clínica donde se detallen los síntomas, antecedentes familiares y factores de riesgo del paciente. El médico también hará una exploración física completa que incluirá un tacto rectal. Con los datos obtenidos se solicitarán exámenes complementarios o pruebas diagnósticas para confirmar el diagnóstico, determinar el estadio clínico y establecer un plan de tratamiento.⁴

Es aconsejable que la exploración de sangre oculta en las heces, sencilla y poco costosa, forme parte de los programas de detección selectiva y de vigilancia de alto riesgo. Los pacientes con pruebas positivas de células tumorales, requieren nuevos estudios.⁵

Alrededor de 60 % de todos los tipos de cáncer colorrectal están dentro del alcance del sigmoidoscopio flexible de fibra óptica. Así, debe realizarse una colonoscopia con fibra óptica o videocolonoscopia, cuando se sospeche la presencia de cáncer en cualquier porción del intestino y los síntomas sean atribuibles al colon. Si en la sigmoidoscopia se detecta la lesión, a continuación se realizará una colonoscopia total y la extirpación de todas las lesiones del colon.⁶

La escisión endoscópica de los pólipos coincidentes puede reducir la cantidad de intestino que necesita ser resecado. Las biopsias parciales de los pólipos pueden llevar a un error en 25 % de los casos, de modo que una biopsia con resultado negativo, no excluye la posibilidad de cáncer en un pólipos. Si la lesión es sésil o no extirpable mediante la colonoscopia, debe considerarse seriamente la escisión quirúrgica.⁷

Por otra parte, el examen radiográfico con enema de bario no suele ser fiable en la detección del cáncer rectal, pero puede ser un importante paso preliminar para diagnosticar el cáncer de colon. La exploración con contraste de aire permite visualizar lesiones más pequeñas (menos de 6 mm) que la del enema de bario con columna completa, pero el neumocolon puede pasar por alto lesiones grandes (más de 2 cm) con una frecuencia inesperada (20 a 30 %).⁸

Actualmente se incluye la colonoscopia virtual entre las pruebas recomendadas por la Sociedad Americana del Cáncer en sus *Guías para el cribado del Cáncer Colorrectal 2008* para la detección precoz del cáncer colorrectal como opción alternativa a la colonoscopia clásica para aquellos pacientes que no desean realizarse una colonoscopia clásica. En esta prueba no se introduce contraste en el colon, solo se insufla aire para dilatarlo; luego se realiza una tomografía computarizada especial, denominada helicoidal o espiral.⁹

Debido a la elevada frecuencia del diagnóstico de este tumor, se propuso que en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba se efectúe el estudio de la sangre oculta en las heces fecales en los presuntos afectados con la enfermedad, con el objetivo de efectuar el diagnóstico oportuno, lo que es importante para evitar la muerte del paciente y precisa de la integración de varios servicios hospitalarios.

DEFINICIÓN

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia en orden de frecuencia en la población mundial. En Cuba se ha incrementado de forma significativa durante los últimos años, tanto en el hombre como en la mujer.¹⁰

- Clasificación

De acuerdo con la literatura médica,¹¹ según su origen los tumores primarios se clasifican en:

1. Origen epitelial

- Adenocarcinoma
- Adenoacantoma
- Carcinoma cloacogénico
- Tumor carcinoide
- Carcinoma de células escamosas

2. Origen mesenquimatoso

- Melanoma maligno
- Sarcoma
- Leiomirosarcoma
- Fibrosarcoma
- Liposarcoma
- Hemangiosarcoma

Entre los tumores malignos primarios de colon y recto, más de 95 % corresponden a adenocarcinomas, y de estos, aproximadamente 75 % se presentan en la porción recto-sigmoides.

La extensión del tumor a través de la pared intestinal y a los órganos vecinos -- de pronóstico evidente --, fue clasificada en diversos estadios por Dukes, y posteriormente modificada por Astler y Coller:¹²

- Estadio A: Extensión limitada a la mucosa y submucosa.
- Estadio B₁: Penetración parcial de la fibra muscular propia.
- Estadio B₂: Penetración completa de la fibra muscular propia.
- Estadio C₁: Igual que B₁ más presencia de metástasis en los ganglios linfáticos.
- Estadio C₂: Igual que B₂ más presencia de metástasis en los ganglios linfáticos.
- Estadio D₁: Infiltración de órganos vecinos.
- Estadio D₂: Metástasis a distancia.

DIAGNÓSTICO

- Aspectos clínicos¹³

Las manifestaciones clínicas de la neoplasia del colon derecho suelen presentarse de forma tardía, con pérdida de peso, dolor abdominal, trastornos dispépticos, masa palpable y manifestaciones de anemia. Por su parte, las lesiones del colon izquierdo tienden a dar alteración del hábito intestinal, constipación o, con mayor frecuencia, diarrea y hemorragia. En caso avanzado, la enfermedad puede dar síntomas obstrutivos precoces, suelen presentarse como una urgencia aguda debido a obstrucción, hemorragia masiva, perforación o abscesos pericálicos. En el examen físico, a través del tacto rectal, se comprueba al palpar la presencia de una masa en la fosa ilíaca derecha; es posible detectar algún tumor en esta área.

Como estos tipos de cáncer se originan en un período prolongado, es posible identificar lesiones preneoplásicas y neoplásicas tempranas, para mejorar los índices de supervivencia. Existe un grupo de pacientes con factores de riesgo, como el adenoma o pólipos simples, la poliposis familiar, el adenoma vellosa, las enfermedades inflamatorias (colitis ulcerativa idiopática y colitis granulomatosa), así como la ingestión excesiva de grasa de origen animal, el consumo bajo de flora vegetal y elevado de alcohol.

- Indicadores de cáncer colorrectal en las pruebas de laboratorio

1. Velocidad de sedimentación globular acelerada.
2. Anemia microcítica hipocrómica.
3. Sangre oculta en las heces fecales positivas.
4. Leucocitosis, que por lo general indica una reacción inflamatoria o una supuración concomitante.
5. Anormalidades en las pruebas funcionales hepáticas, que indican la enfermedad metastásica extensa.

Estudios imagenológicos para la estadificación de la enfermedad

1. Radiografía: en el examen con enema de bario no siempre es posible distinguir entre tumores benignos y malignos; se pueden señalar 5 tipos característicos de crecimiento tumoral, a saber:
 - a) Carcinoma seudopolipoide: es un defecto de repleción marginal, con proyección de una masa intramural, su localización más frecuente es en el ciego y en el colon descendente.
 - b) Carcinoma anular: denominado también carcinoma "en servilletero"; en el segmento estenosado desaparece la mucosa normal, con paredes rígidas, y los límites de la lesión muestran una abrupta transición entre la mucosa normal y el área tumoral.
 - c) Carcinoma en placa: se considera como una forma incompleta o localizada del carcinoma anular.
 - d) Carcinoma escirroso: la mucosa no está excesivamente alterada y la luz del colon aparece uniformemente estrecha, aunque sin estenosis; se localiza preferentemente en el colon descendente y el segmento izquierdo del transverso.
 - e) Crecimiento extracolónico: es muy raro y puede comprimir de forma extrínseca la luz del colon, e invadir precozmente órganos y estructuras.

2. Ecografía abdominal: en las neoplasias avanzadas se puede detectar las paredes del colon engrosadas, así como masas ganglionares, abdominales y lesiones metastásicas hepáticas.
3. Ecografía endoscópica: ayuda a la estadificación tumoral y permite diagnosticar abscesos y fistulas perianales.
4. Radiografía de tórax.
5. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis.
6. Pruebas de inmunología: el antígeno carcinoembrionario se manifiesta en diferentes neoplasias del tracto gastrointestinal. Se ha notificado la generación de un anticuerpo monoclonal marino (AcM) para el diagnóstico de la metástasis y las recidivas de tumores colorrectales.
7. Colonoscopia: permite visualizar las lesiones tumorales del recto en la porción distal del sigma, hasta el ciego e íleon terminal.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento primario consiste en una amplia resección quirúrgica del cáncer del colon y del drenaje linfático regional después de la preparación del intestino.

CONCLUSIONES

El cáncer colorrectal no suele dar síntomas hasta que se encuentra en fases avanzadas; por eso, la mayoría de los pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios regionales. Cuando aparecen los síntomas y signos del carcinoma colorrectal, son variables e inespecíficos.

En la actualidad la colonoscopia es el examen más preciso y completo del intestino grueso. Por lo general el tratamiento es quirúrgico y, en muchos casos, es seguido por quimioterapia, de manera que el diagnóstico precoz es importante para evitar la muerte del paciente.

Finalmente, puede concluirse que los métodos endoscópicos son un pilar fundamental para el diagnóstico cada vez más temprano del tumor; por ello, es indispensable que los profesionales de la salud se actualicen cada día en tan importante tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

1. O'Leary BA, Olynik JK, Neville AM, Platell CF. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening: comparison of community-based flexible sigmoidoscopy with fecal occult blood testing and colonoscopy. *J Gastroenterol Hepatol.* 2004; 19(1): 38-7.
2. Vijan S, Hwang EW, Hofer TP, Hayward RA. Which colon cancer screening test? A comparison of costs, effectiveness and compliance. *Am J Med.* 2001; 111(8): 593-601.

3. Pignone M, Rich M, Teutsch SM, Berg AO, Lohr KN. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002; 137(2): 132-41.
4. Lieberman DA, Harford WV, Ahnen DJ, et al. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon. N Engl J Med. 2001; 345(8): 555-60.
5. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schuman LM, et al. Reducing mortality for colorectal cancer by screening for fecal occult blood. Minnesota Colon Cancer Control Study. N Engl J Med. 1993; 328(19): 1365-71.
6. Lang CA, Ransohoff DF. Fecal occult blood screening for colorectal cancer. Is mortality reduced by chance selection for screening colonoscopy? JAMA. 1994; 271(13): 1011-3.
7. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. Lancet. 1996; 348(9040): 1492-7.
8. Kronborg O, Fenger C, Olsen J, Jorgensen OD, Sondergaard O. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal-occult-blood test. Lancet. 1996; 348(9040): 1467-71.
9. Faivre J, Dancourt V, Lejeune C, Tazi MA, Lamour J, Gerard D, et al. Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. Gastroenterology. 2004; 126(7): 1674-80.
10. Morikawa T, Kato J, Yamaji Y, Wada R, Mitsushima T, Shiratori Y. A comparison of the immunochemical fecal occult blood test and total colonoscopy in the asymptomatic population. Gastroenterology 2005; 129(2): 422-8.
11. Kumar V, Cotran RS, Robbins S. Robbins: Patología estructural y funcional. 6 ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p.
12. Castells Garengou A, Piqué Badia JM. Tumores Intestinales. En: Rozman Borstnar C, Cardellach López F. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 14 ed. Barcelona: Elsevier; 2000.
13. Vilkin A, Rozen P, Levi Z, Waked A, Maoz E, Birkenfeld S, et al. Performance characteristics and evaluation of an automated-developed and quantitative, immunochemical fecal occult blood screening test. Am J Gastroenterol. 2005; 100(11): 2519-25.

Recibido: 19 de marzo de 2014.

Aprobado: 15 de mayo de 2014.

Daisy Marten Marén. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
maria62@medired.scu.sld.cu