

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

nº 6 año 2003



Información conjunta GETECCU / ACCU



El cáncer colorrectal y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

A. Obrador



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



ACCU
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU / ACCU España

COMITÉ EDITORIAL

Jocelyne Favorin (ACCU España)

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Antoni Obrador (GETECCU)

León Pecasse (ACCU España)

El cáncer colorrectal y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

AUTOR

Antoni Obrador

Servicio de Aparato Digestivo.

Hospital Son Dureta.

Palma (Mallorca)

Ya se encuentran disponibles en las web www.prous.com/geteccu/index.asp y www.accuesp.com los siguientes números de este boletín:

1. [Nutrición, dieta y EII](#)
2. [Medicamentos en la EII](#)
3. [Afectación articular en la EII](#)
4. [Embarazo y EII](#)
5. [EII en la infancia](#)

Dep. legal: M-53030-2002



C/ Perú, 6. Edificio Twin Golf B

28290 Las Matas (Madrid)

© Reservados todos los derechos sobre esta publicación. Se prohíbe la reproducción por cualquier medio o soporte del contenido total o parcial de esta publicación sin la autorización expresa del editor.

El cáncer colorrectal y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Introducción

El tema del cáncer es de especial importancia entre nosotros ya que concita temor y angustia. Nuestra sociedad tiene una actitud todavía de miedo ante esta enfermedad lo que evita un planteamiento directo y sin eufemismos. Es normal que los familiares de un paciente con cáncer indiquen al médico que no informe al paciente del diagnóstico preciso por el temor a que tal información pueda ser perjudicial para el paciente. Incluso hay pacientes que prefieren no saber exactamente la verdad y entre los familiares y el paciente se establecen unas relaciones marcadas por los silencios y, en ocasiones, malentendidos. En otras sociedades es el paciente el que exige al médico saber en primer lugar lo que tiene y es el enfermo quien autoriza al médico a informar a los familiares.

La información de que disponemos sobre el cáncer colorrectal y la enfermedad inflamatoria intestinal procede de estudios realizados en diferentes países europeos y también en los Estados Unidos. En realidad, los estudios que tienen una cobertura más amplia, es decir que han recogido a todos los pacientes de un área geográfica extensa, proceden especialmente de los países nórdicos. Estos estudios facilitan una información más fiable que aquéllos procedentes de hospitales, que suelen ver a pacientes más graves y que no representan a todo el conjunto de pacientes. Esta acotación es importante ya que la información de que disponemos sobre el riesgo de cáncer colorrectal de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en España no es directa sino que la extrapolamos de otros estudios. No tenemos ningún estudio extenso realizado en nuestro país sobre este tema por lo que no sabemos exactamente si el riesgo que tienen los pacientes es igual al que se ha observado en otros países. La impresión de una serie de especialistas que ven muchos pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es que el riesgo de los pacientes en España es posiblemente inferior al descrito en otros países. A favor de esta hipótesis está el hecho bien documentado que en la población general el riesgo de cáncer colorrectal es inferior al de las sociedades más desarrolladas. Por lo tanto, si el riesgo de la población general es inferior cabe deducir que el riesgo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueda ser también inferior al descrito en otras poblaciones con un riesgo más elevado. Al realizar este pequeño folleto sobre este tema, nos ha parecido adecuada esta introducción para poner de manifiesto que las experiencias de diferentes sociedades son importantes en el momento de transmitir una información para que llegue de manera veraz y adecuada a los posibles lectores.

¿Cuál es el riesgo de tener cáncer colorrectal en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

Hablando en términos generales se acepta que el riesgo de tener cáncer colorrectal en la población general es de un 5% y **en la población con enfermedad inflamatoria intestinal este riesgo está aumentado**, dependiendo de diferentes estudios, entre unas dos a

cinco veces. Ello quiere decir que el riesgo que tienen los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de tener cáncer colorrectal es de un 15% aproximadamente. Aunque esta cifra pueda parecer preocupante (debemos tener siempre en cuenta lo apuntado en el primer apartado sobre la posibilidad de que en España, por diferentes factores, este riesgo sea menor) es muchísimo más probable que una persona con enfermedad inflamatoria intestinal no tenga cáncer colorrectal ya que **más del 90% de estos pacientes no desarrollarán un cáncer de este tipo a lo largo de su vida.**

En relación a las diferencias entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, hasta hace relativamente poco tiempo, se consideraba que el riesgo de cáncer colorrectal era mayor para los pacientes con colitis ulcerosa. De hecho, **la mayoría de estudios se han realizado en pacientes con colitis ulcerosa** y se han determinado diferentes variables que pueden hacer aumentar o disminuir este riesgo como veremos más adelante. Actualmente, se considera que los pacientes con enfermedad de Crohn que afecta al colon de manera extensa (situación que se presenta afortunadamente con una frecuencia muy baja) tienen un riesgo de cáncer colorrectal similar al de los pacientes con colitis ulcerosa.

Los dos factores que, en la colitis ulcerosa, se han relacionado claramente con un aumento del riesgo de cáncer colorrectal son la duración de la enfermedad y la extensión de la afectación de la colitis. En relación con la duración, hay diferentes estudios que coinciden en que el riesgo empieza a ser valorable después de los ocho o diez años de haber empezado la enfermedad inflamatoria. A partir de estos años de evolución, el riesgo iría aumentando poco a poco cada año. Para indicar una cifra podríamos decir que, a partir de los diez años de evolución, el riesgo podría incrementarse en una proporción aproximada del 0,5% cada año que pasa. En relación con la extensión se puede afirmar que los pacientes en los cuales la inflamación de la colitis afecta a todo el colon (es decir desde el recto hasta el colon derecho incluyendo el ciego) son los que tienen mayor riesgo. Por otra parte, los pacientes en los cuales la inflamación afecta sólo al recto no tienen mayor riesgo de tener cáncer colorrectal que la población general. Los pacientes con una extensión intermedia (que no alcanza a todo el colon) tienen un riesgo discretamente aumentado. Hay otras dos variables menos importantes que también se han relacionado con un aumento de riesgo de cáncer colorrectal pero que afectan a un número de pacientes muy reducido. Una es la edad de comienzo de la enfermedad de tal manera que si la colitis ulcerosa ha empezado a los quince años parece que esta situación confiere un mayor riesgo (independientemente de los años de evolución). La otra variable es la presencia de una afectación hepática en la que se inflaman los pequeños conductos del hígado que transportan la bilis (enfermedad que se conoce como colangitis esclerosante primaria). Esta situación muy poco frecuente en la población general se produce en algunos casos de colitis ulcerosa y parece ser que estos pacientes tienen un mayor riesgo de tener cáncer colorrectal.

Es lógico pensar que si la enfermedad inflamatoria intestinal tiene una actividad importante durante mucho tiempo ello implicaría un mayor riesgo de cáncer colorrectal. Sin embargo, los diferentes estudios realizados no han demostrado que exista una relación entre la actividad de la enfermedad y el riesgo de cáncer colorrectal. Los dos factores más relacionados son, como hemos indicado, la extensión de la enfermedad y el tiempo de evolución de la misma.

¿Los medicamentos para tratar la enfermedad pueden estar relacionados con el cáncer colorrectal?

En general, los medicamentos que se toman para la enfermedad inflamatoria intestinal no están relacionados con el riesgo de cáncer colorrectal. Aunque se pueden hacer matizaciones a esta afirmación. Los corticoides, y en ocasiones los antibióticos, que se suelen utilizar durante los brotes agudos, no están relacionados con el cáncer. Los inmunosupresores (como azatioprina o 6-mercaptopurina) se han utilizado durante mucho tiempo en los pacientes con trasplante renal y en estos pacientes se ha detectado un cierto aumento del riesgo de presentar unos tipos de cáncer que afectan a la sangre denominados linfoma y leucemia. En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal parece que no existe este riesgo aunque en la información que acompaña a estos medicamentos se indica esta posibilidad. Por otra parte, estos medicamentos (y la salazopirina y el metotrexato también) pueden interferir con la absorción de una vitamina denominada ácido fólico y hay algunos estudios que han relacionado unos niveles bajos de ácido fólico con un aumento de riesgo del cáncer colorrectal.

Recientemente, se ha apuntado que el consumo durante largo tiempo de aminosalicilatos (5-ASA, etc.) que se utilizan como tratamiento de mantenimiento para reducir el riesgo de nuevos brotes en la colitis ulcerosa podría disminuir el riesgo de cáncer colorrectal de manera importante. Estas observaciones están en la misma dirección de los estudios que han mostrado que las aspirinas y otros antiinflamatorios disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal. Asimismo, parece que en España los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal toman durante mucho tiempo este tipo de medicamentos y ello permite apuntar que quizás la impresión de que aquí se observe menos cáncer colorrectal que en otros países pueda explicarse por esta razón. Sea como fuere, se precisan más estudios realizados con la finalidad de demostrar que los aminosalicilatos tomados durante largo tiempo disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal para poder afirmar de manera científica esta apreciación.

¿Se puede prevenir el cáncer colorrectal en los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal?

El cáncer colorrectal no aparece de un día para otro en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. La mucosa normal del colon, en los pacientes que finalmente van a tener un cáncer, se transforma y pasa de tener una estructura normal a presentar unas lesiones que preceden al cáncer y que se denominan displasia. Lo ideal es detectar estas lesiones cuando no son cáncer y tratarlas (mediante una operación quirúrgica) aunque esto no es siempre fácil.

Entre las diferentes maneras de prevenir el cáncer en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal podemos apuntar las siguientes: a) Intervención quirúrgica, b) Estudios de cribaje y c) Tratamiento con medicamentos que disminuyen el riesgo de cáncer (quimioprevención). Hace unos años cuando el riesgo de cáncer, especialmente en la colitis ulcerosa, se pensaba que era más elevado de lo que se piensa ahora (debido a los estudios que se habían realizado en los hospitales) algunos especialistas recomendaban, después de muchos años de evolución de la enfermedad, realizar una intervención que consistía en quitar el colon. De esta manera, además de quitar el intestino que daba problemas debido a la inflamación se evitaba la aparición del cáncer colorrectal. Hoy en día, esta actitud tan drástica no está en boga y no se recomienda.

Aquello que en otros países, especialmente en los Estados Unidos, se está preconizando es la realización de programas de cribaje con colonoscopias repetidas. La hipótesis que subyace en esta actitud es que si se diagnostica una lesión en una fase que todavía no es un cáncer establecido o si se diagnostica un cáncer en una fase inicial el tratamiento permitirá la curación en un porcentaje de casos mucho mayor que si el diagnóstico del cáncer se realiza en un estadio más avanzado. Los estudios disponibles hasta el momento no han demostrado de modo totalmente convincente que sea obligatorio realizar un cribaje en todos los casos de enfermedad inflamatoria intestinal. **Es importante, en este sentido, consultar las dudas que tenga con el médico que le atiende de su enfermedad que le aconsejará adecuadamente.** Es bien conocido que los síntomas más habituales de un brote agudo de colitis ulcerosa, diarrea con sangre, se pueden confundir con los síntomas de un cáncer colorrectal en las personas que no tienen colitis ulcerosa. En los casos que tienen más riesgo de tener cáncer colorrectal, es decir en las personas que han tenido una colitis que afecta a todo el colon y llevan más de diez años de evolución quizás sea conveniente realizar una colonoscopia. En estos casos se suelen tomar biopsias de diferentes partes del colon y del recto para estudiar la presencia de cambios, como la displasia, que preceden a la presentación de un cáncer. El hecho de tomar biopsias de rutina no indica, en ningún caso, que estemos ante la presencia de un cáncer. A veces, a nivel popular, se asocia la toma de biopsias a la existencia de un cáncer. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal saben por experiencia propia que en muchos casos se toman biopsias para confirmar el diagnóstico de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn y tam-

bién para valorar el grado de inflamación de la mucosa que se relaciona con la gravedad del brote. Además, la colonoscopia permite observar la presencia de pólipos que son pequeñas protuberancias de la mucosa del colon (que en muchos casos son inflamatorios y no tienen ninguna relación con el cáncer y, en algunas ocasiones son lesiones que dejadas a su evolución natural pueden convertirse, al cabo de muchos años, en lesiones malignas) y otras lesiones como estenosis que también aconsejan la toma de biopsias. Actualmente se están investigando nuevas maneras de diagnosticar lesiones que preceden el cáncer, o el cáncer en estadios iniciales, basados en el estudio de cambios en la estructura de los genes mediante el análisis del material genético que se puede recuperar de las heces. Cuando estas investigaciones hayan terminado con éxito posiblemente se pueda prescindir de la realización de colonoscopias para la prevención del cáncer colorrectal, aunque en estos momentos no se dispone de esta posibilidad.

Es importante saber que cuando se toman biopsias del colon con la finalidad de prevenir el cáncer se buscan pequeños cambios en el análisis microscópico del tejido obtenido que se denominan, como hemos indicado ya, displasia. Cuando se utiliza el término de displasia se quiere indicar que las células de la mucosa del colon tienen una forma atípica que no es normal ni es patológica sino que se encuentra en un estadio intermedio. La presencia de displasia no quiere decir necesariamente que exista un cáncer sino que estas lesiones, en general, suelen evolucionar hasta llegar a cáncer pero no siempre es así. Hay diferentes grados de displasia y la que se considera más próxima al cáncer se denomina de alto grado. Si se confirma la existencia de una lesión de este tipo se suele recomendar la realización de una intervención quirúrgica.

Actualmente, se está investigando también la posible utilidad de unos colonoscopios que utilizan un gran aumento para observar la mucosa intestinal. Se están estudiando los cambios que se pueden detectar con estos endoscopios para diagnosticar el cáncer en unos estadios muy iniciales. Aunque esta es todavía una línea de investigación que no ha dado, de momento, resultados definitivos.

Otra manera de disminuir el riesgo de cáncer colorrectal es mediante lo que se denomina quimioprevención que consiste en tomar una sustancia (en general un medicamento) que modifica el proceso que transforma las células del colon mediante el cual las que son normales pasan a ser malignas. Hemos comentado anteriormente los aminosalicilatos, que se utilizan en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, que parece ser que disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal. Hay otras sustancias (como el ácido fólico y el ursodeoxicólico) que en diferentes estudios han demostrado que disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal. De momento, éste es un campo todavía en experimentación y no disponemos de unas pautas establecidas para hacer este tipo de prevención del cáncer. Pero es posible que en los próximos años dispongamos de informaciones más definitivas que permitan prevenir el cáncer de manera más sencilla.

