

**POLICLÍNICO DOCENTE
“OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN

**INCIDENCIA Y MORTALIDAD DE TUMORES DEL INTESTINO: ÁREAS
PRIORITARIAS**

Por:

Dra. Tania E. Santiago García¹, Dra. Zenia A. Santiago García² y Dr. Carlos Pino Torrens³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Unidad Municipal de Higiene. Camajuaní, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente adjunto a la sede universitaria. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Instructor. ISCM-VC. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS INTESTINALES/epidemiología
NEOPLASMAS
COLORRECTALES/epidemiología

Subject headings:

INTESTINAL NEOPLASMS/epidemiology
COLORRECTAL NEOPLASMS/epidemiology

El cáncer colorrectal es considerado el tumor más común del tubo digestivo en los países industrializados, y muestra una curva de frecuencias ascendente. En relación con su localización dentro del propio órgano, su incidencia es mayor en el recto que en el colon, y en este se presenta más en el lado izquierdo que en el derecho.

El cáncer de colon es el tumor que se desarrolla por degeneración maligna de las células del intestino grueso, desde la válvula ileocecal hasta la flexura rectosigmoidea; desde esta última hasta el ano, se denomina cáncer del recto¹.

Las neoplasias del intestino delgado constituyen del 1 al 5 % de los tumores gastrointestinales y son superadas a nivel mundial por las de intestino grueso. Es bien conocida la existencia de notables diferencias en la incidencia del cáncer colorrectal en el mundo. Las mayores tasas de morbilidad y mortalidad se registran en los Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Dinamarca, Suecia y otros países desarrollados. Su frecuencia es sustancialmente baja, hasta 30 veces menos, en la India, Sudamérica y África. La incidencia en Japón, antes muy baja, se ha elevado ahora hasta los niveles intermedios que se observan en el Reino Unido².

El cáncer de colon y recto surge habitualmente a partir de la edad media de la vida. La mayor incidencia se observa en el grupo de 60 a 70 años; menos del 20 % ocurre antes de los 50. Predomina en el hombre, si se localizan en el lado izquierdo del colon; cuando aparece en el lado derecho, la incidencia es igual para ambos sexos. En general, el cáncer colorrectal afecta a los hombres con una frecuencia de 20 % más que a las mujeres³.

Ocupa, en relación con todos los tumores malignos, el tercer lugar en frecuencia en el sexo masculino y el segundo en el femenino. En cuanto a la mortalidad, el tercer lugar en ambos sexos². Un paciente con cáncer colorrectal parece estar predisposto a presentar un segundo o un tercer carcinoma sincrónico; es decir, que coincide en el tiempo; esto se observa del 1 al 4 % de los

enfermos, situación parecida a la que ocurre con los metacrónicos, o sea, los que aparecen después de una lesión primaria curada².

Aunque es imposible establecer una relación absoluta entre el cáncer colorrectal y los factores etiológicos que con más frecuencia se señalan, ciertas alteraciones patológicas relacionadas con la herencia y deficiencias inmunitarias predisponen a su aparición, así como algunos agentes físicos, alteraciones funcionales y hábitos alimentarios.

En los tumores del colon, la herencia parece desempeñar un papel más importante que en otras localizaciones. La predisposición genética a padecerlo se observa en pacientes con poliposis familiar, y en algunas familias aparecen varios miembros afectados; se acepta que ello ocurra con una frecuencia doble que la normal, pero también pueden intervenir factores ambientales y no genéticos, así como los estados de deficiencia inmunitaria que influyen sobre todos los órganos.

En Cuba, los tumores malignos ocupan la tercera causa de muerte y, entre ellos, el de intestino alcanza un lugar cimero, solo superado por el de pulmón y el de mama. En Villa Clara, los tumores se hallan en el cuarto lugar de la mortalidad general y los de pulmón, mama y próstata superan al de intestino.

En el año 2000, el cáncer colorrectal presentó una tasa provincial de 14,6 x 100 000 habitantes y en el 2004 se incrementó hasta 22,04 x 100 000 habitantes, o sea, por encima de la tasa nacional.

Lo anterior nos motivó a realizar este trabajo, para estratificar la incidencia y mortalidad de los tumores del intestino e identificar las áreas de mayor afectación.

Los tumores de intestino grueso aportan las mayores tasas crudas de morbilidad y mortalidad en nuestra provincia, en comparación con los de intestino delgado.

Respecto al cáncer de colon, los sitios de mayor afectación son el recto (49 %) y le sigue el sigmoides.

La bibliografía consultada ubica los de recto en un 51 % y en un 20 % los de sigmoides⁴.

El grupo etario más afectado es el de 55-65 años, y es más frecuente en el sexo femenino. Numerosos estudios plantean que se presentan con mayor frecuencia en la edad media de la vida^{5,6}.

La incidencia de los tumores de intestino grueso se concentró en los municipios Santa Clara, Placetas, Camajuaní, Encrucijada y Manicaragua, pues estos fueron los que presentaron las mayores tasas crudas de morbilidad; se señalan como áreas prioritarias con tasas de mortalidad alta, y se ubican en el estrato número 1, los municipios: Santa Clara, Placetas y Camajuaní.

Se debe continuar realizando investigaciones que permitan profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo, pronóstico, evolución y años de vida potencialmente perdidos.

Referencias bibliográficas

1. Espinosa Álvarez RF, Doval Hernández MA. Neoplasias más frecuentes del aparato digestivo. En: Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral vol.2. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p. 668-74.
2. Smith J. Tamizaje del cáncer colorrectal. Rev Panam Salud Pública. 2002;12(4):291-5.
3. Otan H. Lymphocytes and macrophages as possible prognostic factor in human colorrectal cancer. Acta Histochem Cytochem. 2000;33(2):63-6.
4. Bain SC, Campel VC. Tratamiento de los pacientes con cáncer colorrectal en zonas rurales y urbanas: estudio cualitativo del punto de vista de los pacientes. Centro Salud. 2001;9(1):42-7.
5. Junca Pierre J. Sangre oculta en heces fecales y cáncer colorrectal. Siete Días Med. 2001;(471):81.