

Signos y síntomas de alarma en cáncer colorrectal

Clara Saiz Cantero

Médico de familia. C.S. Rafalafena. Castellón

INTRODUCCIÓN

Clínicamente, el cáncer de colon se mantiene en la mayoría de los casos asintomático hasta que la lesión está suficientemente avanzada, siendo éste el mayor inconveniente para su diagnóstico precoz. Salvo en las formas hereditarias, donde la edad de presentación suele ser antes de los 50 años, en el resto, es decir, en los casos esporádicos, suele aparecer entre la sexta y la octava década de la vida.

En relación con los síntomas y/o signos de éste, podemos afirmar que pueden ser muy variados; así, la presentación más frecuente de esta patología es mediante clínica insidiosa de forma crónica, con síntomas inespecíficos abdominales o generales que obligan al estudio de éstos, pero teniendo en cuenta que también existen formas agudas que debutan con una complicación clínica como consecuencia de éste¹.

CLÍNICA DEL CÁNCER COLORRECTAL

El cáncer colorrectal tiene múltiples formas de presentación, como podemos apreciar en la tabla I.

Podemos encontrarlo como un hallazgo casual al realizar pruebas diagnósticas complementarias, como pueden ser una radiografía de abdomen

Tabla I. Posibles presentaciones clínicas del cáncer colorrectal

Asintomático
Resultado de cribado (sangre oculta en heces)
Hallazgo casual
Sintomatología aguda urgente: <ul style="list-style-type: none">• Obstrucción• Perforación intestinal:<ul style="list-style-type: none">- Peritonitis fecal- Formación de abscesos
Sintomatología variable crónica: <ul style="list-style-type: none">• Digestiva• Extradigestiva

Tabla creada por el autor.

o una analítica de rutina por cualquier otro motivo, o bien al realizar un test de sangre oculta en heces como cribado, sin que haya debutado con ninguna clínica concreta. Las formas más normales de presentación son la clínica crónica insidiosa, con características inespecíficas y la clínica aguda, que suele ser resultado de complicaciones derivadas de la evolución de la enfermedad.

Vamos a diferenciarlo fundamentalmente, según el debut clínico de éste, entre presentación aguda y presentación crónica.

Presentación aguda del cáncer colorrectal

Derivados de la evolución crónica de la enfermedad suelen ser cuadros clínicos que precisan de una intervención quirúrgica urgente.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA

Muy sugestiva de cáncer colorrectal, más frecuente en ancianos.

La clínica puede ser muy variable, siendo más que reseñables los cuadros de obstrucción intestinal en sus diferentes grados, desde obstrucciones parciales que pueden generar dolor abdominal y estreñimiento ocasional hasta obstrucción completa del tubo digestivo, provocando una paralización completa de la deposición, que en casos extremos puede llevar acompañados vómitos más o menos fecaloideos, en función de a qué nivel intestinal se encuentre la afectación-obstrucción. La obstrucción completa se da hasta en el 50% de los casos, habiéndose observado que la tasa de supervivencia en afectados por cáncer colorrectal es menor en aquellos casos que presentan el debut con obstrucción.

PERFORACIÓN

Urgencia médica que puede dar lugar a complicaciones como peritonitis fecal o formación de abscesos, ambas complicaciones graves².

Presentación crónica del cáncer colorrectal

Se puede dividir entre clínica digestiva y clínica extradigestiva (tabla II).

Tabla II. Clínica digestiva y/o clínica extradigestiva de cáncer colorrectal

Clínica digestiva	Clínica extradigestiva
<ul style="list-style-type: none">• Dolor abdominal• Masa abdominal• Rectorragia y/o hematoquecia• Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none">• Anemia ferropénica• Pérdida de peso (hipo/anorexia)• Fiebre de origen desconocido• Clínica por diseminación metastásica• Sepsis por <i>Clostridium difficile</i>• Bacteriemia por <i>Streptococcus bovis</i>• Acanthosis nigricans• Dermatomiositis

Tabla creada por el autor.

CLÍNICA DIGESTIVA

Rectorragia

Con sangre más o menos abundante según el caso, o una hematoquecia con sangre junto con las heces en la deposición, signos clínicos ambos muy evidentes y llamativos que suelen escandalizar al paciente.

Molestia abdominal y/o alteración del ritmo deposicional

Malestar abdominal inespecífico al que el paciente puede referirse como una digestión lenta o un meteorismo que extraña a éste porque no lo había padecido nunca y que en algunos de ellos se puede manifestar posteriormente con cambios en el ritmo intestinal habitual, con alternancia de deposiciones de características estreñidas y otras diarreas, o diarreas de repetición y que tras instaurar un tratamiento adecuado no acaban de resolverse de forma completa. También puede presentarse en un paciente de hábito estreñido, como un aumento de este estreñimiento³.

CLÍNICA EXTRADIGESTIVA

Anemia

Generalmente bien tolerada por ser de larga evolución, deriva de la eliminación de sangre junto con las heces, por zonas necróticas tumorales o por la existencia de pólipos sangrantes.

Es una anemia de características ferropénicas.

La presentación clínica habitual de ésta es como hallazgo casual al realizar una analítica rutinaria por clínica de tipo astenia o simplemente de control por otra patología. En los casos de anemias importantes y más graves, donde puede haber un compromiso hemodinámico general, puede presentarse como cuadros de disnea, palpitaciones e incluso en algunos casos angina de pecho.

Así, toda anemia ferropénica en varón adulto y en mujer postmenopáusica obliga a la realización de un estudio de tracto digestivo inferior.

Síndrome general

Clínica de astenia, pérdida de peso, hipo o anorexia.

Fiebre de origen desconocido

Forma ésta de presentación en muchos otros tipos de tumores, por lo que se precisa en estos casos de un seguimiento y estudio exhaustivos.

Metástasis

En el momento del diagnóstico hay metástasis en el 15-20% de los casos. La localización más frecuente de las metástasis del cáncer colorrectal es en el hígado, dicha metastatización se produce por vía hematógena a través de los vasos de la pared colorrectal y mediante el drenaje venoso portal, por lo cual, en caso de existir ya afectación hepática por metástasis, podemos encontrarnos con la clínica relacionada con la afectación hepática o de vías biliares, como puede ser la presencia de ictericia, prurito, hepatomegalia o ascitis.

Otras localizaciones de metástasis de cáncer colorrectal son pulmón (infiltrados pulmonares difusos), hueso y cerebro. Estas localizaciones son más características de diseminación hematógena de los tumores del tercio inferior del recto que drenan por la cava inferior⁴:

Otra clínica

- Bacteriemia por *Streptococcus bovis*.
- Sepsis por *Clostridium difficile*.
- Síndrome paraneoplásico: acantosis *nigricans* y dermatomiositis^{5,6}.

En cuanto a la variación clínica en la forma de presentación, hemos siempre de tener en cuenta que no sólo puede presentarse como un cuadro claramente digestivo y que en muchos casos, sobre todo más evolucionados, es más llamativa la clínica extradigestiva que la propiamente digestiva.

Sumando todas la presentaciones clínicas, tanto digestiva como la extradigestiva, podemos resumir las formas de presentación más frecuente del cáncer colorrectal, tal y como viene reflejado en la tabla III.

Tabla III. Síntomas y signos más frecuentes de presentación del cáncer colorrectal

- Anemia (ferropénica)
- Dolor abdominal
- Pérdida de peso
- Pérdida de sangre por recto
- Cambio de hábitos intestinales
- Sangre oculta en heces (*screening*).

Tomado de ref. 2.

Aunque clínicamente el cáncer colorrectal, como ya hemos comentado, es muy variado, existen algunos rasgos que nos permiten, en función del signo o del síntoma más prevalente, hacer una orientación aproximada de la localización del tumor (tabla IV).

La rectorragia es el síntoma más frecuente en los casos de localización tumoral en el recto.

La anemia suele relacionarse más frecuentemente con tumores de colon derecho o proximal y de ciego.

El dolor o la existencia de una masa abdominal son más frecuentes en tumores de colon derecho y ciego.

La aparición de estreñimiento y/o dolor en hipogastrio es más frecuente que se presente en los casos de tumor en el colon izquierdo o distal.

Tabla IV. Clínica y probable localización tumoral

Tumores en recto	Rectorragia Tenesmo Hematoquecia
Tumores en colon derecho y ciego	Anemia Masa abdominal (dolor)
Tumores en colon izquierdo	Estreñimiento Hemorragia

Tabla creada por el autor.

Suele ser un estreñimiento progresivo y a veces se acompaña de hemorragia⁵.

Como ya hemos señalado, los tumores colorrectales en muchas ocasiones pasan inadvertidos en estadios iniciales y ya, cuando dan síntomas, la lesión está bastante avanzada. Es por ello por lo que no únicamente se pueden detectar en base a la clínica más o menos digestiva, sino por otra sintomatología mucho más heterogénea. Ante cualquier sospecha, sobre todo si se da en pacientes con factores de riesgo asociado, debemos realizar una determinación sencilla como es la sangre oculta en heces, método de *screening* que si bien no es un *gold standard*, sí permite la detección de éstos en un alto porcentaje de casos⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scheppach W, Bresalier R, Tytgat G. Gastrointestinal and liver tumors. New York. Springer 2004.
2. Gregory L. Brotzman y Russel G. Robertson. En Cáncer colorrectal. Medicina de familia. Principios y práctica. Robert Taylor. Masson. Barcelona 2006;92:861-862.
3. Jonathan P. Terdiman, Marvin H. Sleisenger. En Tumores gastrointestinales más frecuentes, ¿cómo sospecharlos? Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. 2.ª edición. Jarpoy Editores. Madrid 2002;428-430.
4. Castells A, Bessa X. Pólipos y poliposis intestinal. En: Ponce J, editor. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Barcelona, Doyma 2000;247-56.
5. www.fisterra.com/guias2/ccolon.asp
6. Ovidio Fernández Calvo, Graciela Charlín Pato, María Rosario García Campelo, Fernando Lamelo Alfonsín. En Cáncer de colon. Guías para la consulta de Atención Primaria. 3.ª edición. Arturo Louro González. Casitérides 2008;861-863.
7. Rodríguez-Téllez M, Caunedo Álvarez A. *Screening* del cáncer colorrectal. En: Gastroenterología y hepatología en Atención Primaria 2002;33:369-380.