

6.4. SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER COLORECTAL

Las supervivencias relativas a 1, 3, 5 y 8 años del CCR en Tarragona para el período 1990-94 fueron de 70,1%, 54,6%, 49,0% y 45,9% respectivamente. Al igual que para los datos de incidencia, existen amplias diferencias entre los datos de supervivencia estimados en los distintos registros del mundo. En las Tabla 6.7 y Figuras 6.3 se muestran los datos de SV a 1 y 5 años del CCR para 1990-94 de todos los registros europeos del estudio *EUROCARE-III*, del Programa *SEER* en EEUU, del Registro de Ontario (Canadá) y de cinco registros de países en desarrollo.

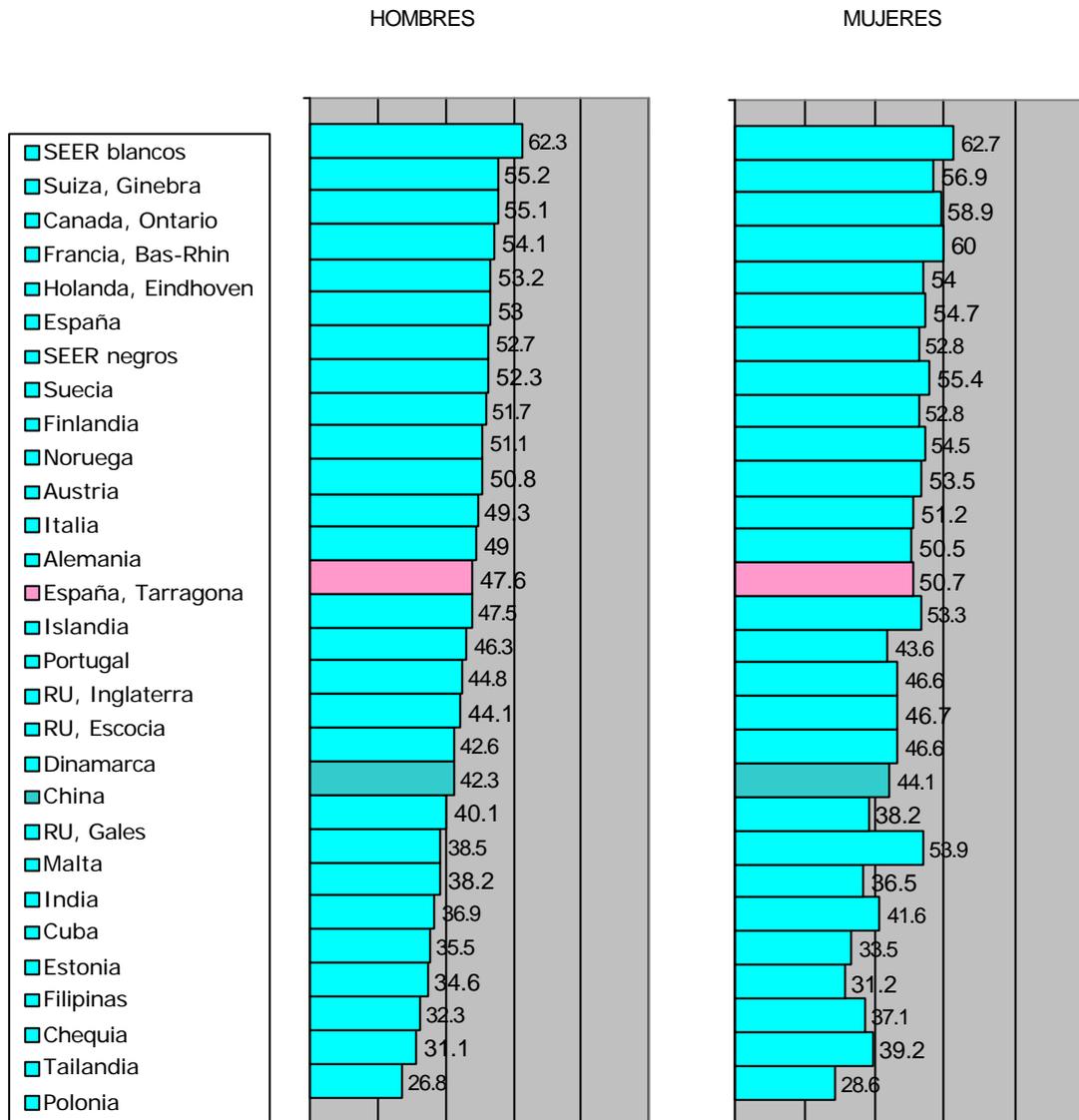
Tabla 6.7. Supervivencia relativa a 1 y 5 años del CCR en Europa y en el mundo 1990-1994. Hombres y mujeres.

	HOMBRES		MUJERES	
	SV1	SV5	SV1	SV5
EUROPA	70,6	47,6	71,7	50,5
Alemania	72,6	49,0	74,8	50,5
Austria	73,3	50,8	75,0	53,5
Chequia	59,2	32,3	61,5	37,1
Dinamarca	68,6	42,6	70,2	46,6
Escocia	67,2	44,1	67,4	46,7
España	72,2	53,0	73,4	54,7
España-Tarragona	70,9	47,6	69,1	50,7
Estonia	57,9	35,5	55,7	33,5
Finlandia	73,5	51,7	73,2	52,8
Francia	76,5	54,1	77,8	60,0
Gales	58,2	40,1	56,4	38,2
Holanda	74,7	53,2	76,3	54,0
Inglaterra	67,1	44,8	66,7	46,6
Islandia	72,8	47,5	78,2	53,3
Italia	73,4	49,3	73,8	51,2
Malta	63,0	38,5	68,2	53,9
Noruega	74,2	51,1	75,5	54,5
Polonia	51,4	26,8	52,5	28,6
Portugal	71,5	46,3	70,8	43,6
Suecia	76,3	52,3	77,9	55,4
Suiza	77,8	55,2	78,3	56,9
NORTEAMERICA				
SEER (global)	82,8	61,3	80,6	61,9
SEER blancos	--	62,3	--	62,7
SEER negros	--	52,7	--	52,8
Canadá-Ontario	80,3	55,1	81,2	58,9
RESTO DEL MUNDO				
Cuba [#]	--	36,9	--	41,6
China-Shangai [*]	--	42,3	--	44,1
Filipinas-Rizal [*]	--	34,6	--	31,2
India, Bombay ^{&}	66,7	38,2	62,4	36,5
Tailandia-Khon Kaen ^{&}	--	31,1	--	39,2

[#] Datos de 1988-89
& Datos de 1985-92

⁺ Datos de 1987
^{*}Datos del periodo 1989-92

Figura 6.3. Supervivencia a 5 años del cáncer colorectal 1990-94 en diversos registros de cáncer del mundo.



CÁNCER COLORECTAL

Las tasas de SV a 5 años (SV5) más elevadas del mundo para el CCR en el período 1990-94 se evidenciaron en los registros de EEUU (Programa SEER), que alcanzaron cifras superiores al 61% tanto en hombres como en mujeres. Hay que distinguir, sin embargo, entre la mayor supervivencia de la población blanca de este país (SV5=62,6%) con respecto a la de la población negra (SV5=52,7%). Canadá presenta también cifras de SV muy elevadas para este período: 56,4% en hombres y 58,9% en mujeres. La diferencia de SV entre géneros en este país es significativa (Holowaty y cols, 1998).

En cuanto a los países europeos, existen grandes diferencias de SV5 entre ellos, que van desde el 26,8% de Polonia al 55,2% en Suiza para los hombres y del 28,6% al 56,9% para las mujeres. La media europea de la SV5 es de 47,6% en hombres y 50,5% en mujeres, que coincide con la SV5 estimada en Tarragona. Los países del norte como Finlandia, Noruega y Suecia así como la mayoría de los de Europa Occidental (Francia, Alemania, Italia, Suiza, Holanda y España) presentaron supervivencias por encima de la media europea. Sin embargo, la SV5 fue bastante menor (entre un 25-35%) en el este de Europa (Estonia, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia). La supervivencia en Reino Unido y Dinamarca se situó en un lugar intermedio entre estos dos grupos de países con SV5 alrededor de 40-45%.

Por último, tenemos datos de SV de algunos países de Asia (China, India, Filipinas y Tailandia) así como de Cuba para diferentes años entre 1985 y 1992. La región de Shangai en China es la que presenta las cifras de SV5 más elevadas de este grupo (42,3% y 44,1% en hombres y mujeres respectivamente), cifras superiores a las de los países de Europa del este. Cuba también muestra una SV5 superior al 40% para las mujeres, mientras que para los hombres es un poco inferior (36,9%). En Filipinas y Tailandia encontramos supervivencias a 5 años menores del 40% en ambos géneros. En Tailandia la SV5 es mayor en mujeres que en hombres mientras que en Filipinas es al revés.

Estos datos de SV de países en desarrollo se han de analizar con precaución porque los registros de estos países no pueden alcanzar unos índices de calidad óptimos debido a la falta de recursos e infraestructura necesarios. Por ejemplo, la certificación de la muerte es muchas veces incompleta por lo que el seguimiento de los casos de un registro es

complicado. Asimismo, estos cinco registros probablemente incluyan algunos de los mejores resultados de SV de los países en desarrollo y no se pueden generalizar. Esto es así porque tanto China como Filipinas y Tailandia son países con un crecimiento económico muy rápido en las últimas décadas y con mejores servicios de salud y programas para el control del cáncer que otros países en desarrollo (por ejemplo los países de África subsahariana) (Sankaranarayanan y cols, 1998).

Como resumen se puede afirmar que Tarragona presenta unas cifras de supervivencia relativa a 5 años para el CCR elevadas en el contexto mundial y medias en el contexto europeo. Las diferencias internacionales de SV del CCR pueden ser debidas a distintas situaciones:

- artefactos de los datos
- diferencias en el estado general de salud de los pacientes o diferencias en el cumplimiento de los tratamientos
- diferencias en el estadio de la enfermedad al diagnóstico, bien debidas a la tardanza del paciente en acudir al médico o bien debidas a factores del sistema de salud
- diferencias en el acceso a un cuidado y tratamiento óptimos
- diferencias en los recursos humanos, de organización, económicos y de equipamiento de cada sistema de salud.

Las diferencias de SV entre registros europeos se han interpretado fundamentalmente como debidas a la distinta distribución por estadios, según se publicó en las conclusiones de los estudios "*Eurocare High Resolution*", realizados con este fin (Gatta y cols, 1996; Gatta y cols, 2000). Además se han evidenciado diferencias en la calidad de los tratamientos entre los países menos desarrollados (p.ej: Polonia y Estonia) y los más desarrollados (Suiza, Holanda, Noruega, Suecia, Francia) que podrían explicar también una parte de la gran diferencia de SV entre ellos. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes con CCR operados en el año 1987 en los diferentes países europeos varió desde el 58% en Estonia al 92% en Francia (Gatta y cols, 1996).

Sin embargo, no todos los autores están de acuerdo con estas conclusiones. Las críticas se centran en la no comparabilidad de las estimaciones de la SV de los diferentes registros (Woodman y cols, 2001). Algunos registros cubren la totalidad de la población de sus países (p ej: Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Noruega o Finlandia) y otros sólo una fracción, con lo que la representatividad de sus datos está comprometida (Berrino y cols, 1999).

Las diferencias en las cifras de SV5 entre Europa y EEUU se han querido explicar también en base a una diferente distribución por estadios, encontrándose más estadios precoces Dukes A en EEUU con respecto a la media de los registros europeos (Gatta y cols, 2003). De todas formas hay que reseñar que el estadio no es una variable recogida por todos los registros europeos sistemáticamente mientras que en los norteamericanos sí, con lo cual la representatividad de los estadios está comprometida. Por otra parte, las diferencias de SV entre registros europeos es mucho mayor que entre los 9 registros del Programa SEER estadounidense. Esta poca variabilidad entre los registros del Programa SEER ha hecho pensar a algunos autores que realmente los datos del Programa SEER no son representativos de la población norteamericana pues cubrirían las zonas más desarrolladas y mayormente habitadas de EEUU, con un mejor y más rápido acceso a los sistemas sanitarios y, por tanto, con mejores cifras de SV que el resto de EEUU. El ampliar las comparaciones incluyendo otras poblaciones de EEUU sería un paso futuro interesante (Gatta y cols, 2003). Asimismo hay autores que van más allá y cuestionan la comparabilidad de la definición y el diagnóstico de malignidad a la hora de explicar estas diferencias de SV transatlánticas tan importantes (Coleman y cols, 2003). Entre otros factores, se basan en el hecho de que a veces, en las series estadounidenses, se incluyen los carcinomas *"in situ"* dentro de los CCR estadio Dukes A, tumores no infiltrantes y que, por definición, en los registros europeos no se incluyen dentro de los Dukes A.

6.4.1. Estudio del género

El efecto del género en la supervivencia tanto del CCR en general, como del CC y el CR por separado, en nuestro estudio es nulo. Se observan

curvas similares de supervivencia para hombres y mujeres, lo cual ha sido publicado en múltiples estudios (Rifá, 1990; Roncucci y cols, 1996; Ponz de León y cols, 1999; Berrino y cols, 1995, 1999; Coleman y cols, 2003). Sin embargo también hay trabajos a nivel poblacional que han encontrado una mayor supervivencia en mujeres que en hombres para el CCR (Isbister y Fraser, 1985; Capocaccia y cols, 1997; Holowaty y cols, 1998; Angell-Andersen, 2004).

Las mujeres tienen una SV mayor que los hombres en la mayoría de los tumores malignos (Ries y cols, 1983) sin que se sepa con exactitud la causa íntima de estas diferencias. Con respecto al CCR, algunos autores (Angell-Andersen y cols, 2004) han intentado buscar una explicación en la menor mortalidad postoperatoria de las mujeres con respecto a los hombres, fundamentalmente en el caso de cáncer de recto. Estos autores hipotetizan que las mujeres tendrían una ventaja anatómica en la cirugía al presentar un sacro más amplio. Esto facilitaría un menor tiempo operatorio y una resección amplia del tumor que conducirían a menores tasas de mortalidad postoperatoria y mayores tasas de SV. En Tarragona, para los años 1996-97 se observan unas cifras de mortalidad postoperatoria para los pacientes operados de CCR un poco más elevadas en hombres (8,6%) que en mujeres (6,4%) (Tabla 6.8). Esta diferencia se observa para todas las sublocalizaciones, pero es más acusada en el caso del cáncer de recto. El porcentaje de casos operados en cada género fue similar (el 87,9% de los hombres y el 87,0% de las mujeres).

Tabla 6.8. Tarragona 1996-97. Número de casos operados (N), número de casos muertes en los primeros 30 días tras cirugía (mortalidad postoperatoria= MO), porcentajes de mortalidad postoperatoria (%MO) y porcentaje total de casos operados de CCR por sublocalizaciones y géneros.

	Hombres			Mujeres		
	N	MO	%MO	N	MO	%MO
Colon derecho	67	7	10,4	79	7	8,9
Colon izquierdo	112	10	8,9	111	7	6,3
Recto	119	8	6,7	75	3	4,0
153.9*	5	1	20,0	2	0	0,0
Total casos operados	303	26	8,6	267	17	6,4
Total casos de CCR	345			308		
Total % operados	87,8%			87,0%		

*153.9= sublocalización no especificada

6.4.2. Estudio de la edad

La supervivencia de los pacientes diagnosticados de CCR en Tarragona en 1990-94 disminuye con la edad. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre la supervivencia a 1 y 3 años de los pacientes mayores de 74 años con respecto a los menores de 74 años. A 5 años no se alcanza significación estadística, probablemente porque nuestra casuística es demasiado pequeña para encontrar estas diferencias.

El hecho de que la edad avanzada disminuya significativamente la supervivencia de CCR ha sido publicado en todos los estudios EURO CARE (Sant y cols, 1995; Berrino y cols, 1995, 1999; Gatta y cols, 1998; Coleman y cols, 2003), así como por los registros de EEUU (US Department of Health and Social Services, 2002), el Registro de Ontario en Canadá (Holowaty y cols, 1998) y el de Bombay en la India (Yeole y cols, 2001).

En EEUU, Jessup y cols, en 1996, en un estudio no poblacional pero muy amplio, con los datos del National Cancer Data Base para el período 1988-93, indican que la edad al diagnóstico mayor de 75 años disminuye un 10% la SV5 del CCR con respecto a los menores de 50 años. Las posibles explicaciones de los autores son la mayor comorbilidad de los ancianos, que conlleva una mayor mortalidad postoperatoria (Yancik y cols, 1998) y el mayor porcentaje de cáncer de colon derecho en ellos. El cáncer de colon derecho tiende a ocluir y perforar la pared colónica más frecuentemente que el de otras sublocalizaciones, lo cual supone un mayor riesgo en la cirugía y lleva a un mayor porcentaje de operaciones de urgencia. En su serie, hasta un 7,4% de los pacientes ancianos requirieron operación urgente frente a un 4,5% de los jóvenes (Jessup y cols, 1996). En la casuística de Tarragona de 1996-97 también se encuentra un mayor porcentaje de operaciones de urgencia en el grupo de mayores de 74 años con respecto al resto (17% vs 14%) y un mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (12% vs 6%) (Tabla 6.9). Asimismo, el porcentaje global de pacientes operados de CCR en Tarragona entre 1996 y 1997 fue menor entre los mayores de 75 años con respecto a los más jóvenes (82% vs 91%). El hecho de encontrar menores tasas de operados entre los pacientes mayores con respecto a los más jóvenes también es citado por Mitry y cols (2002b) como otra de las causas de las diferencias de supervivencia entre los grupos de edad.

Tabla 6.9. Tarragona 1996-97. Número de pacientes con CCR (N-CCR), número y porcentaje de pacientes con CCR operados de forma planeada, de urgencias y mortalidad postoperatoria (MO) por grupos de edad

	N CCR	Cirugía		% Tipo de cirugía		MO*	
		N	%	Planificada	Urgencia	N	%
0-55 años	69	64	94	83	14	1	2
55-75 años	328	296	91	83	14	17	6
>75 años	256	210	82	80	17	25	12
Total	653	570	88	82	15	43	7,6

También se puede hipotetizar que los pacientes ancianos alcanzan una menor SV que los más jóvenes porque los tratamientos adyuvantes (quimioterapia en el caso del CC y quimioterapia más radioterapia en el CR) se ofrecen más a pacientes jóvenes que a los más ancianos, hecho que ya ha sido publicado por otros autores (Schrug y cols, 2001; Ayanian y cols, 2003). En Tarragona, entre 1996 y 1997, el porcentaje de pacientes con estadio Dukes C operado que recibieron quimioterapia (QT) adyuvante disminuyó considerablemente con la edad: 85% de los menores de 55 años, 66% de los de entre 55 y 75 años y 14% de los mayores de 75 años (Tabla 6.10). También disminuyó con la edad el porcentaje de pacientes en estadio B y C de Dukes que recibieron radioterapia (RT): 79% de los menores de 55 años, 48% de los de 55-75 años y 15% de los mayores de 75 años (Tabla 6.11).

Tabla 6.10 Tarragona 1996-97. Porcentaje de pacientes con CCR por grupos de edad y estadios y porcentaje de pacientes en estadio C de Dukes que reciben quimioterapia adyuvante (QT)

	% casos CCR			%casos QT			
	0-54 años	55-75 años	>75 años	0-54 años	55-75 años	>75 años	Todas edades
Dukes A	12	13	12	--	--	--	
Dukes B	29	26	27	--	--	--	
Dukes C	29	30	23	85	66	14	50,6
Dukes D	19	25	21	--	--	--	

Tabla 6.11. Tarragona 1996-97. Porcentaje de pacientes con CR por grupos de edad y estadios y porcentaje de pacientes en estadios B y C de Dukes que reciben radioterapia adyuvante (RT)

	% casos CCR			%casos RT		
	0-54 años	55-75 años	>75 años	0-54 años	55-75 años	>75 años
Dukes A	12	13	12	--	--	--
Dukes B	29	26	27	79	48	15
Dukes C	29	30	23			
Dukes D	19	25	21	--	--	--

Probablemente la comorbilidad asociada de este último grupo de pacientes más ancianos hizo que muchos de ellos no recibieran ciertos tratamientos. Las decisiones sobre "qué pacientes se han de tratar" y "con qué tipo de tratamiento" las toma el médico en base a un conjunto de características de cada paciente individualmente. La mayoría de la literatura sobre tratamientos oncológicos se basa en series hospitalarias donde habitualmente los pacientes mayores quedan excluidos. Esto crea una duda al médico a la hora de decidir sobre un tratamiento agresivo frente a un paciente anciano. Últimamente, sin embargo, han aparecido varios artículos sobre el tratamiento con QT y RT adyuvantes en pacientes ancianos con CCR que intentan despejar estas dudas (Neugut y cols, 2002; Iwashyna y Lamont, 2002). En ellos se encuentra un beneficio similar al obtenido para los pacientes más jóvenes y se insta a los oncólogos a utilizar estos tratamientos en igual medida en todos los pacientes sin tener en cuenta la edad.

En cuanto a la observación que algunos autores, como Pitluk y Poticha (1983), hicieron en el pasado sobre la posible menor supervivencia de los pacientes muy jóvenes (menores de 35 años) con respecto al resto, toda la literatura actual no encuentra este peor pronóstico en los muy jóvenes (Rifá, 1990, Fante y cols, 1997; Verdecchia y cols, 1998; Holowaty y cols, 1998; Faivre-Finn y cols, 2002). Nosotros tampoco.

Como conclusión, no se ha encontrado evidencia de que el peor pronóstico de los pacientes mayores con CCR sea debido a un mayor porcentaje de casos avanzados (Dukes D) sino más bien a una diferente asistencia médica, secundaria, al menos en parte, a una mayor comorbilidad asociada.

6.4.3. Estudio por sublocalizaciones

El estudio de la supervivencia por sublocalizaciones en Tarragona no muestra diferencias estadísticamente significativas entre la supervivencia del cc.derecho, el cc.izquierdo y el CR si bien es interesante destacar que las curvas de supervivencia muestran perfiles gráficos ligeramente diferentes. Dentro de estos perfiles, la curva de SV del cc.izquierdo es bastante similar a la del CR, mientras que la del cc.derecho es diferente. El cc.derecho tiende a

presentar una SV a 1 y 3 años menor que los cc.izquierdo y recto pero a 5 años presenta una SV mayor.

El hecho de que el cc.izquierdo y el CR tengan una tendencia a presentar valores de SV1 y SV3 mayores que el cc.derecho podría estar relacionado con el mayor porcentaje de estadios localizados (Dukes A) en ellos con respecto al cáncer de colon derecho, según se pudo apreciar en los datos de incidencia por estadios para los años 1996 y 1997 en Tarragona. Series tanto hospitalarias (Newland y cols, 1981) como poblacionales (Roncucci y cols, 1996; Slattery y cols, 1996; Cheng y cols, 2001) observan también mayores porcentajes de estadios Dukes A+B en el recto y colon izquierdo con respecto al colon derecho que se corresponden con mayores tasas de SV a 1 año.

De todas formas, el hecho de que la SV a largo plazo (SV5) de los cc.izquierdo y recto tienda a ser inferior a la del cc.derecho en nuestro estudio de Tarragona para el período 1990-94 va en contra de la mayoría de la literatura revisada. Diversos estudios a nivel poblacional (Holowaty y cols, 1998; Ries y cols, 2000) así como las series hospitalarias en general encuentran un peor pronóstico del cc.derecho con respecto a los cánceres distales, habitualmente porque los cc.derecho se asocian a estadios más avanzados y/o a una mayor tasa de cirugías de urgencia. Sin embargo podríamos intentar explicar nuestro resultado con varias hipótesis:

- quizá en nuestra serie haya un porcentaje más elevado de casos de CCHNP entre los casos de cáncer de colon derecho que en otras series. Los CCHNP tienden a presentar mejores supervivencias para los mismos estadios que otros CCR no hereditarios (Watson y cols, 1998) lo que parece asociado a la presencia de inestabilidad de microsatélites (MSI+). Sin embargo esto es poco probable dado que, a nivel poblacional, los casos de CCHNP suponen un porcentaje muy pequeño (1-5%).
- quizá en nuestra serie haya más pacientes con tumores en el colon derecho que presenten MSI+, lo cual se ha relacionado con un mejor pronóstico (Gryfe y cols, 2000; Samowitz y cols, 2001) y una mejor respuesta al tratamiento con quimioterapia (Elsahleh y Iacopetta, 2001). Sin embargo, es poco probable que ésta sea la causa de la alta

SV5 de los pacientes con cáncer de colon derecho para este período (1990-94) porque el consenso sobre tratamiento QT adyuvante del CC se publicó en 1990 (Metzger, 1990), y seguramente muchos pacientes en estadio Dukes C no recibieron este tratamiento en los primeros años. Por ejemplo, en la revisión de los años 1996 y 1997 se evidenció que el porcentaje global de pacientes que recibieron tratamiento QT adyuvante en estadio III operado en Tarragona fue del 50,6% (Tabla 6.10).

- quizá la exhaustividad del seguimiento de los pacientes por parte del registro no ha sido del 100% y esto habría conducido a que la SV esté ligeramente sobreestimada. Pero esto afectaría a todas las sublocalizaciones y no sólo a los pacientes con cáncer de colon derecho.
- quizá existan muchos casos de cáncer de colon derecho entre los casos de localización inespecífica. Estos casos tienen peor supervivencia y su inclusión en la categoría de colon derecho haría bajar la supervivencia de este grupo. De todas formas, es más probable que estos casos inespecíficos correspondan a casos de colon izquierdo y recto en su mayoría. Esto es lo que ocurrió al revisar las 101 historias sin localización especificada de los años 1996-97. Entonces se encontró que el 40% de los casos inespecíficos eran distales (colon izquierdo y recto) y el 32% eran proximales.
- quizá se trate de una cifra real para el período 1990-94 resultante de la aleatoriedad propia de la muestra y teniendo en cuenta el tamaño de la casuística del registro. De hecho, tanto en el período previo (1985-89) como en el posterior (1996-97) la supervivencia del cáncer de colon derecho a 5 años es menor que la del cáncer de colon izquierdo y el de recto, lo cual concuerda más con la literatura revisada.

Por otra parte, la mayoría de los estudios poblacionales grandes que han estudiado cáncer de colon y de recto por separado han encontrado una supervivencia más alta para el cáncer de colon que para el de recto (Berrino y cols, 1995; 1999; Holowaty y cols, 1998; US Department of Health and Social Services, 2002; Coleman, 2003; Angell-Andersen y cols, 2004). Otros trabajos con menores casuísticas han encontrado, sin embargo,

supervivencias similares entre el CC y el CR (Isbister y Fraser, 1985; Rifá y cols, 1990; Roncucci y cols, 1996; Crocetti y cols, 1996; Monnet y cols, 1998) al igual que nosotros en Tarragona. En Bombay, por el contrario encuentran una mayor supervivencia a 5 años para el CR (42,2%) con respecto al CC (36,6%) (Yeole y cols, 2001), aunque estos resultados hay que interpretarlos con precaución por los bajos índices de calidad presentados por los registros de los países en desarrollo en general.

6.4.4. Estudio por histologías

El estudio de la SV por diferentes tipos histológicos en Tarragona muestra una SV5 de 51,2% (IC95%: 47,7-54,9) para el adenocarcinoma sin especificar, muy similar a la del adenocarcinoma mucinoso. El hecho de tener poca casuística en este último grupo impide que se puedan obtener diferencias significativas. Registros con casuísticas más amplias, como el del Programa SEER en EEUU (Thomas y Sobin, 1995) o el de Ontario en Canadá (Holowaty y cols, 1998) muestran que el pronóstico de los adenocarcinomas comunes sin más especificación es mejor que el del adenocarcinoma mucinoso. Además estos autores distinguen los adenocarcinomas en pólipo de los no especificados, cosa que nosotros no hemos podido realizar debido a una falta de especificación en los diagnósticos. Según Holowaty y cols (1998) los pólipos adenomatosos presentan la mejor SV, lo cual refleja un estadio inicial (Dukes A) al diagnóstico. En segundo lugar aparece el pólipo vellosos cuya SV es inferior a la del pólipo adenomatoso. Esto refleja la importancia de la arquitectura vellosa. Después aparecen los carcinomas epidermoides y los carcinoides que presentan un pronóstico razonablemente bueno aunque son histologías que aparecen en sitios poco frecuentes, fundamentalmente el ano y el apéndice. El pronóstico de los adenocarcinomas comunes sin más especificación es menor que la de los tipos histológicos ya nombrados, pero siempre por encima del adenocarcinoma mucinoso. Finalmente el pronóstico de otros tipos histológicos mucho menos frecuentes, como los sarcomas, es mucho peor.

6.4.5. Estudio por estadios

El estadio es el factor más importante que modifica la supervivencia del CCR, lo cual ha sido publicado en multitud de artículos desde la aparición del estudio de Dukes (1932). La supervivencia a 5 años en Tarragona para el período 1996-97 varió entre el 89,9% para el Dukes A, al 68,1% para el Dukes B, el 47,0% para el Dukes C, el 3,4% para el Dukes D y el 2,0% para los casos sin estadio especificado.

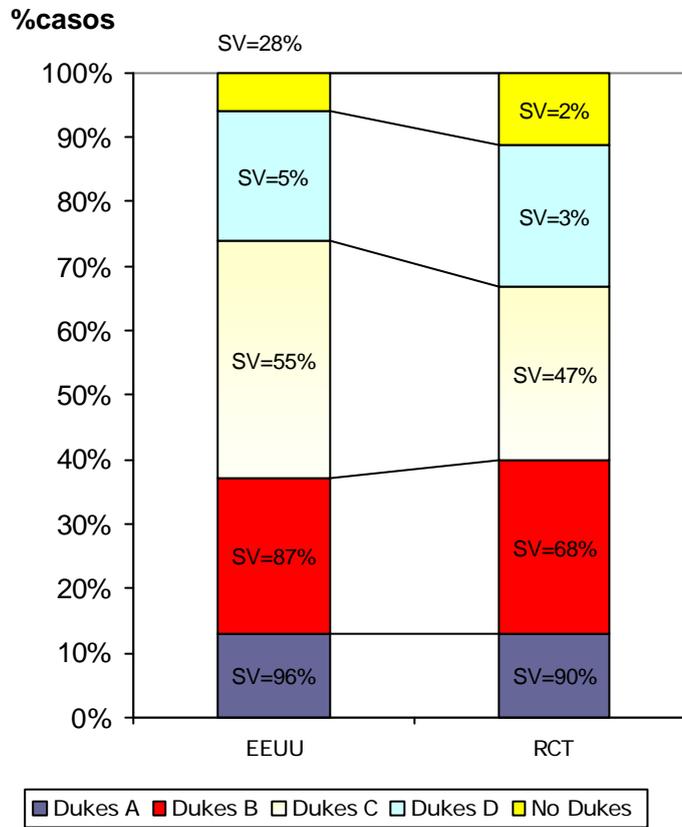
Nuestros resultados confirman el buen pronóstico en general del estadio Dukes A. Ello está en consonancia con la mayoría de los estudios poblacionales, que publican cifras de supervivencia a 5 años alrededor del 90% (Rifá, 1990; Kune y cols, 1990; Newland y cols, 1995; Di Gregorio y cols, 1996; Roncucci y cols, 1996; Monnet y cols, 1998; Holowaty y cols, 1998), y refuerza la importancia de la accesibilidad y el mayor uso de la endoscopia a nivel poblacional para intentar detectar el mayor número de cánceres posibles en estadios precoces.

En EEUU, país donde se han instaurado programas de cribado poblacional desde hace una década aproximadamente, Ries y cols (2000) refieren unas tasas de supervivencia por estadios algo superiores a las nuestras, no sólo para el estadio Dukes A sino también para el Dukes B y el Dukes C. Según ellos, la SV5 es 96% para el estadio Dukes A; 87% para el estadio Dukes B; 55% para el estadio Dukes C; 5% para el estadio Dukes D; y 28% para el estadio no especificado. Hay que tener en cuenta la distinta distribución por estadios de los casos. Una comparación entre los datos de EEUU y Tarragona se muestran en la Tabla 6.12. y Figura 6.4.

Tabla 6.12. Tarragona 1996-97 comparado con SEER-EEUU 1992-97. Porcentaje de pacientes con CCR por estadios y supervivencia por estadios (SV)

	% casos CCR		%SV a 5 años	
	EEUU	RCT	EEUU	RCT
Dukes A	13	13	96	90
Dukes B	24	27	87	68
Dukes C	37	27	55	47
Dukes D	20	22	5	3
Sin estadio	6	11	28	2

Figura 6.4. Tarragona 1996-97 comparado con SEER-EUU 1993-97. Porcentaje de pacientes con CCR por estadios y supervivencia por estadios (SV)



Al comparar supervivencias por estadios se está comparando de alguna forma la efectividad de los tratamientos. Sin embargo hay que tener en cuenta que el estadio mide condiciones que varían con el tiempo y el lugar, pues depende de las técnicas diagnósticas y la práctica médica. Al mejorar las técnicas diagnósticas y/o hacerse éstas más accesibles puede ocurrir un fenómeno de "migración de estadios" que haga variar las tasas de supervivencia de cada estadio ("Fenómeno de *Will Rogers*") (Feinstein y cols, 1985). El hecho de que la supervivencia del Dukes A sea mayor en EEUU que en Tarragona podría indicar que algunos de los casos de Dukes A en Tarragona eran en realidad estadios más avanzados sin un completo estudio de extensión. Otra explicación para la mayor SV de los Dukes A en EEUU podría ser también que se hubieran incluido en sus datos los "carcinomas in

situ" dentro del estadio Dukes A, como algunos autores parecen denunciar (Coleman y cols, 2003; Angell-Andersen y cols, 2004). Estos carcinomas, al no ser infiltrantes (patrón de comportamiento "2" de la ICDO-2), aumentarían la SV del Dukes A en EEUU.

Es un hecho constatado que la proporción de casos no estadiados varía mucho entre los registros europeos (del 4% al 39% en el "Eurocare High Resolution")(Gatta y cols, 1996). Esto hace que las supervivencias a 5 años de estos casos no estadiados también varíe mucho (del 8% al 54%) lo que afecta las comparaciones de SV para todos los estadios, no sólo el del Dukes A. Por ejemplo, Monnet y cols (1998) compararon la distribución por estadios y la SV a 5 años de tres registros europeos (Mallorca, Cote d´Or y Ginebra) para el período 1982-1987 y observaron diferencias significativas en la SV, sobre todo entre Mallorca y los otros dos registros, que eran explicables por la diferente distribución por estadios (Tabla 6.13).

Tabla 6.13. Porcentaje de pacientes con CCR por estadios y supervivencia por estadios (SV) en tres registros europeos (Ginebra (GE), Cote d´Or (CO) y Mallorca (M)) para el período 1982-87

	% casos CCR			%SV 5 años		
	GE	CO	M	GE	CO	M
Dukes A	16	18	7	97	84	81
Dukes B	28	34	33	71	68	74
Dukes C	25	24	29	47	41	44
Dukes D	25	20	24	3	3	3
Sin estadio	6	4	7	9	12	25

*Tomado de Monnet y cols, 1998

No se observan diferencias significativas entre la supervivencia por géneros para cada estadio en nuestros datos de Tarragona. Sin embargo, para cada estadio sí que hay una diferencia de SV según los pacientes sean mayores o menores de 75 años. El grupo de edad más avanzada presenta supervivencias inferiores para cada estadio con respecto al grupo más joven. Este hecho se encuentra también en otros estudios poblacionales (Rifá, 1990; Holowaty y cols, 1998; Ries y cols, 2000). En los estudios multivariados de factores pronósticos para CCR habitualmente aparecen el estadio y la edad como las variables con mayor significación y siempre por este orden (Crocetti y cols, 1996; Faivre-Finn y cols, 2002; Angell-Andersen y cols, 2004). En nuestro estudio de los años 1996 y 1997 también.

Como conclusión, la supervivencia por estadios del CCR en Tarragona es similar a la publicada por otros registros de países de Europa Occidental y las pequeñas diferencias de SV global con ellos probablemente sean debidas a un fenómeno de migración de estadios al mejorar las técnicas de diagnóstico.