

2.1. EL CÁNCER COLORECTAL. GENERALIDADES.

El cáncer colorectal (CCR) constituye en la actualidad un problema sanitario de gran magnitud dada su alta incidencia y mortalidad. Actualmente es uno de los cánceres más frecuentes en ambos géneros. A nivel mundial se estimaron, para el año 2000, alrededor de 10,1 millones de nuevos casos de cáncer, de los cuales el 12,3% serían de pulmón, el 10,4% de mama y el 9,4% de colon y recto. Asimismo se estimaron, también para el año 2000, aproximadamente 6,2 millones de muertes por cáncer, de las cuales el 17,8% serían por cáncer de pulmón, el 10,4% por cáncer de estómago, el 8,8% por cáncer de hígado y el 7,9% por CCR (Parkin, 2001).

Entre los distintos países del mundo, las tasas de incidencia de CCR varían en un rango de cinco a veinte veces según se puede apreciar en los datos publicados por la *International Agency for Research on Cancer (IARC)* en los diferentes volúmenes del *Cancer Incidence in Five Continents (CIFIC)*. Las tasas más elevadas siempre se observan en los países más desarrollados de Norteamérica, Europa Occidental y Oceanía y las más bajas en la India y los países africanos (Muir y cols, 1987; Parkin y cols, 1992, 1997, 2002).

Las diferencias internacionales, los datos sobre estudios de emigrantes (Steinitz y cols, 1989) y la variabilidad de las tasas de incidencia observadas en diferentes poblaciones de un mismo país ponen de manifiesto que el CCR es particularmente sensible a factores ambientales, presumible y fundamentalmente la dieta. Además, es conocido ya desde hace tiempo que el CCR ocurre más frecuentemente en ciertas familias y existen algunos síndromes genéticos ya caracterizados (por ej: la poliposis adenomatosa familiar (PAF)) que confieren un mayor riesgo de desarrollar este cáncer. Por tanto, podemos decir que el CCR está relacionado causalmente tanto con los genes como con el entorno (Potter, 1999).

Tras la identificación del gen mutado en la PAF, a principios de los años 90s (Grodin y cols, 1991), la biología molecular del CCR es quizá una de las más ampliamente estudiadas. Este conocimiento ha llevado a idear nuevas estrategias de prevención y tratamiento que podrían conducir a un descenso de la mortalidad por este cáncer (Northover y cols, 2001). Sin embargo, es más probable que el descenso de la mortalidad y posteriormente

de la incidencia de CCR vengan como consecuencia de la adopción de programas de diagnóstico precoz, mediante la detección de la enfermedad en un estadio inicial localizado, hecho que ya se empieza a observar en países como Estados Unidos (EEUU) (Nelson y cols 1999).

El riesgo de desarrollar un CCR a lo largo de la vida en un país desarrollado se ha estimado en 3,2% para las mujeres y 4,6% para los hombres (Chu y cols, 1994). El relativo buen pronóstico del CCR lo sitúa, según las estimaciones mundiales citadas para el año 2000 (Parkin, 2001), en el segundo cáncer más prevalente en el mundo después del cáncer de mama.

Las tasas de incidencia de CCR han aumentado en los últimos 20 años en los países con tasas previamente bajas mientras que en los países que ya eran de alto riesgo se ha producido una estabilización o incluso disminución de la incidencia, particularmente en los grupos de edad joven (Parkin, 2001). Para la mortalidad, el patrón de tendencia secular es similar al de la incidencia, con un incremento en los países de tasas iniciales bajas (Europa Oriental, Japón o Singapur), pequeños incrementos o estabilizaciones en los países de tasas medias y disminución de la mortalidad por CCR en los países de alto riesgo (Nueva Zelanda, EEUU, Canadá y Norte de Europa) (Ries y cols, 2000; Parkin, 2001).

España siempre ha estado situada entre los países con tasas intermedias de CCR, si bien es cierto que existen diferencias entre las distintas regiones (Muir y cols, 1987; Parkin y cols, 1992, 1997, 2002).

Hasta ahora hemos considerado al CCR en su conjunto. Sin embargo en muchos trabajos se estudian el cáncer de colon (CC) y el cáncer de recto (CR) como entidades diferentes. La distribución geográfica del CC es similar a la del CR, aunque la variación de tasas de incidencia entre países es menor para este último que para el CC. La división entre colon y recto causa en muchas ocasiones confusión al no existir una barrera anatómica precisa entre ellos y la mayoría de la literatura moderna, con base epidemiológica, aboga por el estudio general del CCR más el estudio específico por sublocalizaciones. Entre estas sublocalizaciones se distinguen los cánceres de colon derecho, los cánceres de colon izquierdo y los cánceres de recto.