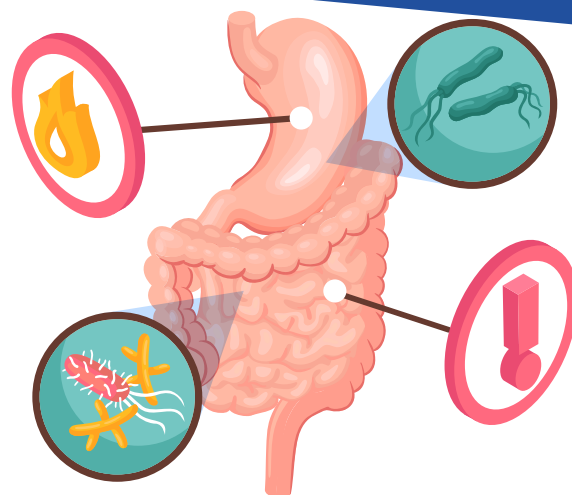


Cáncer de colon en Colombia



1. Caracterización de la enfermedad

El cáncer de colon es uno de los tumores considerados de alta incidencia y mortalidad que se presenta especialmente en países con alto índice de desarrollo humano, ocurre con mayor frecuencia de manera esporádica y se presenta hereditariamente en el 5% de los casos. Dentro de los factores de riesgo se reconoce a la dieta como el factor exógeno más importante para el desarrollo de esta neoplasia, asociada a consumo de carnes rojas, carnes procesadas, consumo de bebidas alcohólicas y aumento de la grasa corporal y abdominal. Por otra parte, existen factores no relacionados a la dieta que han sido motivo de estudio, dentro de ellos se enfatiza el tabaquismo, el consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), inactividad física, otras comorbilidades del colon, predisposiciones genéticas y el síndrome metabólico (1).

El cáncer de colon puede cursar de forma asintomática, o con algunos síntomas inespecíficos como fatiga, dolor abdominal, sangre en las deposiciones, cambios en los hábitos intestinales o síntomas obstructivos. Cerca de 9 de cada 10 pacientes con cáncer colorrectal son diagnosticados en mayores de 50 años. En los últimos años se ha observado una disminución en la incidencia y mortalidad para este grupo de edad, sin embargo, se ha identificado un incremento de los casos en

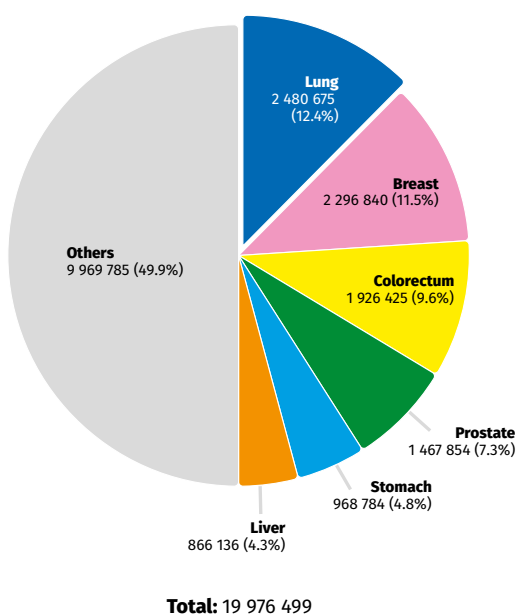
personas menores de 50 años. El tratamiento de pacientes con cáncer de colon depende del estadio y avance de la enfermedad, lo que sugiere una estrategia integral para el diagnóstico, evaluación y tratamiento (2).

2. Situación del cáncer de colon y recto a nivel mundial

De acuerdo con estimaciones de Globocan 2022, el cáncer colorrectal (C18-C21, según CIE-10 incluye también ano) representa la cuarta causa de incidencia por cáncer a nivel mundial (tasa de incidencia ajustada de 18,4 por 100.000 habitantes), con más de 1 900.000 casos nuevos diagnosticados, es decir, el 9,6 % de todos los casos de cáncer en el mundo (Ver [figura 1](#)) (3).

Las tasas de incidencia fueron aproximadamente 4 veces más altas en países de mayor índice de desarrollo humano (IDH) comparados con países en transición, aunque con una menor variación en las tasas de mortalidad debido a la alta fatalidad de este cáncer en los países de menor IDH. Las tasas de incidencia más altas se identificaron en algunas regiones de Europa, Australia, Nueva Zelanda y Norteamérica, y para Hungría en hombres y Noruega en mujeres. Las tasas de incidencia de cáncer colorrectal tienden a ser menores en la mayoría de las regiones de África y en el sur de Asia central (4).

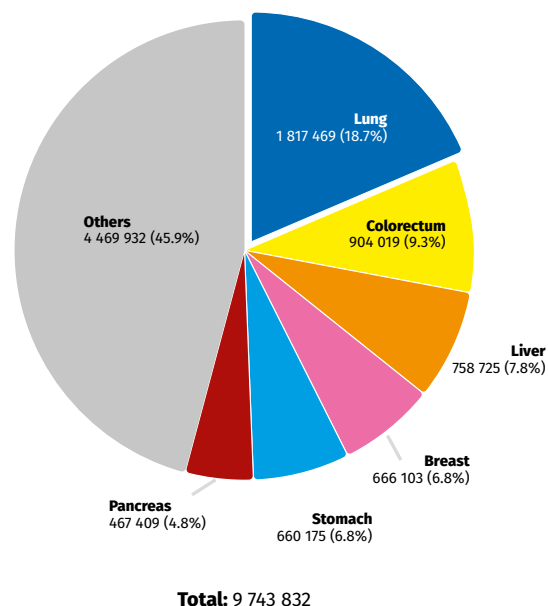
El cáncer colorrectal es considerado un indicador del desarrollo socioeconómico, mostrando un incremento concordante en la incidencia de países en transición conforme al incremento del IDH, es así como las tasas de incidencia han incrementado en muchos países del este, centro y sur de Europa, Asia y América del sur. El incremento de este cáncer en países que eran de bajo riesgo y con un menor IDH, probablemente corresponden a cambios en la dieta que reflejan un mayor consumo de productos de origen animal y cambio hacia un estilo de vida más sedentario, con menos actividad física y exceso del peso corporal. Otros factores de riesgo identificados son consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, consumo de carnes rojas o procesadas (4).



Fuente: Globocan 2022

Figura 1. Número de nuevos casos por tipo de cáncer, en el mundo 2022

Con relación a la mortalidad, en el mundo se producen cerca de 904.000 muertes al año por cáncer colorrectal, lo que representa el 9,3 % de las muertes por cáncer, ocupando el tercer lugar en tasa de mortalidad por cáncer en el mundo (8,1 por 100.000 habitantes) antecedido por cáncer de pulmón y mama (Ver [figura 2](#)) (3).



Fuente: Globocan 2022

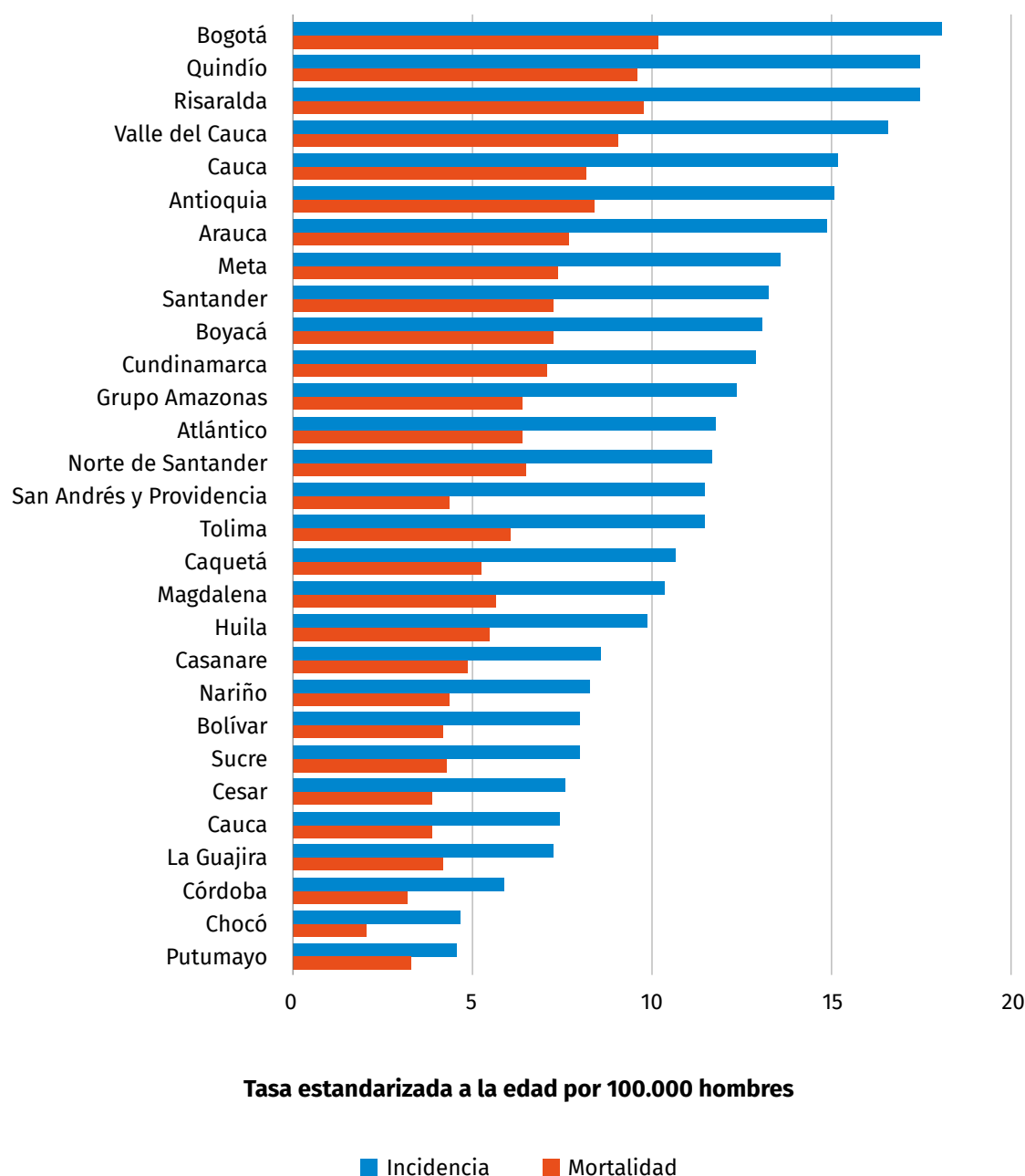
Figura 2. Número de muertes por tipo de cáncer en el mundo 2022

3. Situación del cáncer colorrectal en Colombia

En Colombia, el cáncer colorrectal constituye la tercera causa de incidencia por cáncer, después del cáncer de próstata y mama. En 2022, la tasa estimada de incidencia fue 16,4 por 100.000 habitantes, es decir, cerca de 11.160 casos nuevos de cáncer colorrectal al año, lo cual representa el 9,5 % de todos los casos de cáncer en el país. Además, el cáncer de colon y recto representó la quinta causa de muerte en Colombia, con una tasa de mortalidad ajustada de 8,0 por 100.000 habitantes (cerca de 5.600 muertes por año) (5).

Para el periodo de 2012 - 2016 la estimación de incidencia para cáncer de colon, recto y ano en Colombia fue de 6.720 casos nuevos, de los cuales, 3.013 casos fueron en hombres y 3.707 casos en mujeres, con una tasa de incidencia

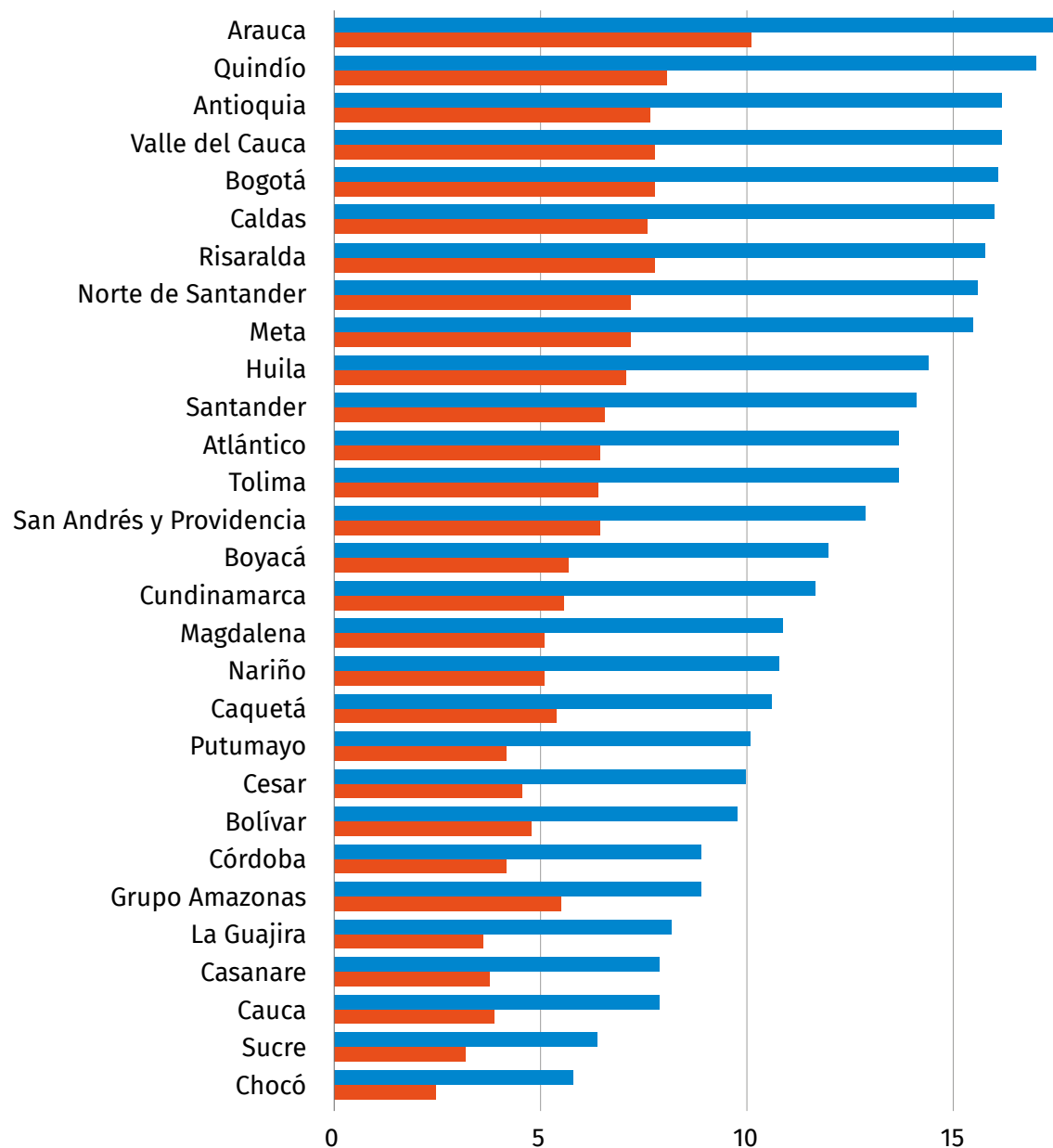
ajustada por edad de 13,2 y 13,8 por 100.000 habitantes respectivamente. Los departamentos con tasas de incidencia más altas por este tipo de cáncer tanto en hombres como en mujeres son Bogotá, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, Caldas y Antioquia (5). (Ver [figura 3](#) y [4](#)).



*Grupo Amazonas(Amazonas, Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés)

Fuente: Elaboración propia a partir de Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2012-2016

Figura 3. Tasa de Incidencia y Mortalidad para cáncer de colon, recto y ano, en hombres según departamentos, Colombia 2012 - 2016



Tasa estandarizada a la edad por 100.000 mujeres

■ Incidencia ■ Mortalidad

*Grupo Amazonas (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés)

Fuente: Elaboración propia a partir de Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2012-2016

Figura 4. Tasa de Incidencia y Mortalidad para cáncer de colon, recto y ano, en mujeres según departamentos, Colombia 2012-2016

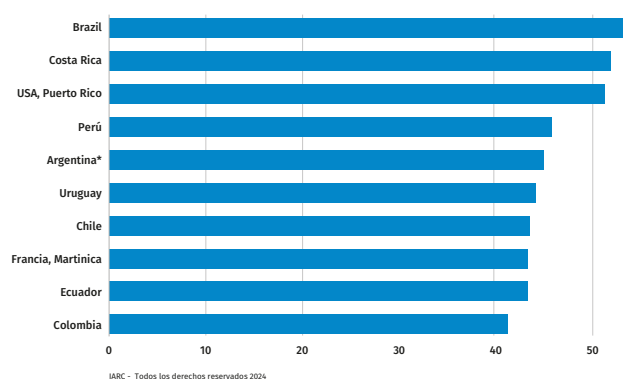
Para el periodo 2007-2013, a nivel departamental las razones estandarizadas de mortalidad (REM) más altas se presentaron en Bogotá, Quindío, Risaralda y Caldas en hombres y mujeres. Las menores REM estuvieron en los departamentos de Nariño, Cauca, la Guajira y departamentos de Magdalena medio. En general, el patrón de distribución geográfico mostró que la zona andina y las regiones montañosas presentan un riesgo alto, mientras que las regiones costeras y planas son zonas de bajo riesgo. Las áreas de mayor riesgo corresponden a las zonas de mayor población, urbanización y desarrollo, como se observa en países desarrollados del mundo, en los que se presenta alta incidencia y mortalidad (6).

4. Supervivencia del cáncer de colon

La tasa de supervivencia de los pacientes con cáncer es un indicador para evaluar los efectos del tratamiento del cáncer y monitorear el pronóstico de los pacientes con cáncer. De acuerdo con el estudio CONCORD-3, el cual revisó datos de más de 4 millones de adultos con cáncer de colon a partir de 296 registros poblacionales de cáncer en 65 países, la supervivencia de cáncer de colon varió ampliamente entre regiones como Sur y Centroamérica, Asia y Europa. Para los pacientes diagnosticados entre 2010 y 2014 la supervivencia a cinco años fue superior al 70% en Israel, Corea y Australia. La supervivencia estuvo en el rango de 60-69% en 25 países, incluido Costa Rica, Puerto Rico, Canadá, Estados Unidos, Japón, Singapur, Taiwán, Dinamarca, Reino Unido, Italia, España, Alemania, Suiza, Nueva Zelanda, entre otros. En el rango de 50-60% en 18 países como Perú, Uruguay, Malasia, China, Turquía, Estonia, Lituania y Croacia; y en el rango de menos de 50% en Ecuador, Colombia, Tailandia, Rusia e India entre otros. Las tendencias de

supervivencia a cinco años entre 1995-1999 y 2000-2014 en general fueron estables o presentaron un incremento, siendo mayor del 10% en China, Israel, Corea y 13 países de Europa, incluido Portugal, Noruega, Bulgaria y Reino Unido y un incremento de 5-10% en Canadá, Japón, Taiwán, Australia y 14 países de Europa como Finlandia, Francia y Austria (7).

Según datos del Reino Unido, se estima que cerca del 53% de las personas diagnosticadas con cáncer de colon sobreviven 10 o más años con la enfermedad (2013-2017) con valores similares entre hombres y mujeres. La supervivencia ha sido duplicada en los últimos 50 años (8). De acuerdo con la herramienta SURVCAN de Globocan (9), el promedio de la supervivencia observada en los casos diagnosticados de cáncer de colon en Colombia en el periodo 2008-2012, fue de 63,8 % a 1 año, 45,8 % a 3 años y 41,4 % a 5 años. En la región los países con mayor supervivencia a 5 años de cáncer de mama son Brasil, Costa Rica y Puerto Rico (ver figura 5).



Fuente: Globocan 2024. SURVCAN

Figura 5. Supervivencia observada de cáncer de colon a 5 años, casos diagnosticados 2008-2012 en Latinoamérica

5. Detección temprana del cáncer colorrectal

El cáncer de colon es una enfermedad de lenta progresión desde lesiones precancerosas detectables y que tiene un pronóstico mucho mejor en pacientes diagnosticados en etapas tempranas, razón por la que la detección temprana es relevante y favorable para disminuir la carga de la enfermedad. Desde la clínica se realiza búsqueda activa con diferentes métodos de tamización, en la actualidad los exámenes de tamización se pueden dividir en invasivos y no invasivos. Dentro de los no invasivos se encuentra el examen de sangre oculta en heces, las pruebas inmunoquímicas fecales y algunas pruebas basadas en ADN. También existen algunas pruebas radiológicas no invasivas como lo son el enema de bario con doble contraste, la capsula endoscópica y la tomografía computarizada (TC). Por otra parte, la prueba invasiva más utilizada es la colonoscopia que permite visualizar directamente la aparición de pólipos o neoplasias, sin embargo, requieren preparación previa del paciente y se realiza bajo sedación, adicional a que puede estar limitada en algunas zonas geográficas por falta de especialistas, infraestructura y recursos (10).

En Colombia, el tamizaje de cáncer de colon está definido por la resolución 3280 de 2018, en la cual se establece que la tamización comenzará a partir de los 50 años y hasta los 75 años, se realizará prueba de sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años cuando esta se encuentre disponible (11).

La prevención es el componente más importante para hacer frente a la creciente carga mundial del cáncer colorrectal, por lo que se insta a los gobiernos especialmente a los de bajos y medianos ingresos a hacer esfuerzos para fortalecer los programas de detección masiva que mejoren la adherencia de la población en riesgo, que se puede hacer con métodos de fácil acceso, menos invasivos y de menor costo tal como pruebas de sangre oculta en heces (guayaco y pruebas inmunoquímicas), adicional a mejoras en los servicios de diagnóstico y tratamiento, incluyendo el acceso a colonoscopia en los casos que las pruebas de tamización sean positivas (2,7).

En países como Estados Unidos, Canadá y Australia se ha identificado aparición temprana de cáncer colorrectal en menores de 50 años, con una incidencia que aumenta entre 1 y 4% por año, posiblemente asociado a factores como la dieta y el estilo de vida poco saludable, razón por la que la Sociedad Americana de Cáncer redujo la edad recomendada para el inicio de pruebas de detección con riesgo promedio de 50 a 45 años en 2018 y en 2020 el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos declaró un borrador con esta recomendación (7).

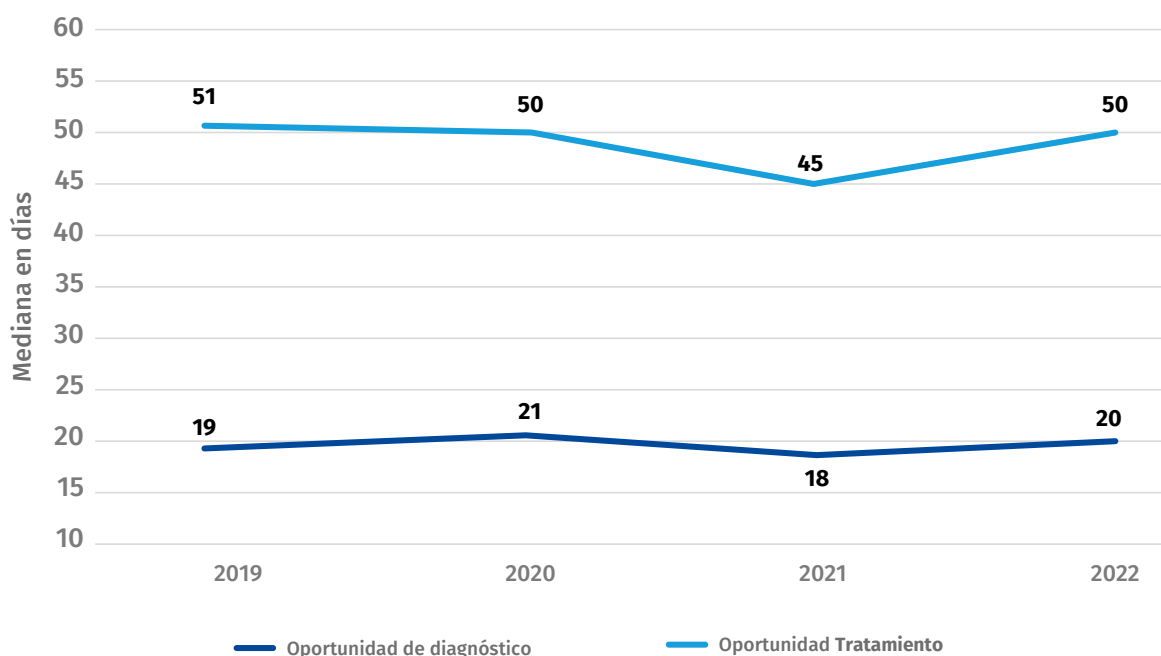
6. Indicadores de gestión

Un importante aspecto para destacar es la necesidad de implementar estrategias que aseguren el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos curativos en la población que se diagnostica con cáncer de colon. La Cuenta de Alto Costo (CAC) en el periodo 2022 identificó que la mediana de la edad fue de 66 años para los tumores nuevos de cáncer colorrectal

diagnosticados en el país. Según el estadio clínico, se observó que la mayoría de los casos fueron diagnosticados en estadio III (38,8 %), seguido por el estadio II (25,8%), y el estadio IV (24,7 %) (12).

Para el periodo evaluado 2021, la mediana del tiempo de espera para el diagnóstico fue de 18 días y hasta el primer tratamiento fue de 45 días, siendo estos indicadores menores que el periodo anterior reportado. El régimen de excepción presentó la mejor oportunidad

de diagnóstico y tratamiento con 14 y 33 días respectivamente. La oportunidad de la atención según el estadio clínico presentó un menor tiempo de espera para las personas con estadio IV en el diagnóstico y el tratamiento, mientras que demoras en el tiempo para la oportunidad del tratamiento fue mayor en los tumores *in situ* (13). Para el año 2022, la CAC reporta que la mediana del tiempo entre la sospecha médica y la confirmación del diagnóstico fue de 20 días y de 50 días para tener primer tratamiento (Ver figura 6) (12).



Fuente: elaboración propia (Cuenta de Alto Costo, 2022)

Figura 6. Tendencia de la oportunidad del diagnóstico y tratamiento en los casos nuevos de cáncer de colon y recto, 2018 – 2022

Referencias

1. Labianca R, Beretta GD, Kildani, B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, *et al.* Colon cancer. Critical reviews in oncology/hematology, 2010;74(2):106–133. doi: [doi: org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.010](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.010)
2. Vogel JD, Felder SI, Bhama AR, Hawkins AT, Langenfeld SJ, Shaffer VO, *et al.* The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. Dis Colon Rectum. 2022;65(2):148-177. doi: [doi: 10.1097/DCR.0000000000002323](https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002323)
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today> [citado 07 de marzo de 2024].
4. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021; 71 (3): 209-249.
5. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2012-2016. Primera edición. Bogotá. D.C. Instituto Nacional de Cancerología, 2022, v.1. p. 159.
6. Pardo C, de Vries E, Buitrago L GO. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Cuarta edición. Bogotá D. C. Instituto Nacional de Cancerología, 2017, v.1. p. 124.
7. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet. 2018; 391 (10125):1023-1075.
8. Cancer Research UK. Bowel cancer statistics. Disponible en: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer#heading=Two> Consultado: 07 de marzo de 2024.
9. IARC. Observatorio Global de Cáncer, SURVCAN, Cancer survival statistics in Africa, Central and South America, and Asia, volume 3. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/survival/survcan/> Consultado: 07 de marzo de 2024.
10. Issa IA, Nouredine M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. World J Gastroenterol. 2017 Jul 28;23(28):5086-5096. doi: [10.3748/wjg.v23.i28.5086](https://doi.org/10.3748/wjg.v23.i28.5086)
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. “Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación”. Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DII/resolucion-3280-de-2018.pdf>
12. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2022, Bogotá, D.C. 2023.
13. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS en Colombia, 2021. Bogotá. Cuenta de Alto Costo; 2022.

www.cancer.gov.co