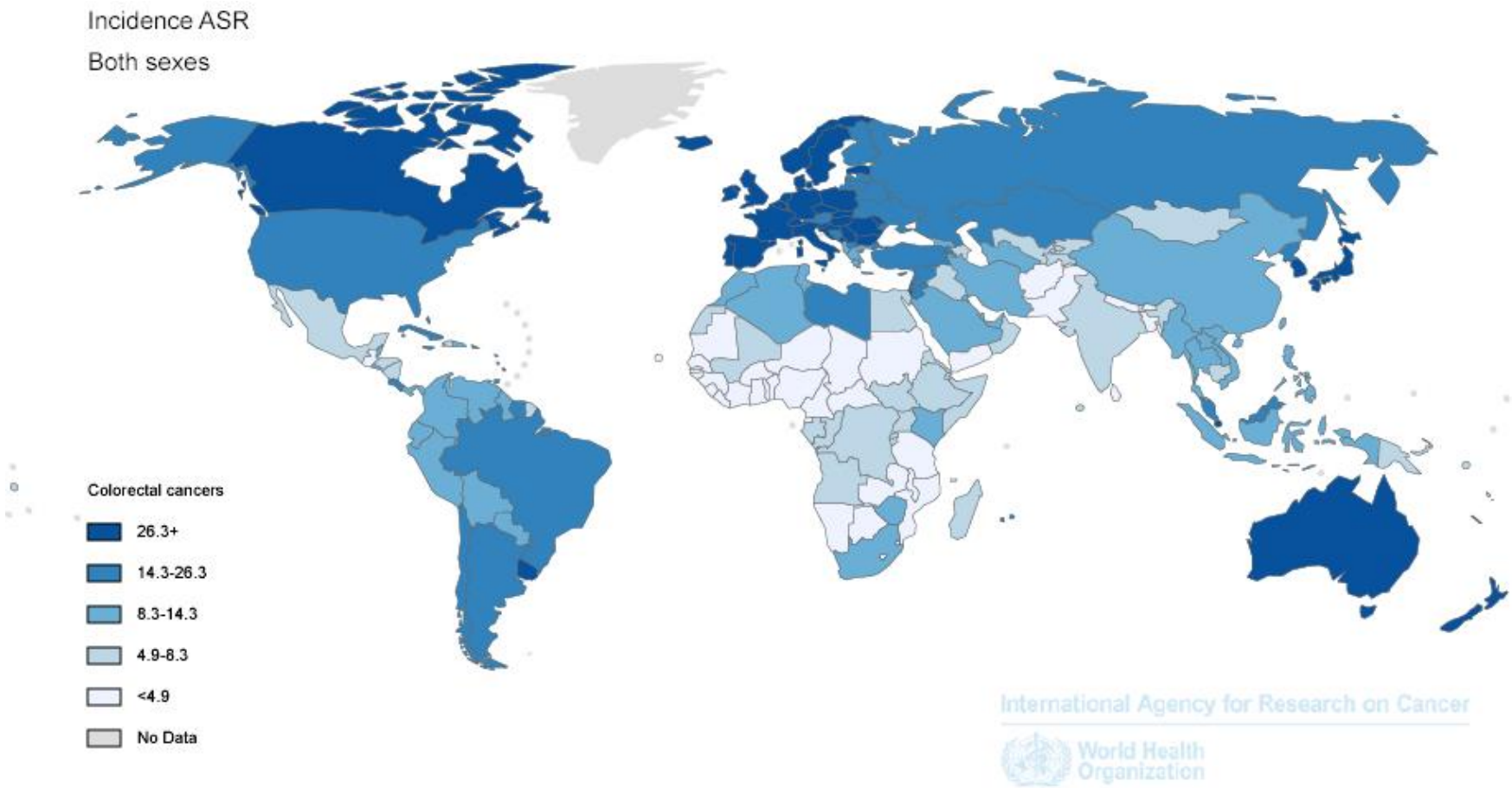
Instituto Nacional de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

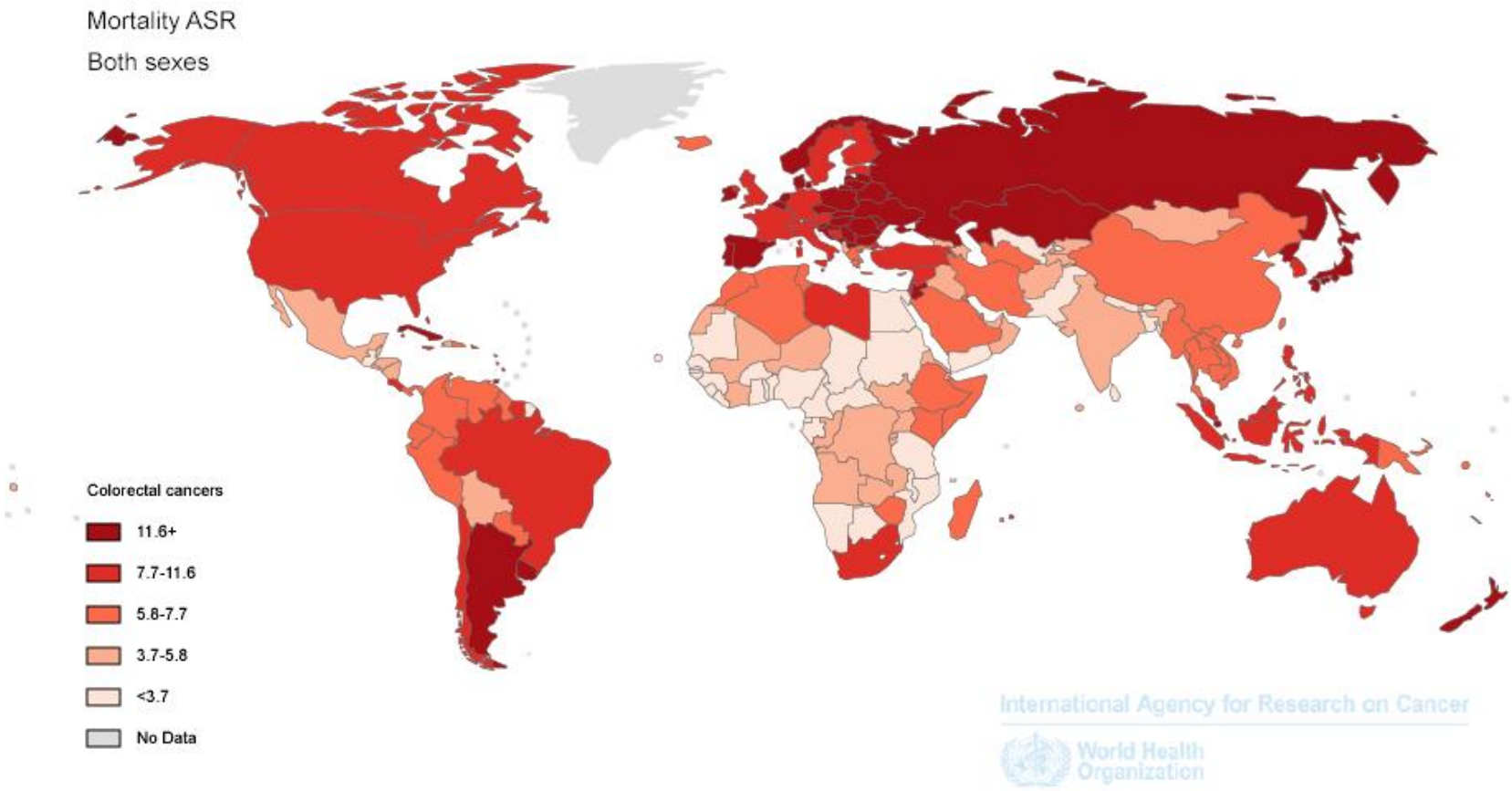
JESÚS A. COTES MILLÁN, MD, ESP

GRUPO ÁREA DE SALUD PÚBLICA

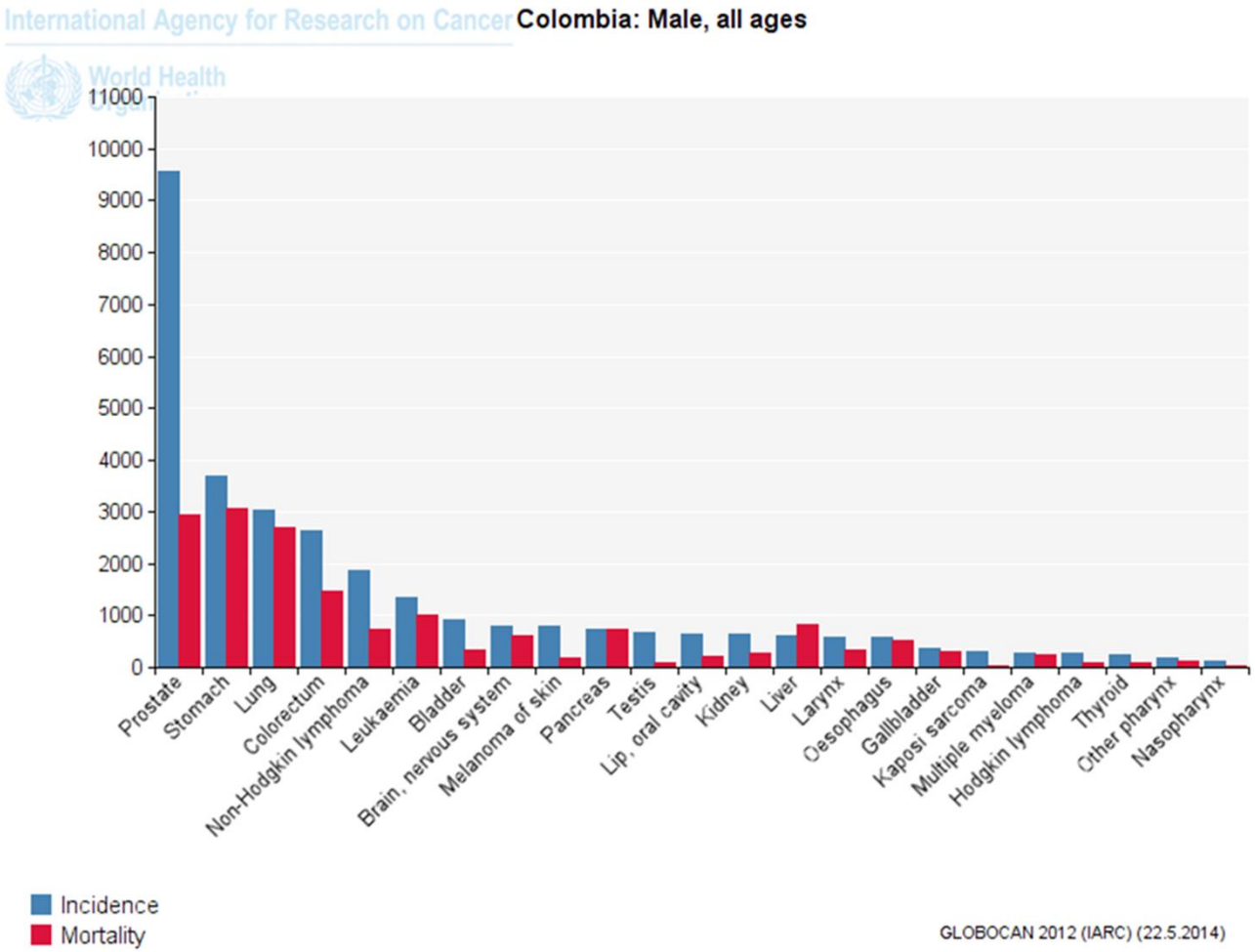
BOGOTÁ D.C. 10 de Junio de 2014



Source: GLOBOCAN 2012 (IARC)



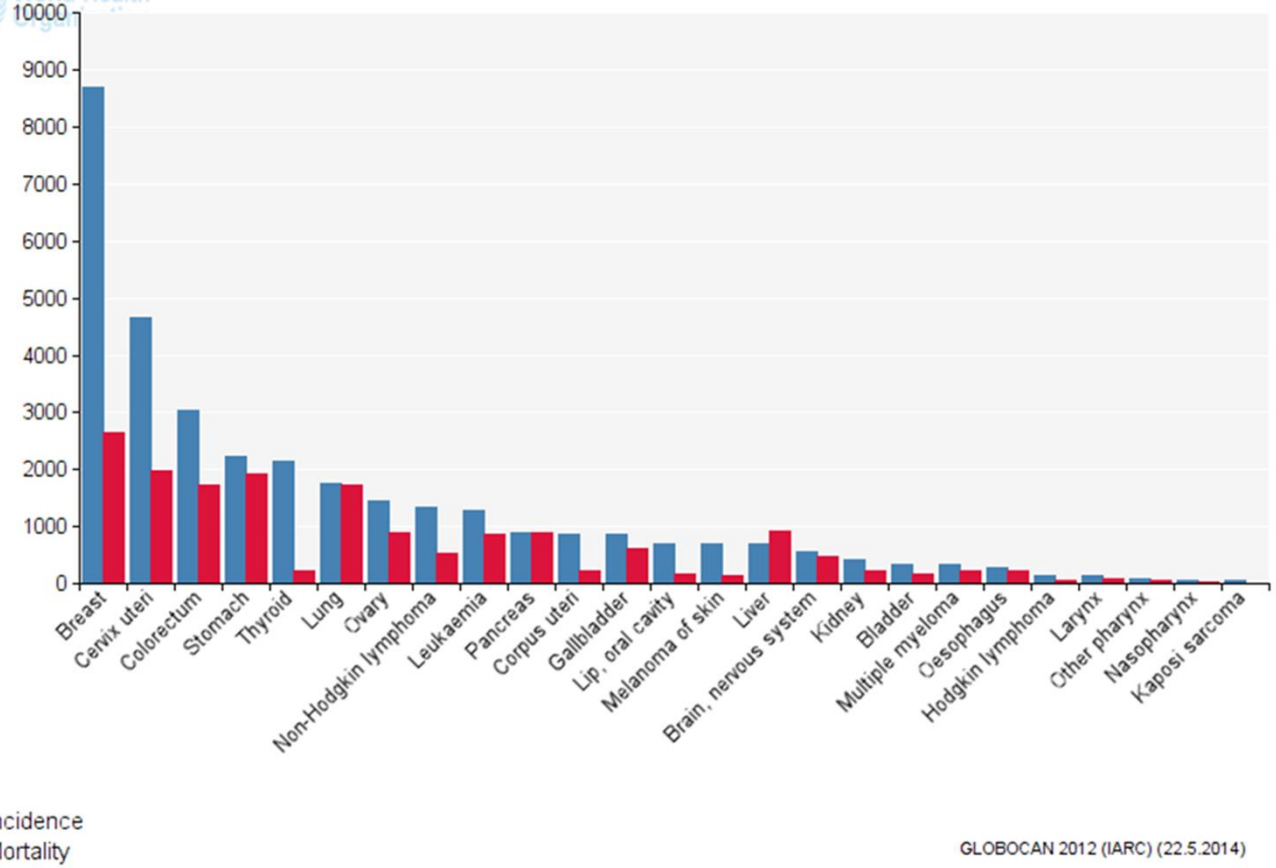
Source: GLOBOCAN 2012 (IARC)


International Agency for Research on Cancer
World Health
Colombia: Male, all ages
11000
10000
9000
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
Prostate
Stomach
Lung
Colorectum
Non-Hodgkin lymphoma
Leukaemia
Bladder
Brain, nervous system
Melanoma of skin
Pancreas
Testis
Lip, oral cavity
Kidney
Liver
Larynx
Oesophagus
Gallbladder
Kaposi sarcoma
Multiple myeloma
Hodgkin lymphoma
Thyroid
Other pharynx
Nasopharynx
Incidence
Mortality
GLOBOCAN 2012 (IARC) (22.5.2014)

International Agency for Research on Cancer

World Health

Colombia: Female, all ages

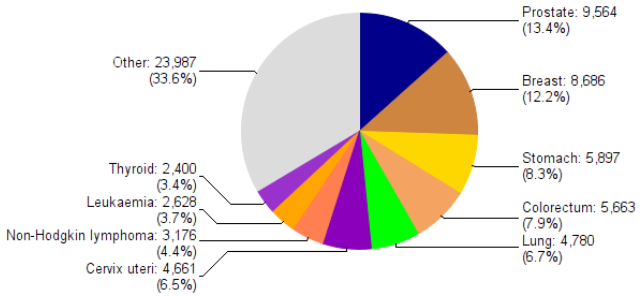


GLOBOCAN 2012 (IARC) (22.5.2014)

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

Colombia: Both sexes

Estimated number of cancer cases, all ages (total: 71,442)

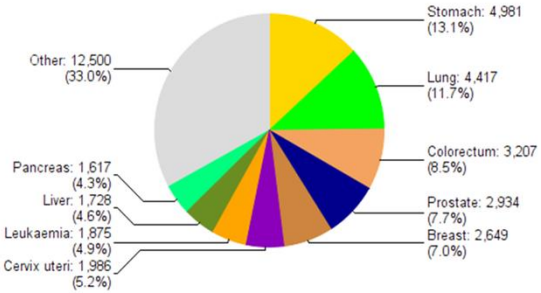


GLOBOCAN 2012 (IARC) - 22.5.2014

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

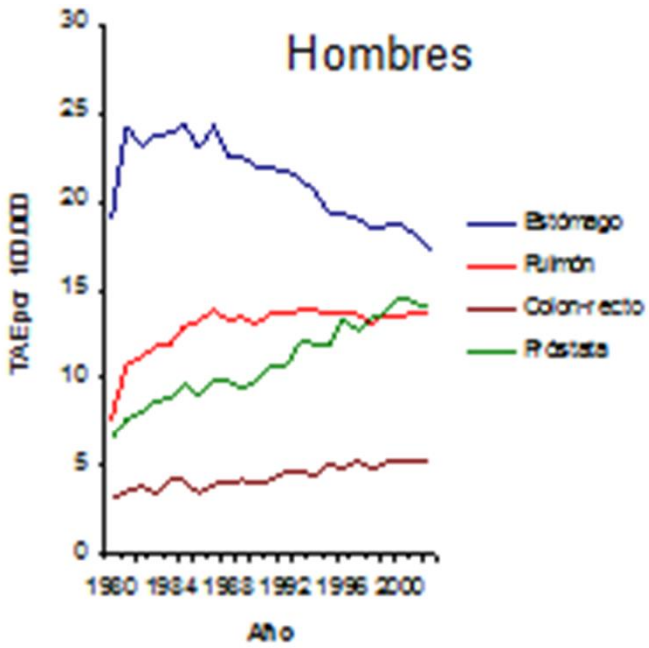
Colombia: Both sexes

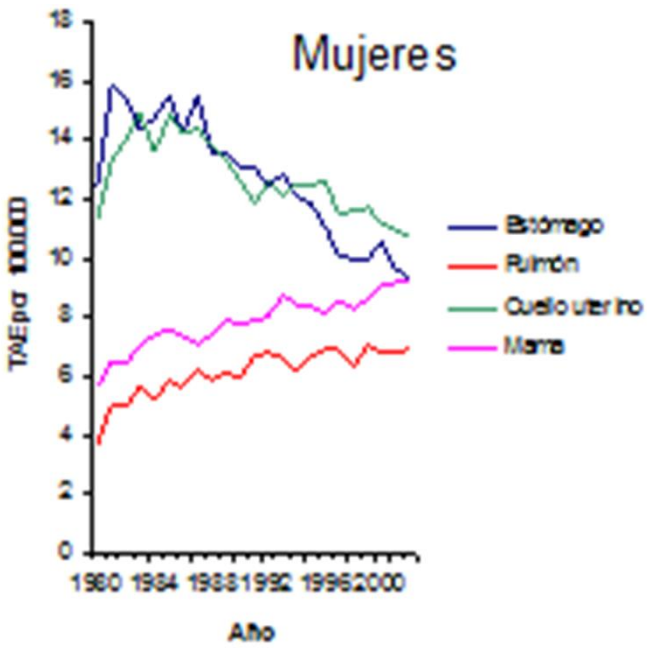
Estimated number of cancer deaths, all ages (total: 37,894)



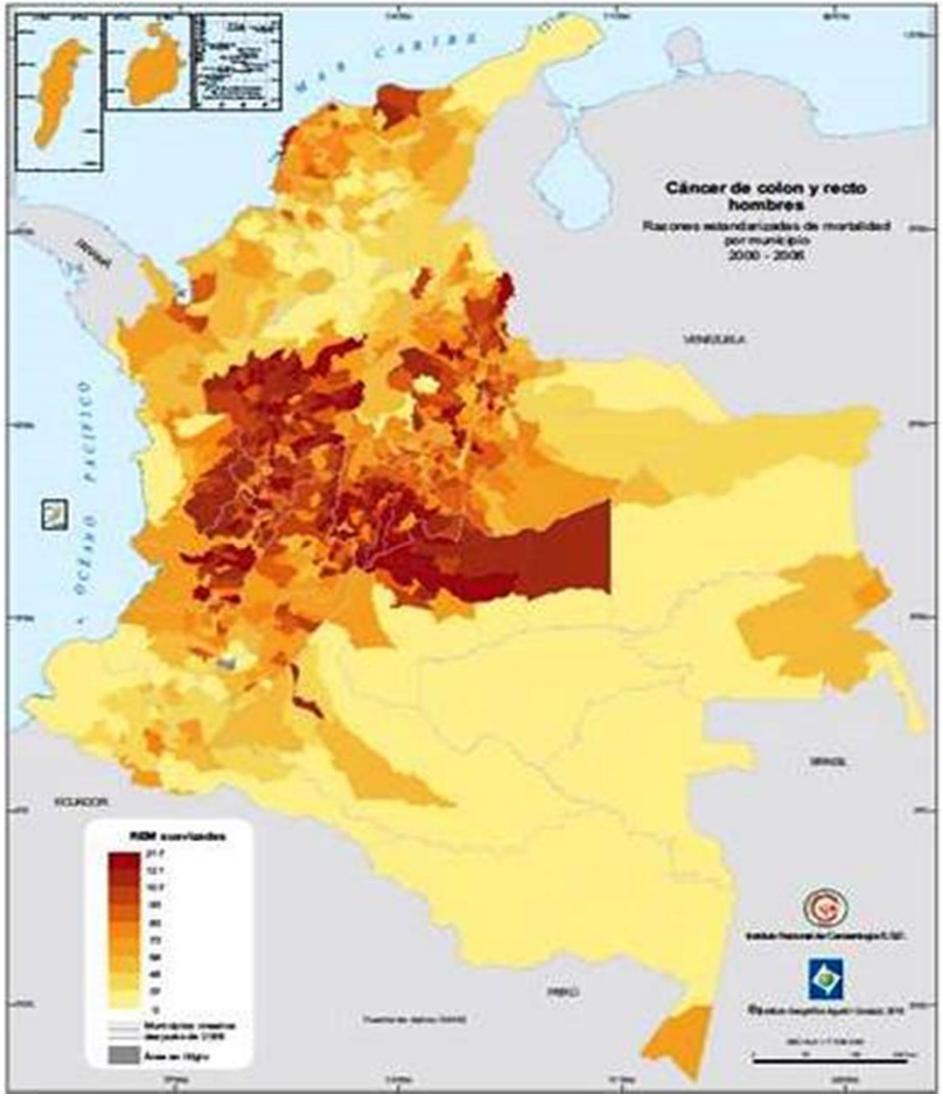
GLOBOCAN 2012 (IARC) - 22.5.2014

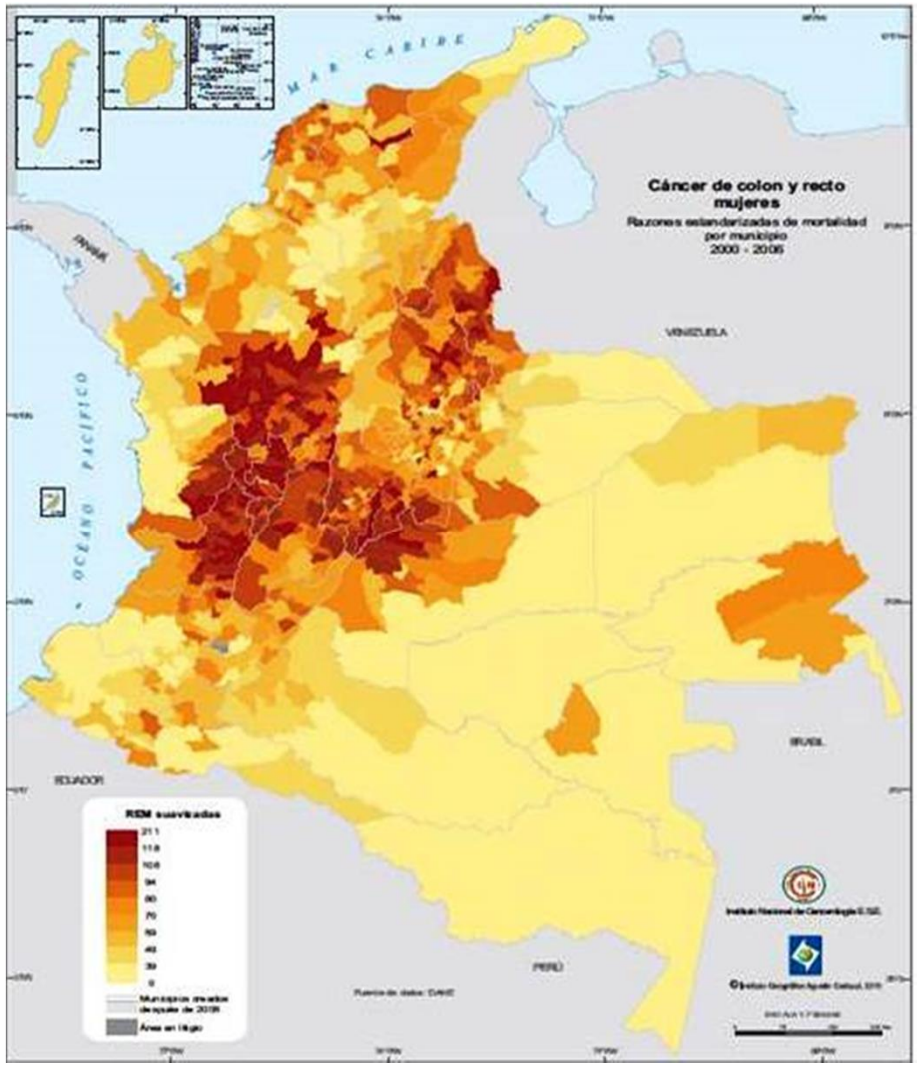
Mortalidad por cáncer, principales localizaciones Colombia 1980-2002. TAE por 100.000





Murillo R et al. Serie documentos técnicos INC No. 1; 2005


Cáncer de colon y recto
hombres
Razones estandarizadas de mortalidad
por municipio
2000 - 2006
VENEZUELA
ECUADOR
PERÚ
BRASIL
REM suavizadas


Cáncer de colon y recto
mujeres
Razones estandarizadas de mortalidad
por municipio
2000 - 2006
MAR CARIBE
OCEANO PACIFICO
PANAMA
VENEZUELA
BRASIL
ECUADOR
PERU
REM suavizadas

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER CR

Å Representa el 9% de neoplasias malignas

Å El riesgo aumenta con la edad (3% menores de 40 años)

Å Riesgo del 5% de desarrollarlo

Å Cáncer esporádico, familiar, hereditario y relacionado con enfermedades inflamatorias

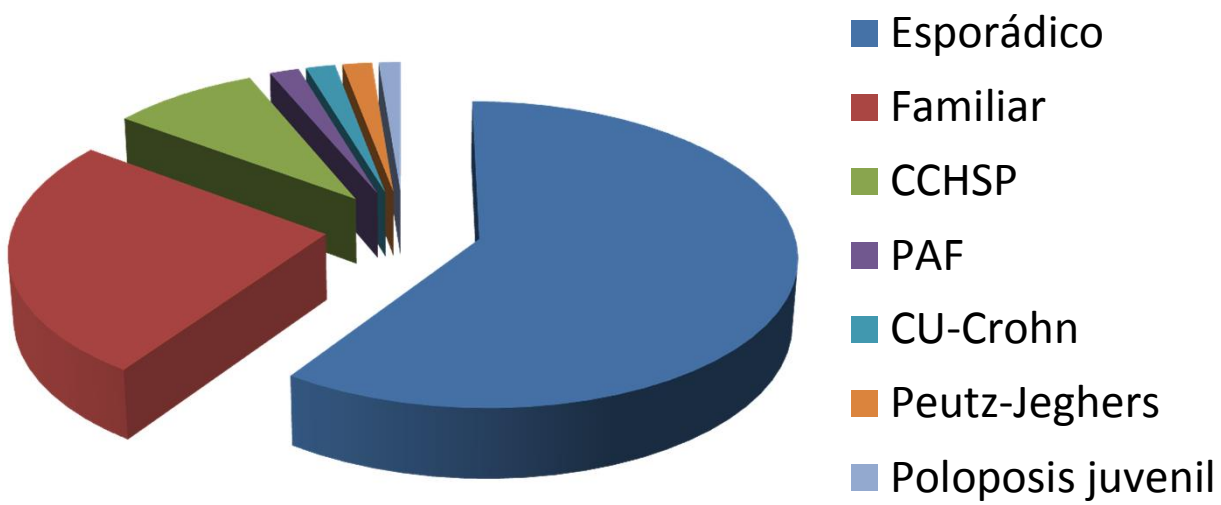
FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER CR

FOOD, NUTRITION, PHYSICAL ACTIVITY AND CANCERS OF THE COLON AND THE RECTUM 2011

	DECREASES RISK	INCREASES RISK
Convincing	**Physical activity[1,2]** **Foods containing dietary fibre[3]**	**Red meat[4,5]** **Processed meat[4,6]** **Alcoholic drinks (men)[7]** **Body fatness** **Abdominal fatness** **Adult attained height[8]**
Probable	Garlic Milk[9] Calcium[10]	**Alcoholic drinks (women)[7]**
Limited - suggestive	Non-starchy vegetables Fruits Foods containing vitamin D[3,12]	Foods containing iron[3,4] Cheese[11] Foods containing animal fats[3] Foods containing sugars13
Limited - no conclusion	Fish; glycaemic index; folate; vitamin C; vitamin E; selenium; low fat; dietary pattern	
Substantial effect on risk unlikely	None identified	

1 Physical activity of all types: occupational, household, transport and recreational.
2 The Panel judges that the evidence for colon cancer is convincing. No conclusion was drawn for rectal cancer.
3 Includes both foods naturally containing the constituent and foods which have the constituent added. Dietary fibre is contained in plant foods.
4 Although red and processed meats contain iron, the general category of 'foods containing iron' comprises many other foods, including those of plant origin.
5 The term 'red meat' refers to beef, pork, lamb, and goat from domesticated animals.
6 The term 'processed meat' refers to meats preserved by smoking, curing, or salting, or addition of chemical preservatives.
7 The judgements for men and women are different because there are fewer data for women. For colorectal and colon cancers the effect appears stronger in men than in women.
8 Adult attained height is unlikely directly to modify the risk of cancer. It is a marker for genetic, environmental, hormonal, and also nutritional factors affecting growth during the period from preconception to completion of linear growth (see chapter 6.2.13 – Second Expert Report).
9 Milk from cows. Most data are from high-income populations, where calcium can be taken to be a marker for milk/dairy consumption. The Panel judges that a higher intake of dietary calcium is one way in which milk could have a protective effect.
10 The evidence is derived from studies using supplements at a dose of 1200mg/day.
11 Although both milk and cheese are included in the general category of dairy products, their different nutritional composition and consumption patterns may result in different findings.
12 Found mostly in fortified foods and animal foods.
13 'Sugars' here means all 'non-milk extrinsic' sugars. Including refined and other added sugars, honey, and as contained in fruit juices and syrups. It does not include sugars naturally present in whole foods such as fruits. It also does not include lactose as contained in animal or human milks.

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR



FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR

Cáncer familiar

Å <u>Categoría 1: ligero incremento del riesgo (1.5 veces)</u>

Sin historia personal de ca de colon, adenoma avanzado o colitis ulcerativa y sin familiares cercanos con cáncer CR o familiar en primer o segundo grado con cáncer después de los 55 años.

Å <u>Categoría 2: moderado incremento del riesgo (3 a 6 veces)</u>

Con un familiar en primer grado con cáncer CR antes de los 55 años **o** dos familiares en primer grado **o** un familiar en primer grado y otro en segundo (de la misma rama de la familia) con cáncer CR a cualquier edad

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR

Cáncer familiar

Å Categoría 3: alto potencial de riesgo (50%) o con Sd heredados de forma dominante (Criterios Amsterdam)

a) Tres o más familiares en primer grado o la combinación de tres familiares en la misma rama familiar con cáncer de colon o

b) Dos o más familiares en primer o segundo grado de la misma rama familiar con: cáncer múltiple, cáncer de colon antes de los 50 años, por lo menos un familiar con cáncer de endometrio, ovarios, estómago, intestino delgado, renal, pélvico, de uréter, tracto biliar o cerebro

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR

Poliposis adenomatosa familiar

- Autosómico dominante
- Más de 100 pólipos adenomatosos en el colon y recto
- Aparecen después de la adolescencia
- Carcinoma colorrectal en el tercer o cuarto decenio
- Estómago, duodeno e intestino delgado
- Osteomas en cráneo, lipomas, fibromas, hipertrofia pigmentaria de la retina y adenomas suprarrenales
- Sarcomas y tumores cerebrales, cáncer de tiroides, vejiga, testículo, vesícula y glándula suprerrenal.

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR

Síndrome de Cowden

- Pólipos hamartomatosos en tubo digestivo
- Hamartomas cutáneos en cara y manos
- Hamartomas en tiroides, pulmón y útero
- Mandíbula hipoplásica, paladar arqueado y síndrome de Down
- Riesgo de tumores malignos en mama, tiroides, útero y piel

Poliposis juvenil

- 5 a 10 pólipos hamartomatosos
- Pólipo solitario en recto
- Hodrocefalia, mal rotación intestinal y linfangiomas mesentéricos

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR

Síndrome de Peutz – Jeghers

- Pólipos hamartomatosos
- Pigmentación mucocutánea en labio inferior, paladar blando, manos y región perianal
- Mayor frecuencia en yeyuno
- Cáncer de mama, ovario, endometrio y, páncreas, vías biliares y testículo

FRECUENCIA DE LAS DIFERENTES VARIEDADES DE CR

Síndrome de cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (Lynch)

- Autosómica dominante
- Aislado (Lynch I) o asociado con cáncer de estómago, endometrio, ovario, urotelio, hígado y vías biliares (Lynch II)
- Criterios de Amsterdam

CRITERIOS DE AMSTERDAM

CRITERIOS I

Al menos tres familiares con cáncer colorrectal con los siguientes criterios:

- Un familiar de primer grado con relación a los otros dos
- Al menos dos generaciones afectadas
- Al menos un cáncer CR antes de los 50 años
- Excluir la PAF
- Verificación histológica de los tumores

CRITERIOS DE AMSTERDAM

CRITERIOS II

Al menos tres familiares con cáncer (colon, recto, endometrio, estómago, intestino delgado, uréter y pelvis renal)

Å Uno debe ser familiar en primer grado de los otros dos
Å Al menos dos generaciones afectadas
Å Al menos uno de los cánceres antes de los 50 años

POBLACIÓN DE ALTO RIESGO DE DESARROLLAR CR

Å Síndromes heredados (1-5%)

Å Antecedentes familiares de cáncer colorrectal (10-30%)

Å Cáncer colorrectal no polipósico (Lynch)

Å Enfermedad inflamatoria intestinal

Å PAF

Å Pólipos colorrectales (adenomas)

RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CR

- Tamización con SOMF inmunoquímica cada dos años a partir de los 50 años y hasta los 75 años
- Se sugiere que la estrategia óptima de tamización para cáncer colorrectal en la población colombiana a riesgo promedio sea SOMF inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años, cuando ésta se encuentre disponible
- Antecedentes familiares después de los 55 años: Colonoscopia cada 5 años (40 años) o 10 años antes del caso índice.
- Antecedentes familiares en primer grado de PAF: Colonoscopia anual (12 – 15 años) hasta los 35 años y después cada 5 años.
- Diagnóstico de PAF: Colonoscopia desde los 15 años hasta tratamiento.
-

RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER CR

- Antecedente familiar de CCRNP: Colonoscopia anual desde los 20 años o 10 años antes del caso índice familiar.

- **<u>EII:</u>**
- Bajo riesgo: Colonoscopia cada 5 años
- Riesgo intermedio: Colonoscopia cada 3 años
- Alto riesgo: Colonoscopia anual

GRACIAS