

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



INFORME FINAL DE TESIS DE GRADUACIÓN

**“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE LOS
PACIENTES CON CANCER COLORECTAL EN EL HOSPITAL MEDICO
QUIRURGICO Y DE ONCOLOGIA DEL ISSS EN EL PERIODO 2014 A 2015”**

INVESTIGADORES:

Carlos Alberto Araya Peña

Mario José Minero Canales

PARA OPTAR AL TITULO DE:

Especialistas en Medicina Interna

ASESOR DE TESIS:

Dr. Juan Carlos Núñez Portillo

SAN SALVADOR, DICIEMBRE 2018

RESUMEN

Las características epidemiológicas, clínicas e histológicas de los pacientes con cáncer colorectal no están bien establecidas en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social de El Salvador; además que no se ha establecido una pauta diagnóstica que permita realizar tamizaje en pacientes en riesgo y así poder detectar esta patología en fases más tempranas. Siendo este tipo de cáncer uno de los más comunes a nivel mundial, es necesario conocer su comportamiento epidemiológico, clínico e histológico en nuestra población derecho habiente, para así mediante su caracterización, investigadores futuros puedan crear estrategias para detectar personas en riesgo de padecerlo y crear un algoritmo establecido de abordaje con los recursos disponibles lograr su identificación temprana y disminuir los costos que representan el tratamiento de sus fases más avanzadas, se realizó una exhaustiva búsqueda en biblioteca de la institución y departamento de gastroenterología y oncología de guías o lineamientos acerca del diagnóstico de cáncer colorectal en el ISSS, como resultado se llegó a la conclusión que al momento en esta institución no existen guías para tamizaje y diagnóstico de cáncer colorectal.

Por lo cual con el presente estudio se tiene como objetivo principal describir las características clínicas y epidemiológicas del cáncer colorectal en el Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS de 2014 y 2015; mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal de los pacientes que padecieron cáncer de colon en 2014 y 2015 en el cual se revisaran sus expedientes y se extraerán datos consignados acerca de las características epidemiológicas clínicas e histológicas del cáncer colorectal.

Índice

Contenido	Página
Introducción	4
Justificación	5
Planteamiento del problema	5
Marco teórico	6
Objetivos	11
Diseño metodológico	12
Análisis y discusión de resultados	16
Conclusiones y recomendaciones	21
Bibliografía	22
Anexos	23

INTRODUCCION

Más de 1.2 millones de pacientes son diagnosticados con cáncer colorectal cada año, y más de 600 000 mueren de la enfermedad. El cáncer colorectal es la tercera causa más común de muerte globalmente.

En El Salvador no se cuenta con un centro de registro nacional que permita integrar la información epidemiológica acerca de los pacientes diagnosticados con cáncer sin embargo en 2014 se creó una iniciativa que permitió realizar un diagnóstico situacional del cáncer en el país de 2009 a 2013 concluyendo que el cáncer colorectal se encuentra como la 1° causa de letalidad de todas las neoplasias diagnosticadas en este periodo (1)

En el siguiente trabajo de investigación se expondrán las características epidemiológicas como: sexo, edad, procedencia, factores de riesgo, signos, síntomas entre otros para describir a los pacientes que adolecen de cáncer de colon en el Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología en el periodo de 2014 y 2015.

JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio se realiza con la finalidad de caracterizar epidemiológicamente a la población derecho habiente con diagnóstico de cáncer de colon además de evaluar si existe un método de tamizaje que permita detectar de manera oportuna los pacientes en riesgo y poder realizar diagnósticos tempranos que permitan disminuir los costos en tratamientos de los estadios avanzados.

A nivel local específicamente en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (en adelante ISSS) con el presente estudio definiremos el perfil epidemiológico local que permita no solo enriquecer nuestros conocimientos en la patología si no también mejorar el abordaje, tratamiento, y lograr una detección temprana de dichos pacientes identificando métodos de tamizaje adecuados para nuestra población.

Desde la década de 1990 no hay trabajos de investigación en la base de datos del ISSS acerca de esta patología; debido a los grandes avances en la medicina y los cambios en la cultura salvadoreña, es necesaria una revisión que actualice el comportamiento del cáncer colorectal en el ISSS.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

No se conocen las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con cáncer colorectal en el hospital Médico Quirúrgico y de Oncología además de los métodos de tamizaje utilizados.

MARCO TEORICO

Caracterización Epidemiológica del Cáncer Colorectal

En El Salvador las muertes hospitalarias en 2012 por todos los tipos de neoplasia significaron la causa número 20 de muerte, encontrándose en el siguiente orden de frecuencia: cáncer cérvico uterino, leucemias, cáncer gástrico, cáncer de pulmón, tumor maligno de sistema nervioso central, cáncer de colon y cáncer de mama. (2)

Se han realizado estudios descriptivos en países en desarrollo y subdesarrollados sobre la caracterización epidemiológica del cáncer colorectal, por ejemplo:

En Arabia Saudita Durante el período 1994-2010, la edad media del desarrollo de cáncer colorectal fue de 60 años (95% CI: 57-61 años) para los hombres y 55 años (IC del 95%: 53- 58 años) para mujeres. La edad mediana para cáncer colorectal entre hombres y mujeres en los EE.UU. fue de 68 y 72 años, respectivamente, en China La tasa bruta de incidencia de cáncer colorectal fue 20.90 / 100.000 en 2010, lo que representa un 8,89% del total nuevos casos de cáncer, la edad pico de descubrimiento fue 80-84 años de edad, tanto en hombres como en mujeres (3)

En China El cáncer colorectal es uno de los más comunes para los hombres con la tasa bruta de incidencia de 23,38 / 100.000 para las mujeres 18,30 / 100.000, la tasa bruta de incidencia en las zonas urbanas fue de 26,70 / 100.000 y fue superior a la de las zonas rurales (15,01 / 100.000).

La taza cruda de mortalidad en China es 10,05 / 100.000 en 2010, lo que representa 6,75% del cáncer muertes en 2010. (4)

El porcentaje de pacientes que presentan metástasis a distancia es alto en Arabia Saudita. En 2008, se alcanzó un máximo de 29,2%, El porcentaje de

pacientes que presentan metástasis a distancia en los EE.UU. se ha mantenido estable en alrededor de 20%.

El porcentaje de cáncer colorectal localizado en los EE.UU. durante el mismo período fue de 39%, pero 9,4% para los saudíes en el año 2010.

La supervivencia global estimada de 5 años para el cáncer colorectal durante los períodos 1994-1999 y 2000 a 2004 era 44,7% y 44,3%, respectivamente, es 44,6% para ambos períodos combinados.

El cáncer colorectal es una causa importante de la mortalidad relacionada con el cáncer en el mundo. En la actualidad es el tercer cáncer más común (5) la incidencia en los Estados Unidos representa aproximadamente el 8,5% de toda la mortalidad relacionada con el cáncer (cerca de 136.000 nuevos casos y 50.000 muertes cada año) (5)

Y aunque se reporta un declive en la incidencia de 40 a 50% no deja de ser una patología que genera gran morbimortalidad (6)

La neoplasia colorectal es el resultado de la acumulación de alteraciones que suceden en años, como última instancia, la transformación epitelio normal a neoplasia intraepitelial (displasia) y el epitelio maligno a continuación.

Existen tres diferentes vías de conducción carcinogénesis incluyen la inestabilidad cromosómica, la inestabilidad de microsatélites (MSI), y la isla CpG metilación. La vía de la inestabilidad cromosómica identifica primeras mutaciones en genes como el APC supresor de tumor y el K-ras proto-oncogén y más tarde los eventos genéticos, incluyendo mutaciones en el gen deletado en el cáncer de colon (DCC) y el gen supresor tumoral p53(3)

Factores de riesgo (7)

- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Historia familiar de cáncer colorectal
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Diabetes
- Infección por *Helicobacter pylori*
- Fumar
- Consumo excesivo de alcohol
- Obesidad
- Consumo alto de carne roja y procesada

Detección

Prueba de sangre oculta en heces (SOH): Demostró un aumento del porcentaje de los cánceres colorectales descubiertos en etapa temprana y una reducción de la mortalidad por cáncer colorectal (6). El uso de la sangre oculta en heces como tamizaje reduce la mortalidad por cáncer colorectal hasta 23%. (8)

Colonoscopia: A pesar de su uso generalizado, la colonoscopia para los fines de detección del cáncer no se ha estudiado en un ensayo prospectivo aleatorizado. Pero conserva la ventaja que la visualización completa de todo el colon además permite la biopsia o remoción de cualquier lesión sospechosa. (8)

Presentación clínica

Las lesiones de colon en cualquier lugar pueden causar un cambio en los hábitos intestinales y sangrado, que puede manifestarse en forma de melena, hematoquecia, una prueba de sangre oculta positiva o anemia por deficiencia de hierro, además de la pérdida de peso, anorexia y otros síntomas constitucionales.

La presencia de anemia por deficiencia de hierro inexplicable justifica una evaluación del tracto gastrointestinal. (9)

Patología

Más de 95% de todos los tumores malignos colorectales son adenocarcinomas que están bien diferenciadas, moderadamente diferenciado, mal diferenciado, y no diferenciado. Otros subtipos incluyen células mucinoso y el anillo de sello, que confieren un peor pronóstico. Estos tumores son más probables que estén presente en los pacientes más jóvenes y más comúnmente extendido al peritoneo. El tratamiento, sin embargo, no difiere de los subtipos de adenocarcinoma más típicos.

Pronostico

Varios parámetros que incluyen criterios morfológicos, características moleculares o marcadores inmunohistoquímicos parecen ser relevantes pero ninguno de ellos son utilizados hoy en día en la práctica clínica. (10)

Tipo histológico (11)

TIPOS HISTOLOGICOS DE CANCER COLORECTAL SEGÚN OMS:
Adenocarcinoma, Adenocarcinoma cribiforme tipo comedo, Carcinoma medular,
Carcinoma micropapilar, Adenocarcinoma mucinoso, Adenocarcinoma cerrado,
Adenocarcinoma en células de anillo de sello, Carcinoma adenoescamoso,
Carcinoma de células en huso, Carcinoma de células escamosas, Carcinoma
indiferenciado, Carcinoma neuroendocrino, Carcinoma neuroendocrino
pequeño, Carcinoma neuroendocrino grande, Carcinoma adenoneuroendocrino
mixto.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Describir las características clínicas, epidemiológicas e histológicas del cáncer colorectal en el Hospital Médico Quirúrgico y Oncológico del ISSS de 2014 y 2015.

Objetivos Específicos:

Describir las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorectal.

Identificar los factores de riesgo que presentan los pacientes con cáncer colorectal.

Detallar los métodos de tamizaje que se realizaron a los pacientes diagnosticados con cáncer colorectal

Reconocer las características clínicas que presentaron los pacientes que se diagnosticaron con cáncer colorectal.

Identificar los tipos histológicos más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de cáncer colorectal.

DISEÑO METODOLOGICO:

Tipo de estudio: observacional, descriptivo y transversal.

Población diana: todos los pacientes del Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS diagnosticados con cáncer colorectal.

Población de estudio: todos los pacientes del Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS diagnosticados con cáncer colorectal de 2014 a 2015.

Muestra: todos los pacientes del Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS diagnosticados con cáncer colorectal de 2014 a 2015 que en conjunto son 230 pacientes y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- ✓ Todos los pacientes mayores de 18 años que fueron diagnosticados con cáncer colorectal en 2014 y 2015 por biopsia en el Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología.

Criterios de exclusión:

- ✓ Expediente no esté disponible.
- ✓ Diagnostico difieran de cáncer colorectal.
- ✓ Información clínica no disponible en el expediente.

Método de muestreo:

Muestreo no probabilístico ya que se tomaron en cuenta todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon en el registro de tumores entre 2014 y 2015 que además cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Método de recogida de datos: Todos los datos se extrajeron del expediente clínico de cada paciente en la historia clínica y examen físico descritos por el o los médicos tratantes del paciente y además se extrajeron los datos de identificación de la ficha de datos personales, si estos datos no estaban consignados en el expediente del hospital oncológico se procedió a revisar el expediente del hospital médico quirúrgico.

Entrada y gestión informática de datos: se recopilaron en el instrumento F01, por los investigadores, para luego formar parte de una base de datos que se creó en Microsoft Office Excel 2013.

CRUCE DE VARIABLES:

Variables	Definición operacional	Tipo de variable	Indicadores	Fuente
Edad	Cantidad en años que ha vivido una persona.	Cuantitativa Discreta	30-50 50-70 >70	Expediente clínico
Sexo	Conjunto de características derivadas del genotipo que se expresan en fenotipo masculino o femenino.	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	Expediente clínico
Procedencia	Lugar de residencia	Cualitativo Ordinal	Urbano Rural	Expediente clínico
Síntoma	Es una manifestación subjetiva de enfermedad, es decir, la	Cualitativo Nominal	Pérdida de peso Dolor abdominal Diarrea o estreñimiento Otros	Expediente clínico

	percibida exclusivamente por el paciente.			
Signo	Es una manifestación objetiva de enfermedad, descubierta por el médico mediante el examen físico.	Cualitativo Nominal	Adenopatías, hepatomegalia, masa palpable, sangrado de tubo digestivo oculto, obstrucción intestinal, otros.	Expediente clínico
Factores de riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Cualitativo Nominal	Obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol.	Expediente clínico
Síndromes hereditarios	Conjunto de enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación.	Cualitativo Nominal	Síndromes de poliposis Síndromes sin poliposis	Expediente clínico
Patrón histológico	Clasificación histológica de la OMS	Cualitativo nominal	OMS: Adenocarcinoma, Adenocarcinoma cribiforme tipo comedo, Carcinoma medular, Carcinoma micropapilar, Adenocarcinoma mucinoso, Adenocarcinoma cerrado, Adenocarcinoma en células de anillo de	Expediente clínico

			sello, Carcinoma adenoescamoso, Carcinoma de células en huso, Carcinoma de células escamosas, Carcinoma indiferenciado, Carcinoma neuroendocrino, Carcinoma neuroendocrino pequeño, Carcinoma neuroendocrino grande, Carcinoma adenoneuroendocrino mixto.	
Tamizaje	Las pruebas de tamizaje son mediciones para establecer quién puede padecer cierta enfermedad y quién no, en cualquier momento de la vida de un ser humano.	cualitativo	Presente o ausente	Expediente clínico

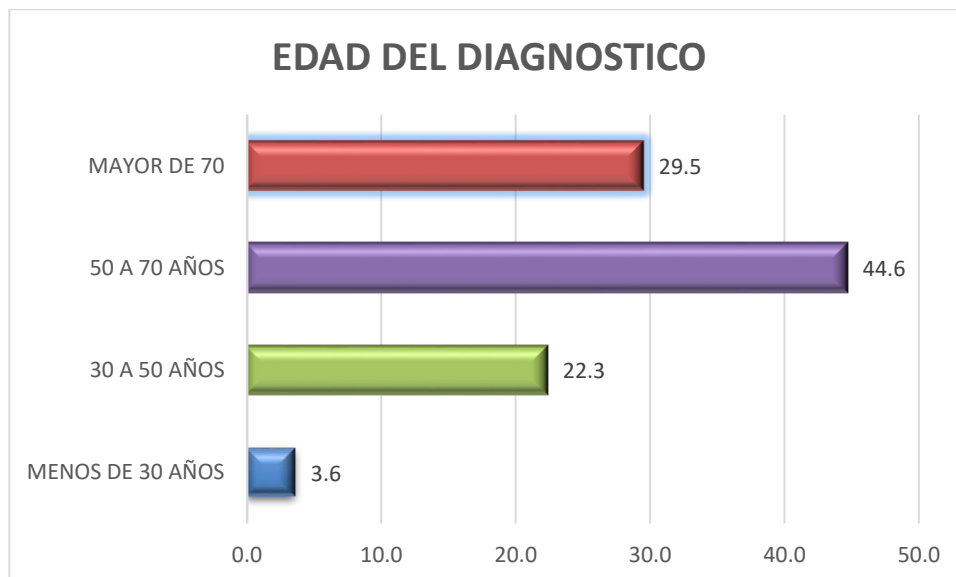
Limitaciones y posibles sesgos del estudio: las dificultades que se pueden presentar son la ilegibilidad de la letra del médico que consigne los datos clínicos de los pacientes, aunque este sesgo se disminuirá revisando diferentes notas de ingreso o consulta de diferentes entrevistadores, así como que estos no estén consignados. Además, que los expedientes clínicos no estén disponibles para su revisión, por lo anterior se revisara el cuadro del hospital oncológico y del hospital médico quirúrgico.

Aspectos éticos: los datos se consignaron en el instrumento F01 y codificados según número correlativo que se le asignó a cada paciente sin exponer datos como nombre o registro, esta información no fue compartida con personas ajenas al estudio. Además, en ningún momento se contactó a la persona a la cual pertenece en expediente clínico por lo cual no fue necesario el uso de consentimiento informado. El expediente clínico se revisó previo consentimiento de las autoridades correspondientes.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

De los 230 pacientes diagnosticados con cáncer colorectal en 2014 y 2015, 112 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, los resultados se detallan a continuación:

Gráfico 1



FUENTE: Registros de expedientes de pacientes con cáncer colorectal en el Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS en periodo 2014 a 2015.

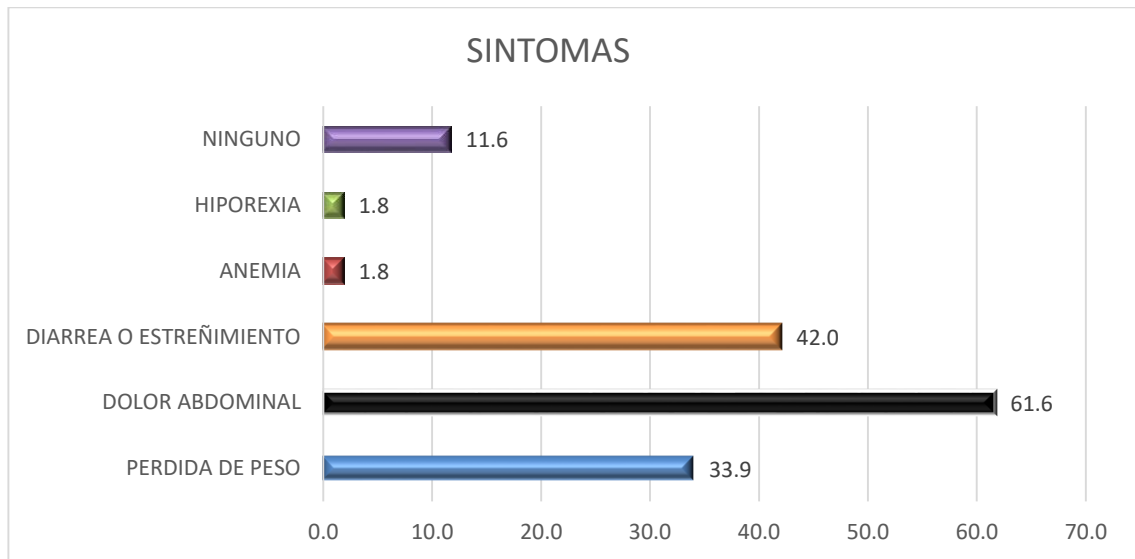
Tabla 1

Características epidemiológicas y factores de riesgo

<i>PROCEDENCIA</i>		
	NUMERO	PORCENTAJE
<i>URBANO</i>	95	84.8
<i>RURAL</i>	17	15.2
<i>TOTAL</i>	112	100.0
<i>SEXO DEL PACIENTE</i>		
	NUMERO	PORCENTAJE
<i>MASCULINO</i>	66	58.9
<i>FEMENINO</i>	46	41.1
<i>TOTAL</i>	112	100.0
<i>FACTORES DE RIESGO</i>		
	NUMERO	PORCENTAJE
<i>OBESIDAD</i>	11	9.8
<i>TABAQUISTA</i>	20	17.9
<i>ETILISTA</i>	25	22.3
<i>NINGUNO</i>	67	59.8
<i>SINDROMES POLIPOSICOS</i>		
	NUMERO	PORCENTAJE
<i>SIN POLIPOS</i>	103	92.0
<i>CON POLIPOS</i>	9	8.0
<i>TOTAL</i>	112	100.0

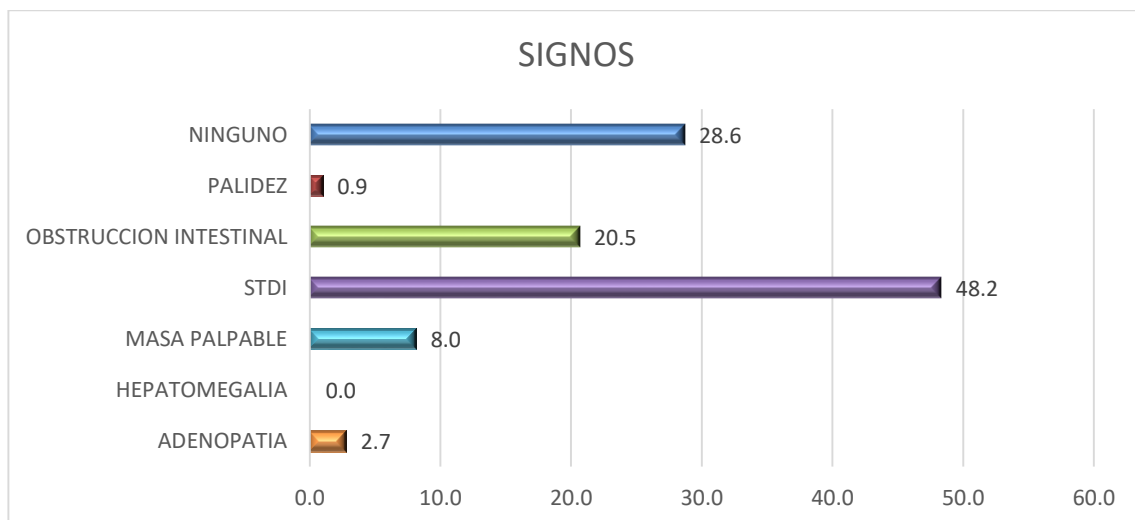
FUENTE: Registros de expedientes de pacientes con cáncer colorectal en el Hospital Médico Quirúrgico y de oncología del ISSS en periodo 2014 a 2015.

Gráfico 2



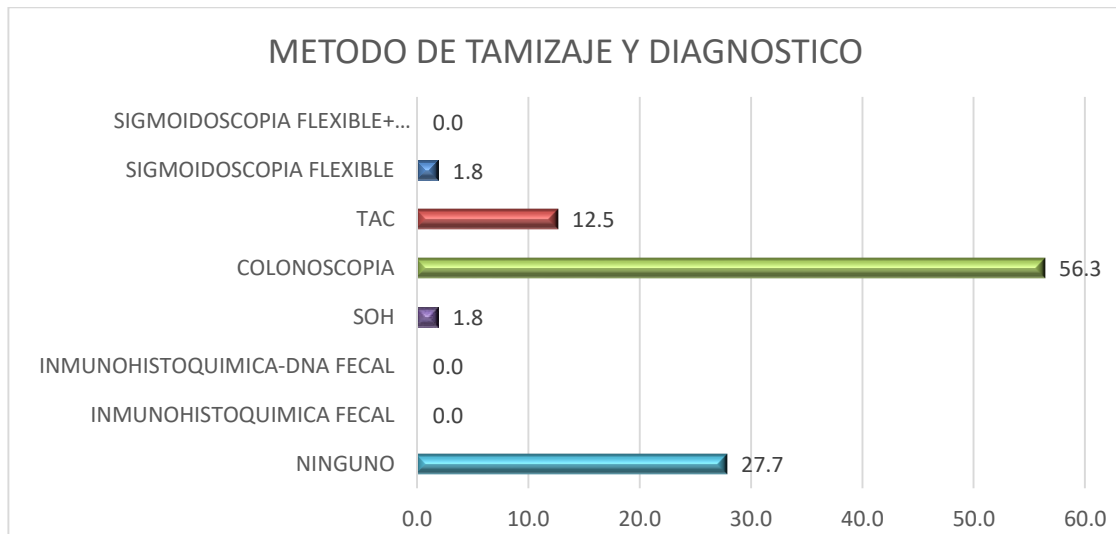
FUENTE: Registros de expedientes de pacientes con cáncer colorectal en el Hospital Médico Quirúrgico y de oncología del ISSS en periodo 2014 a 2015.

Gráfico 3



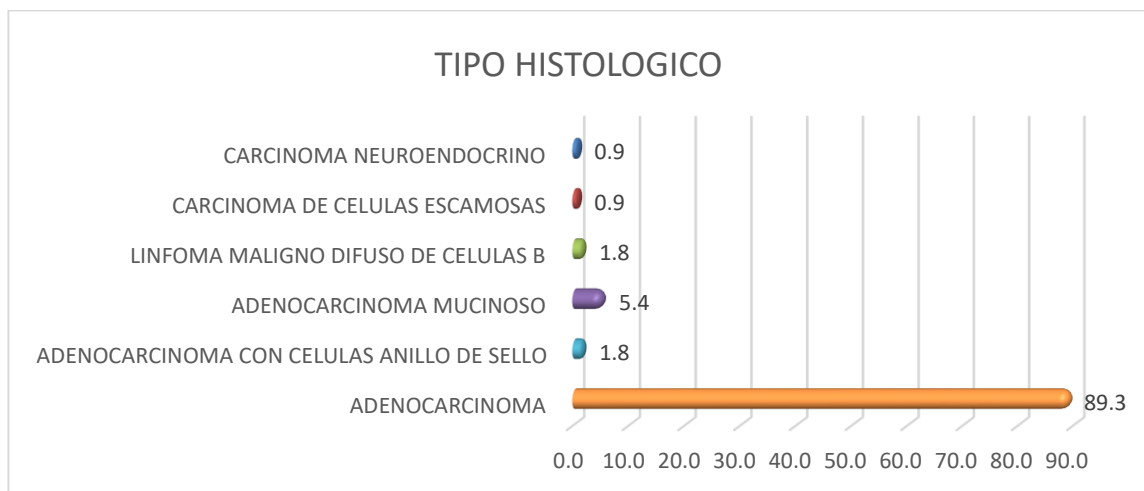
FUENTE: Registros de expedientes de pacientes con cáncer colorectal en el Hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS en periodo 2014 a 2015.

Gráfico 4



FUENTE: Registros de expedientes de pacientes con cáncer colorectal en el hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS en periodo 2014 a 2015.

Gráfico de 5



FUENTE: Registros de expedientes de pacientes con cáncer colorectal en el hospital Médico Quirúrgico y de Oncología del ISSS en periodo 2014 a 2015.

DISCUSION DE RESULTADOS

En el grafico 1 se logra apreciar que el 44.6% de pacientes se encuentran en el rango de edad comprendido entre 50 y 70 años, además que el 22.3 % de los pacientes se diagnosticaron entre los 30 a 50 años. El sexo con mayor frecuencia de diagnóstico de cáncer colorectal fue el masculino con un 58.9%.

En la tabla 1 se aprecia que la mayoría de pacientes son de origen urbano de sexo masculino, sin factores de riesgo genéticos o ambientales para cáncer colorectal.

El síntoma más común por el que consultaron los pacientes fue el dolor abdominal con un 61.6% seguido de cambios en el patrón defecatorio ya sea diarrea o estreñimiento con un 42%. Con respecto al signo que presentaron los pacientes más frecuentemente se encuentra sangrado de tubo digestivo inferior con el 48.2% seguido de ningún signo con un 28.6%.

El método diagnóstico más empleado fue la colonoscopia en un 56.3%, se utilizó la prueba de sangre oculta en heces solo en el 1.8% de todos los pacientes que se incluyeron en el estudio. Además, es importante recalcar que hasta un 20% de los pacientes se presentaron con una obstrucción intestinal como primera manifestación.

El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma en un 89.3% de pacientes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones:

- a. Según los resultados obtenidos se concluye que los pacientes en el rango de edad de 50 a 70 años fueron los más afectados concordando con la literatura internacional en la cual a mayor edad existe mayor riesgo de cáncer colorectal además de estos pacientes diagnosticados la mayoría no poseía factores de riesgos estudiados para esta patología.
- b. Existe 22.3% de pacientes en el rango de edad de 30 a 50 años que fueron diagnosticados con cáncer algo que no concuerda con la literatura internacional más aún, si lo cruzamos con la variable de síndromes de poliposis donde estos no son los más frecuentes, se puede concluir que hay un importante número de pacientes que presentan la enfermedad a edad temprana y que existirán otros factores además de los investigados que incidan en la presentación de esta patología.
- c. El síntoma más común es los cambios en el patrón defecatorio, así como el sangrado de tubo digestivo que se concuerda muy bien con la literatura revisada.

B. Recomendaciones:

- a. A las autoridades del ISSS para crear un programa dedicado a la detección temprana del cáncer de colorectal incluso en personas de 30 a 50 años.
- b. A los médicos de primer nivel para que utilicen los métodos de tamizaje estandarizados internacionalmente.
- c. Al departamento de epidemiología para implementar programas de vigilancia de las personas en riesgo de presentar cáncer colorectal y además para identificar otros factores de riesgos propios de nuestra población.

Bibliografía

1. *Diagnostico Epidemiologico del Cancer en el Salvador*. **MINSAL**. San Salvador : s.n., 2015, Vol. I. Disponible en :www.salud.gov.sv.
2. *INFORME SOBRE DESARROLLO SOSTENIBLE*. **MINSAL**. San Salvador : s.n., 2012. Protección y Fomento de la Salud Humana. pág. 21.
3. *Colorectal cancer in Saudi Arabia: incidence*. **Nasser Alsanea, a Alaa S. Abduljabbar, a Samar Alhomoud, a Luai H. Ashari, a Denise Hibbert, b Shouki**. Saudi Arabia : s.n., 2015, Vols. Ann Saudi Med 2015; 35(3): 196-202.
4. *Colorectal Cancer Incidence and Mortality in China, 2010*. **Zhao-Xu Zheng¹, Rong-Shou Zheng², Si-Wei Zhang², Wan-Qing Chen²**. China : s.n., 2010, Vols. Asian Pac J Cancer Prev, 15 (19), 8455-8460.
5. **Organization, World Health**. *BLOBACAN*. International agency for Research on cancer. 2012.
6. *Colorectal Cancer on the Decline*. **Albert B. Lowenfels, M.D Y Col**. WESTERN OREGON : The New England Journal of Medicine, on August 25, 2016. .
7. *Colorectal Cancer*. **H Brenner, M Kloor**. 1490-502, November de 2016, The Lancet, Vol. 383.
8. *Systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test*. **Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Silagy C. A.** 559-565, s.l. : BMJ, 1998.
9. *Cancer statistics*. **Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A.** 2014, CA Cancer Journal Clinicals, págs. 9-19.
10. *Histological types and prognostic factors in colorectal cancer*. **J, Selves**. Paris : Med Sci , 2009.
11. **Morris, Van, y otros**. *The MD Anderson Manual of Medical Oncology, 3e*. 2015. Capitulo 25, Cancer Colorectal.
12. *La Artritis Reumatoide y la enfermedad maligna*. **H., Kameda T. Dobashi**. Japan : Nihon Rinsho, Junio 2016.
13. *Diagnostico Situacional del Cancer en El Salvador*. **Luis Fuentes, Andre Chacon, Leandro Rodriguez y col**. San Salvador : MINSAL, 2015.

ANEXOS

Instrumento F01

“CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CANCER COLORECTAL EN EL HOSPITAL MEDICO QUIRURGICO Y DE ONCOLOGIA DEL ISSS EN PERIODO 2014 A 2015”

Indicaciones: marque con una X a las características descritas en cada uno de los ítems según lo consignado en el expediente clínico. (Puede marcar más de una opción en cada ítem)

Numero expediente clínico: _____ N° Correlativo del estudio: _____

Edad: _____

Sexo Masculino: _____

Femenino: _____

Procedencia Urbano _____

Rural: _____

Síntoma: Pérdida de peso: _____

Dolor abdominal: _____

Diarrea o estreñimiento: _____

Otros: _____

Signo: Adenopatías: _____
Hepatomegalia: _____
Masa palpable: _____
Sangrado de tubo digestivo oculto: _____
Obstrucción intestinal: _____
Otros: _____

Factores de riesgo:

Obesidad _____

Tabaquismo _____

Consumo de alcohol _____

Síndromes hereditarios:

Síndromes con poliposis: _____

Síndromes sin poliposis: _____

Patrón histológico:

Adenocarcinoma _____

Adenocarcinoma cribiforme tipo comedo _____

Carcinoma medular _____

Carcinoma micropapilar _____

Adenocarcinoma mucinoso _____

Adenocarcinoma cerrado_____

Adenocarcinoma en células de anillo de sello_____

Carcinoma adenoescamoso_____

Carcinoma de células en huso_____

Carcinoma de células escamosas_____

Carcinoma indiferenciado_____

Carcinoma neuroendocrino_____

Carcinoma neuroendocrino pequeño_____

Carcinoma neuroendocrino grande_____

Carcinoma adenoneuroendocrino mixto_____

Método de tamizaje utilizado

Ninguno_____ Test de inmunohistoquímica fecal_____

Test de inmunohistoquímica-DNA fecal _____

Sangre oculta en heces_____ Colonoscopia_____ TAC_____

Sigmoidoscopia flexible_____

Sigmoidoscopia flexible con inmunohistoquímica_____