

¿Vale la pena el riesgo de una colonoscopia?

Análisis escrito por [Dr. Joseph Mercola](#)

✓ Datos comprobados

HISTORIA EN BREVE

- › Con base en la evidencia, un equipo internacional de expertos recomienda las colonoscopias de rutina solo si tiene un 3 % de probabilidad de desarrollar un crecimiento en los próximos 15 años. Si es menor, entonces no vale la pena los riesgos relacionados con el procedimiento
- › Un estudio encontró un riesgo del 17 % en un diagnóstico de cáncer omitido con una colonoscopia. Otros riesgos incluyen la perforación del colon, que aumenta cuando se realiza la anestesia con el procedimiento, el desequilibrio microbiano intestinal de la preparación para el procedimiento, la contaminación del equipo por la esterilización inadecuada entre pacientes y la muerte por complicaciones
- › David Lewis, Ph. D., afirma que hasta el 80 % de los hospitales esterilizan sus endoscopios con glutaraldehído (Cidex), lo que exacerba el problema al preservar el tejido humano en el endoscopio recogido durante el procedimiento. El mejor método para esterilizar el equipo hasta la fecha es el ácido peracético, que disolverá el tejido protéico y eliminará el endoscopio
- › Puede reducir significativamente su riesgo de cáncer colorrectal al hacer cambios en su estilo de vida, que incluyen reducir o eliminar el alcohol, no fumar, mantener un peso normal, llevar una dieta alta en fibra y hacer ejercicio de manera constante

Conocer su riesgo potencial de desarrollar cáncer puede ayudarlo a comparar los riesgos con los beneficios de las diferentes pruebas para su situación. Según la Sociedad Americana del Cáncer, más de 15.5 millones de personas en los Estados Unidos tienen antecedentes de cáncer.

Al menos se diagnosticarán 1.7 millones casos nuevos en 2019, lo que no incluye un diagnóstico de carcinoma in situ (cáncer no invasivo).

La sociedad estima que 606 880 personas morirán en 2019, lo que equivale a 1 660 muertes por día. Los cuatro tipos más comunes de cáncer incluyen de pulmón, mama, próstata y colorrectal. Una de las pruebas de detección más recetadas para descartar el cáncer colorrectal es una colonoscopia.

El cáncer colorrectal puede comenzar en el colon o en el recto, pero los dos tipos se agrupan ya que tienen las mismas características. La sociedad estima que cada año se diagnostican 101 420 casos nuevos de cáncer de colon y 44 180 de cáncer de recto.

Aunque sigue siendo la tercera causa principal de muertes relacionadas con el cáncer en hombres y mujeres, la tasa ha disminuido durante varias décadas.

Según la Alianza para el Cáncer Colorrectal, la tasa de supervivencia ha aumentado en cinco años. Informan que hay más de 1 millón de sobrevivientes de cáncer colorrectal en los Estados Unidos. Conocer sus factores de riesgo y realizar cambios en el estilo de vida para prevenir el desarrollo del cáncer colorrectal son la base de la iniciativa BMJ más reciente de Rapid Recommendation.

En muchos casos, las colonoscopias de rutina son innecesarias

Las nuevas pautas de práctica publicadas en *The BMJ* recomiendan que los médicos usen una herramienta para estimar el riesgo potencial de un individuo de desarrollar cáncer colorrectal en los próximos 15 años. El equipo recomienda que solo aquellos que tienen un riesgo del 3 % o más se sometan a pruebas de detección.

Las pautas actuales recomiendan la detección para todas las personas mayores de 50 años, independientemente de su riesgo. A la edad de 50 años, esto suele ser inferior al 3 %. El panel internacional revisó la evidencia científica y los datos de investigación para evaluar los riesgos comparados con los beneficios de las colonoscopias.

Descubrieron que sus recomendaciones podían aplicarse con precisión a personas sanas de 50 a 79 años que esperaban vivir otros 15 años más. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan la detección del cáncer colorrectal para las personas mayores de 50 años.

Utilizando datos de todo Estados Unidos, descubrieron que el número de personas que estaban actualizadas con su evaluación aumentó 1.4 % de 2016 a 2018, lo que representa 3.5 millones de personas adicionales.

Además de preguntar si la detección hizo una diferencia en los resultados de salud, el equipo de la iniciativa BMJ también intentó diferenciar el mejor tipo de prueba que se usa para detectar el cáncer colorrectal. Recomendaron que las personas con un riesgo del 3 % o más en los siguientes 15 años tuvieran cuatro opciones para elegir el método de detección.

La primera fue una prueba inmunoquímica fecal (FIT) realizada cada año, o cada dos años, dependiendo de sus factores de riesgo. Los pacientes también pueden elegir una única sigmoidoscopia o, al menos recomendada por el equipo, una sola colonoscopia.

La posibilidad de cáncer en comparación con los riesgos de detección

A partir del examen de evidencia, el equipo creyó que un FIT anual, sigmoidoscopia o colonoscopia podría reducir la incidencia de cáncer, mientras que un FIT cada dos años puede ser que no tenga un efecto sobre la incidencia durante 15 años. Escribieron:

"Con base en los beneficios, daños y obstáculos de los exámenes de detección, el panel infirió que las personas más informadas con un riesgo de cáncer colorrectal de 15 años o más son propensas a elegir exámenes de detección, y la mayoría de las personas con un riesgo de menos del 3 % disminuyen la detección.

Dados los diferentes valores y preferencias, la atención óptima requerirá una toma de decisiones compartida".

El equipo determinó que los riesgos relacionados con la detección del cáncer colorrectal superaban los beneficios en muchos casos. Por ejemplo, el riesgo de muerte por una colonoscopia fue de 1 en 16 318 procedimientos evaluados. En el mismo análisis, los investigadores también encontraron que 82 sufrieron complicaciones graves.

Las colonoscopias no están libres de riesgo

Aunque se supone que una colonoscopia ayuda a encontrar el crecimiento tumoral temprano, un estudio informó una tasa de diagnóstico omitido del 17 %. **Otros riesgos relacionados con una colonoscopia** incluyen empeorar los patrones de las heces y contribuir al crecimiento de pólipos o tumores colorrectales.

La perforación del colon durante el examen tiene una incidencia de 0.2 % a 5 % y es ampliamente reconocida como una complicación grave asociada con una alta tasa de morbilidad y mortalidad. El riesgo de perforación aumenta con la edad del paciente y la presencia de otras dos o más condiciones de salud.

Un estudio demostró que, de 1 000 personas, 51.9 sufrieron perforación de colon y murieron en los primeros 14 días.

La disbiosis puede ocurrir después de usar laxantes fuertes para prepararse para una colonoscopia. Un estudio publicado en *Cell* sugirió que incluso un uso a corto plazo de laxantes podría desencadenar una respuesta inmune. La investigación en un modelo animal encontró que el tratamiento eliminó una familia de bacterias intestinales beneficiosas y permitió que floreciera otra. Incluso dos semanas después de completar los laxantes, las bacterias mostraron una menor diversidad.

Muchos expertos coinciden en que se debe optar por el nivel de sedación más ligero, o ninguno, ya que la anestesia completa aumenta los riesgos. Aquellos con apnea del sueño, obesidad, presión arterial alta o diabetes tienden a sufrir mayores efectos por la anestesia. En los Estados Unidos el 34.4 % de los que se sometieron a una colonoscopia usaban anestesia.

El uso de anestesia se relacionó con un riesgo 13 % mayor de experimentar complicaciones dentro de los 30 días posteriores al procedimiento y específicamente con un riesgo mayor de perforaciones del colon o un derrame cerebral. El riesgo de complicaciones varió según el área, y las personas en el noreste informaron un aumento de cualquier complicación del 12 %, pero en las del oeste esto aumentó al 60%.

Los investigadores que realizaron un estudio encontraron un mayor riesgo de neumonía por aspiración. Otro buscó determinar si el procedimiento podría completarse con éxito sin sedación. Los pacientes tuvieron la opción de someterse a una colonoscopia sin medicación previa y luego se evaluaron de dos a cinco días después del procedimiento.

Los investigadores preguntaron sobre la intensidad del dolor y la disposición a considerar el procedimiento nuevamente sin sedación.

Cuando se les preguntó, solo el 5 % no experimentó dolor; el 41 % tenía dolor leve; el 34 % informó dolor moderado y el 20 % dijo que experimentó dolor severo. Sin embargo, a pesar del nivel de dolor experimentado, el 73 % estaba dispuesto a repetirlo sin sedación y solo el 18 % dijo que solicitaría sedación la próxima vez.

Contaminación del equipo, otro riesgo de colonoscopias

Un riesgo real de someterse a una endoscopia de cualquier naturaleza es la posibilidad de una esterilización inadecuada del endoscopio flexible. Un problema es la incapacidad de limpiar a fondo el interior del endoscopio.

Lewis describe un problema que, según él, es experimentado por los médicos. Durante el examen, es posible que el médico no pueda ver a través del endoscopio y no tenga éxito en el intento de enjuagarlo utilizando el canal de aire/agua, ya que está obstruido con tejido humano de un examen anterior. Se debe retirar el endoscopio y usar otro.

Como los endoscopios tienen un equipo sensible conectado, no se pueden esterilizar con calor. Desafortunadamente, los fabricantes no han creado un endoscopio con la capacidad de ser esterilizado por calor. Como señala Lewis: "Si podemos poner un

Robot en Marte, seguramente podemos construir un endoscopio flexible que podamos esterilizar".

Estas herramientas costosas no son desechables, pero requieren esterilización entre cada paciente. Lewis informa que hasta el 80 % de los hospitales están esterilizando los endoscopios flexibles con glutaraldehído (Cidex). En las pruebas, descubre que esto ha complicado el proceso ya que no disuelve el tejido en el endoscopio, sino que lo conserva.

Cuando se pasan herramientas de biopsia afiladas a través del tubo, el material del paciente de las pruebas anteriores se raspa y potencialmente se transporta a su cuerpo. Es por eso que es importante encontrar una clínica u hospital que use ácido peracético para **esterilizar completamente el equipo** al disolver las proteínas que se encuentran en los endoscopios flexibles.

Antes de programar cualquier examen endoscópico, investigue cómo se esteriliza el equipo entre los pacientes.

Tenga opciones de estilo de vida para reducir el riesgo de cáncer de colon

Como muchos otros tipos de cáncer, el cáncer colorrectal se puede prevenir. La investigación sugiere que solo del 5 % al 10 % de todos los casos de cáncer se deben a defectos genéticos, mientras que el resto está relacionado con factores ambientales y de estilo de vida.

El Instituto Americano para la Investigación del Cáncer escribe que un tercio de los casos de cáncer más diagnosticados en los Estados Unidos podrían prevenirse a través de la alimentación, el ejercicio y al mantener un peso corporal magro.

El grado en que la dieta contribuye a la muerte por cáncer varía según el tipo de cáncer, que de acuerdo a los investigadores está relacionado hasta en un 70 % en el caso del cáncer colorrectal. Por ejemplo, la exposición a largo plazo a agua potable clorada puede aumentar el riesgo de leucemia, cáncer colorrectal y cáncer de vejiga.

Existen varias estrategias que puede seguir para reducir su riesgo de desarrollar esta enfermedad potencialmente mortal, la cual es agravada por su alimentación, niveles de vitamina D, ejercicio y consumo de alcohol. Analizo varias estrategias que puede integrar en su rutina diaria en mi artículo anterior, "[Cómo protegerse contra el cáncer de colon](#)".

Fuentes y Referencias

- [American Cancer Society, Cancer Facts And Figures 2019](#)
- [American Cancer Society, What Is Colorectal Cancer](#)
- [American Cancer Society, Key Statistics For Colorectal Cancer](#)
- [Colorectal Cancer Alliance, Determine Your Risk and Practice Prevention](#)
- [The BMJ, 2019;367: l5515](#)
- [MedicalXpress, October 2, 2019](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention](#)
- [The BMJ, 2019;367: l5515 Abstract](#)
- [Annals of Internal Medicine 2006 Dec 19;145\(12\):880](#)
- [Annals of Gastroenterology, 2015;28\(1\):94](#)
- [World of Gastroenterology, 2010;16\(4\):425 Introduction](#)
- [Journal of the National Cancer Institute, 2003;95\(3\):230](#)
- [Cell, 2018;173\(7\):p1742](#)
- [Nature, June 19, 2018](#)
- [Medical News Today, January 5, 2018](#)
- [Gastroenterology, 2015;doi.org/10.1053/j.gastro.2015.12.018](#)
- [JAMA, 2013;173\(7\):551](#)
- [Journal of Clinical Gastroenterology, 1998;26\(4\):279](#)
- [YouTube](#)
- [Pharmaceutical Research, 2008;25\(9\):2097](#)
- [American Institute for cancer research, has cancer stats](#)