

***FISAC** agradece la participación de la **OPS/OMS** en sus seminarios científicos, y su cooperación para difundir los debates y ponencias surgidos de la Fundación en los países de la Región de las Américas*





Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

Misión:

Promover el conocimiento y la responsabilidad respecto a las bebidas con alcohol (sustentar su función en la sociedad, ayudar a evitar el uso inadecuado y desalentar todo tipo de abuso) **para una mejor convivencia social.**

LA FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A. C.
AGRADECE EL APOYO DE LAS SIGUIENTES EMPRESAS

Bacardi y Cía.

Casa Cuervo

Industrias Vinícolas Pedro Domecq

Grupo Televisa

Seagram de México

United Distillers

Cuadernos FISAC

Órgano de Difusión del Comité Científico de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.
Septiembre, 2002 Año 3 Vol. 1 Número 014

·SOCIOS FUNDADORES

Emilio Azcárraga Milmo
Nazario S. Ortiz Garza

·DIRECTOR GENERAL

Ignacio Ybarra Duperou

·PRESIDENTES HONORARIOS

Antonio Ariza Cañadilla
Isaac Chertorivski Shkoorman

·COORDINADOR EDITORIAL

Haydeé Rosovsky T.

·PRESIDENTE EJECUTIVO

Gastón T. Melo Medina

·COMITÉ EDITORIAL

Alicia Argüelles Guasquet
Federico Cabrera Amescua
Gastón T. Melo Medina
Haydeé Rosovsky T.

·PATRONATO 2001

PRESIDENTE

Antonio Ariza Alduncin

·EDITOR

Alberto Téllez Aguilar

Miguel Alemán Magnani

Emilio Azcárraga Jean
Juan Beckmann Vidal
Amador de Carvalho
José Gorbea Treviño
Juan Grau
Jorge Kanahuati Gómez
Cristóbal Mariscal Estrada
Alejandro Quintero Iñiguez
Manuel Rubiralta Díaz
Edgar Valderrama García

·FORMACIÓN DE TEXTOS E IMPRESIÓN

Typo graphics, S. A. de C. V.



Índice de contenido

Bienvenida

Gastón T. Melo Medina

pág. 7

Información epidemiológica sobre el cáncer

Alejandro Mohar Betancourt

pág. 9

Alcohol y tubo digestivo

José Bandera Quijano

pág. 23

Alcohol y cáncer de páncreas

Guillermo Robles Díaz

pág. 35

PARTICIPANTES DEL PÚBLCO ASISTENTE

Don Antonio Ariza C.

Industrias vinícolas Pedro Domecq

Lic. Federico Cabrera A.

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

Dr. Jorge Alberto Grajales V.

Jurisdicción Sanitaria. Del. Gustavo A. Madero

Nota: Los contenidos y opiniones expresados en las ponencias son responsabilidad de los autores y participantes, y no reflejan la opinión de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

Portada: "Número 3", de la serie *Jaguares*, 1997. Técnica mixta, 80x105 cms. Autor: Rosendo Pérez Pinacho. Detalle. Colección particular. Tomado de *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*, pág. 114, Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. FISAC, 1998.

Alcohol y cáncer*

Bienvenida

Dr. Gastón T. Melo Medina

Presidente ejecutivo de FISAC

Muy buenos días a todos ustedes. Me da mucho gusto recibirlos en esta su casa, la Fundación de Investigaciones Sociales, donde de manera periódica, desde 1999 organizamos estos seminarios sobre alcohol, cultura y salud, y venimos a recoger de la comunidad científica conocimientos que son importantes para nuestras distintas actividades profesionales.

El día de hoy, nuestros invitados son el doctor Alejandro Mohar Betancourt; el doctor José Bandera Quijano; el doctor Guillermo Robles Díaz, el doctor David Kershenovich, y el maestro Miguel Ángel Olguín. Estaremos abordando el tema «Alcohol y cáncer». Este es un tema que desde la publicación de *Beber de tierra generosa*, obra publicada por esta Fundación hace aproximadamente cinco años, había quedado pendiente. Aquí están presentes algunos de los autores que elaboraron ese libro, que está a su disposición aquí en la Fundación y en el que se abordan distintas materias de orden médico, social y antropológico, sobre el consumo de etanol.

Dándole la bienvenida a nuestros ponentes del día de hoy, todos ellos científicos de altísimo nivel, y agradeciendo a todos ustedes por su presencia en este seminario, cedo la palabra a la maestra Haydeé Rosovsky, quien desde

* Seminario realizado en la Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (FISAC), el día 4 de junio de 2002.

hace poco más de un año nos ha venido ayudando en la estructuración y en la coordinación de estos seminarios, para que ella nos haga favor de presentar de manera puntual a cada uno de nuestros ponentes. Muchas gracias.

***Mtra. Haydeé Rosovsky:** En primer término hará su presentación el doctor Alejandro Mohar, Director de Investigación del Instituto Nacional de Cancerología, experto en investigación epidemiológica. El tema que nos presentará es «Información epidemiológica sobre el cáncer».*

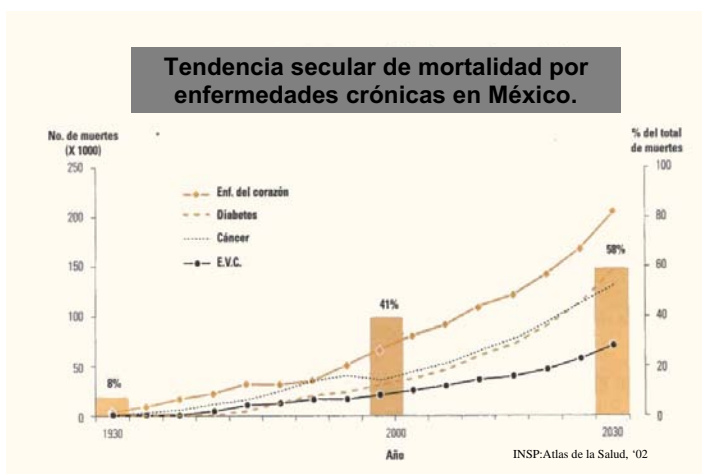


Información epidemiológica sobre cáncer

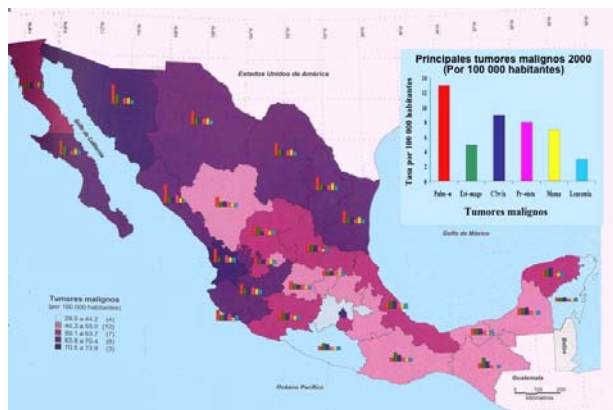
Dr. Alejandro Mohar Betancourt

Director de Investigación del Instituto Nacional de Cancerología

Gracias, maestra Rosovsky, y gracias también a la Fundación por esta amable invitación, en particular al doctor Melo, quien ha sido uno de los promotores de estudiar esta asociación entre alcohol y cáncer. En los siguientes minutos, como una introducción a los temas de los demás ponentes de este seminario, daré una perspectiva de lo que representa en nuestro país el problema del cáncer y las perspectivas a mediano y largo plazos, y hablaré acerca de que claramente existe una asociación, desde el punto de vista etiológico-causal, entre el consumo crónico de alcohol y el desarrollo de diferentes tipos de tumores presentes en alta prevalencia en la población mexicana. Para ello, insisto, quiero plantear la magnitud del problema que representa el cáncer en México y qué es lo que va a suceder dentro de un periodo relativamente corto.



En la gráfica anterior, en el extremo izquierdo, se observa que en los años treinta las enfermedades que llamamos crónicas degenerativas no representaban verdaderamente un problema de salud pública. Sin embargo, a la mitad de este periodo ya se empieza a ver el grupo de enfermedades que constituyen las primeras causas de muerte. A partir de 1980, las enfermedades neoplásicas fueron la segunda causa de muerte en la población general, y actualmente en nuestro país este grupo de cuatro enfermedades es el causante del 41% del total de muertes. Es relativamente fácil saber qué va a suceder nacionalmente si continúa la proyección de este tipo de enfermedades. Las enfermedades cardiovasculares serán la primera causa de muerte en nuestro país, seguidas de diabetes, cáncer y enfermedades vasculares cerebrales (no se mencionan aquí, obviamente, los accidentes ni la cirrosis hepática que son problemas crónicos y endémicos en nuestro país). Las enfermedades neoplásicas representan la segunda causa de muerte actualmente, y, dado el envejecimiento natural de la población, indudablemente serán una enorme carga desde el punto de vista asistencial, de investigación y de prevención. Decir “cáncer” es lo mismo que decir “infecciones”. Las enfermedades neoplásicas son más de 100 enfermedades distintas, cada una con su particularidad, sus causas y posibles mecanismos de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno. El cáncer ya no es igual a muerte; hoy podemos decir que un buen porcentaje de pacientes con cáncer se pueden curar por completo y tener una vida normal, y otro porcentaje puede tener control de la enfermedad durante mucho tiempo.



En México, por sus características socioeconómicas y culturales, y dado que las enfermedades de cáncer son un problema en un 80% de origen ambiental (participan diferentes agentes etiológicos como el tabaquismo, la dieta y obviamente el alcohol), la mortalidad por cáncer no es homogénea, como se observa en la imagen anterior. Así, los residentes de los estados fronterizos tienen una particular incidencia y mortalidad de cáncer, debidas principalmente a varios agentes etiológicos que participan como factores en el desarrollo de cierto tipo de neoplasias. En el norte del país las enfermedades como el cáncer de mama, el cáncer de pulmón y el cáncer de colon son las principales causas de muerte de pacientes que fallecen con algún tipo de tumor. En claro contraste, en el sur del país el patrón epidemiológico de cáncer se transforma y las enfermedades tan frecuentes en el norte tienen una menor incidencia. Ahora el cáncer gástrico y el cáncer de cérvix uterino son las principales causas de muerte en los pacientes del sureste del país. Esto indica, lo cual no es una novedad desde el punto de vista epidemiológico, que el patrón de distribución de factores de riesgo asociados a estos tipos de neoplasia es distinto en el norte, en el centro y en el sur. En el sur del país hay una alta frecuencia de infección de virus de papiloma humano, con poco acceso a una detección temprana de este tipo de lesiones, lo que provoca una alta frecuencia de este tumor. Aparentemente la alta frecuencia de infección por el *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica es un cofactor importante en el desarrollo de cáncer gástrico. La ingesta alta de ciertos tipos de componentes de la dieta, grasas saturadas en particular, quizá condicione o explique un poco este patrón endémico de cáncer de colon y cáncer de mama en el norte del país. Ahí están las oportunidades, desde el punto de vista epidemiológico, de hacer una detección inicial de un factor de riesgo prevalente a fin de controlarlo y, de erradicarlo. A continuación, en forma muy sucinta, se verá cómo el alcohol, junto con algunos otros cofactores, participa en el desarrollo de este tipo de tumores. Al identificarlo como un factor de riesgo y prevenir su consumo inmoderado se podrá controlar su incidencia y, por tanto, la mortalidad.

Mortalidad por Tumores Malignos México, 1999

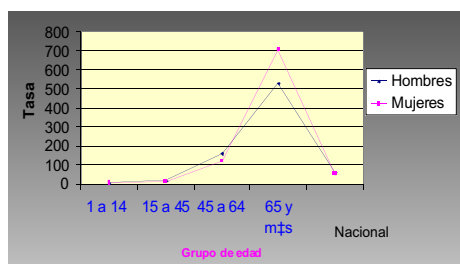
GENERO	DEFUNCIONES	PORCENTAJE	TASA
Hombres	25,663	47.8	52.8
Mujeres	28,006	52.2	56.6
Total	53,671	100.0	54.7

Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas

En la figura anterior se observa el estado que guarda México en relación con el cáncer y la magnitud del problema que éste representa en la salud pública, si bien se han mejorado sustancialmente los registros tanto de morbilidad (nuevos casos de cáncer), como de mortalidad. En 1999 fallecieron más de 50 mil personas debido algún tipo de tumor y, como se observa en esta distribución entre hombres y mujeres, prevalece ligeramente mayor la mortalidad por cáncer. Esto está directamente asociado a una altísima mortalidad de cáncer cervicouterino. Los porcentajes son realmente altos en relación con la morbimortalidad anual de este país. Ahora, ¿cómo se distribuyen en realidad estos tumores?

Tasa de mortalidad por tumores malignos, según grupo de edad y género, México 1999



Tasa por 100,000 habitantes, de acuerdo al género y grupo de edad

Esta es una enfermedad prácticamente de todas las décadas; hay una mortalidad infantil asociada a diferentes tipos de neoplasia, pero en general podemos considerar que el factor de riesgo más importante para diferentes tipos de tumores es la edad. El envejecimiento en sí es la condición más importante para desarrollar algún tipo de tumor, junto con la exposición a otros tipos de agentes etiológicos como puede ser el tabaquismo, el alcoholismo o algunos tipos de infecciones crónicas. La gráfica anterior ilustra cuál es el pico de edad en relación con la mortalidad por cáncer en nuestro país. Se empieza a disparar a partir de la segunda y la tercera décadas de vida y, finalmente, la concentración máxima de mortalidad por cáncer se da a partir de la sexta y séptima décadas de vida, tanto en hombres como en mujeres.

NEOPLASIAS MÁS FRECUENTES EN MÉXICO, MUJERES 1999

TUMOR	No.CASOS	%
CÉRVIX UTERINO <i>in situ</i>	11 299	19.4
MAMA	9 885	16.6
CÉRVIX UTERINO INVASOR	9 158	15.4
OVARIO	1 859	3.1
ENDOMETRIO	1 631	2.7
TODOS LOS DEMÁS	25 837	43.7
TOTAL	59 346	100

Fuente: RHNM

Los tumores más frecuentes en nuestra población son uno de los indicadores del grado de subdesarrollo que existe. Es una vergüenza, lo hemos dicho en diferentes foros, que el cáncer cervicouterino invasor sea una de las principales causas de muerte de mujeres con cáncer. Cada dos horas fallece una mujer a causa de este mal, y de todos los tumores malignos identificados a la fecha el más fácil de prevenir, detectar y curar al 100% es precisamente éste. Esto no es más que el reflejo de un pobre acceso a los servicios primarios de salud, donde se podría detectar una lesión temprana que provoca la muerte de más de 2,500 mujeres al año en México. Estos son los datos más recientes del número de casos de mujeres con cáncer, cerca de 60,000 casos y, como se observa, los cánceres cérvix uterino, de mama y otros asociados a la patología ginecológica son las causas de muerte más importantes.

**MORTALIDAD POR CÁNCER EN MUJERES
MÉXICO, 1999**

Causa	Defunciones	Tasa
Cuello del útero	4,590	9.3
Mama	3,425	6.9
Estómago	2,329	4.7
Bronquios y Pulmón	2,005	4.1
Hígado y vías biliares intrahepáticas	1,995	4.0
Páncreas	1,378	2.8
Ovario	1,153	2.3
Colon	1,048	2.1
Vesícula biliar	879	1.8
Leucemia linfoide	645	1.3

Tasa por 100,000 mujeres

Fuente: SEED.DGE, 1999

Reitero, la primera causa de muerte de las mujeres que fallecen con cáncer es el cáncer de cérvix, seguido de cáncer de mama, estómago, bronquios y pulmón. Se puede decir, aunque ya nos hablarán más adelante acerca del consumo de alcohol y la asociación a diferentes tipos de tumores de tubo digestivo, que aquellos tumores donde se ha invocado la participación en mayor o menor grado del consumo de alcohol, constituyen las principales causas de muerte en mujeres, tal es el caso del cáncer de estómago, de páncreas y de colon. Hay un tema que ha sido objeto de debate en la literatura científica, en revistas de alta especialización, e incluso en revistas de información general como *Time* y otros medios periodísticos: la posible asociación entre el consumo de alcohol y el desarrollo de cáncer de mama, que es un problema endémico mundial y que en nuestro país está alcanzando niveles muy altos en su frecuencia. Por primera vez, en el Instituto de Cancerología, en el año 2000 el cáncer de mama rebasó el número de casos nuevos de cáncer de cérvix. Esto no es más que el reflejo del envejecimiento de la población femenina en nuestro país. En algunos de los nuevos casos de cáncer de mama, en México con menos frecuencia que en otros países, el consumo de alcohol aparentemente coparticipa en el desarrollo de esta lesión.

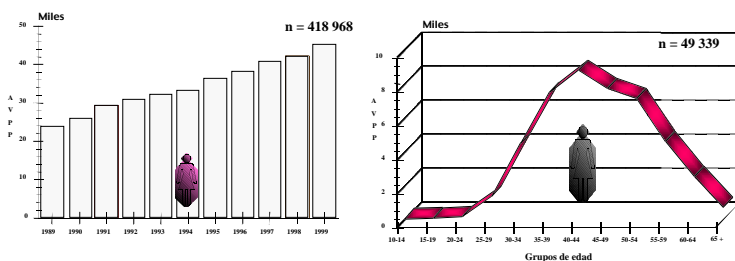
Causas de Mortalidad por Tumores Malignos en Hombres México, 1999

Causa	Defunciones	Tasa
Bronquios y pulmón	4,355	9.0
Próstata	3,766	7.8
Estómago	2,645	5.5
Hígado y vías biliares		
Intrahepáticas	1809	3.7
Páncreas	1208	2.5
Colon	946	1.9
Leucemia linfoide	802	1.7
Encéfalo	737	1.5
Laringe	662	1.4
Riñón	656	1.4

Tasa por 100,000 hombres
Fuente: SEED.DGE, 1999

En lo que respecta a los hombres el panorama es ligeramente distinto, pero debo insistir en que, nuevamente, hay algunos tumores donde claramente existe una asociación entre la mortalidad por cáncer y el alcohol, como es el caso de laringe, quizá el de páncreas (ya lo comentará el doctor Robles), el cáncer de hígado y la presencia de infecciones crónicas como la hepatitis. El cáncer de bronquios y pulmones es, como en las mujeres, una de las principales causas de muerte.

Años de vida potencialmente perdidos en mujeres con cáncer de mama, 1989-1999 México.



Este es precisamente, desde el punto real y cotidiano, el impacto de salud pública que tiene el cáncer de mama. En gráfica anterior se muestra la distribución de muerte en mujeres por cáncer de mama. Al lado derecho se puede ver que aunque se ha dicho que en nuestro país se presenta en mujeres más jóvenes, esto no es así sino que simplemente el patrón de la población de mujeres está más cargado hacia la izquierda, de ahí que esta distribución de cáncer de mortalidad por cáncer de mama sea más densa en mujeres más jóvenes. Así, no se considera que este cáncer sea más frecuente en mujeres jóvenes o que éstas tengan un factor de riesgo incrementado.

Cada año se pierden casi 50 mil años potenciales de vida de mujeres que fallecen por este tipo de tumor. Una mujer que fallece en un accidente a los 20 años, cuando tiene potencialmente 73 años de vida por vivir, perdió 50 años de vida potenciales. Al sumar el número de mujeres que fallecen debido a este cáncer, al año se pierden alrededor de 40,000 años de vida. Al sumar los 11 años graficados aquí, son alrededor de 415 mil años de vida que se pierden asociados a este tumor con diferentes etiologías.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE MAMA

Factor	Bajo	Alto	Riesgo Relativo
Sexo	Hombres	Mujeres	15.0
Edad	30-34	70-74	17.0
Edad de menarca	>14	<12	1.5
Edad del primer parto	<20	_30	1.9-3.5
Lactancia	_16	0	1.4
Menopausia	<45	_55	2.0
Tx Estrógenos/com	Nunca	Presente	1.2-1.4
Historia familiar	Si	No	2.6
Estradiol sérico	Quartil inferior	Quartil superior	1.8-5.0
Densidad mamRx, %	0	_70	6.0
Densidad ósea	Quartil inferior	Quartil superior	2.7-3.5
Dieta, alcohol, AO	- -	- -	INCONSISTENTES

Hulka Prog Clin Biol Res '97

Un sinnúmero de estudios epidemiológicos han tratado de identificar los factores de riesgo para el cáncer de mama. Estos son algunos de ellos. Obsérvese que al final de la tabla anterior se mencionan la dieta, el alcohol y los anticonceptivos orales, pero hay un enorme debate acerca de si en realidad el alcohol constituye un factor de riesgo para este cáncer.

ESTUDIOS ASOCIADOS DE ALCOHOL Y CÁNCER DE MAMA EN MUJERES

CITA	Localización	No. De casos/ Sujetos	Máximo nivel de alcohol (g/día)	Riesgo Relativo (95% CI)*
Seidman et al (1982)	USA	2,933/581,321(deaths)	≥12	1.6 (1.0-2.6)
Garfinkel et al (1983)				
Hiatt and Bawol(1984)	California	838/88,477	≥ 39	1.5(1.1-2.1)
Schatzkin et al (1987)	USA	121/7,188	≥5	2.0 (1.1-3.7)
Willett et al (1987)	USA	601/89,538	≥15	1.6 (1.3-2.0)
Hiatt et al (1988a)	California	303/5,835	≥78	3.3 (1.2-9.3)
Schatzkin et al (1989a)	Framingham, Massachusetts	143/2,656	≥ 5	0.6 (0.4-1.0)
Simon et al (1991)	Tecumseh, MI	87/1,354	≥24	1.1 (0.3-5.0)
Gapstur et al (1992)	Iowa	493/41,837	≥15	1.5 (1.0-2.0)
Friedenreich et al (1993)	Canada	519/86,837	≥ 30	1.2 (0.8-1.9)

*Riesgo Relativo categoría máxima con que se muestra comparado con los abstemios

En el cuadro anterior se muestran algunos de los estudios hechos en el mundo. Esta es una forma de trabajar epidemiológicamente para identificar si algún agente (el alcohol, el tabaco, una infección) es un agente causal. Se comparan los casos y los controles y se obtienen los riesgos relativos, que van del 1.5 al 2 al 1.4 al 1.2. Por arriba de uno se considera que en las mujeres que consumieron cierta cantidad de alcohol a lo largo de los años, éste participó en el desarrollo de cáncer de mama. En un estudio en California los riesgos son cercanos al uno, el 60% del 3.3, lo que indica que el consumo crónico de alcohol coparticipa en el desarrollo de cáncer de mama. No necesariamente todas las mujeres que tienen un alto consumo de alcohol desarrollan cáncer de mama, pero aparentemente es un factor de riesgo. En los pocos estudios que aquí se han realizado de mujeres con cáncer de mama, el consumo de alcohol no es muy prevalente por lo que se considera que, al menos en nuestra población, éste no representa aún un factor de riesgo importante.

Disminución de las tasas de cáncer gástrico

- Reducción del 10-20% en cáncer gástrico por década
- 800,000 nuevos casos anuales
- 600,000 muertes anuales
- En México ~4 000 casos
~4,500 muertes

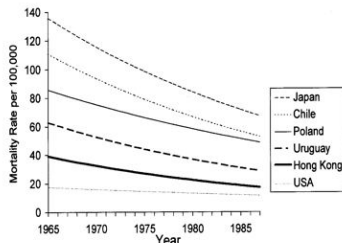
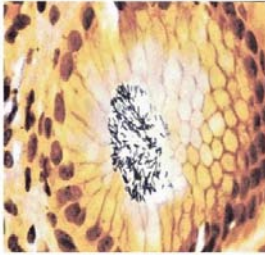


Figure 14.1. Gastric mortality has been declining worldwide at a rate of 10% to 20% percent per decade. Unlike what has been seen for other malignancies, little of this change appears to be due to improvements in treatment: the case-fatality rate for gastric cancer remains high. Instead, the decline in mortality indicates a global decline in gastric cancer incidence. (Data obtained from Coleman MP, et al. Trends in Cancer Incidence and Mortality. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1993:193+224.)

En el cáncer gástrico existe una asociación más clara entre el desarrollo de cáncer y el consumo de alcohol. Como se observó en las gráficas de mortalidad, este tipo de cáncer está entre las primeras causas de muerte. Es una enfermedad terrible pues el paciente no puede comer normalmente. Múltiples estudios han identificado claramente que la dieta, la infección por *Helicobacter pylori* y el alcohol son cofactores para el desarrollo del cáncer gástrico. Este es uno de los casos en donde el conocimiento de la prevalencia de los factores de riesgo, como puede ser la infección por *Helicobacter pylori*, la detección temprana y los cambios en los hábitos dietéticos y el consumo de alcohol, pueden tener un enorme impacto. En la gráfica anterior se observa la disminución en la incidencia de cáncer gástrico en diferentes regiones del mundo. En nuestro país lamentablemente no tiene esa tendencia; es una tendencia estable. Aproximadamente hay más de 4,000 casos nuevos de cáncer gástrico, y del acumulado total fallecen anualmente más de 4,500 personas, con todas las complicaciones inherentes: cirugía, quimioterapia y pérdida de la calidad de vida de los pacientes. Este es otro caso en donde, nuevamente, si se regulara el consumo de ciertos componentes de la dieta, la ingesta crónica de grandes cantidades de alcohol se podría disminuir esta tasa de incidencia y, por tanto, la

tasa de mortalidad que provoca este tipo de tumores, la segunda causa de muerte en población general con cáncer.

Consecuencias



HP SOBRE LA LUZ GLANDULAR

- INFLAMACIÓN MEDIADA POR IL-8, MACRÓFAGOS, LINFOCITOS, RESPUESTA TH-1
- LA INFECCIÓN NO SE RESUELVE NATURALMENTE
- GASTRITIS ANTRAL Y ÚLCERA PÉPTICA
- ISLA DE PATOGENICIDAD VacA, CagA, IcE
- DESDE 1994, DECLARADA CARCINÓGENO TIPO-I POR IARC

Esta imagen sirve para mostrar que es relativamente fácil identificar los factores de riesgo en algunos tumores. En el cáncer gástrico, la infección por el *Helicobacter pylori*, es una glándula de la mucosa gástrica y, en el centro, esas estructuras bacilares de color negro representan la presencia de esta infección. Con un triple esquema de antibióticos se erradica esta bacteria y esto de alguna manera disminuye sustancialmente el riesgo de desarrollar este tumor, junto con el control, insisto, de algunos componentes de la dieta y obviamente del alcohol.

¿POR QUÉ LA IMPORTANCIA DE HP?

- INFECCIÓN BACTERIANA MÁS FRECUENTE ~50%
- CÁNCER GÁSTRICO ES LA CUARTA CAUSA DE MUERTE, SEGUNDA POR CÁNCER
- ALTA TASA DE FATALIDAD, SV 20% A 5 AÑOS
- AUMENTO EN LA ESPERANZA DE VIDA → ↑ EN EL NÚMERO DE ENFERMOS

RIESGO RELATIVO PARA CÁNCER DE CAVIDAD ORAL Y CÁNCER FARINGEO DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICIÓN AL CIGARRO O ALCOHOL

Alcohol/día	Fumadores (Cigarros equivalentes por día)			
	0	<20	20-39	40+
0	1.00	1.63	1.62	3.40
<0.4 oz (9.5g)	1.66	1.89	3.29	3.35
0.4-1.5 oz (9.5-36g)	1.88	4.85	4.84	8.20
1.6 + oz (36 + g)	2.27	4.79	9.97	15.6
Número total de casos	26	44	248	143

Los riesgos relativos son expresados en 1.00 para personas que nunca fumaron y bebieron

Sin embargo, si hay una patología propia del alcohol relacionada con diferentes tipos de tumores, ocurre definitivamente en la región de la cabeza y el cuello. Allí no hay duda de que el consumo crónico de alcohol es un factor de riesgo importante para el desarrollo de diferentes tipos de tumores. En el cuadro anterior se muestra una estadística de varios estudios, algunos realizados en el Instituto Nacional de Cancerología, donde el consumo crónico de cigarros y alcohol establece un perfil evidente de riesgo para el paciente con cáncer. En el área de fumadores, de 0 a 20, 20 a 39 y más de 40 cigarros, y de consumidores de alcohol en diferentes cantidades, ocurre un efecto sinérgico: quien fuma y bebe duplica, triplica, cuatriplica su riesgo para desarrollar diferentes tipos de tumores. En particular en la cavidad oral, una de las terceras causas de consulta en hospitales oncológicos, se observa que en aquellos sujetos que no fuman, no beben, el riesgo es mínimo, es de uno. Por otra parte, para quienes tienen un alto consumo de alcohol (aproximadamente de 1.6 onzas al día) y un alto consumo de tabaco (aproximadamente de una a dos cajetillas), el riesgo a desarrollar este tipo de tumor, el de cavidad oral, es de 9 veces; esto quiere decir, más del 900 por ciento de probabilidades de desarrollar este tipo de cáncer.

EFFECTO COMBINADO DE ALCOHOL Y TABACO EN CÁNCER DE LARINGE

Alcohol Consumo (grs etanol por día)	Cigarros por día			
	0-7	8-153	16-25	26+
0 - 40	1.00	5.63	12.72	11.45
41 - 30	1.65	5.94	12.23	13.51
31 - 120	2.31	10.70	21.01	23.55
121 +	3.73	12.20	31.55	43.21
Número Total de casos	50	147	357	173

Fuente: Tuyns et al 1988, los Riesgos Relativos son expresados con 1.0 en persona s que fuman de < 8 cigarrillos por día y toman < de 40 g. de etanol al día.

Los cánceres de cavidad oral y de laringe son enfermedades catastróficas. Un alto porcentaje de pacientes con cáncer de laringe deben ser laringetomizados, obviamente pierden la voz y las condiciones de supervivencia y calidad de vida son terribles. El riesgo en laringe es de 43 veces.

RIESGO RELATIVO POR CÁNCER ESOFAGICO DE ACUERDO AL CONSUMO DE INGESTA DE ALCOHOL Y TABACO

Alcohol Consumo (grs Ethanol por día)	Consumo tabaco en gramos por día		
	0-9	10-19	20 +
0 - 40	1.0	3.4	5.1
41 - 30	7.3	8.4	12.3
31 +	13.0	19.9	44.4
No. Total de casos	78	58	303

Fuente: Tuyns et al (1977), los Riesgos Relativos son expresados con 1.0 en persona s que fuman de < 8 cigarrillos por día y toman < 40 g. de etanol por día.

Para cáncer esofágico es de 44 veces; es decir, 4,400 veces.

COMENTARIO FINAL

- Alcohol, problema de salud pública
- Sólo y en combinación con el tabaco co-factor para cancer
- Oportunidades de educación, prevención e investigación
 - ALCOHOL → CÁNCER

Estas son las conclusiones. Con este rápido panorama lo que se pretendió fue dejar claro que el alcohol, como posible agente etiológico de diferentes tumores del tracto digestivo, y claramente como agente causal de tumores de cáncer de cabeza y cuello, representa en nuestro país un grave problema de salud pública en lo que se refiere a diferentes tipos de neoplasia. Si a eso se le agrega la interacción del alcohol y del tabaco, el riesgo y la magnitud del problema, literalmente, se duplican. Obviamente, instituciones como las que aquí participamos tenemos una enorme oportunidad de contribuir en la educación de la salud en la población; debemos hacer un ejercicio para la prevención temprana en población de alto riesgo, y tener un campo para desarrollar investigación en este tipo de asociaciones entre alcohol y cáncer. Muchísimas gracias.

***Mtra. Haydeé Rosovsky:** Gracias, doctor. A continuación nos va a dirigir unas palabras el doctor José Bandera Quijano, quien es el encargado de la consulta de gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias de la Nutrición «Dr. Salvador Zubirán», con el tema de «Alcohol y tubo digestivo».*



Alcohol y tubo digestivo

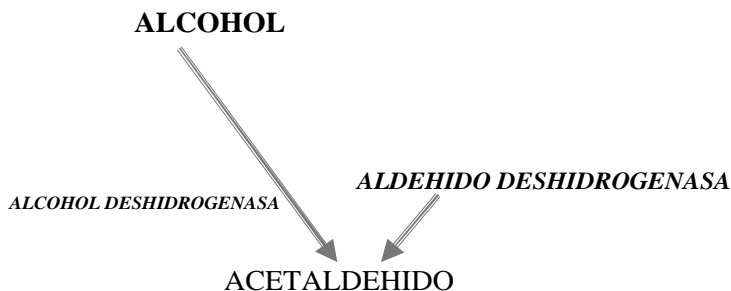
Dr. José Bandera Quijano

*Encargado de la consulta de gastroenterología
del Instituto Nacional de Ciencias de la
Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”*

Yo también quiero agradecer la invitación que me han hecho para participar aquí con ustedes. Lo que voy a hacer en los siguientes minutos es tratar de explicar qué pasa con el alcohol en el tracto gastrointestinal. El tubo digestivo es una extensión del exterior; es un tubo que tiene una cavidad de entrada y una cavidad de salida. El sitio de entrada es la cavidad oral, es el sitio de recepción del alcohol hacia el resto del organismo. A través del tubo digestivo el alcohol llega a diferentes órganos, y el metabolismo y producción *per se* de alcohol también se lleva a cabo dentro del tubo digestivo.

¿Cómo se absorbe el alcohol? ¿Se necesita alguna energía especial para que se absorba? No, el alcohol se absorbe, por difusión simple, hacia adentro del torrente circulatorio y hacia las células. La absorción depende de varios factores. El primero de ellos es el flujo vascular; mientras más abundante sea el riego sanguíneo a la región, mayor será la absorción del alcohol. Otro factor es la presencia de alimentos (no es lo mismo tomar bebidas alcohólicas con el estómago vacío, que beber después de haber comido). La presencia de alimentos en el tracto digestivo retarda la absorción de alcohol. El tipo de bebida también es importante. Existen bebidas que se absorben de una manera mucho más rápida que otras. El género también influye, al igual que la temperatura tanto de las bebidas como del organismo, por puro metabolismo. En la absorción también es importante la presencia o ausencia de medicamentos en el tubo digestivo, pues éstos puede acelerarla o retrasarla.

METABOLISMO.



¿Qué pasa con el alcohol? Existen enzimas (como la aldehído deshidrogenasa) que lo metabolizan para convertirlo en acetaldehído. Es importante la alcohol deshidrogenasa, pues no todo el mundo tiene la misma cantidad de esta enzima. La raza blanca y los hombres tenemos mayor posibilidad de metabolizar el alcohol, que la que tienen las mujeres y algunas razas, como las asiáticas. Por eso se ven diferentes efectos, sobre todo en el sistema nervioso central, por el consumo de alcohol en diferentes personas.

En cuanto a la producción, porque también lo estamos produciendo, el alcohol es un producto de la degradación de carbohidratos por bacterias en el tubo digestivo. Por otro lado, también lo producen pacientes que tienen el vaciamiento gástrico lento, porque según la velocidad con que se eliminen los alimentos dentro del estómago ocurre un aumento en la degradación bacteriana y, por lo tanto, también en la producción de alcohol. Los pacientes con atrofia gástrica (es decir, en los que está envejeciendo la mucosa del estómago), no producen la misma cantidad de ácido que la gente sana, por lo que pasan más puro el alcohol hacia el resto del tubo digestivo.

ACCION SOBRE LA MUCOSA

DAÑO AGUDO



***EROSIONES
SANGRADO***

DAÑO CRONICO



***DESNUTRICION.
PERDIDA DE PESO.***

El alcohol provoca dos tipos de daño sobre la mucosa, que es la piel que tenemos por dentro, lo que nos recubre. Existe un daño que se ve en intoxicaciones generalmente agudas, no tienen que ser necesariamente en alcohólicos, y esto se ve como un daño que causa localmente el alcohol, sobre todo erosiones o bien sangrado secundario a estas erosiones. Cuando éstas se producen sobre algún vaso sanguíneo o sobre alguna región que está altamente vascularizada, puede haber un sangrado que ponga en peligro la vida del paciente. Por otro lado, y más importante, en pacientes bebedores crónicos conducen a desnutrición y a pérdida de peso por mecanismos que veremos un poco más adelante.

CAVIDAD ORAL

- Daño a glándulas salivales y disminución de su secreción. (Hipertrofia Parotidea).
- Inflamación Lingual (Glossitis) y de boca (Estomatitits).
- Gingivitis y pérdida de piezas dentales.

¿Qué pasa en la cavidad oral? Ésta es la primera parte que entra en contacto con el alcohol. El alcohol está en su forma más pura, por lo que daña las glándulas salivales y disminuye la secreción de las mismas. Las glándulas salivales tienen la función de ablandar el bolo alimenticio, y existe, además, una enzima que se llama tialina que inicia ya el metabolismo de lo que comemos. El daño a las glándulas salivales, provoca que no se produzca la misma cantidad de saliva, lo que ya es un problema. Este es el caso de los bebedores crónicos, no de una intoxicación aguda de alcohol. Es norma encontrar hipertrofia parotídea, es decir, crecimiento de las glándulas parótidas (como en los niños que tienen paperas), en pacientes alcohólicos crónicos, y la causa de esto no se conoce del todo. También ocurre inflamación lingual, directamente por el alcohol (esto se conoce como glossitis), y estomatitis. Como ya se comentó, el alcohol está considerado un cofactor para el desarrollo de cáncer muy probablemente en este nivel. Los dentistas conocen bien la afección conocida como gingivitis que se produce en los dientes y las encías, que significa inflamación de las encías y pérdida de piezas dentales, sobre todo por proliferación bacteriana en piezas dentales previamente dañadas.

CAVIDAD ORAL



Esos son dos ejemplos: en el primer caso se observa una glossitis, inflamación en las comisuras de la boca; y en el segundo caso, la gingivitis. Los dientes

tienen muy mala calidad, y alrededor de las encías está muy rojo y eritematoso; es decir, existen inflamaciones ya de gravedad, de gingivitis.

ESOFAGO

- MOTILIDAD
 - Disminuye presión de EEI.
 - Esófago en Cascanueces.
- ESOFAGITIS.
- SD. MALLORY WEISS.

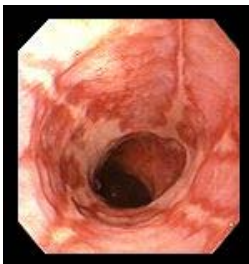
¿Qué pasa en el esófago? El alcohol afecta directamente la motilidad; es decir, el movimiento del esófago. Por un lado disminuye la presión del esfínter esofágico inferior, en donde el esófago pasa a ser estómago, ya que es un tubo continuo. Existe un esfínter que cierra y abre el camino para el paso de alimentos. Cuando disminuye dicha presión se promueve un reflujo del contenido de adentro del estómago hacia el esófago. Por otro lado, la motilidad en el esófago se ha asociado directamente con lo que se conoce como un «esófago en cascanueces». Se le llama así a una contracción errónea y desajustada del esófago, que causa un dolor muy intenso en el pecho y que se llega a confundir con problemas cardiovasculares, como un infarto. Los pacientes llegan creyendo que tienen un infarto, y en realidad es un espasmo esofágico, probablemente secundario a una ingesta de alcohol importante que hace que el esófago se contraiga de manera errónea.

La esofagitis es la inflamación de la mucosa esofágica por diferentes causas. La más común es la que provoca el ácido del estómago que entra en contacto con la pared del esófago. Esto no debe suceder, siempre existe un reflujo fisiológico que es muy leve, pero el ácido daña directamente al esófago. El alcohol empeora esto, por un lado al disminuir el tono del esfínter y promover el regreso del ácido hacia arriba; y, por otro lado, por acción directa sobre el

esófago. La esofagitis es una inflamación que va desde una inflamación leve hasta una ulceración profunda del esófago. Esto está dañando continuamente la mucosa. Además está el síndrome de Mallory Weiss: cuando existe una intoxicación aguda por alcohol, esto ocurre de manera más común en gente joven, no necesariamente en alcohólicos crónicos, la intoxicación por alcohol causa vómito, y el vómito repetido provoca que en el esófago se rompa la mucosa. Eso es el síndrome de Mallory Weiss: la ruptura de la mucosa esofágica, en la unión gastroesofágica. Esto generalmente es peligroso porque se acompaña de un sangrado importante.

Existen dos tipos de cáncer de esófago, y sobre todo uno de ellos se ha asociado a la ingestión crónica de alcohol; esto no quiere decir que el alcohol lo esté causando directamente, pero es un cofactor. Por su parte la esofagitis se asocia a otro tipo de enfermedad esofágica que se llama esófago de Barret. Ésta es la producción de una mucosa anormal en el tercio distal del esófago: la piel del esófago se defiende contra el daño crónico que está sufriendo y crea una piel tipo gástrica; es decir, una mucosa parecida a la del estómago, en el esófago. Esto se ha asociado también a un tipo de tumor específico en el esófago.

ESOFAGO



El esófago de Barret está muy claramente asociado al cáncer de esófago. En la figura anterior se muestran dos ejemplos. Uno es un esófago con esofagitis. Lo que se observa como detalle principal son las erosiones pronunciadas que tiene el esófago. La segunda imagen es la unión del esófago con el estómago, en cuyo extremo inferior izquierdo está una laceración importante; es un síndrome de Mallory Weiss.

ESTOMAGO

- Aumento de secreción gástrica y gastrina con bebidas ligeras.
- Atrofia de Mucosa y Colonización bacteriana.
- Inflamación y daño directo a la mucosa.
- Vaciamiento lento.

¿Qué pasa en el estómago? Con bebidas ligeras existe un aumento de la secreción gástrica y gastrina; es decir, el estómago produce más ácido y se da un desbalance entre las fuerzas que nos defienden contra la acidez, lo cual a su vez, provoca el reflujo ¿Qué pasa con el consumo de alcohol, además de esta hipersecreción del estómago? Eso depende mucho de la cantidad de la bebida que se tome. Existe atrofia de la mucosa, es decir, se pierde la capacidad funcional de la mucosa, envejece, por así decirlo. La atrofia gástrica se ha asociado a cáncer gástrico. La colonización bacteriana es mucho mayor en el estómago, porque en una concentración normal de ácido es difícil que proliferen bacterias porque es un medio inhóspito para ellas. ¿Por qué aumenta la colonización si aumenta la secreción? Cuando existe atrofia eventualmente disminuye la producción de ácido gástrico. Existe, como ya se comentó, inflamación y daño directo a la mucosa debido al alcohol, y además interfiere con la motilidad del

estómago, el vaciamiento del estómago, lo que hace que se retengan los nutrientes, que se retenga el ácido por más tiempo del que es necesario.

ESTOMAGO y DUODENO



En esta foto se muestra una gastritis importante. Los puntos más oscuros corresponden a la inflamación. En segundo término se observa una úlcera. El agujero negro que se ve abajo es el píloro, la entrada hacia el intestino delgado. El acercamiento más pronunciado muestra una úlcera, muy probablemente asociada al alcohol. La úlcera es la pérdida de continuidad de la mucosa de la piel. El alcohol es una causa directa de enfermedades acidopépticas, como la gastritis y las úlceras. En el duodeno se ve también una inflamación. El duodeno es la primera porción del intestino. Se observa, asimismo, que quizá el alcohol está dañando directamente la mucosa; esto es, el alcohol no necesariamente causa el cáncer gástrico. Se muestran factores o caminos por donde se puede asociar. Se debe recordar que el cáncer es una enfermedad multifactorial. Ya se comentó que el *helicobacter pilory* está considerado como un carcinógeno, y que es una bacteria que coloniza el estómago. Aquí en México hicimos un estudio hace aproximadamente cuatro años, en el Instituto, en población «sana» para saber cuántos mexicanos tenían *helicobacter pilory*, y alrededor del 80% de la población que aparentemente no tiene ningún problema de salud tiene

helicobacter pilory.

INTESTINO DELGADO

- El alcohol se absorbe en yeyuno.
- Disminuye absorción de Sodio y agua a este nivel.
- Disminución de absorción de carbohidratos, proteínas y grasas en duodeno.

En el intestino delgado el alcohol se absorbe en el yeyuno, que es la segunda parte de aquél. Aquí el alcohol *per se* disminuye la absorción de sodio y agua, lo que disminuye la absorción de carbohidratos, proteínas y grasas en el duodeno. Todo el intestino está cubierto por microvellosidades, pequeños pelos que crecen a todo lo largo del intestino delgado, cuya función es aumentar la superficie de absorción. Si esos microvellos se pusieran en línea recta tendrían una longitud mucho mayor que la del intestino. El alcohol «barre» esta zona y daña la superficie de absorción, lo que conduce a una desnutrición.

Los alcohólicos crónicos no absorben grasas ni proteínas adecuadamente, posiblemente por este efecto que aquí se ha comentado, y existe entre ellos una alteración de la prueba de D Xylosa. Esta prueba se hace en el laboratorio para conocer la capacidad de absorción del tubo digestivo. Finalmente, existe una disminución de absorción proteica, pero aquí existe una duda: ¿será por la pobre ingesta que tienen los alcohólicos?

“LEAKY GUT SYNDROME”

- Daño crónico a pared intestinal la hace mas permeable.
- Paso de macromoléculas y partículas parcialmente digeridas.
- Reacción inmunológica en contra de ellas.
- Traslocación bacteriana.

El *Leaky Gut Syndrome* está asociado directamente al alcoholismo, y es un síndrome de intestino que gotea, que tiene una especie de fuga. Es un daño crónico de la pared intestinal que la hace más permeable. Por lo tanto, las macromoléculas y partículas parcialmente digeridas que normalmente no pasarían al torrente circulatorio lo están haciendo, y se asocia a una reacción inmunológica; es decir, a una alergia en contra de este tipo de partículas, y también se acumula una traslocación bacteriana. Así pasan muchas más bacterias al torrente circulatorio.

A nivel enzimático interfiere con la acción de la lactasa, que es una enzima. Por otro lado, interfiere con la acción de citocromos. En el hígado interfiere con la acción de varios medicamentos, y puesto que el 50% de la ingesta calórica viene del alcohol, se va a asociar a una hipoglucemia.

En cuanto a la microflora existe una proliferación bacteriana debida a varios factores: el aumento de la permeabilidad permite que ésta entre al nivel circulatorio; esto lleva a la desnutrición, atrofia gástrica y diarreas.

En el colon existe una disminución de amplitud de ondas en el recto, directamente causada por el alcohol; disminución de tiempo de tránsito; compactación del contenido intestinal y diarrea. Actualmente también se ha considerado que el alcohol es un cofactor para el desarrollo de cáncer del colon, aunque no se sabe exactamente cómo. Estos son misceláneos: hiporexia, falta de hambre; náusea y vómito (lo causa el alcohol *per se*); sensación de llenado temprano; plenitud pospandial, es decir después de comer; distensión abdominal y flatulencia. Para terminar quiero aclarar que el alcohol *per se* no causa cáncer, pero es un cocarcinógeno a diferentes niveles: en lengua, faringe, esófago, colon y recto. Muchas gracias.

Mtra. Haydeé Rosovsky: Gracias, doctor Bandera. A continuación vamos a escuchar al doctor Guillermo Robles Díaz, quien es director del curso de gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias de la Nutrición «Dr. Salvador Zubirán». Él nos hablará sobre «Alcohol y cáncer de páncreas». Gracias.



Alcohol y cáncer de páncreas

Dr. Guillermo Robles Díaz

*Director del Curso de Gastroenterología del
Instituto Nacional de Ciencias de la Nutrición
“Dr. Salvador Zubirán”*

Cuando se habla de la asociación de una enfermedad con algún agente, como en este caso del cáncer de páncreas con el alcohol, es necesario basarse en ciertas evidencias para establecerla. Estas evidencias que predominantemente son el fundamento de la asociación de las enfermedades a agentes causales son de dos tipos: experimentales y epidemiológicas. En las primeras, utilizando un producto es posible reproducir la enfermedad, agravarla o curarla. En las evidencias epidemiológicas, ciertas poblaciones, en este caso la de alcohólicos, tienen más la patología que se estudia. En lo que respecta al cáncer de páncreas no hay ninguna evidencia experimental que indique que el alcohol interfiera en la carcinogénesis, a diferencia de lo que ocurre con otros cánceres (como el del esófago o el del colon en donde experimentalmente se ha visto que el alcohol puede participar no sólo en la iniciación del tumor sino en la promoción del desarrollo del mismo, y hasta quizá en el bloqueo por competencia de los carcinógenos y tener un efecto medio profiláctico, todo ello desde el punto de vista experimental), y las únicas evidencias que quedan son epidemiológicas.

CANCER DE PANCREAS

INVESTIGACION ETIOLOGICA

TIPO	CALIDAD	TIEMPO	FRECUENCIA
Ensayo clínico Controlado Sorteador	*****	Futuro	*
Estudios de Cohortes	* * *	Presente	* *
Estudios de Casos y Controles	*	Pasado	* * *
Estudios Transversales Con equipos ajustados	-	?	*****

PDQ Evidence-based Principles and Practice, 2000

En este cuadro, tomado de una revisión reciente del tema, publicado en un libro de evidencias en gastroenterología, del departamento de gastroenterología de nuestro Instituto, se resumen algunas de éstas. Así, en la primera columna se observan los diferentes tipos de estudio: los ensayos clínicos controlados; los estudios de cohortes, o sea de grupos; estudios de casos, como de alcohólicos con cáncer, y controles o que no son alcohólicos (o que lo son, pero sin cáncer), y estudios transversales en donde en determinado momento en un hospital se analizan todos los pacientes que tienen cáncer y se ve qué es lo que ha pasado con ellos previamente al cáncer. La calidad de estos estudios es mejor conforme se va sorteando, es decir, que las poblaciones no están seleccionadas y se van controlando las variables que se desea estudiar. Como se verá más adelante, hay muchas variables cruzadas, o compartidas. El tiempo también es importante: lo ideal sería hacer un seguimiento de alguien que no está enfermo, vigilar su comportamiento y, cuando desarrolle la enfermedad, analizar qué conducta, factor o variable registrada se asoció con el desarrollo del tumor. Los estudios de grupos o cohortes se realizan en el presente, y generalmente los estudios de caso y control se realizan cuando ya existe el tumor y se escoge otra población sin tumor y se investiga el pasado: se pregunta al paciente si tomaba alcohol o si tiene antecedentes familiares, etcétera.

Lamentablemente en la literatura científica abundan estudios de poca calidad acerca del alcohol y el cáncer de páncreas, pero a pesar de esta limitación hay algunas evidencias en donde se puede analizar esta asociación quizá podamos saber. qué importancia tiene dentro de la gran gama de alteraciones que produce el alcohol en el tubo digestivo. Pues bien, ese fue lo primero que me cuestioné cuando me invitó el doctor Kershenovich, FISAC y Haydeé para dar esta plática. En el transcurso de la presentación trataré de dar una respuesta.

CANCER DE PANCREAS

EPIDEMIOLOGIA

13^{va} neoplasia más frecuente en el mundo

200,000 casos nuevos en 1996

196,000 muertes en 1996 (3% de muertes por cáncer)

Etiología desconocida

Diagnóstico en estadios avanzados

Pocas oportunidades terapéuticas

Pancreatic Cancer. Atlas of Clinical Oncology ACS. 2001

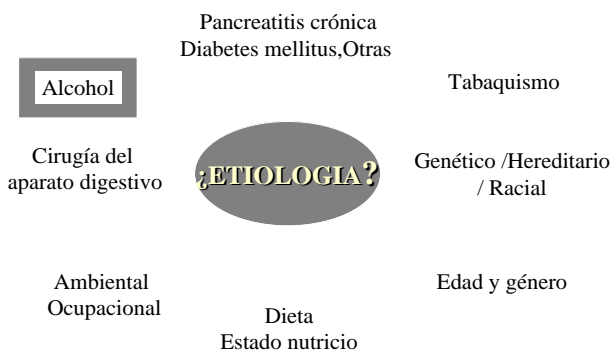
Poco se hablaba de la frecuencia del cáncer de páncreas en México, a pesar de que mundialmente se ha considerado como la treceava neoplasia más frecuente. En países desarrollados tiene una importancia mayor que en nuestro país. Otro aspecto epidemiológico interesante es que, como se observa en la tabla anterior, en 1996 se registraron 200 mil casos nuevos, y en el mismo año hubo 196 mil muertes por cáncer. Es decir, casi todos los que se diagnostican mueren, a diferencia, como ya enseñaba el doctor Mohar, del cáncer de gástrico (en 800 mil se registraban 600 mil muertes). Las posibilidades de sobrevivida de pacientes con cáncer de páncreas son muy bajas. Se dice que ocupa el tres por ciento de las muertes por cáncer mundialmente. En México, ya vimos algunas estadísticas de mortalidad, y en el estudio del doctor Villalobos y de la Academia Nacional de Medicina se ve que este porcentaje varía de acuerdo con las poblaciones hospitalarias, pero en general es el tercero o cuarto tipo de cáncer de aparato digestivo más frecuente.

Otro de los grandes retos en cáncer de páncreas es que no se sabe qué es lo que lo produce ni tenemos algún agente al cual culpar tan directamente, como sería el *Halycobacter* en cáncer gástrico, virus de papiloma en el cáncer de cérvix, etc. Además, el diagnóstico generalmente se hace con estudios muy

avanzados, a diferencia de otros cánceres, como el cérvicouterino, que podemos prevenir; ya que con un Papanicolau se puede diagnosticar oportunamente. En cáncer de páncreas es mucho más difícil y, cuando se identifica, hay pocas oportunidades terapéuticas. Entonces tiene gran importancia poder conocer los probables factores causales, porque permite establecer estrategias de prevención y ofrecer mejores, y sobre todo más oportunas, opciones terapéuticas a poblaciones en riesgo. Para esto es muy importante definir estas poblaciones.

El alcohol ha sido casi siempre identificado como enemigo de la salud por los médicos, como principio. Y no es raro que el alcoholismo y el tabaquismo fueran blanco de las investigaciones epidemiológicas en cáncer de páncreas.

Cáncer de páncreas



En esta gráfica el alcohol se enmarcan y se ubica en la posición que se observa porque es el tema que nos ocupa, no porque tenga más importancia que los otros factores etiológicos que se han relacionado con el desarrollo de cáncer pancreático. Después del alcohol (siempre haciendo referencia a la gráfica anterior), yendo en el sentido de las manecillas del reloj, está la pancreatitis crónica. Ésta es la enfermedad inflamatoria más común del páncreas y se considera un factor de riesgo para cáncer pancreático. Otro factor de riesgo es la diabetes mellitus. Curiosamente se menciona también a la diabetes, que como

se vio es un problema de salud nacional y causa de muchas muertes. Ahí está, por lo pronto, una población de riesgo cuyas probabilidades de padecer cáncer de páncreas son mucho mayores que las de otras sociedades en donde la diabetes no tiene la importancia que tiene en nuestro país. Incluso en EE.UU. las poblaciones «hispánicas», como las identifican ellos, tienen mayor porcentaje de diabetes que las anglosajonas. Es otro factor de riesgo que, además, aparece después de que ocurre el cáncer; o sea que no sólo es un factor de riesgo sino una alteración secundaria al cáncer. La diabetes es independiente del alcohol, pero la pancreatitis crónica en nuestro medio, en México y en países desarrollados, es producida principalmente por el alcohol.

El tabaquismo también tiene una relación directa. Más adelante se verán todos estos factores en forma más puntual. Después vienen los aspectos genético, hereditario y racial. Todo esto está relacionado, aunque cuando se habla de lo racial hay otros aspectos socioculturales que podrían estar involucrados. Existe asociación a la edad y al género, también tratada para otras neoplasias en las presentaciones previas. Desde luego, el aspecto de la dieta y el estado nutricional siempre ha estado muy relacionado con todo lo anterior. Es decir, la dieta está relacionada con hábitos raciales, y, dentro de la dieta, el consumo de café, de tabaco, de alcohol, etc. Del lado izquierdo de la gráfica están dos factores que cuentan mucho en los casos de cáncer: el aspecto ambiental y el ocupacional. Un 12% de estos cánceres en el mundo podrían estar relacionados con los aspectos ocupacional o ambiental.

¿Qué se ha visto acerca del alcoholismo? El riesgo es inconsistente. Esta palabra, «inconsistente», se mencionó también cuando se habló acerca del cáncer gástrico. Esto hace referencia que hay poblaciones, analizando los riesgos relativos en estudios de casos y controles, en las que se ve que los enfermos de cáncer de páncreas efectivamente bebían más que los que no tenían cáncer de páncreas, pero ¿qué tanto fumaban más?, ¿qué tanto más tenían pancreatitis crónica?, ¿qué tanto influía la dieta? (por ejemplo, consumo abundante de carnes,

de grasas, etc.) Y, por otra parte, hay estudios más recientes, en poblaciones de EE.UU. y del norte de Europa, en donde se descarta completamente esta relación con el alcohol, cuando ajustan a otros posibles factores asociados con cáncer de páncreas como los antes mencionados.

CANCER DE PANCREAS

FACTORES CAUSALES

ALCOHOLISMO

Riesgo inconsistente

Estudios recientes descartan asociación

**Scand J works Environ Health 1998
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001**

Se ha llegado a considerar que quienes beben y no comen (en México los conocemos como «teporochos») están más propensos a desarrollar daño hepático, mientras que aquellos que «comen bien» podrían tener más daño pancreático.

Esta es una generalización que no es del todo válida en biología, pero aquí lo que sí se ha visto es que hay una asociación positiva con consumo de carne, de hidratos de carbono, de alimentos ricos en colesterol, y que cuando hay un índice de masa corporal (IMC que se calcula del peso para la talla) y una ingesta calórica aumentada, o sea las dos cosas, el riesgo de desarrollar cáncer pancreático es mucho mayor. Esto, como factor independiente, se ha demostrado en varias poblaciones. Por otro lado, hay una asociación negativa, por ejemplo, en lo que toca al consumo de frutas y vegetales, fibras y vitaminas.

CANCER DE PANCREAS

FACTORES CAUSALES

DIETA / NUTRICION

Asociación positiva con consumo de carne, H de C, Colesterol.*

↑ IMC y ↑ingesta calórica

negativa con frutas y vegetales (fibras, vitamina C)*

Consumo de folatos es protector (0.5, 0.3-0.8) en cohorte de 27,101 sujetos seguidos 13 años

granos enteros disminuyen riesgo (meta análisis 4 estudios)

café con asociación inconsistente y moderada (estudio reciente de cohorte descarta la asociación)

* Estudios con limitaciones metodológicas Eur J Cancer Prev 2000. Am J Epidemiol 2001
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001

Se ha llegado a suponer que estas últimas tienen algún efecto antioxidante que ayuda a prevenir el desarrollo de neoplasias, y existen algunos estudios que indican que el alcohol puede participar en la formación de radicales libres de oxígeno lo cual, en el caso del páncreas, no parece tener una importancia primordial en la carcinogénesis. Asimismo, hay estudios que han seguido a largo plazo el control de dietas en poblaciones de EE.UU. Más adelante se darán ejemplos en donde se ve que el consumo de folatos (protector para el desarrollo de cáncer), el consumo de granos enteros y el consumo de café, han tenido una asociación inconsistente. En algunos lugares en donde se ha encontrado esta última como positiva, generalmente es moderado el riesgo de consumo de café. Tal parece que los pacientes con cáncer de páncreas desarrollan diabetes y consumen más líquidos porque les empieza a subir el azúcar, más que el consumo de café sea anterior y los haga tener riesgo de desarrollar cáncer. Otro factor que se debe considerar es lo que sucede con muchos alcohólicos, que generalmente tienen dietas ricas en carne, en colesterol; comen, beben y tienen dietas bajas en folatos. Sin embargo, esto constituye un factor no directamente relacionado con el alcohol, pero que son variaciones en patrones de consumo que son parte de la inconsistencia en los resultados encontrados.

CANCER DE PANCREAS**FACTORES CAUSALES****ALCOHOLISMO****Variación de acuerdo a:****1) patrones de consumo****p.ej. grandes cantidades, dietas, tabaco.****2) poblaciones específicas****p.ej. se duplica en población afroamericana, en particular en mujeres, incluso independiente de etnia en postmenopausia (Iowa Women's Health Study); en pancreatitis crónica, en obesidad.**

Se llegó a decir que cuando había un consumo intenso de alcohol el riesgo de cáncer era mucho mayor, pero en esas primeras series en donde se puso un foco rojo sobre la relación de alcohol y cáncer, no se descartaba a quienes tenían pancreatitis crónica o a quienes fumaban. En estudios más recientes ya se ha podido diseccionar cada uno de estos factores en forma independiente. Por otro lado, está la predisposición las poblaciones específicas. Es subjetivo hablar de «cantidades grandes» de alcohol. Algunas poblaciones, como las de los italianos, en donde el consumo de alcohol es muy grande (mucho mayor que el que hay en promedio en las poblaciones de EE.UU.) no desarrollan cáncer de páncreas.

Dentro de las poblaciones de EE.UU., por ejemplo en afroamericanos (en particular en las mujeres) se encuentra que el riesgo es positivo. Éste llega incluso a duplicarse, lo que no ocurre en la población de blancos. Este riesgo en población afroamericana no se encuentra en mujeres antes de la menopausia, pero cuando, independientemente de la etnia, un grupo general de mujeres fue objeto de un estudio que se sigue prospectivamente en Iowa acerca de la dieta y consumo de alcohol, se vio que éstas tenían más riesgo de desarrollar cáncer de páncreas después de la menopausia que otras, en relación con el consumo de alcohol y, desde luego, con pancreatitis crónica y obesidad. Así, las poblaciones

con pancreatitis crónica, y dentro de ellas las que son de etiología alcohólica o son obesas, corren mayor riesgo. Este riesgo, al parecer, se acentúa en las mujeres, lo cual puede guardar relación con el metabolismo del alcohol o bien con factores predisponentes hormonales que pueden estar compartidos, por ejemplo, con el cáncer de mama, como mencionaba antes el doctor Mohar.

CANCER DE PANCREAS

FACTORES CAUSALES

TABAQUISMO

25% de los casos podrían atribuirse a tabaco

Duplica el riesgo de forma consistente

Es mayor en quienes inhalan humo

> riesgo > consumo

< riesgo < consumo

En el tabaquismo es donde ha sido consistente el hallazgo: el 25% de los casos podrían atribuirse al consumo del tabaco. Generalmente el consumo de tabaco se asocia al consumo de alcohol; esto es, el porcentaje de gente que consume ambos es mucho mayor que el de quienes los consumen en forma independiente. Se duplica el riesgo de cáncer de páncreas de modo consistente, y es mucho mayor cuando se habla de tabaquismo en fumadores de cigarrillos; es decir, en quienes fuman puros el riesgo es menor que en aquellos que inhalan el humo. Además, conforme baja el consumo de tabaco baja el riesgo en relación directa.

CANCER DE PANCREAS

FACTORES ASOCIADOS

- PREDISPOSICION GENETICA

- **Susceptibilidad genética en hasta 10 de CAP**
- **Riesgo incrementado en pacientes con AHF de cáncer**
- **Riesgo 2.5 – 3 veces mayor si AHF de CAP**
 - **Especialmente en fumadores y AHF antes de 60 años**
RR: 8.23 (2.18-31.07)
- **Riesgo 18 veces mayor si ≥ 2 familiares de primer grado**
- **Si ≥ 3 familiares, RR: 57**

En lo que se refiere a la predisposición genética, quienes tienen antecedentes de cáncer de páncreas o antecedentes familiares de algunos cánceres (como el cáncer de colon, o de mama), están mucho más propensos. Si a esto se añade que son fumadores y que los antecedentes de cáncer se presentaron antes de los 60 años de edad, el riesgo puede ser hasta ocho veces mayor. Si se considera que hay dos familiares de primer grado con cáncer, el riesgo llega a ser de 18 veces mayor, y si hay más de tres familiares puede ser de hasta 57 veces mayor que en la población general.

CANCER DE PANCREAS

FACTORES ASOCIADOS

- Papel de género

- **Más común en hombres que en mujeres (1.75:1)**
- **Prevalencia en menopausia ↑ gradualmente hasta igualar la de hombres a los 70 años**
- **Estudios epidemiológicos:**

- Menarca

≤ 11 años → RM: 3.07 (1.35-7.00)

≤ 13 años → RM: 1.9 (1.0-3.6)

En lo que al género se refiere, el cáncer de páncreas es más común en hombres que en mujeres; el consumo de alcohol, hasta hace poco, era mucho mayor en hombres que en mujeres. Lo que pasa en cáncer pancreático es que después de la menopausia se iguala el porcentaje en ambos, lo que puede sugerir que quizá hay un efecto hormonal que puede estar predisponiendo el desarrollo del tumor pancreático. Se han hecho algunos estudios que sugieren que la edad en que empieza la menstruación, puede estar en relación con el tiempo de la exposición a las hormonas, lo cual puede variar el riesgo para desarrollar cáncer de páncreas.

Finalmente una de las vías por las que más se ha asociado el consumo de alcohol con el cáncer de páncreas es la pancreatitis crónica, como ya se ha

mencionado antes.

CANCER DE PANCREAS

OTROS FACTORES ASOCIADOS

- **Pancreatitis crónica**

- **Estado inflamatorio persistente y de recambio celular aumentado**
- **Riesgo incrementado entre 4 y 16 veces**
- **Forma hereditaria: Riesgo > 53 veces**

Mutación del gen del tripsinogeno catiónico de Transmisión autosómica dominante

Asociada al alcoholismo 3.8 (1.5-7.9)

Gastroenterology 1997;113:587

En nuestro medio el alcohol es la causa más frecuente de pancreatitis crónica, la cual se caracteriza por un estado inflamatorio persistente del páncreas con un recambio celular aumentado, una condición muy común para que se desarrolle cáncer: el riesgo va de 4 a 16 veces. Cuando se habla de la pancreatitis crónica hereditaria que es muy rara, el riesgo puede ser de hasta 53 veces. En la figura se observan algunas de las mutaciones encontradas. El riesgo asociado a la pancreatitis crónica alcohólica puede ser de hasta cerca de cuatro veces.

ALCOHOL Y TABACO

FACTORES DE RIESGO

PANCREATITIS CRONICA Y CANCER DE PANCREAS

ESTUDIO ITALIANO HECHO EN HOMBRES

El consumo de alcohol y el número de fumadores fue mayor en PC que en controles y en cáncer de páncreas sin PC

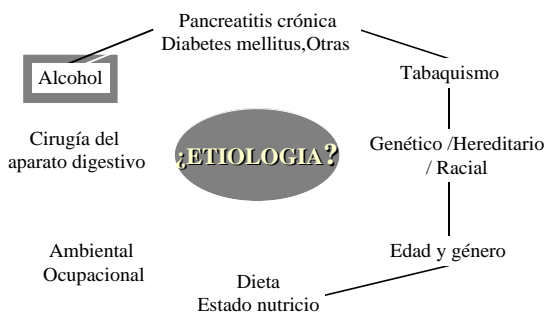
- **Riesgo de PC correlaciona con ambos y aumenta al aumentar el consumo**
- **Son factores independientes para PC**
- **Riesgo de cáncer correlaciona con tabaquismo pero no con alcohol.**

Dig Dis Sci 1999; 44:1303

En el cuadro anterior se muestra un estudio relativamente reciente, en donde se analizaron hombres con pancreatitis crónica y se vio que el número de los consumidores de alcohol y de fumadores fue mayor en pancreatitis crónica que en controles, y en cáncer de páncreas sin pancreatitis crónica. El riesgo de pancreatitis crónica sí se correlaciona con ambos, con el alcohol y el tabaco.

Ambos son factores independientes para pancreatitis crónica, y el riesgo de cáncer se correlacionó sólo con tabaquismo, no con alcohol; es decir, los que desarrollaron cáncer estaban más relacionados con la pancreatitis que con el alcohol.

Cáncer de páncreas



Para concluir, obsérvese de nuevo este esquema. Muy probablemente el efecto del alcohol en el desarrollo de cáncer de páncreas sí sea indirecto, a través de enfermedades como pancreatitis crónica; a través de otros hábitos compartidos, como sería el consumo de cigarros; la predisposición genética, por antecedentes de cáncer y quizá racial, la edad y el género (conforme aumenta la edad aumenta el riesgo); y, desde luego, algunos factores dietéticos, nutricionales, que hacen que se predisponga el desarrollo de la neoplasia pancreática. Muchas gracias por su atención.

Mtra. Haydeé Rosovsky: *Muchas gracias, doctor Robles Díaz. Ahora quisiera invitar al doctor David Kershenobich y posteriormente al maestro Miguel Ángel Olguín para que nos hagan favor de hacer algunos comentarios sobre las ponencias que hemos escuchado. Quizá haya tiempo después para que el público haga algún comentario o pregunta. Gracias.*



Comentario

Dr. David Kershenovich

Jefe de Gastroenterología Instituto Nacional de Ciencias de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

Quiero empezar agradeciendo a FISAC, al doctor Gastón Melo y a Haydeé Rosovsky por haber incluido un tema como “Cáncer y alcohol”, dado que no son muchos los espacios que tenemos para reflexión en temas como éste. Me permito puntualizar algunos de los comentarios hechos durante las presentaciones. Es que es evidente que carecemos de mucha información, más allá de la epidemiológica, en lo que se refiere a este problema en el país. Es muy importante el problema del cáncer asociado al consumo de bebidas alcohólicas, pero no hemos tenido muchos espacios de reflexión acerca del tema. Mi primer comentario a las presentaciones es, por tanto, reconocer la oportunidad de abordar este tema el día de hoy.

Mi segundo comentario es que considero muy importante enfatizar que no tenemos un tratamiento específico para la enfermedad neoplásica en general. Tenemos medidas preventivas, pero una vez que se establece la enfermedad estamos limitados, como se presentó en las curvas epidemiológicas. Hay algo que queda muy claro en estas presentaciones, y es que en la actualidad abordamos la mayoría de los cánceres como un problema multifactorial. Es decir, donde tienen que intervenir varios factores para que finalmente se presente el daño, y parte del análisis es tratar de ir escudriñando y ver qué papel tiene cada uno de los factores. Eso se hace mediante el trabajo experimental en el laboratorio o en encuestas epidemiológicas. Y eso lleva a un concepto muy interesante. Por ejemplo, si alguno de nosotros se radía en exceso, necesariamente va a terminar con un cáncer, pero en forma experimental todavía no tenemos un modelo en aparato digestivo en donde podamos administrar alcohol *per se* y producir una enfermedad neoplásica. No importa las cantidades que administremos en forma

experimental, el alcohol solo no produce cáncer. Esto nos lleva a investigar qué factores coasociados pueden interferir. Yo señalaría que en tubo digestivo, probablemente, a los cofactores en que mejor se han visto es esa asociación, y que señalaba el doctor Guillermo Robles, es el consumo de grandes cantidades de alcohol y de tabaco. Esa es una observación que vale la pena quizá disecar más en el futuro. La otra tiene que ver con la asociación con efectos nutricios, factores en la dieta o factores ambientales. Creo que hay una responsabilidad para buscar cuáles de esos factores son los verdaderamente importantes.

Regresando al tema del alcohol, el doctor Guillermo Robles mencionó un concepto que en cáncer es muy interesante: hay que diferenciar qué inicia el desarrollo de una enfermedad tumoral o neoplásica y qué es lo que promueve o mantiene esa enfermedad. No es lo mismo qué determina el proceso de iniciación que aquello que lo hace progresar. Porque si no, cada vez que inflamamos el estómago, el esófago o la boca deberíamos de terminar con cáncer y no es así necesariamente; la inflamación *per se* no ocasiona cáncer. Estos conceptos, por lo poco que sabemos de cáncer, se vuelven muy importantes. Yo quisiera mencionar algunos ejemplos que tienen que ver con alcohol y cáncer. En forma experimental, si se da alcohol antes, en cantidades grandes que equivaldrían probablemente a siete veces consumo normal, y se agrega un cofactor, se pueden desarrollar ciertos cánceres del aparato digestivo. En cambio, si se administra el cofactor al mismo tiempo que el alcohol, se puede proteger. ¿Por qué? Porque el alcohol y otras sustancias se metabolizan en el mismo lugar, y entonces compiten entre sí. Hay trabajos experimentales que muestran que si se administran al mismo tiempo, el alcohol puede ser protector, pero si se administra antes de que se administre el otro cofactor puede favorecer el desarrollo de cáncer. Así, por lo menos en cáncer de aparato digestivo, el alcohol parece ser más importante en la etapa de iniciación del cáncer que lo que pudiera ser en la progresión del mismo una vez que ya se ha iniciado. Esto plantea aspectos epidemiológicos muy interesantes en el diseño de medidas que pueden ser preventivas: cantidades, cofactores, etc. Por eso foros como estos es muy

necesarios. Mi penúltimo comentario tiene que ver con algo que se mencionó en varias de las pláticas: el metabolismo del alcohol. Además de que puede haber circunstancias en que compiten con otras sustancias y otras circunstancias en que el alcohol puede ser protector, hay que mencionar los radicales libres y los antioxidantes, lo que nos remite a los factores nutricios en la dieta y a la forma en que se consume el alcohol u otro factor que pueda ser carcinogénico. Termino mis comentarios reiterando la necesidad que tenemos de explorar esos aspectos en nuestro país. Estoy seguro de que en la audiencia somos muchos los que trabajamos en aspectos relacionados con el consumo de alcohol, algunos en cáncer específicamente, y esa posible relación puede llevarnos a explorar más allá de lo que significa alcohol y cáncer, a lo que significan cofactores y el desarrollo de enfermedades neoplásicas. Felicito a FISAC por este foro. Muchas gracias.



Dr. Gastón Melo M.: *Está aquí entre nosotros el presidente honorario del patronato de esta Fundación, Don Antonio Ariza, y quisiera invitarlo ahora para que nos haga un comentario general sobre el seminario.*

Don Antonio Ariza: *Muchas gracias, una intervención totalmente imprevista. No sabía ni siquiera que iba a venir a esta reunión hoy. Estaba fuera de México. No había forma de regresar porque estaban llenos los vuelos, y por casualidad pude conseguir uno a última hora. Me siento muy satisfecho de haber venido y haber oído a los ponentes, porque les tengo mucha admiración y mucho respeto a los doctores que están pensando en cómo alargar la vida, cómo cuidar la salud de la gente y cómo hacer algo en favor de la humanidad. Les reitero mi admiración y respeto.*

Tengo que dejar claro que durante muchos años he sido productor y vendedor de alcohol. Prácticamente desde que tenía 16 años empecé a entrar en una empresa que se dedicaba a la venta de licores. Vine a México hace 55 años, un 29 de mayo. Tuve la fortuna de venir a México y hacer una familia mexicana a la que quiero mucho, con la que he sido y soy muy feliz. Toda la vida he estado en este negocio. Considero que el alcohol en exceso es un mal de la humanidad y que hay que evitarlo. Soy un productor y he producido no para que se exceda nadie en el consumo, sino para que se use no para que se abuse. Ese ha sido nuestro pensamiento permanente. El alcohol es un satisfactor de vida. Quiero dejar como última reflexión que aquí tienen un caso de alguien que ha bebido alcohol durante toda su vida, por mi profesión y por mi gusto, y lo sigo bebiendo moderadamente, cuidadosamente. Todavía ayer me tomé mis copas y además monté seis horas a caballo. Tengo buena salud y tengo 82 años. Les voy a contar una anécdota: estaba en un colegio de hermanos de la doctrina cristiana, en Jerez, desde los siete años, y los días de fiesta importantes en el colegio) que eran el de San José, la Inmaculada Concepción, el día del colegio, el del maestro, el del director, había una misa. Eramos como 300 alumnos de diferentes edades, por supuesto. Esos días había también un

desayuno especial para todos los niños, y éste consistía (esto es una cosa insólita y creo que no debería ocurrir, pero así era) de una copita de vino para los chiquitos, una y media para quienes eran un poco mayores, un poco de pan y jamón. Eso era todo, no había ni café ni leche. Yo lo tomaba desde entonces. Esto ocurría porque una empresa vinatera patrocinaba al colegio y le regalaba el vino. He seguido tomándolo y tengo 82 años. Por tanto, quiero dejar como reflexión, en la mente de los ponentes, que el alcohol es malo sólo si se abusa de él, y que puede ser causa de todo esto de lo que han hablado, pero que en otros casos, como es el mío, puede ser benéfico. Muchas gracias.

Mtra. Haydeé Rosovsky: *Además, usted ha comido rico también.*

Tengo una pregunta. A mí me alarmó lo del páncreas, porque a pesar de que nos dicen que hay tantos tratamientos, tantas posibilidades de curación, en el caso del cáncer de páncreas parece que es un destino fatal. ¿No hay pruebas en las revisiones normales de funcionamiento pancreático? ¿De qué manera podemos saber o tener señales tempranas de que algo en el páncreas anda mal, a fin de que la detección no sea demasiado tardía?

Dr. Guillermo Robles: *En realidad se llegó a hablar de algo así como un nihilismo diagnóstico y terapéutico para el cáncer de páncreas. Lo primero sería tratar de identificar ciertas poblaciones de riesgo, y entonces ver si el perfil cae en esto. Manteniéndonos en el marco de la presentación actual, podríamos decir que la población alcohólica no es per se una población en riesgo nada más por el hecho de consumir alcohol. En lo que en realidad sí se ha progresado es en los métodos de imagen, por ejemplo. No vale la pena desde el punto de vista costo-beneficio, que es el concepto actual de economía de la salud, hacer pruebas como tomografías o resonancias magnéticas, en todos los casos para tratar de investigar si existe un tumor pancreático, pues es muy baja la probabilidad de que esto sea así. Sigue siendo un tumor de frecuencia muy baja si se consideran poblaciones en riesgo.*

Por otro lado las probabilidades de que se escape un tumor pequeño son

grandes todavía a pesar de lo útil que son estas pruebas de imagen. Desde el punto de vista de exámenes de laboratorio no existe un marcador tumoral, en la actualidad, que identifique un cáncer de páncreas en forma oportuna. En un paciente específico sí tienen caso los estudios de marcadores tumorales. Hay uno reciente que se hace en sangre periférica, con una sensibilidad relativamente aceptable en la práctica clínica. Quizá en donde se tendría que seguir avanzando es en aspectos de identificación de población en riesgo, y también en la parte genética porque se podría establecer, en algunos casos particulares, en dónde hay una carga genética para cáncer. Sin embargo, aquí entramos en otras consideraciones, pues diagnosticar un posible caso de cáncer no nos autoriza a quitar el páncreas para eliminar un tumor que todavía no existe.

Dr. David Kershenobich: *Quisiera retomar el último comentario del doctor Robles. Cuando hicimos el programa no incluimos al hígado, pero no puedo evitar mencionar algo al respecto. Algo que empezaremos a ver es la importancia de la base de datos. Para que alguien que consume alcohol adquiera cáncer de hígado, debe pasar por una cirrosis hepática; es muy difícil que el alcohol per se lo ocasione. En el caso del páncreas no sé si sea necesario tener antes pancreatitis crónica para llegar a un cáncer. Sin embargo, si se toman alcohólicos que abusan (que tomen incluso más 200 gramos de alcohol diarios) resulta que aproximadamente, de esos que toman esa cantidad tan grande, nada más el 20% desarrolla daño hepático, y 80% puede, como Don Antonio, tomar sin exceso y no les pasa nada. Pero no hablo de cantidad de alcohol sino de la susceptibilidad a desarrollarlo. Esa susceptibilidad a presentar daño, por lo menos en el hígado, parece tener una base genética. Por ejemplo, en cáncer de mama, un marcador genético incluso puede llevar a que la mujer se haga una mastectomía, porque las posibilidades de que desarrolle cáncer pudieran ser muy altas. Nosotros estamos midiendo el DNA en pacientes que tienen cirrosis y consumen alcohol, en esas poblaciones. Mi propaganda es: si ustedes conocen a un enfermo que tenga daño hepático que crean que se deba a alcohol mándenlo con nosotros o pídanle que nos proporcione 10 centímetros de sangre;*

es todo lo que necesitamos. Así intentaremos ver en el DNA si hay algo que indique alguna predisposición en su familia. Creo que la epidemiología genética es lo que va a venir en los siguientes años y eso marcará una gran diferencia.

Dr. Gastón Melo : *A lo largo de estos años hemos aprendido mucho sobre el tema de la percepción que tiene la medicina del consumo de alcohol. Hace poco más de dos años, en nuestro primer seminario, tratábamos el tema del consumo de alcohol en algunas de las poblaciones indígenas del país, como por ejemplo, en el Estado de Hidalgo, y su asociación al consumo de pulque. Ahí precisamente el doctor Kershenobich nos mencionaba que había algo que no estaba necesariamente asociado al alcohol sino que era un elemento multifactorial (que podía venir de las formas de nutrición que tiene esta población) lo que podría afectar la incidencia de ciertas cirrosis.*

El aprendizaje que derivamos de la presentación de hoy, combinándolo con los de muchas otras presentaciones que hemos tenido en todos estos seminarios, es el reconocimiento de la multifactorialidad en el desarrollo de ciertas enfermedades. Esta Fundación tiene mucho que ver con la comunidad médica, como es el caso el día de hoy, y también con la comunidad política. A menudo, en lo referente a la actividad de legislar, se toman decisiones muy fáciles asociadas a causas o a situaciones unívocas, percibidas así incluso por algunos de los cuerpos legislativos. El trabajo que se hace aquí en la Fundación a través de la edición de estos documentos, como el que tienen ahora que es el cuaderno del seminario anterior «Legislación y bebidas alcohólicas», forma parte de una estrategia de difusión que tenemos para acercar esta información, entre otras poblaciones, a los cuerpos legislativos tanto locales como federales, a fin de que puedan conocer esta multifactorialidad al considerar ciertos males de la población. Entre otros se consideran, Don Antonio aludía a ellos hace un momento, los factores vinculados a los procesos de educación (que quede claro que no estamos promoviendo que, como los afortunados alumnos de esa escuela que nos mencionaba, se desayune con vino). Más bien, y este es un tema muy

recorrido aquí, hablamos de propiciar; por ejemplo, la participación de los padres de familia en la formación de los hábitos de los futuro consumidores.

Lic. Federico Cabrera A. (FISAC): *Precisamente para formular preguntas o hacer comentarios que ustedes consideren oportuno que conozcan nuestros ponentes, por parte de la Fundación les invito a entrar a la página www.alcoholinformate.org.mx, a fin de que podamos establecer un vínculo de comunicación, más adelante, con nuestros especialistas y con todas las personas que intervienen en esta materia que seguramente es de interés para ustedes. Los invitamos encarecidamente. Hay un área de chat, hay otra de correo electrónico, hay todo un ámbito en esta página en donde nos podemos intercomunicar. Gracias.*

Dr. Guillermo Robles: *Un comentario más en relación con los marcadores genéticos específicamente para el cáncer de mama. Aún es muy prematuro esto como una forma estándar para identificar pacientes en riesgo de cáncer de mama. En el ejemplo del que hablaba el doctor Kershenobich, sólo del 5 al 10% de mujeres que desarrollan este cáncer tendrían este marcador. Para el resto aún no tenemos un marcador genético. Hay que trabajar en otros que sabemos perfectamente que funcionan como el papanicolau, la mastografía, la educación para la salud, que indudablemente hoy son de mayor sensibilidad y más impacto, que pasar a esa segunda fase a la que llegaremos en cuestión quizá de meses, pero de la que aún hay que ponderar el beneficio y, obviamente, el riesgo.*

Mtra. Haydeé Rosovsky: *Les agradezco mucho a todos. Tenemos tiempo para una pregunta más, y con ello vamos a cerrar porque todos tienen que salir a ver muchos cánceres de páncreas. Quiero preguntar antes: ¿la hepatitis es una antesala de la pancreatitis?*

Dr. Guillermo Robles: *No. Para dimensionar un poco, el doctor*

Kershenobich decía que sólo un 20% de aquellos que consumían alcohol en exceso podrían padecer daño hepático. El daño pancreático (hablando de pancreatitis crónica) es en nuestro medio, de acuerdo con un estudio que hicimos, como 12 o 15 veces menos frecuente que el daño de hígado.

Dr. Jorge Alberto Grajales V. (Jurisdicción Sanitaria. Del. Gustavo A Madero): *En primer lugar quiero felicitar a todos los ponente. Quiero comentar acerca de la problemática del alcoholismo que existe en los hospitales de traumatología: el 80% de todos los pacientes que acuden a nuestras unidades, hablando de accidentes, está asociado al consumo de alcohol. Este es un problema muy importante que debemos valorar. Para llegar a los padecimientos médicos y complicaciones de los que aquí se habló pueden pasar 40, 50 o 60 años, pero los pacientes que llegan a estos hospitales tienen entre 18, 25, 30, 40 años , y del 30 al 40% fallecen o quedan con alguna complicación. Como médicos tenemos una problemática muy importante que debemos atacar.*

Mtra. Haydeé Rosovsky: *Es un tema importantísimo que, por cierto, hemos tocado ya en otros seminarios, pero al que volveremos. Lo invito para que nos traiga los datos de lo que usted ve todas las noches. Estamos al tanto de las investigaciones que se están haciendo, pero la experiencia viva que usted tiene es invaluable. En otra ocasión seguramente abordaremos de nuevo ese tema. Bien. Por mi parte estoy muy contenta. Siento que he aprendido mucho el día de hoy. Finalmente, esta es un área, como mencionó el doctor Kershenobich, a la que no habíamos tenido mucho acceso. Les quiero agradecer a nombre de FISAC a todos los participantes y a los que vinieron aquí a escuchar, como yo, a estos expertos. Tiene la palabra el doctor Melo.*

Dr. Gastón Melo: *Sólo quiero agradecer también a TVUNAM que a lo largo de todos los seminarios nos ha venido acompañando. Hay una labor ahí muy interesante, muy importante. Quiero hacerles saber que, además de la página web que mencionó ya Federico Cabrera, hay un acervo muy importante*

del contenido de todos estos seminarios en la videoteca de la Universidad Nacional Autónoma de México. Quiero agradecerle a todos los presentes, a esta pequeña pero muy significativa comunidad de profesionales. que de manera constante ha venido acompañándonos en cada una de las ediciones de este seminario. Muchas gracias, don Antonio, por acompañarnos también. Nos dio mucho gusto tener a una persona que de manera tan clara, tan honesta, tan profesional se ha desempeñado en la industria. Quiero mencionar que Don Antonio le da a esta Fundación un punto de vista que es muy importante: el punto de una persona que ha sido no nada más un empleado de la industria, sino un dueño en la industria, y uno de los que ve por el sano desenvolvimiento de ésta. Una práctica que muchas veces se olvida incluso entre los propios industriales. Agradezco también a cada uno de los ponentes, médicos probos que aquí en esta Fundación apreciamos mucho, la manera tan puntual, tan clara de haber vertido sus conocimientos, y la manera generosa de exponerlos. Por supuesto, reitero el compromiso de la Fundación para hacer la publicación correspondiente de este seminario, que espero poder entregarles en la próxima edición del mismo. Muchas gracias.



Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.
Seminario permanente: “Investigación, cultura y salud”

Cuadernos

- 1. Cuadernos de investigación.*
- 2. El pulque, la cultura y la salud.*
- 3. La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol: riesgos y beneficios.*
- 4. Políticas de moderación en el consumo de bebidas con alcohol.*
- 5. Los jóvenes y los riesgos en el consumo de bebidas con alcohol: ¿qué podemos prever?*
- 6. La tercera edad: ¿cuál es la experiencia y cuáles las consecuencias del consumo de bebidas con alcohol?*
- 7. El trabajo y las bebidas con alcohol: razones, consecuencias y alternativas.*
- 8. El consumo moderado de bebidas con alcohol como factor protector de la salud: ¿mito o realidad?*
- 9. Consumo de bebidas con alcohol en contextos juveniles.*
- 10. Alcohol y accidentes de tránsito. Revisión de la evidencia.*
- 11. Estándares y equivalencias de las bebidas con alcohol.*
- 12. Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología.*
- 13. Legislación y bebidas alcohólicas.*
- 14. Alcohol y cáncer.***

Visite nuestra página web
www.alcoholinformate.org.mx

*Talleres
Interactivos
Para la
Promoción de la
Salud*

La Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (FISAC), a través de su Dirección de Servicios a la Comunidad, diseñó **TIPPS** (*Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud*) como un apoyo a la educación para la salud, a fin de **prevenir el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas**.

Está dirigido a escuelas de educación media y media superior, asociaciones de padres de familia, empresas públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y líderes comunitarios que organicen actividades con población juvenil.

Promotoras profesionales imparten este curso de prevención primaria **orientando a educar en la moderación y el consumo responsable del alcohol**, y a capacitar instructores para que, a su vez, difundan esta información en sus centros de trabajo. Los temas de que consta el curso son los siguientes:

Parte I. Alcohol y Sociedad

- 1. Características de las bebidas con alcohol**
- 2. Desarrollo histórico de las bebidas alcohólicas**
- 3. Por qué beben las personas: Un enfoque multidisciplinario, y Mitos y creencias**
- 4. Moderación y exceso en el consumo**
- 5. Consumo de bebidas alcohólicas en México. Situación actual**
- 6. Pubertad, adolescencia y juventud**

Parte II. Desarrollo integral del adolescente

- 7. Sexualidad y salud sexual**

Parte III. Factores de riesgo, protección y resiliencia

- 8. Autoestima**
- 9. Asertividad**
- 10. Valores**
- 11. Tiempo libre**
- 12. Proyecto de vida**

Llame para darnos la oportunidad de informarle más acerca de nuestros **TIPPS**:

Lic. Alicia Argüelles Guasquet

Directora de Servicios a la Comunidad

Teléfonos: 5554-0442, 5554-6276, 5554-0604 ext.227

Fax: 5554-0161 Correo electrónico: arguelles@fisac.org.mx

consulte nuestra página web

www.alcoholinformate.org.mx



FISAC

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

*Francisco Sosa No. 230 Col. Coyoacán
México, D.F. 04000*

Tel. 5554-2194 Fax. 5554-0161

Cuadernos FISAC

Se terminó de imprimir en septiembre de 2002,
en Typpo graphics, S.A. de C.V.
y se utilizó papel Ivory de 135 gramos.