

^d Escuela de Nutrición y Dietética. Observatorio Epidemiológico de Enfermedades Cardiovasculares. Centro de Investigaciones Epidemiológicas. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia
Correo electrónico: estherdevries@javeriana.edu.co (E. de Vries).

Introducción: El estilo de vida incluyendo la dieta, son determinantes e importantes frente al riesgo del cáncer. Recientemente, la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) copió las conclusiones formuladas por el Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (WCRF), dentro de las cuales se indica que el consumo de carne roja es un probable cancerígeno (clase 2 A) y que el consumo de carne procesada es un carcinógeno (clase 1). Por ende, las carnes rojas y procesadas aumentan en particular el riesgo de cáncer colorrectal.

Se cree que varios componentes de las carnes son responsables de los efectos cancerígenos, incluyendo el hierro heme, los productos químicos que se forman durante el procesamiento de la carne o su preparación en la cocina tales como compuestos de N-nitroso, aminas aromáticas heterocíclicas y los hidrocarburos aromáticos policíclicos. Algunos de estos productos químicos son conocidos o sospechosos carcinógenos, pero a pesar de este conocimiento aún no se entiende por completo cómo el riesgo de cáncer se incrementa por el consumo de carne roja o carne procesada.

De acuerdo con las más recientes estimaciones de la carga mundial de la enfermedad se proyecta que alrededor de 34.000 muertes por cáncer al año son atribuibles a las dietas ricas en carne procesada, pero la fracción atribuible a la población depende de los patrones de consumo local. En este proyecto, se estimó el riesgo atribuible poblacional de cáncer colorrectal debido al consumo de carnes rojas y carnes procesadas.

Objetivo: Estimar la fracción atribuible poblacional de cáncer colorrectal debido al consumo de carnes rojas y carnes procesadas, utilizando la información detallada de la exposición nacional y las estimaciones de la incidencia de cáncer.

Materiales y métodos: Para modelar el riesgo atribuible poblacional de cáncer colorrectal basado en el consumo de carnes rojas y procesadas en Colombia para el 2010, con PREVENT 3.01 se generó un modelo de simulación dinámica, para integrar los datos y evaluar el impacto de la eliminación de la carne roja y procesada de la dieta de los colombianos.

Resultados: A partir de la estimación de incidencia nacional del cáncer colorrectal con tasas estandarizadas por edad de 12,2 y 12,3 para hombres y mujeres, respectivamente, con la intervención para eliminar el consumo de carne roja por completo de la población resulta en reducción de 10,5 y 10,8 para hombres y de 10,3 y 10,6 para mujeres de carnes procesadas.

Conclusiones: Una proporción sustancial de la creciente carga del cáncer colorrectal en Colombia puede atribuirse al consumo de carne roja y procesada.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.032>

El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050

Giana Henríquez Mendoza^{a,*}, Esther de Vries^b

^a Grupo Área de Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D. C., Colombia

Correo electrónico: ghenriquez@cancer.gov.co (G.H. Mendoza).

Introducción: Colombia entró en el envejecimiento poblacional, el mayor crecimiento de su población mayor de 60 años ocurrirá en todas las regiones, los casos nuevos de cáncer en 2020 y 2050 por departamento en Colombia ayudarán a la formulación de políticas de control del cáncer.

Métodos: Se estableció el número de casos nuevos de cáncer en las primeras cinco localizaciones en mayores de quince años, mediante las tasas de incidencia para cada departamento estimadas por el Instituto Nacional de Cancerología y las proyecciones poblacionales del 2020 del DANE y del 2050 de CEPAL.

Resultados: El número de estos casos nuevos subirían un 28% en los hombres y un 25% en las mujeres en el 2020; pero en el 2050 el incremento sería del 58% en ambos sexos. La enfermedad en estas localizaciones se concentraría mucho más en mayores de 65 años, que pasaría del 62% al 75% en el 2050 en hombres y del 33% al 53% en mujeres. Predominan próstata, estómago y pulmón en hombres y de mama, cuello uterino y colorrectal en mujeres, en la mayoría de los departamentos.

Conclusiones: Es necesario proyectar la política de atención en salud oncológica con la medición, comparación, difusión de los resultados de la prevención y detección oportuna; la visión de servicios diagnósticos y de tratamiento disponible en todas las regiones con atención de cáncer en personas mayores, la asistencia paliativa en todos los niveles y la protección social a cuidadores.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.033>

Trombocitemia esencial BCR-ABL1 negativo y JAK2 positivo. Reporte de caso

Gonzalo Vásquez Palacio^{a,*}, Katherine Palacio Rúa^a, Q.G. Velásquez^b

^a Unidad de Genética Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

^b Unidad de Hemato-Oncología Infantil, Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

Correo electrónico: gvasquezp@gmail.com (G.V. Palacio).

Introducción: La mutación V617F en el gen de la tirosinasa JAK2 está implicado en la génesis de algunas neoplasias mieloproliferativas crónicas (NMP), como la policitemia vera (PV), la trombocitemia esencial (TE) y la mielofibrosis primaria (MP). La OMS en 2008 estableció que los pacientes con TE presentan 50-60% de la JAK2V617F. Los criterios diagnósticos de 2016 de la OMS son: mutaciones en JAK2V617F, CALR y