



Mi estudio genético encontró una variante en MSH6

Síndrome de Lynch

¿Qué significa y qué puedo hacer?

Tu estudio encontró una variante patogénica (un cambio que altera el funcionamiento del gen) en **MSH6**. Esto significa que tienes síndrome de Lynch, una condición hereditaria que aumenta el riesgo de algunos tipos de cáncer, principalmente de endometrio (útero) y de colon. Con **MSH6**, los riesgos son en general menores y aparecen a edades más tardías que con **MLH1** o **MSH2**. Las colonoscopías periódicas permiten prevenir el cáncer de colon, y existen medidas eficaces para reducir los demás riesgos. Esta guía te ayuda a entender tu resultado y a preparar tu plan de cuidado junto a tu equipo de salud.



Lo que SÍ significa

- Tienes un riesgo más alto que el promedio de algunos tipos de cáncer, principalmente de colon y de útero.
- Las colonoscopías periódicas previenen el cáncer de colon al extirpar los pólipos antes de que se transformen.
- Tus familiares cercanos pueden estudiarse para saber si tienen la misma variante.



Lo que NO significa

- No significa que tengas cáncer ni que vayas a tenerlo con seguridad.
- No es culpa de nadie: la variante se hereda o aparece por azar.
- No significa que debas tomar decisiones de inmediato: hay tiempo para informarte.



¿Qué es el gen MSH6 y el síndrome de Lynch?

Todas las personas tenemos dos copias del gen **MSH6**. Este gen forma parte del sistema de "reparación de errores de emparejamiento" del ADN: funciona como un corrector ortográfico que revisa y corrige los errores que se producen cada vez que una célula copia su ADN. Cuando una copia no funciona, los errores se acumulan con más facilidad y aumenta el riesgo de algunos tipos de cáncer, principalmente de colon y de endometrio (útero).

Tener una variante patogénica en **MSH6** se conoce como síndrome de Lynch, la causa hereditaria más frecuente de cáncer colorrectal: se estima que afecta a cerca de 1 de cada 300 personas. Existen cuatro genes principales asociados (**MLH1**, **MSH2**, **MSH6** y **PMS2**, además de **EPCAM**), y los riesgos y recomendaciones varían según el gen.



¿Cuánto aumenta el riesgo?

Riesgo aproximado de tener cáncer a lo largo de la vida:

Tipo de cáncer	Población general	Con variante en MSH6
Endometrio (útero)	3,1%	16–49%
Colon y recto	4%	10–44%
Ovario	1,1%	hasta 13%
Vías urinarias (pelvis renal, uréter y vejiga)	~2%	1–8%
Estómago	0,8%	hasta 8%
Intestino delgado	0,3%	hasta 4%



Tipo de cáncer	Población general	Con variante en MSH6
Próstata	12,8%	hasta 10%
Cerebro	0,6%	0,8–1,8%

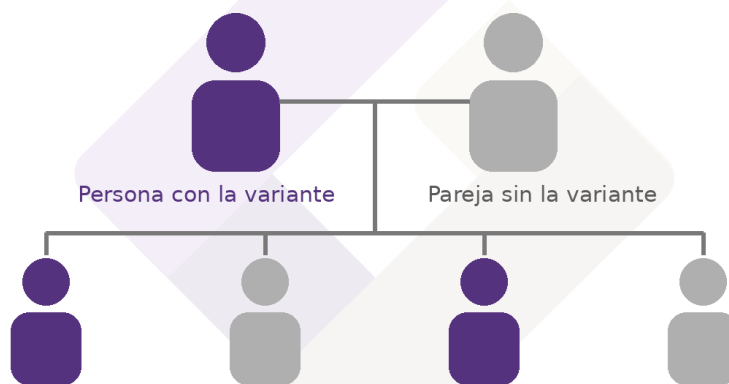
Cifras de las guías NCCN (versión 1.2026), hasta los 80 años. En **MSH6**, el cáncer de endometrio es el más frecuente; la edad promedio de diagnóstico es de 53–55 años. El cáncer de colon puede aparecer en un rango amplio de edades (42–69 años). No hay evidencia suficiente de un mayor riesgo de cáncer de mama.

Recuerda: muchas personas con síndrome de Lynch por **MSH6** nunca desarrollan cáncer. Las colonoscopías y la consulta precoz ante sangrados permiten detectar o prevenir los cánceres más frecuentes.



¿Cómo se hereda?

La variante se hereda de forma autosómica dominante: basta una copia alterada para tener el riesgo aumentado. Puede venir de la madre o del padre, y afecta por igual a hombres y mujeres. Cada hijo o hija de una persona con la variante tiene un 50% de probabilidad de heredarla.



En cada embarazo: 50% de probabilidad de heredar la variante

Si ambos padres tienen una variante en **MSH6** (o en el mismo gen de Lynch), cada hijo tiene un 25% de probabilidad de heredar las dos. Esto causa una enfermedad muy poco frecuente llamada deficiencia constitucional de reparación de errores (CMMRD), con riesgo de cánceres desde la infancia (de la sangre, del cerebro y del intestino). Si planificas un embarazo, puedes conversar sobre la posibilidad de estudiar a tu pareja.



Mi plan de cuidado

Estas son las recomendaciones de las guías internacionales (NCCN 2026 y 2027). Tu equipo de salud las adaptará a tu edad, tu historia familiar y tus preferencias.

Qué hacer	Desde cuándo	Con qué frecuencia
Colon y recto		
Colonoscopia de alta calidad	30–35 años†	Cada 1–3 años
Conversar sobre aspirina en dosis baja (100 mg al día) para reducir el riesgo de cáncer de colon y de otros cánceres de Lynch	Edad adulta (conversar)	Diaria, por varios años
Mujeres: útero y ovarios		
Consultar ante cualquier sangrado uterino anormal o después de la menopausia (se evalúa con biopsia de endometrio)	Siempre	Siempre
Considerar biopsia de endometrio de control	30–35 años	Cada 1–2 años



Qué hacer	Desde cuándo	Con qué frecuencia
Conversar sobre métodos que reducen el riesgo de cáncer de endometrio (por ejemplo, DIU con progestágeno)	Conversar	Según indicación
Conversar sobre histerectomía con extirpación de las trompas, una vez cumplido el deseo de tener hijos	40 años	Una vez
Conversar sobre extirpación de los ovarios (puede postergarse)	45–50 años	Una vez
Hombres		
Conversar sobre antígeno prostático (APE)	40 años	Anual, si se decide realizar
Estómago, intestino delgado y otros órganos		
Endoscopia digestiva alta, idealmente junto con la colonoscopia	30–40 años*	Cada 2–4 años
Estudio y tratamiento de Helicobacter pylori (bacteria del estómago)	Al diagnóstico	Una vez y según indicación
Considerar examen de orina anual (sobre todo si hay familiares con cáncer de las vías urinarias)	30–35 años	Anual
Estudio de páncreas (colangiografía o endosonografía), solo si hay un familiar de primer o segundo grado con cáncer de páncreas	50 años**	Anual
Examen de la piel por un profesional con experiencia en Lynch (lesiones sebáceas)	Según indicación	Cada 1–2 años
Vida saludable: no fumar, moderar el alcohol, mantener un peso adecuado, hacer actividad física y protegerse del sol	Siempre	Todos los días

† Si hay un familiar con cáncer de colon antes de los 35 años, la edad de inicio se define con tu equipo. Aspirina: en CaPP3 (2026), 100 mg/día mostró eficacia similar a 600 mg/día con menos sangrado (no inferioridad no demostrada en todos los análisis). * O antes, según la historia familiar de cáncer de estómago o intestino delgado. ** O 10 años antes del caso de cáncer de páncreas más joven en la familia. Fuera del colon y el endometrio, las recomendaciones se basan en la opinión de expertos.

Sobre el cáncer de ovario: no existe un examen que permita detectarlo a tiempo de forma confiable (la ecografía y el marcador CA-125 no se recomiendan como control). Consulta si tienes síntomas persistentes como hinchazón abdominal, dolor pélvico o sensación de llenura precoz. Con **MSH6** no hay evidencia suficiente para recomendar la extirpación de ovarios a una edad específica; por eso puede postergarse hasta cerca de la menopausia.

Otros cuidados: consulta ante síntomas neurológicos nuevos y persistentes (dolor de cabeza intenso, alteraciones de la visión o del equilibrio). Los controles de mama se realizan según las recomendaciones para la población general o tu historia familiar.

Si tienes o tuviste cáncer

Tu resultado también es importante para tu tratamiento. Puede influir en el tipo de cirugía (por ejemplo, en la extensión de una cirugía de colon) y, en algunos casos, en la elección de tratamientos: los tumores asociados al síndrome de Lynch suelen responder bien a la inmunoterapia. No está indicada en todos los casos: el comité oncológico evaluará qué corresponde en tu situación.



¿Qué significa para mi familia?



Comparte tu resultado con tus familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos). Una copia del informe del laboratorio les facilitará el estudio.



Ellos pueden estudiarse solo para la variante que se encontró en ti. Es un examen más simple y económico que el tuyo.



Hombres y mujeres deben considerar el estudio: ambos tienen riesgo de cáncer de colon y otros cánceres, y pueden transmitir la variante.



18

Hijos e hijas se estudian habitualmente a partir de los 18 años, antes de la edad en que comienzan las colonoscopías.



Planificación familiar existen opciones como el diagnóstico genético preimplantacional. Consúltalas en asesoramiento genético.

i

Si un familiar no tiene la variante, su riesgo vuelve a ser similar al de la población general (salvo que tenga otros antecedentes).

?

Preguntas frecuentes

1

¿Voy a tener cáncer?

No necesariamente. Tu riesgo es mayor que el de la población general, pero muchas personas con síndrome de Lynch nunca desarrollan cáncer. Las colonoscopías permiten prevenir el cáncer de colon, y los demás controles ayudan a detectar otros cánceres a tiempo.

2

¿Es lo mismo que tener una variante en MLH1 o MSH2?

No exactamente. Todos son síndrome de Lynch, pero con **MSH6** los riesgos de cáncer de colon son menores y aparecen más tarde, mientras que el riesgo de cáncer de endometrio sigue siendo importante. Por eso las colonoscopías comienzan a los 30–35 años y la atención ginecológica es especialmente relevante.

3

¿Debo tomar aspirina?

Dos estudios internacionales (CAPP2 y CaPP3) mostraron que la aspirina diaria reduce el riesgo de cáncer en personas con síndrome de Lynch; el más reciente (2026) mostró que 100 mg al día tendría un efecto similar a dosis más altas, con menos sangrados. El beneficio aparece después de varios años. No es para todos (por ejemplo, con úlcera, problemas de coagulación, alergia o embarazo): conversa con tu médico antes de iniciarla.

4

¿Tengo que operarme del útero y los ovarios?

No es obligatorio. Es una opción que reduce el riesgo de cáncer de útero y de ovario, y se conversa una vez cumplido el deseo de tener hijos. La decisión es personal y depende de tu edad, tu gen, tu historia familiar y tus preferencias. Mientras tanto, es muy importante consultar ante cualquier sangrado anormal.

5

¿Es normal sentirme angustiado o preocupado?

Sí, es muy común. Hablarlo con tu familia, con tu equipo de salud o con un psicólogo puede ayudar. En Chile existen fundaciones y organizaciones que acompañan a pacientes y familias. Tu equipo puede orientarte sobre cuáles corresponden a tu situación.



Recuerda: conocer tu resultado te permite adelantarte. Con información, controles y acompañamiento, puedes cuidar tu salud y la de tu familia.

www.tugenetista.cl · contacto@tugenetista.cl

Referencias

National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Colorectal, Endometrial, Esophageal, and Gastric. Versión 1.2026.

Dominguez-Valentin M, Sampson JR, Seppälä TT, et al. Cancer risks by gene, age, and gender in 6350 carriers of pathogenic mismatch repair variants: findings from the Prospective Lynch Syndrome Database. *Genet Med*. 2020;22(1):15-25.

Burn J, Borthwick GM, Elliott F, et al. Aspirin for cancer prevention in individuals with Lynch syndrome: first results from the CaPP3 multicentre, randomised, double-blind, non-inferiority trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2026;11:760-774.

Burn J, Sheth H, Elliott F, et al. Cancer prevention with aspirin in hereditary colorectal cancer (Lynch syndrome), 10-year follow-up and registry-based 20-year data in the CAPP2 study: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020;395(10240):1855-1863.

National Cancer Institute. SEER Cancer Stat Facts. <https://seer.cancer.gov/statfacts/>

Esta guía entrega información general y no reemplaza la consulta con tu médico o genetista.