

# Cáncer de Recto avanzado en menores de 40 años: A propósito de un caso clínico.

### Autores:

Dra. Ana María Salinas Nájera\*, Dra. Seymoi Reyes Lainez\*\*, Dr. Carlos Malatay González\*\*\*, Dr. Jaime Sánchez S.\*\*\*\*

\* Médico Residente Cirugía General: ION Solca.

\*\* Médico Residente Medicina Interna: ION Solca

\*\*\* Médico Residente Cirugía Oncológica: ION Solca

\*\*\*\*Cirujano Cancerólogo

### Abstracto:

Presentamos un caso clínico de cáncer de recto avanzado en un paciente de 26 años de edad, que fue sometido a tratamiento con quimioterapia y radioterapia previo a la cirugía, siendo un caso de mal pronóstico por el estadio avanzado del cancer rectal.

El cancer de recto avanzado o recaído comprende los tumores primarios de recto considerados por estudios de imágenes y examen físico como "Irresecables". La presencia en pacientes en menores de 40 años corresponde a Poliposis hereditaria. Aproximadamente 10% son hereditarios; hallándose genes anormales en pacientes con cáncer de recto avanzado.

Destacamos además los factores que provocan la escasa o nula respuesta al protocolo de tratamiento utilizado por este Instituto en tumores de este tipo.

**Palabras Claves:** Cáncer de Recto.

### Abstract:

We presented/displayed a case clinic of cancer of rectum advanced in a patient of 26 years of age, that was put under processing with chemotherapy and previous X-ray to the cirugía, being a case of badly I foretell by the advanced stage of the rectal cancer.

The cancer of advanced rectum or recaído includes/understands the primary tumors of rectum considered by images studies and examination physic like "Irresecables". The presence in patients in minors of 40 years corresponds to hereditary poliposis. Approximately 10% are hereditary; being abnormal genes in patients with cancer of advanced rectum.

We emphasized ademas the factors that cause the little or null answer to the protocol of treatment used by this Institute in tumors of this type.

**Keywords:** Cancer of rectum.

### Introducción

En general se plantea que menos del 10% de los casos con cáncer de recto resultan avanzados e inoperables, o solo extirpables con fines paliativos (1,2).

Puede observarse que los pacientes menores de 40 años presentan estadios avanzados en un 86%(3). El estudio de Palmer; demuestra que dentro del grupo de pacientes jóvenes, los de menor edad son los que tienen peor pronóstico(4).

Un tercio de los pacientes portadores de cáncer de recto recaído presentan solo enfermedad pelviana como manifestación de enfermedad (5,6), siendo el tenesmo el síntoma que suele aparecer casi siempre en los tumores que infiltran el esfínter rectal y los linfáticos periesfinterianos (1,2). La presencia de obstrucción y perforación intestinal son signos de mal pronóstico.

### Correspondencia y separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.

Servicio de Cirugía ION-SOLCA

Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)

Teléfono: 2288088

E mail: [jasanche@gve.satnet.net](mailto:jasanche@gve.satnet.net)

© Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA. Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador

Los niveles elevados de antígeno carcinoembrionario (CEA) antes del tratamiento tienen un significado negativo en el pronóstico. El diagnóstico en este tipo de cáncer avanzado se confirma con la tomografía computarizada y la resonancia magnética (6,8).

Otros exámenes son la sigmoidoscopia que permite visualizar las lesiones sospechosas y extirparlas o someterlas a biopsia, la colonoscopia, el enema de colon, sangre oculta en heces, y el examen digito-rectal (2,3,6,9,10).

El tratamiento preoperatorio con quimioterapia y radioterapia ha demostrado aumentar el grado de reseccabilidad y la posibilidad de obtener márgenes negativos en el tratamiento del cáncer de recto avanzado (8).

### Caso clínico

Se reporta el caso de un paciente de 26 años de edad, sexo masculino que acude al Instituto Oncológico Nacional (Solca) con diagnóstico particular de adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante de margen anal.

Al tacto rectal presenta masa tumoral que ocupa más del 60% de luz intestinal, aproximadamente a 405 cms. Del margen anal. La colonoscopia presenta a 5 cms de margen anal lesión ulcerada, friable, irregular, de aspecto neoplásico, que involucra toda la circunferencia, pero que permite el paso del endoscopio. Dicha lesión se extiende hasta 17 cms del margen anal (se toman 6

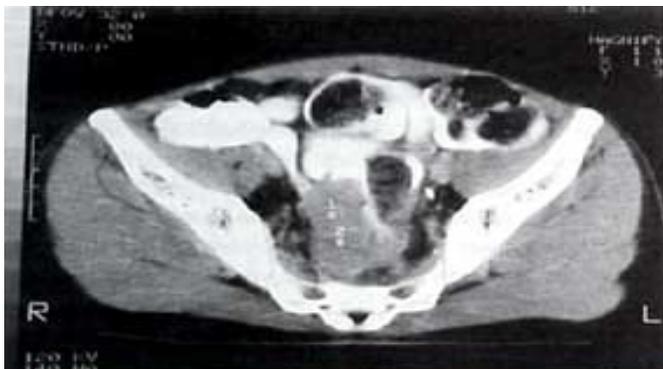


biopsias para estudio anatomopatológico). (Foto1) Resto de la exploración hasta ciego, colon descendente, transverso y ascendente de aspecto endoscópico normal.



El informe anatomopatológico realizado en este Instituto revela adenocarcinoma bien diferenciado infiltrante en biopsia de tumor de colon-sigmoide. Los marcadores tumorales realizados CA-199, CEA y CA 154 se hallan dentro de los límites normales.

La tomografía abdomino-pélvica revela hígado normal, páncreas, bazo y riñones sin alteraciones morfológicas, masa tumoral en recto-sigmoides con alteración de la grasa a su alrededor de aspecto nodulillar. No adenopatías retroperitoneales ni inguinales. (foto 2-3).



El paciente ha recibido quimioterapia completando segunda administración del primer ciclo semanal con 5-fluoracilo y leucovorina. Autorizándose primera y segunda administración

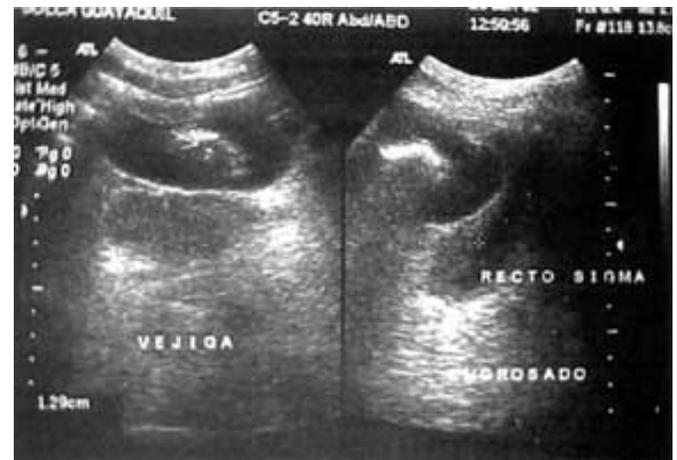
semanal del segundo ciclo. Presentando retraso del tratamiento por ausencia del paciente a los controles semanales.

En cuanto a la radioterapia se completa 56 Gy con energía de 6 Mv, 3 campos con fraccionamiento de 2 Gy/día. Sin efectos secundarios.

Es intervenido quirúrgicamente previa preparación mecánica del colon con miras a realizarse operación de Miles, pero como hallazgo trans-operatorio presenta tumoración en recto-sigmoide que infiltra vejiga y pelvis, lo cual lo hace irreseccable. Realizándose únicamente colostomía tipo Hartman.

Paciente cursa su postoperatoria en condiciones hemodinámicas estables, realizándose a los ocho días de su cirugía una ecografía abdomino-pélvica que revela presencia de dilatación y engrosamiento de asas intestinales, además presenta abundante materia fecal.

Vejiga poco distendida con imagen ecogénica hacia su pared posterior. A nivel de rectosigma se encuentra engrosado, mide 1,29 cm, escasa cantidad de líquido hacia fosa iliaca izquierda. ID: Obstrucción intestinal, masa rectal con infiltración vesical. Foto 4).



### Discusión

Hemos expuesto un caso clínico de cáncer de recto avanzado en un paciente menor de 40 años que ha recibido el tratamiento combinado de quimioterapia (QT) y radioterapia (RT) previa a la realización del tratamiento quirúrgico.

En estas circunstancias un esfuerzo quirúrgico mayor solo ofrece escasa posibilidad de control local (aproximadamente 20%) y pobre sobrevida (menor al año) con mala calidad de vida. En ausencia de tratamiento la sobrevida es aproximadamente de 7 meses y tratados con radioterapia solo de 10-17 meses (5,9,10).

Los factores de estos malos resultados está dado por:

- a) La ubicación anatómica del recto dentro de la pelvis la que es un estrecho embudo oseó en el que confluyen órganos digestivos, ginecológicos, urinarios, vasculares, nerviosos y musculares. Esto, sumado a lo profundo y dificultoso de

iluminar y visualizar el campo operatorio, impide lograr márgenes amplio de resección (5,9).

- b) Factores biológicos como interacciones entre moléculas a través de membranas sobre clones tumorales predestinados a metástasis y receptores específicos del endotelio, células hepáticas, macrófagos alveolares (8,11).
- c) Manipulación quirúrgica que altere el suministro sanguíneo de células tumorales lo que provoque menor oxígeno y promueva una menor radiosensibilidad (8,12).
- d) Disminución de dosis total y tiempo completo del tratamiento, como se presentó en el paciente en estudio (8).

El tratamiento combinado de QT+RT+Cirugía y actualmente la radioterapia intraoperatoria (RTIO) permite obtener resultados en tumores de recto primarios avanzados tan altos como 43-46% de sobrevida a los 5 años. En los tumores recaídos locoregionalmente la sobrevida con el mismo esquema es 34% (5,6,12).

Las técnicas quirúrgicas adecuadas como la resección abdominoperineal (operación de Miles), la vía transesfinteriana (York-Masson) y vía transacra (Kraske) permiten prolongar la vida en mejores condiciones y en algunos casos curar pacientes (8,9,13).

El objetivo de la QT es brindar mayor radiosensibilidad y disminución de probabilidad de metástasis a distancia. Siendo a base de 5-Fluoracilo, sustancia que bloquea la síntesis de ADN tumoral, combinado con Leucovorin, que potencia la acción del anterior. Un tercer medicamento llamado Irinotecan ha sido utilizado cuando las personas no responden adecuadamente al tratamiento con los dos primeros; también bloquea la información de ADN, pero por una vía metabólica diferente a la del 5-fluoracilo (1,12,13,14).

Diversos estudios han evaluado la asociación de la droga Irinotecan con la quimioterapia standard desde el principio del tratamiento obteniéndose un resultado superior al tradicional en cuanto al tiempo de supervivencia, sin que los efectos secundarios sean mayores (14).

En cuanto a la radioterapia intraoperatoria consiste en la posibilidad de administrar una sobredosis de electrones al lecho de resección tumoral durante el acto operatorio. La aplicación directa de 1000-2000 CGY administrados de esta manera equivale biológicamente a 3000-5000 CGY aplicados de forma externa.

La radioterapia intraoperatoria sumada a la radioterapia externa pre y postoperatoria permite llevar el lecho tumoral a 8000-11000 CGY sin lesionar órganos vecinos (5,6,12).

## Conclusiones

- De acuerdo a los estudios realizados se concluye que el cáncer de recto avanzado en menores de 40 años presenta una alta incidencia y un mal pronóstico.
- Son en su mayoría hereditarios y de diagnóstico tardío.
- La administración tardía de quimioterapia + radioterapia combinada conlleva a tratamiento quirúrgico no satisfactorio.

## Bibliografía

- 1.- Rodríguez Gardon Isaura. Cancer Rectocolico. [Http://Bvs.Sld.Cu/Revistas/Mgi/Vol17\\_2\\_01/Mgi1220.Htm](http://Bvs.Sld.Cu/Revistas/Mgi/Vol17_2_01/Mgi1220.Htm)
- 2.- Evaluación del riesgo de diseminación ganglionar y recurrencia. [File://A:/Editorial.Htm](http://A:/Editorial.Htm)
- 3.- Michetti A., Méndez C., Fontanella J., Bordenave C., Adenocarcinoma Colorrectal en Menores de 40 Años. [File://A:/Adenocarcinoma Colorrectal en Menores de 40 Años.Htm](http://A:/Adenocarcinoma Colorrectal en Menores de 40 Años.Htm)
- 4.- Palmer M And Col. : Colorrectal Adenocarcinoma In Patients Less Than 40 Years Of Age. *Dis Colon Rectum*, 34: 343-345. 1991.
- 5.- Huertas L. Eduardo. Cancer De Recto Avanzado O Recaido. [Http://Www.Aaoc.Org.Ar/Revista/Vol15nro3/Cáncer\\_de\\_Recto\\_Avanzado\\_O\\_Recai.Htm](http://Www.Aaoc.Org.Ar/Revista/Vol15nro3/Cáncer_de_Recto_Avanzado_O_Recai.Htm)
- 6.- López-Ríos F., Enfermedades Anorrectales. Diagnostico y Tratamiento. Primera Edicion. Madrid. Harcourt Brace Editorial. 1999. 281.296.
- 7.- Rosato F., Frasier T., Carcinoma Of The Colon In Young People. *Surg. Gynecol. Obstet.* , 129:29-32.1999.
- 8.- Feig B.,Berger D., Fuhrman G., The M.D. Anderson Surgical Oncology Handbook. Segunda Edicion. Houston. Marban Libros, S.L. 2000. Cap. 11:187.
- 9.- Cáncer de Colon y Recto. Recomendaciones Clínicas Mínimas de La Sociedad Europea. [Http://Cancerteam.Tripod.Com/Poli060.Html](http://Cancerteam.Tripod.Com/Poli060.Html)
- 10.- Adkins B., De Lazier J., And Col. :Carcinoma Of The Colon In Patients 35 Years Of Age And Younger. *Am. Surg.* , 53:141-145. 1987.
- 11.- Bedokian A.: Colorrectal Cancer In Young Adults. *South Med. J.*, 74:920-924.1981.
- 12.- Murphy G., Lawrence W., Lenhard R., *Oncología Clínica*. Segunda Edicion. Washington. D.C., O.P.S. Publicacion Cientifica. 1996. 267-281.
- 13.- Cáncer de Colon.Untitled Document. [Http://Www.Elmundosalud.Com/Elmundosalud/Cancer/Colon6.Html](http://Www.Elmundosalud.Com/Elmundosalud/Cancer/Colon6.Html)
- 14.- Mejor Sobrevida en Pacientes con Cáncer de Colon Avanzado G., [Http://Www.Saludhoy.Com/Htm/Noticias/2000/Oct12a00.Html](http://Www.Saludhoy.Com/Htm/Noticias/2000/Oct12a00.Html)

