

## CARCINOMA DE RECTO. CASO CLÍNICO.

Ever Amilcar Fing-Soto\*  
 Gilberto Covarrubias-Espinoza\*\*  
 Homero Rendón-García\*\*\*  
 Adela Rascón-Alcántar\*\*\*\*  
 Wendolyn Flores-Soto\*\*\*\*\*  
 Andrés Cordero-Olivares\*\*\*\*\*  
 Clarissa Carrillo-Camacho\*\*\*\*\*

### RESUMEN

El cáncer de recto es extraordinariamente raro en menores de 20 años de edad, y cuando se presenta predomina en los adolescentes, y suele presentarse con signos y síntomas inespecíficos de tal manera que el índice de sospecha diagnóstica es bajo y la mayoría de los pacientes pediátricos son identificados tarde. Presentamos el primer caso que es diagnosticado y tratado en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

**Palabras Clave:** Carcinoma rectal, adolescente.

### SUMMARY

Colorectal cancer is rare in individual under 20 years of age and when presented it appears with unespecific sign and symptoms in such way that the suspected diagnostic index is very low and the majority of pediatric patient are diagnosed late.

**Key Words:** Cancer, rectum, teenager.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon en pediatría es una patología neoplásica rara. Su incidencia es de 1/1,000,000, es decir 100 casos por año en menores de 20 años. A diferencia de los adultos que ocupa una tercera causa de afección en varones en los EUA y segundo lugar

en México<sup>2,3</sup>. Frecuentemente se presenta con signos y síntomas inespecíficos, así la sospecha diagnóstica en el médico de primer contacto es baja, y consecuentemente la mayoría de los pacientes pediátricos son diagnosticados tarde ya cuando la diseminación se ha presentado, su pronóstico es pobre. Por tal motivo presentamos el primer

\* Residente Oncología Pediátrica.

\*\* Jefe Servicio Oncología Pediátrica.

\*\*\* Adscrito al Servicio de Oncología.

\*\*\*\* Adscrita Servicio de Patología.

\*\*\*\*\* Residente de Anatomía Patológica.

\*\*\*\*\* Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica.

\*\*\*\*\* Médico General, UAS.

Hospital Infantil del Estado de Sonora. Sobretiros: Dr. Ever A. Fing Soto, Reforma # 355 Col Ley 57, Hermosillo Sonora. CP 83100

caso que ingresa a nuestra Institución.

#### **Presentación del Caso.**

Se trata de un adolescente de 15 años de edad de medio rural, sin antecedentes patológicos de poliposis adenomatosa familiar o enfermedad ulcerativa. Manifiesta cuadro de cuatro meses de evolución con hematoquezia leve a moderada, diaria acompañado de evacuaciones semilíquidas, pujo tenesmo, se agrega astenia adinamia. Hiporexia, pérdida de peso de 6 Kg, en dos meses. Exploración física buenas condiciones generales, no Adenomegalias en ningún sitio, el abdomen blando, depresible, sin visceromegalias, y sin masas palpables en fondo pélvico. Acude a facultativo local donde se le realiza una colonoscopia reportándose ano normal, recto con una lesión de aspecto neoplásico a 7 cm del margen anal, que cubre toda la circunferencia del recto, con bordes irregulares, friables, ulcerado y con necrosis en algunas áreas, obstruye la luz intestinal en un 90% no permitiendo el paso del endoscopio, Figura 1, se toma biopsia de tumoración. Histológicamente es reportado como adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto Figuras 2 y 3. En la TAC de abdomino-pélvica muestra una masa rectal que estrecha la luz del mismo, y con captación moderada del medio de contraste, vejiga normal, sin infiltración a órganos vecinos o metástasis. Se realizó un primer tiempo quirúrgico con resección de tumoración con colostomía (sigmoidostomía), una semana después se realiza una anoplastia con descenso abdomino-perineal sin complicaciones. El estudio histopatológico reporta invasión tumoral en la mucosa, muscular, serosa, y en un ganglio. De acuerdo a la clasificación corresponde a estadio III T3 N 1 M 0 cuyo pronóstico de curación a 5 años de 65%, el plan indicado es quimioterapia y radioterapia.

Hasta el momento recibió 6 ciclos de

quimioterapia combinada con 5 fluoruracilo ( $270 \text{ mg/m}^2$  S.C. diario por 2 días), ácido folínico ( $270 \text{ mg/m}^2$  S.C./x2 días) y oxaliplatino ( $70 \text{ mg/m}^2$  S.C. día 1) siendo bien tolerado, cada ciclo de quimioterapia en intervalos de cada 3 semanas. Al término de seis ciclos se toma control tomográfico abdomino-pélvica la cual reporta pelvis sin evidencia de tumor. Considerándose en remisión completa con 6 meses libres de enfermedad, se indica radio-

CARCINOMA DE RECTO. CASO CLÍNICO.

\* Ever Amilcar Fing Soto.  
Residente Oncología Pediátrica.

\*\* Gilberto Covarrubias Espinoza.  
Jefe Servicio Oncología Pediátrica.

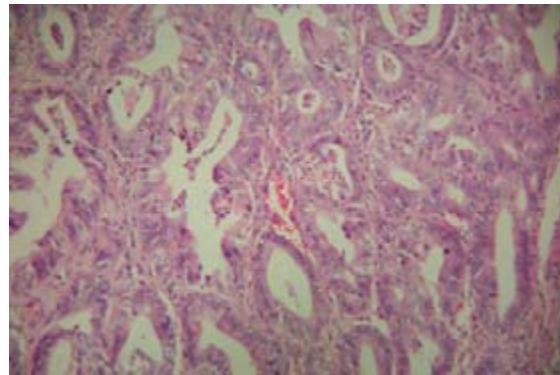
\*\*\* Homero Rendón García.  
Adscrito al Servicio de Oncología.

\*\*\*\* Adela Rascón Alcántar.  
Adscrita Servicio de Patología.

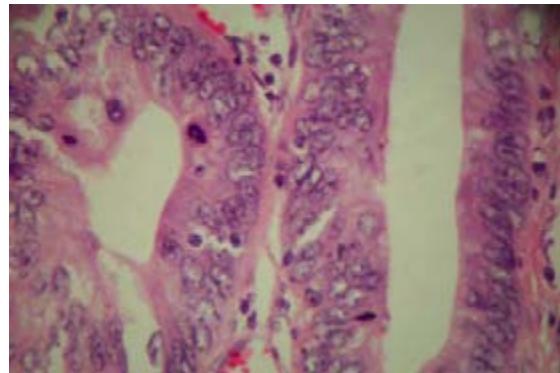
\*\*\*\*\* Wendolyn Flores Soto.  
Residente de Anatomía Patológica.

\*\*\*\*\* Andrés Cordero Olivares.  
Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica.

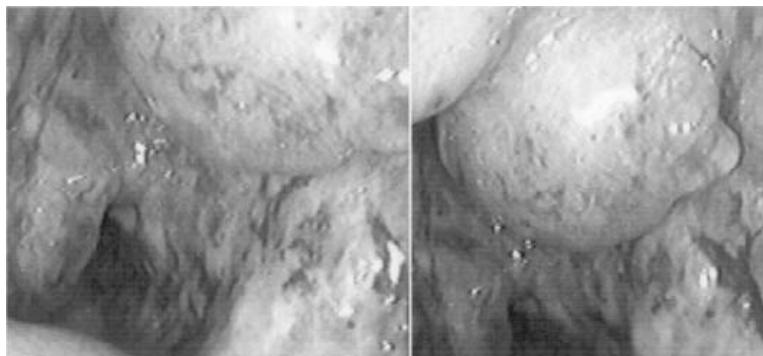
\*\*\*\*\* Clarissa Carrillo Camacho.  
Médico General, UAS.



**Figura 2:** Microfotografía que muestra variación en el tamaño y forma de las glándulas malignas. (HEx40).



**Figura 3:** Acercamiento del epitelio de las glándulas malignas, nótese el pleomorfismo nuclear y las frecuentes mitosis atípicas.(HEx60).



**Figura 1**

**CARCINOMA DE RECTO. CASO CLÍNICO.**

\* Ever Amilcar Fing Soto.  
Residente Oncología Pediátrica.

\*\* Gilberto Covarrubias Espinoza.  
Jefe Servicio Oncología Pediátrica.

\*\*\* Homero Rendón García.  
Adscrito al Servicio de Oncología.

\*\*\*\* Adela Rascón Alcántar.  
Adscrita Servicio de Patología.

\*\*\*\*\* Wendolyn Flores Soto.  
Residente de Anatomía Patológica.

\*\*\*\*\* Andrés Cordero Olivares.  
Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica.

\*\*\*\*\* Clarissa Carrillo Camacho.  
Médico General, UAS.

terapia del lecho tumoral.

**DISCUSIÓN**

El carcinoma colorectal ocupa el cuarto lugar en frecuencia en Estados Unidos de Norteamérica y es la segunda causa de muerte. En México ocupa el segundo lugar, el registro nacional de histopatología refiere el 1.8% de todos los cánceres<sup>5</sup>. Es más común en países industrializados donde la dieta es rica en colesterol y pobre en fibra<sup>2</sup>.

En niños es extraordinariamente raro y se ha mencionado alrededor de 100 casos por año en menores de 20 años en E.U.A.

Estos tumores en los adolescentes pueden ocurrir en cualquier sitio del colon y pueden o no ser asociados con historia familiar de cáncer de colon<sup>2,6</sup>.

Existen factores predisponentes para su aparición como la poliposis intestinal familiar, asociación con poliposis adenomatosa familiar, causada por una mutación en el cromosoma 5 y por otro lado la alteración del gen supresor en el cromosoma 18. La neurofibromatosis, el síndrome de Peutz-Jeghers, poliposis juvenil, la colitis ulcerativa crónica tienden a aumentar su incidencia. Además también influyen factores ambientales como dieta baja en fibra, consumo de carnes rojas, alcohol y tabaco<sup>2,5,6</sup>. El tipo histológico mas

frecuente de cáncer colorectal es el adenocarcinoma.

En su ámbito clínico se incluyen cambio en los hábitos intestinales, constipación, diarrea, distensión abdominal, dolor intestinal, masa abdominal, pérdida de peso, pérdida de apetito, hematoquezia; en algunos casos pueden causar obstrucción o perforación intestinal. El antígeno carcinoembrionario muestra elevaciones séricas, los estudios de imagen como endoscopia (colonoscopio), colon por enema, tomografía axial computada y resonancia magnética son útiles para tener una localización más exacta del tumor, dimensiones, origen, localización de posibles metástasis principalmente a pulmón y hueso<sup>7</sup>.

En cuanto a tratamiento, la resección quirúrgica es la mejor opción en estadios tempranos. La quimioterapia y radioterapia son tratamientos usados dependiendo de la fase clínica del tumor según la clasificación de Dukes, UICC, AJCC. Las drogas más usadas son el 5 fluoruracilo, ácido folínico, irinotecan y oxaliplatin<sup>1-3,5,7-8</sup>.

En niños y adolescentes que presentan sangrado rectal, con dolor abdominal inexplicable debemos siempre llevar a cabo una evaluación colon-rectal, y realizar una colonoscopía para llegar a un diagnóstico temprano.

**BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Díaz-Cantón, E.A, Pazdur R .Tratamiento del cáncer colorrectal. Medicina1996; 56 (4): 1-8.
- 2.- Herrera Gómez A, Granados García M. Manual de Oncología, 2º. Ed. Instituto Nacional de Cancerología. Mc.Graw-Hill, 2003, 398-411.
- 3.- Chantada G, Perelli, V.B, García Lombardi M, Amaral D. y cols Colorectal carcinoma in children, adolescents and young adults. J pediatric hematolo Oncol 2005; 27: 39-41.
- 4.- Half E.E, Bresalier R.S. Clinical management of hereditary colorectal cancer syndromes. Current opinion in Gastroenterology 2004, 20: 32-42.
- 5.- Soto-Davalos B.A., Jacobs M., Plasencia G, Mata-Quintero C. Role of minimally surgery in colon cancer: A review. Asociación mexicana de Cirugía Endoscópica 2004; Vol 5 (4): 188-96.
- 6.- St. Jude Children's research Hospital. Solid tumor. Colorectal carcinoma. [http://www.stjude.org/search0,2616,582\\_3161\\_17498,00.html](http://www.stjude.org/search0,2616,582_3161_17498,00.html).
- 7.- Hawk T.E, Levin Bernard. Colorectal Cancer Prevention. J. Clin. Oncol. 2005, 23(2) 378-91.
- 8.- Chieu B. Diep, Lin Thorstensen, Gunn Iren Meling, Eva Skovlund, Torleiv O. Rognum, Ragnhild A. Lothe. Genetic Tumor Markers with Prognostic impact in Dukes' stages B and C colorectal cancer patients. J.Clin.Oncol, 2003; 21(5) 820-9.