

Cirujano General

Volumen **28**
Volume

Número **1**
Number




Enero-Marzo **2006**
January-March

Artículo:




**Cáncer de recto en un paciente menor
de 40 años de edad**

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Cáncer de recto en un paciente menor de 40 años de edad

Cancer of the rectum in a patient younger than 40 years of age

Dr. Arturo Novoa Vargas, Dr. Conrado Grados García

Resumen

Objetivo: Se informa el caso de un joven con diagnóstico de cáncer de recto, atendido en la ciudad capital de Tamaulipas, haciendo énfasis en la edad de presentación del caso.

Sede: Hospital General de la SS, Ciudad Victoria, Tamaulipas; hospital de 2º nivel de atención.

Descripción del caso: Se trató de un joven de 27 años de edad, con diagnóstico de adenocarcinoma del recto localmente avanzado, sometido a tratamiento quirúrgico con resección abdominoperineal tipo Miles y posteriormente quimioterapia adyuvante; a pesar de tratamiento radical, la evolución fue mala, con recaída de la enfermedad y muerte del paciente en menos de 2 años.

Conclusión: En el caso a estudio, el tumor tuvo un comportamiento invasor agresivo, presentó una recaída locorregional y a distancia.

Abstract

Objective: We report the case of a young man with a diagnosis of cancer of the rectum, treated at Ciudad Victoria, capital city of the state of Tamaulipas, Mexico, making emphasis on the age of presentation of the cancer.

Setting: General Hospital, Ministry of Health, Ciudad Victoria, Tamaulipas; 2nd level health care hospital.

Description of the case: Young man, 27 years old, with a diagnosis of adenocarcinoma of the rectum, locally advanced, subjected to surgical treatment with Miles type abdominal-perineal resection, and adjuvant chemotherapy. Despite the radical treatment, the evolution was bad, with recurring disease and death of the patient in less than 2 years.

Conclusion: In the studied case, the tumor presented an aggressive invasive behavior, recurring locally and at distance.

Palabras clave: Cáncer de recto, menores de 40 años, recaída.

Cir Gen 2006;28:50-53

Key words: Cancer of the rectum, recurrence, younger than 40 years.

Cir Gen 2006;28:50-53

Introducción

El cáncer de recto ocupa a nivel mundial el 4º lugar por su frecuencia, la 6a década de la vida es la más afectada por esta neoplasia.¹ En nuestro país ocupa el 2º lugar por frecuencia y mortalidad.^{2,3} De éstos, sólo el 3% ocurre en menores de 40 años, considerado mundialmente con un peor pronóstico de sobrevida.⁴

En el estado de Tamaulipas se registraron de 1993 al 2002: 82 casos (**Figura 1**), 10 pacientes eran menores de 40 años (12.2%) (**Figura 2**), cifra mayor a la reportada en otros estados de la república mexicana.⁵ A pesar de ser un tumor encontrado durante la cirugía en el 75% de los casos, en pacientes con enfermedad

localizada al intestino;⁶ existe un gran porcentaje de pacientes con recaídas de su enfermedad en forma temprana.⁷ Lo anterior se relaciona a varios factores de mal pronóstico como: tamaño tumoral, estirpe histológica, grado de diferenciación tumoral, invasión linfovascular, etapificación y localización con relación a la distancia del margen anal.

El objetivo del estudio es describir el caso clínico de un enfermo joven, menor de 40 años con cáncer de recto y analizar los factores de mal pronóstico.

Descripción del caso

Se analizó el expediente clínico de un hombre de 27 años de edad, visto por primera vez en el Servicio de

Hospital General de la Secretaría de Salud. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México

Recibido para publicación: 8 de octubre de 2004.

Aceptado para publicación: 13 de julio de 2005

Correspondencia: Dr. Arturo Vargas Novoa, Tuxpan Núm. 29, consultorio 516-5º piso Col. Roma Sur. 06760

México, DF. Teléfono y Fax: 52-65-29-49, 52-65-29-00 Ext.: 2516

E-mail: novoaart@prodigy.net.mx

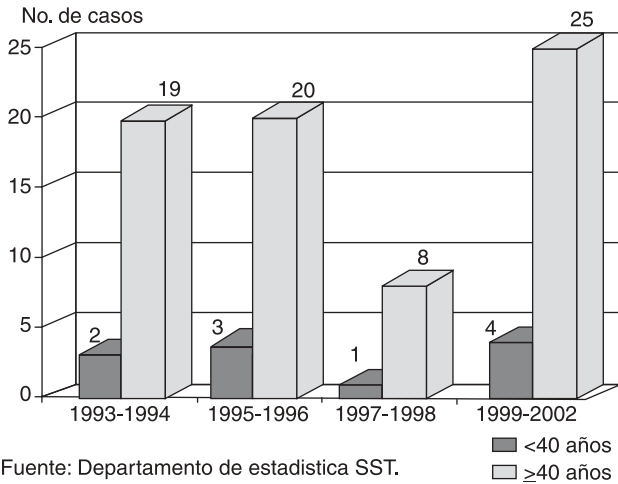


Fig. 1. Incidencia del cáncer de recto en el estado de Tamaulipas.

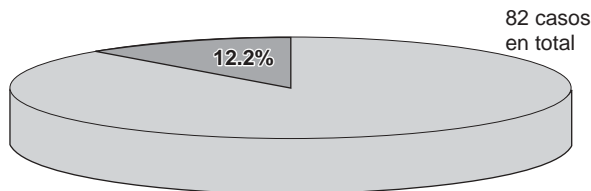


Fig. 2. Porcentaje de cáncer de recto en Tamaulipas en enfermos menores de 40 años.

Urgencias del Hospital General de la SS en Cd. Victoria Tamaulipas, México. Padecimiento de una semana antes de su ingreso, manifestado por alteración de las características morfológicas de heces fecales, disminución de su calibre, pujo y tenesmo rectal, hematoquecia, distensión e intenso dolor abdominal tipo cólico. Se realizó tacto rectal, donde se encontró tumor multilobulado, duro, fijo y que fácilmente sangraba. La rectosigmoidoscopia y toma de biopsia, mostraron un tumor a 7 cm de margen anal, exofítico de 5 cm de diámetro, que ocluía parcialmente luz intestinal, el resto de exploración endoscópica normal. La biopsia del tumor reveló un adenocarcinoma, moderadamente diferenciado, (G-II) del recto (**Figura 3**). Los estudios de extensión como tele de tórax, ultrasonido hepático y laboratorio, incluyendo pruebas de función hepática (pFH) fueron normales; los marcadores tumorales: Alfa feto proteína (AFP) y el antígeno carcinoembrionario (ACE) resultaron negativos. La tomografía axial computada (TAC) de abdomen y pelvis demostraron un tumor que invadía la seromuscular rectal, sin metástasis ganglionares; enfermedad localizada al recto (**Figuras 4 y 5**).

Con buenas condiciones generales fue sometido a laparotomía exploradora, se realizó resección abdominoperineal tipo Miles. El informe histopatológico de la pieza quirúrgica confirmó tumor maligno del recto de 5 cm diámetro mayor, con invasión de serosa, a 7 cm

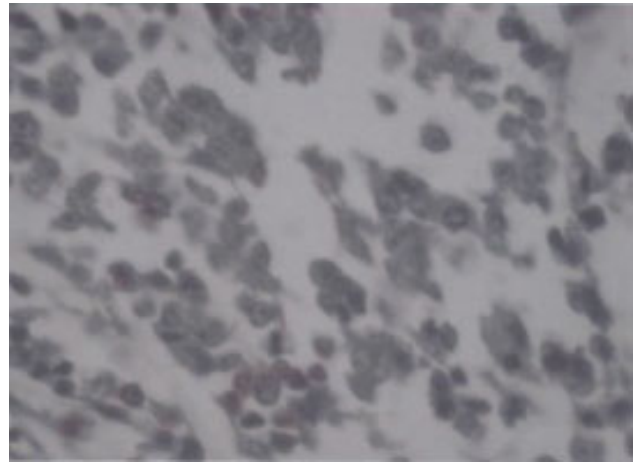


Fig. 3. Adenocarcinoma poco diferenciado. Formación de nidos sólidos y estructuras pseudogranulares con células neoplásicas malignas. Tienen núcleos grandes, con nucléolos aparentes y mitosis atípicas.

del margen anal y metástasis linfáticas al mesenterio. Se catalogó como etapa clínica III, Dukes C, modificación Astler-Coller C3. Un mes después de la cirugía, recibió quimioterapia adyuvante: 6 ciclos, esquema con 5 fluoracilo + leucovorín; 800 mg/m² de superficie corporal (SC) y 750 mg/m² SC respectivamente con evolución satisfactoria.

A un año de operado, presentó nuevamente distensión, dolor cólico abdominal y elevación de los marcadores tumorales (AFP y ACE), ictericia conjuntival y elevación de las pruebas de función hepática. Se realizó laparotomía exploradora con diagnóstico preoperatorio de síndrome de oclusión intestinal bajo. Los hallazgos postoperatorios confirmaron actividad tumoral macroscópica generalizada y metástasis hepáticas superficiales. El paciente falleció 2 meses después de la 2ª cirugía por insuficiencia hepática, secundaria a las metástasis del primario conocido en recto.

Discusión

Siendo el cáncer de recto más frecuente a partir de la 6ª década de la vida, la estirpe histológica en menores de 40 años, no varía con relación a mayor edad, la variedad más frecuentemente encontrada es el de tipo adenocarcinoma variedad tubular y más del 80% de los casos, como el encontrado en el nuestro, en 2º lugar el mucinoso y otras estirpes en menos del 4% de ellos.⁸

La diferencia importante está en cuanto al grado de diferenciación tumoral, en los menores de 40 años predomina en más del 80% de ellos el pobremente diferenciado (G-III), lo que hace que su grado para invadir tejidos sea mayor,^{9,10} experiencia que también se presentó en este paciente. El 70% de ellos se encuentran a menos de 10 cm del margen anal (palpables al tacto rectal), y el 75% de los casos diagnosticados se encuentran limitados al intestino por lo que la cirugía sigue siendo la piedra angular para su tratamiento.⁶



Figs. 4 y 5. Tomografía axial computada de abdomen y pelvis.

En pacientes sometidos a cirugía radical en etapas Dukes B y C se observa que en el grupo de menores de 40 años el número de ganglios mesentéricos positivos para metástasis es mayor al grupo de más de 40 años, relacionado íntimamente al tamaño tumoral; 59% en mayores de 40 años y en menores de 40 años se eleva a un 78.8%; en estos últimos la presencia de invasión profunda del tumor a través de la pared por el grado de diferenciación bajo y la invasión linfática, perineural, y vascular facilitan una diseminación rápida evidenciando metástasis a distancia con mayor frecuencia,^{11,12} como suponemos que sucedió en el presente caso, con lo que empobrece el pronóstico y la supervivencia en pacientes jóvenes.

Las manifestaciones clínicas del cáncer del recto, como todas las neoplasias cuando inician, son muy pobres e inespecíficas, difícilmente son relacionadas a un tumor maligno en el intestino distal. Los síntomas pueden ser diferentes hablando de los trastornos de tubo digestivo bajo afectado, de acuerdo con un grupo noruego, según la localización el tumor tiene manifestaciones diferentes; en los casos de colon y recto predomina, en forma estadísticamente significativa, la rectorragia; el cambio de patrón de las heces y la baja de peso, es común en los casos de cáncer rectal, que presentan en la mayor parte de los casos pujo, tenesmo, heces con moco y dolor al defecar $p = 0.001$;¹³ en nuestro paciente, la manifestación clínica que motivó su ingreso al Servicio de Urgencias, fue la hemorragia rectal. Un diagnóstico temprano en el cáncer de recto en gente joven es difícil si no se piensa en él, apoyado en las manifestaciones clínicas, tacto rectal como requisito *sine qua non*, y auxiliado por estudios de gabinete y endoscópicos.

En el paciente se obtuvo la confirmación del tumor maligno, la localización, dimensiones, extensión y estirpe histológica a través de la rectosigmoidoscopia, indispensable en el protocolo de estudio de la neoplasia.¹⁴ Son de utilidad los estudios de rayos X contrastados, como el colon por enema; el ultrasonido transrectal y la TAC; en el Hospital General de Ciudad Victoria, Tamaulipas, se cuenta con el auxilio de la TAC, que nos orientó en el tamaño del tumor y descartó la probable invasión a estructuras vecinas; sobre todo a ganglios mesentéricos, retroperitoneales y metástasis hepáticas; sitios comunes de diseminación del cáncer rectal. Para obtener una mejor y más confiable etapifi-

cación se ha publicado el uso del ultrasonido transendoscópico con Doppler a color.^{15,16} Este último fuera de nuestras posibilidades institucionales por el elevado costo y mantenimiento.

El buen pronóstico está relacionado a la rapidez de su diagnóstico, con el fin de encontrarlo en etapas localizadas a la mucosa intestinal, única curable a través de la cirugía, en nuestro caso, al interrogar al enfermo, la cancerofobia motivó el diferimiento del diagnóstico, a pesar de la sintomatología presentada. El uso de quimio y radioterapia sin cirugía, no han mejorado la supervivencia, sólo el periodo libre de enfermedad.^{17,18}

Una correcta etapificación es importante para descartar la presencia de metástasis ganglionares locorregionales,¹² que es más frecuente en gente joven como nuestro caso; la frecuencia para malignidad de los ganglios linfáticos mesentéricos, está en relación directa al tamaño del tumor: Los etapificados como T1 (tumor que invade submucosa), presentan metástasis en un 5.7%; los T2 (invade *muscularis propria*), 19.6%; los T3 (invade subserosa o tejidos pericólicos), 65.7%; T4 (invade otros órganos), 78.8%; global de 59%. En pacientes jóvenes < 40 años de edad, el número de ganglios linfáticos involucrados es de 33.3, 30, 69.3 y 83.3% comparado con 3.1, 8.4, 64.2 y 78.8% para pacientes mayores de 45 años para T1, T2, T3 y T4 respectivamente;¹¹ otros factores de mal pronóstico estrechamente relacionados a la presencia de enfermedad ganglionar metastásica, es la profundidad de la invasión de la pared intestinal, el grado de diferenciación (entre más dediferenciado, mayor porcentaje de ganglios positivos), el número de ganglios afectados; si hay invasión a la cápsula del ganglio;^{6,12} también la presencia de invasión venosa a través de la pared intestinal, características presentes en el paciente.

En los casos con factores de mal pronóstico, Ahmad y colaboradores demostraron es conveniente, en pacientes con tumores etapificados T3 o T4 en <40 años, iniciar tratamiento neoadyuvante con 45 Gy de radioterapia en el preoperatorio; con el fin de ofrecerles una supervivencia mayor y periodos libres de enfermedad a 5 años del 80% de los casos.¹⁸

Otros autores comentan que, en pacientes con factores de mal pronóstico, menores de 45 años, es de utilidad el efecto sinérgico que ocurre con el uso de la hipotermia preoperatoria más quimio y radioterapia, con

el fin de obtener mayor grado de necrosis tumoral en la pieza quirúrgica.¹⁹

La utilización de marcadores tumorales pre y postoperatorios como la alfafetoproteína, el antígeno carcinoembrionario (ACE) y el reciente uso del marcador CA19-9, es indispensables para pronóstico y seguimiento;²⁰ el ultrasonido endoscópico con Doppler a color, demuestra el flujo sanguíneo y tamaño tumoral, tiene una sensibilidad del 88%, una especificidad del 82% y una veracidad global, en cuanto a los resultados de etapificación, de un 85%,²¹ ellos son importantes para evitar una recaída a corto plazo, generalmente por una mala indicación quirúrgica.

Conclusión

El diagnóstico oportuno del cáncer rectal en < 40 años es difícil, pues las manifestaciones clínicas en un principio, son poco específicas. La terapia neoadyuvante es la mejor opción en estadios avanzados. La cirugía continúa siendo la piedra angular del tratamiento.

Referencias

1. Parker SL, Tong T, Bolden S Wingo PA. Cancer statistics 1997. *CA Cancer J Clin* 1997; 47: 5-27.
2. Registro histopatológico de neoplasias malignas en México. *Morbilidad 1982-2002*. Secretaría de Salud México 2002.
3. Mortalidad 1992. En: *Indicador de Noticias de Salud*. Salud Pública (Méx) 1994; 36: 113-120.
4. Pitluk H, Poticha SM. Carcinoma of the colon and rectum in patients less than 40 years of age. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 57: 335-7.
5. *Secretaría de Salud de Tamaulipas, Dirección de los Servicios de Salud, departamento de estadística e informática 2002*.
6. Goldberg RM, Fleming TR, Tangen CM, Moertel CG, Macdonald JS, Haller DG, et al. Surgery for recurrent colon cancer: strategies for identifying resectable recurrence and success rates after resection. Eastern Cooperative Oncology Group, the North Central Cancer Treatment Group, and the Southwest Oncology Group. *Ann Intern Med* 1998; 129: 27-35.
7. Kockerling F, Raymond MA, Altendorf HA, Hofmann A, Dworak O, Hohenberger W. Influence of surgery on metachronous distant metastases and survival in rectal cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 324-9.
8. Drews M, Szmeja J, Paszkowski J, Wierzbicki T, Matysiak K, Dydimski T. 45 years of experience in surgical treatment for cancer of the large intestine. (Abstracts) *Wiad Lek* 1997; 50 Suppl 1 Pt 1: 111-3.
9. Safford KL, Spebar MJ, Rosenthal D. Review of colorectal cancer in patients under age 40 years. *Am J Surg* 1981; 142: 767-9.
10. Bulow S. Colorectal cancer in patients less than 40 years of age in Denmark, 1943-1967. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 327-36.
11. Mills SE, Allen MS Jr. Colorectal carcinoma in the first three decades of life. *Am J Surg Pathol* 1979; 3: 443-8.
12. Sitzler PJ, Seow-Choen F, Ho YH, Leong AP. Lymph node involvement and tumor depth in rectal cancers: an analysis of 805 patients. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1472-6.
13. Synnestvedt M, Meen O, Hofstad B. Colorectal cancer. Location dependent symptoms? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117: 3796-9.
14. Dominitz JA, Provenzale D. Patient references and quality of life associated with colorectal cancer screening. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 2171-8.
15. Burtin P, Rabot AF, Heresbach D, Carpentier S, Rousselet MC, Le Berre N, et al. Interobserver agreement in the staging of rectal cancer using endoscopic ultrasonography. *Endoscopy* 1997; 29: 620-5.
16. Manenti A, Gavioli M, Santantonio M, Parmiggiani M, Mandolini G, Falchi A, et al. Preoperative radiotherapy in cancer of the rectum. Our 5-year experience. *Minerva Chir* 1997; 52: 1029-34.
17. Tsujinaka T, Murotani M, Ihara K, Takami M, Takada T, Kitada M, et al. Preoperative chemoradiation therapy for advanced rectal cancer. *Gan To Kagaku Ryoho* 1997; 24: 2111-6.
18. Ahmad NR, Nagle D. Long-term results of preoperative radiation therapy alone for stage T3 and T4 rectal cancer. *Br J Surg* 1997; 84: 1445-8.
19. Furuta K, Konishi F, Kanazawa K, Saito K, Sugawara T. Synergistic effects of hypothermia in preoperative radiochemotherapy for rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1303-12.
20. Nakayama T, Watanabe M, Teramoto T, Kitajima M. CA19-9 as a predictor of recurrence in patients with colorectal cancer. *J Surg Oncol* 1997; 66: 238-43.
21. Heneghan JP, Salem RR, Lange RC, Taylor KJ, Hammers LW. Transrectal sonography in staging rectal carcinoma: the role of gray-scale, Colorflow, and Doppler imaging analysis. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169: 1247-52.

