

## Caso clínico

# Cáncer de recto estadio IV en paciente de 25 años. Reporte de un caso

## Stage IV rectal cancer in a 25-year-old patient. Report of a case

Benicia Pérez León,\* Víctor M Maciel Gutiérrez,† Jesús Alonso Valenzuela Pérez,§ José Raúl Acosta Quiñonez,¶ Sergio Cervantes Ortiz,§ W Centeno Manuel,§ Rodrigo Hernández Ramírez||

\* Residente de primer año de Coloproctología del Servicio de Colon y Recto del Hospital Civil «Dr. Juan I. Menchaca».

† Jefe del Servicio de Colon y Recto del Hospital Civil «Dr. Juan I. Menchaca».

§ Médico adscrito al Servicio de Colon y Recto del Hospital Civil «Dr. Juan I. Menchaca».

¶ Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay.

|| Médico Interno de Pregrado del Hospital Civil «Dr. Juan I. Menchaca».

### RESUMEN

**Introducción:** el cáncer de recto se puede presentar en pacientes jóvenes sin antecedentes familiares, por lo que es importante valorar los estudios de tamizaje en la población joven. **Caso clínico:** masculino 25 años sin antecedentes familiares, acude a urgencias por cuadro oclusivo bajo con antecedente de pérdida de peso 30 kg y diarreas de seis meses de evolución, estudios de imagen con lesión en recto alto y lesiones hepáticas secundarias. **Discusión:** los resultados de estudios a nivel mundial respaldan los beneficios de cambiar la edad de detección para cáncer colorrectal para pacientes de cualquier edad. La implementación del tamizaje está destinada a disminuir las tasas de mortalidad, más no las de incidencia. **Conclusiones:** hay que tomar en cuenta y valorar los signos y síntomas de pacientes jóvenes que acuden a consulta con síntomas sugestivos a un proceso tumoral y no esperar que lleguen a un servicio de urgencias con datos de oclusión de intestino grueso distal y pensar que un cáncer se puede presentar también en pacientes jóvenes.

**Palabras clave:** cáncer, cáncer colorrectal, metástasis, recto.

### ABSTRACT

**Introduction:** rectal cancer can occur in young patients with no family history, so it is important to assess screening studies in the young population. **Clinical case:** 25-year-old male with no family history, goes to the emergency department due to a distal bowel obstruction with a history of 30 kg weight loss and diarrhea of six months' duration, imaging studies with an upper rectal lesion and secondary liver nodules. **Discussion:** results from studies worldwide support the benefits of changing the age of screening for colorectal cancer for patients of any age. The implementation of screening is intended to reduce mortality, but not incidence rates. **Conclusions:** it is necessary to take into account and assess the signs and symptoms of young patients who come to the consult with symptoms suggestive of a tumor and not wait for them to arrive at an emergency department with data of distal large intestine occlusion and think that cancer can be present also in young patients.

**Keywords:** cancer, colorectal cancer, metastasis, rectum.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el primer lugar en morbilidad por cáncer a nivel mundial, con un estimado

de un millón de casos nuevos y medio millón de muertes anualmente.<sup>1,2</sup>

Aunque la incidencia de la enfermedad está disminuyendo en la población general gracias a los programas de detección

Recibido: agosto 2022. Aceptado: noviembre 2022.

Correspondencia: Dra. Benicia Pérez León

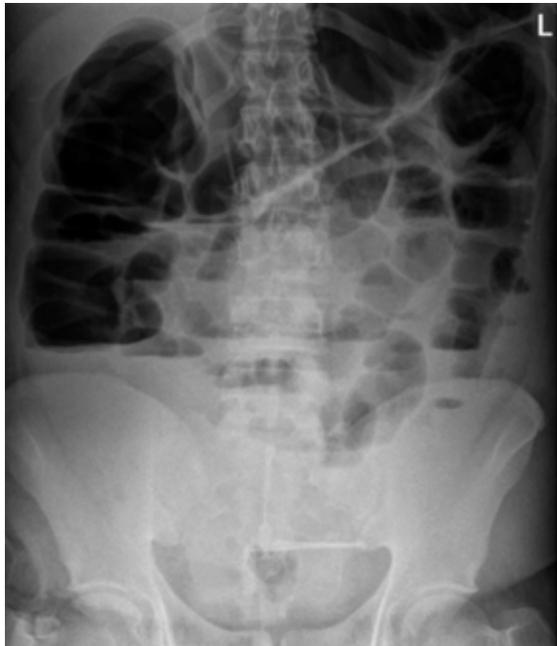
E-mail: dra.beniciaperez@gmail.com

**Citar como:** Pérez LB, Maciel GVM, Valenzuela PJA, Acosta QJR, Cervantes OS, Centeno MW et al. Cáncer de recto estadio IV en paciente de 25 años. Reporte de un caso. Rev Mex Coloproctol. 2023; 19 (1): 23-27. <https://dx.doi.org/10.35366/111802>

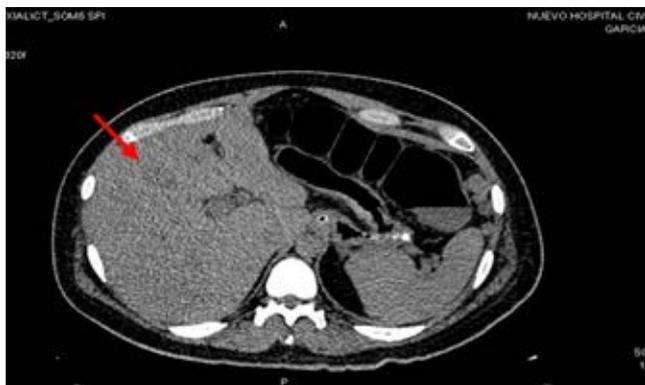


precoz, estudios recientes han demostrado un aumento de las tasas de incidencia del cáncer colorrectal de aparición temprana en los Estados Unidos<sup>3,4</sup> y otros países como Australia, Canadá y Noruega. Además, se ha reportado aumento de la enfermedad en etapa distante en pacientes jóvenes.

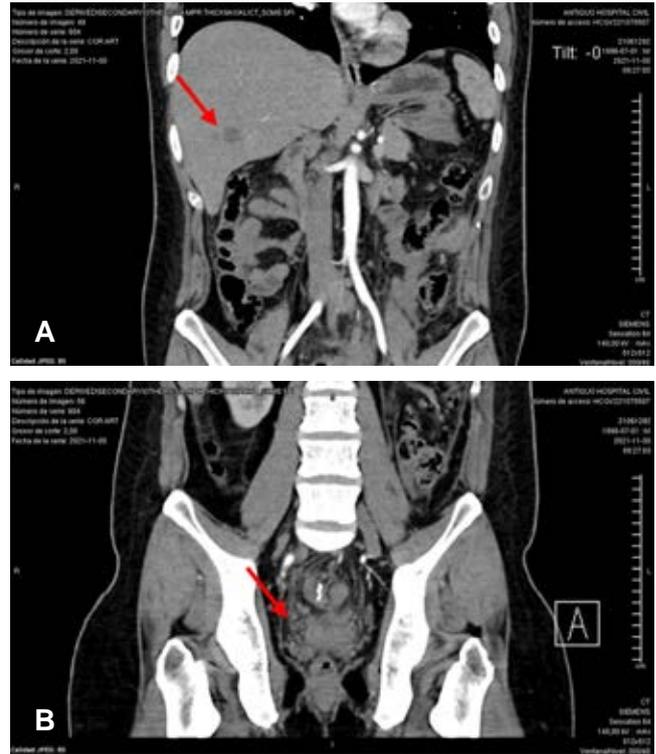
En su etiología confluyen tanto causas genéticas como ambientales. Se estima que un 70-85% de los tumores colorrectales son de tipo esporádico y hasta un 30% podrían tener un componente hereditario con familiares de primer o segundo grado afectados. Un 5-6% de la población desarrollará tumores asociados con síndromes hereditarios autosómicos dominantes.



**Figura 1:** Radiografía de abdomen a su ingreso a urgencias.



**Figura 2:** Tomografía axial computarizada abdomen se observa lesión metastásica hepática.



**Figura 3:** Corte coronal de tomografía axial computarizada abdominopélvica. **A)** Lesión metastásica hepática. **B)** Tumor de recto infiltrante.

Existen tres vías de carcinogénesis implicadas en la producción y progresión del CCR, las cuales son: la supresora, la mutadora y la aserrada, cada una con sus diferencias moleculares, clínicas e histopatológicas que pueden justificar, junto a otros mecanismos aún por descubrir, las diferentes características inmunofenotípicas del CCR en el adulto joven y en el paciente mayor.<sup>5</sup>

Aunque ciertas afecciones genéticas, como el síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar, suben el riesgo de tener cáncer colorrectal a una edad joven, los factores hereditarios sólo causan un bajo porcentaje de los cánceres colorrectales de inicio temprano y cuando la incidencia de una enfermedad cambia de una generación a otra, es muy probable que la causa sea ambiental, en vez de biológica.

### CASO CLÍNICO

Masculino de 25 años sin antecedentes personales ni familiares relevantes, quien inicio su padecimiento actual con dolor abdominal, evacuaciones diarreicas y pérdida de peso de 30 kg en los últimos seis meses. Ingresó al servicio de urgencias de nuestra institución al presentar signos y síntomas de oclusión intestinal baja.

Laboratorios: leucocitos  $7.59 \times 10^3/\mu\text{L}$ , neutrófilos 73%, glucosa 97 mg/dL, hemoglobina 7.43 g/dL, hematocrito 24%, procalcitonina (PCT) 3.41 ng/mL, proteína C reactiva (PCR) 0, alfa feto proteína 1.96, antígeno carcinoembrionario (CEA, por sus siglas en inglés) 4.31, fibrinógeno 656 mg/dL. Dentro de los estudios realizados en el servicio de urgencias se toma una radiografía de abdomen con múltiples niveles hidroaéreos (Figura 1), se toma una tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica en la cual se observan lesiones secundarias en hígado (Figuras 2 y 3), y engrosamiento de paredes de recto superior (Figura 4) y una lesión tumoral en recto superior.

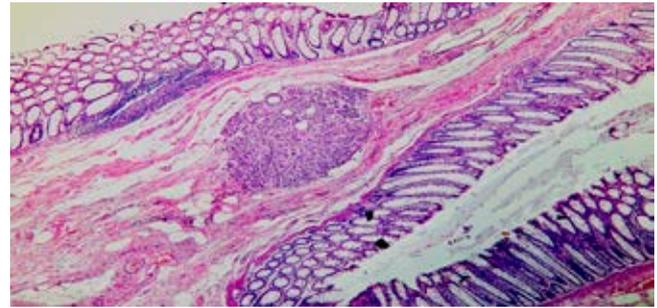
Se realiza cirugía de urgencia por otro servicio donde se observan lesiones hepáticas secundarias y un gran tumor estenosante en recto superior, se resuelve sólo el problema oclusivo por inestabilidad del paciente realizando colostomía derivativa y se toman biopsias hepáticas, en un segundo tiempo quirúrgico ya a cargo de nuestro servicio se realiza laparotomía exploradora, se observan lesiones hepáticas, un gran conglomerado de adenopatías en epiplón, haciendo resección de esta área y se complementa cirugía con resección anterior baja no oncológica por lesión tumoral localmente avanzada con infiltración a pared posterior y colostomía terminal (Figura 5). Los resultados histopatológicos



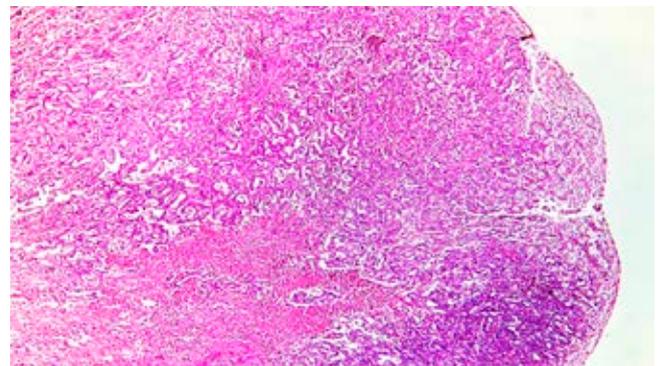
**Figura 4:** Tomografía axial computarizada de abdomen se observa tumor recto superior.



**Figura 5:** Pieza quirúrgica.



**Figura 6:** H-E 4X. Mucosa rectal compuesta por glándulas tubulares rectas, cortas, revestidas por enterocitos que alternan con células calciformes, se aprecia nódulo submucoso de neoplasia maligna consistente con adenocarcinoma de fenotipo intestinal poco diferenciado.



**Figura 7:** H-E 4X. Parénquima hepático residual necrótico, invadido por neoplasia maligna epitelial consistente con adenocarcinoma pobremente diferenciado.

gicos reportan adenocarcinoma poco diferenciado, con permeación vascular, con invasión perineural y 28 ganglios positivos, con una estadificación PTNM (AJCC/UICC 8ed) T4A N2B M1C (Figuras 6 y 7).

Paciente en seguimiento postoperatorio por nuestro servicio y por el área de oncología clínica donde se inició tratamiento sistémico en escenario paliativo con CAPEOX (capecitabina/oxaliplatino) al quinto ciclo se agrega cetuximab, actualmente en su octavo ciclo hasta la realización de este documento.

## DISCUSIÓN

En su mayoría, los pacientes diagnosticados con esta enfermedad se encuentran por encima de la sexta década de la vida. Sin embargo, a partir de los últimos 20 años se ha observado un preocupante aumento de casos en pacientes jóvenes.

Un reciente estudio, llevado a cabo en EE. UU. y publicado en *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*,

detectó un aumento porcentual de la tasa de incidencia del cáncer colorrectal en los grupos poblacionales más jóvenes. En el caso del de colon, este fue más pronunciado en el grupo de 30 a 39 años, que experimentó un aumento de 49% entre 2000 y 2016. Por su parte, el de recto aumentó un 133% en la franja de los 20 a los 29 años durante ese mismo periodo.<sup>6</sup> Otro estudio, publicado por *Gastroenterology and Hepatology*, Erasmus MC University Medical Center, de Rotterdam describió una tendencia similar en 20 países europeos, aunque más moderada: en personas de 20 a 29 años la incidencia de la enfermedad aumentó casi un 8%; de 30 a 39, un 5%; y de 40 a 49, un 1.6%.<sup>7</sup>

Un estudio publicado en *The Lancet* observó un aumento significativo del cáncer colorrectal entre los menores de 50 años en países como Dinamarca, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido.<sup>8</sup> En nuestra institución, acorde al registro de cáncer colorrectal de nuestro servicio, tenemos un porcentaje por arriba de 20% de pacientes menores de 45 años.

Varios estudios publicados concuerdan en que no sólo se trata de un aumento de la incidencia, sino que además los pacientes jóvenes presentan estadios más avanzados que la población de mayor edad en el momento del diagnóstico. Podría estar asociado a que como se trata de una enfermedad que se relaciona más frecuentemente a personas mayores de 50 años, el propio personal de salud, sobre todo el de primera línea de atención, no considere esta patología como diagnóstico diferencial, por tanto, son diagnosticados incorrectamente o se produzca un retardo en el mismo y consecuentemente en el tratamiento. En una encuesta realizada por la *American Association for Cancer Research*, 77% de los encuestados declaró haber visitado dos médicos, y algunos más de cuatro, antes de ser correctamente diagnosticados con cáncer de colon. Además, la mayoría de los pacientes tampoco son capaces de reconocer los síntomas: un 63% de los encuestados esperaron entre tres y 12 meses antes de consultar con su médico.<sup>9</sup>

Diversos factores modifican la incidencia de CCR, especialmente los hábitos dietéticos poco saludables, el consumo de carne roja, inactividad física y la obesidad.<sup>10</sup> Con respecto a la carne roja, un estudio ecológico clásico y pionero realizado por Armstrong y Doll en 1975 encontró una correlación de 0.85 para los hombres y 0.89 para mujeres.<sup>11</sup> En América Latina y el Caribe hay carencia de registros de gran calidad. De acuerdo con el volumen IX de la publicación de IARC (*cancer incidence in five continents*) 2007, sólo 6% de la población está cubierta por registros de cáncer con base poblacional, en contraste con 83% en América del Norte y 32% en Europa.<sup>12</sup> Innumerables estudios epidemiológicos a nivel mundial asocian factores ambientales con desarrollo del CCR, incluyendo la dieta, el consumo de alcohol, tabaco<sup>13</sup> y el sedentarismo,<sup>14</sup> el re-

conocimiento de estos factores ambientales se ve apoyado por el aumento en la aparición de este tipo de cáncer en los sujetos que emigran desde países de baja incidencia a aquellos países con alta incidencia.

En resumen, estos resultados respaldan los beneficios de cambiar la edad de detección para todos los pacientes con síntomas gastrointestinales persistentes y sugestivos de tumor colorrectal. La implementación del tamizaje está destinada a disminuir las tasas de mortalidad, mas no las de incidencia.<sup>15</sup> Los resultados avalan que el cáncer colorrectal se presenta en porcentaje significativo en pacientes más jóvenes que la edad en la que se enfoca el tamizaje. Se debe prestar especial atención a los síntomas y signos de alarma para que se puedan realizar pruebas de diagnóstico más tempranas y se deben realizar evaluaciones integrales de antecedentes familiares para que se puedan ofrecer exámenes de detección más tempranos. Se necesitan más estudios para comprender por qué los pacientes más jóvenes tienen cada vez más probabilidades de presentar adenocarcinoma colorrectal y en estadio avanzado.

## REFERENCIAS

1. Wang MJ, Ping J, Li Y, Adell G, Arbmán G, Nodin B et al. The prognostic factors and multiple biomarkers in young patients with colorectal cancer. *Sci Rep*. 2015; 5: 10645.
2. Singh KE, Taylor TH, Pan CG, Stamos MJ, Zell JA. Colorectal cancer incidence among young adults in California. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2014; 3 (4): 176-184.
3. Fu J, Yang J, Tan Y, Jiang M, Wen F, Huang Y et al. Young patients ( $\leq 35$  years old) with colorectal cancer have worse outcomes due to more advanced disease: a 30-year retrospective review. *Medicine*. 2014; 93: e135.
4. Siegel RL, Fedewa SA, Anderson WF, Miller KD, Ma J, Rosenberg PS et al. Colorectal cancer incidence patterns in the United States, 1974-2013. *J Natl Cancer Inst*. 2017; 109: djw322.
5. García NM. Caracterización anatomoclínica y molecular del cáncer colorrectal en adultos jóvenes y comparación con pacientes mayores de 65 años. [Tesis doctoral], Madrid, 2019.
6. Montminy EM, Zhou M, Maniscalco L, Heda R, Kim MK, Patel SG et al. Shifts in the Proportion of Distant Stage Early-Onset Colorectal Adenocarcinoma in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2022; 31 (2): 334-341.
7. Vuik FE, Nieuwenburg SA, Bardou M, Lansdorp-Vogelaar I, Dinis-Ribeiro M, Bento MJ et al. Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut*. 2019; 68 (10): 1820-1826.
8. Araghi M, Soerjomataram I, Bardot A, Ferlay J, Cabasag CJ, Morrison DS et al. Changes in colorectal cancer incidence in seven high-income countries: a population-based study. *The Lancet*. 2019; 4 (7): 511-518. Available in: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30147-5](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30147-5)

9. Yarden RI, Newcomer KL. Never to Young Advisory Board and Colorectal Cancer Alliance. Abstract 3347: Young onset colorectal cancer patients are diagnosed with advanced disease after multiple misdiagnoses. *Cancer Res.* 2019; 79 (Suppl 13): 3347. Available in <https://doi.org/10.1158/1538-7445.AM2019-3347>
10. Inra JA, Syngal S. Colorectal cancer in young adults. *Dig Dis Sci.* 2015; 60 (3): 722-733.
11. Willett W. *Nutritional epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2013.
12. Piñeros M. La iniciativa mundial para el desarrollo de registros de cáncer (GICR): una herramienta para el desarrollo de capacidades en el registro de cáncer [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014 [cited 01 August 2017]. Available in: <https://tinyurl.com/y794s5qc>
13. Lee WC, Neugut AL, Garbowski GC, Forde KA, Trat MR, Waye JD et al. Cigarettes, alcohol, coffee and caffeine as risk factors for colorectal adenomatous polyps. *An Epidemiol.* 2006; 3: 239-244.
14. Samak AK, Taylor RS. A meta-analysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 2005; 7: 204-213.
15. Austin H, Henley SJ, King J, Richardson LC, Ehemann C. Changes in colorectal cancer incidence rates in young and older adults in the United States: what does it tell us about screening. *Cancer Causes Control.* 2014; 25 (2): 191-201.