

Carcinoma adenoescamoso primario de colon, variante infrecuente: reporte de caso clínico

Primary adenosquamous carcinoma of the colon, an uncommon variant: a case report

Martín Fuentes-Valenzuela¹, Hessdin Abdi López-López¹, Natalia Mantar-Alcantar¹, Irma Natalia López-Moreno³, J. Israel Martínez-Félix⁴, Efrén Rafael Ríos-Burgueño²

1. Médico Residente, Departamento de Anatomía Patológica, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Hospital Civil de Culiacán, Culiacán Sinaloa, México.
2. Médico Adscrito al Departamento de Anatomía Patológica, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Hospital Civil de Culiacán, Culiacán Sinaloa, México.
3. Laboratorio CELPATH Patología Diagnóstica, Culiacán Sinaloa, México
4. Médico Adscrito al Departamento de Anestesiología, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, Hospital Civil de Culiacán, Culiacán Sinaloa, México.

***Autor de correspondencia:** Dr. Efrén Rafael Ríos Burgueño

Departamento de Anatomía Patológica, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS/UAS).
efrenrios@uas.edu.mx

DOI <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v15.n3.006>

Recibido 15 de abril 2025, aceptado 3 de junio 2025

RESUMEN

El carcinoma adenoescamoso del colon es una neoplasia poco frecuente que combina componentes glandulares y escamosos malignos, con un comportamiento clínico más agresivo y un pronóstico menos favorable que el del adenocarcinoma convencional. Se presenta el caso de una paciente de 76 años con dolor abdominal y hematoquecia, en quien se identificó una tumoración cecal infiltrante. Fue intervenida quirúrgicamente mediante hemicolectomía derecha. El estudio histopatológico confirmó un carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado. Esta presentación avanzada refleja la agresividad característica de esta entidad. Dada su rareza, no existen protocolos terapéuticos estandarizados, aunque la resección quirúrgica con márgenes libres sigue siendo el tratamiento de elección. Este caso contribuye al conocimiento clínico y morfológico del carcinoma adenoescamoso, y refuerza la necesidad de generar evidencia que permita guiar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Palabras clave: *Carcinoma adenoescamoso, colon derecho, neoplasia mixta, metástasis ganglionar, resección quirúrgica.*

ABSTRACT

Adenosquamous carcinoma of the colon is a rare malignancy composed of both glandular and squamous malignant components, with more aggressive clinical behavior and poorer prognosis compared to conventional adenocarcinoma. We report the case of a 76-year-old female presenting with abdominal pain and hematochezia, in whom an infiltrative cecal mass was identified. She underwent extended right hemicolectomy, and histopathological analysis confirmed a moderately to poorly differentiated adenosquamous carcinoma. This advanced presentation illustrates the aggressive nature of the disease. Given its rarity, there are no standardized treatment protocols, although surgical resection with negative margins remains the cornerstone of therapy. This case contributes to the clinical and morphological understanding of colonic adenosquamous carcinoma and underscores the need for more evidence to guide its diagnosis and management.

Keywords: *Adenosquamous carcinoma, right colon, mixed neoplasm, lymph node metastasis, surgical resection.*

Introducción

El cáncer color rectal (CCR) es una neoplasia epitelial maligna originada en la mucosa del colon. Representa una de las principales causas de morbi mortalidad a nivel mundial. En 2022 se estimaron aproximadamente 1,926,425 nue-

vos casos, es el tercer tipo de cáncer más frecuente tanto en mujeres como en hombres.¹ De estos, alrededor del 90% corresponden a adenocarcinomas.² En México, el CCR ocupa el tercer lugar en frecuencia y constituye la primera causa de muerte por cáncer.³

Dentro de sus variantes histológicas, el carcinoma adenoescamoso (CAE) representa una forma rara, con una incidencia menor al 0.1% de todos los casos de CCR. Este subtipo tumoral se caracteriza por la presencia de componentes de adenocarcinoma y carcinoma de células escamosas, que pueden mostrar distintos grados de diferenciación. Las áreas escamosas se componen de células poligonales eosinófilas con puentes intercelulares con formación de queratina, aunque en algunos casos pueden carecer de queratinización.^{4,5}

El CAE de colon se presenta con mayor frecuencia en la quinta década de la vida, con ligero predominio en el sexo masculino, se localiza en el recto y colon proximal.⁶ Es infrecuente en pacientes jóvenes, a la fecha no se han reportado casos en población pediátrica.⁷

En etapas avanzadas, se presentan con afectación ganglionar y metástasis, Su pronóstico es desfavorable en comparación con el adenocarcinoma colorrectal convencional.⁸ Los sitios de metástasis más comunes incluyen el hígado, peritoneo y pulmones.⁹⁻¹⁰

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución e insuficiencia venosa crónica, hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera gástrica, además antecedente familiar de cáncer pulmonar en línea materna.

Inicia su padecimiento con dolor abdominal tipo cólico en cuadrante inferior derecho, acompañado de hematoquecia. A la exploración física se identificó masa palpable en fosa ilíaca derecha. Los estudios de laboratorio reportaron: antígeno CA 19-9 de 277.9 U/ml, CA 125 de 142.9 U/ml, antígeno carcinoembrionario (CEA) de 26.58 ng/ml y alfa fetoproteína de 2.94 ng/ml.

La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, evidenció una lesión expansiva en colon derecho (ciego), compatible con proceso neoplásico. Se realiza laparotomía exploradora con hemicolectomía derecha.

En el departamento de anatomía patológica se recibió segmento de colon proximal e íleon distal. A los cortes se identificó neoplasia sólida en ciego, irregular ulcerada con engrosamiento circular de la pared que mide de 7.0 × 3.0 cm, ocluye de la luz en un 98%. (Figura 1).



Figura 1. Hemicolectomía derecha que muestra neoplasia sólida que engrosa la pared de bordes irregulares, ulcerada, localizada ciego. Con invasión transmural y extensión a válvula ileocecal.

A los cortes teñidos con hematoxilina eosina se observó neoplasia maligna que forma nidos sólidos de células escamosas medianas de núcleo hipercromático con nucléolo, citoplasma amplio eosinófilo y mitosis atípicas, en otras áreas forma luces glandulares revestidas de células cubicas medianas de núcleo hipercromático, citoplasma moderado con necrosis en la luz. (Figura. 2-3). Por lo que se realizó el diagnóstico de Carcinoma Adenoescamoso de Colon.

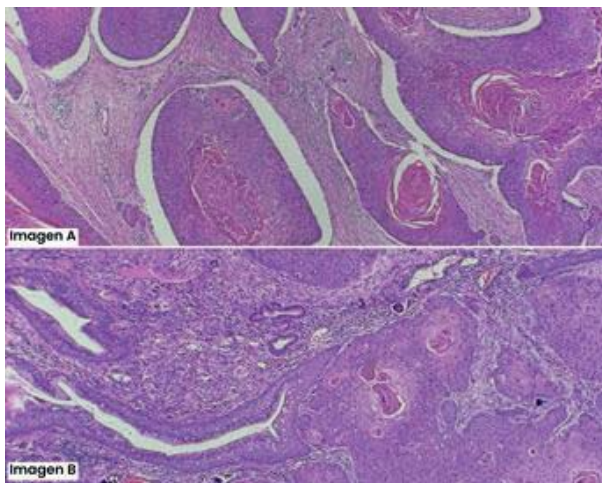


Figura 2. Imágenes histológicas del tumor teñidas con hematoxilina y eosina. Imagen A (H&E 10X). Componente escamoso del carcinoma adenoescamoso, con nidos epiteliales irregulares compuestos por células poligonales eosinófilas con puentes intercelulares y formación de perlas córneas. Imagen B (H&E 20X). Componente glandular infiltrante, con estructuras glandulares atípicas inmersas en estroma desmoplásico.

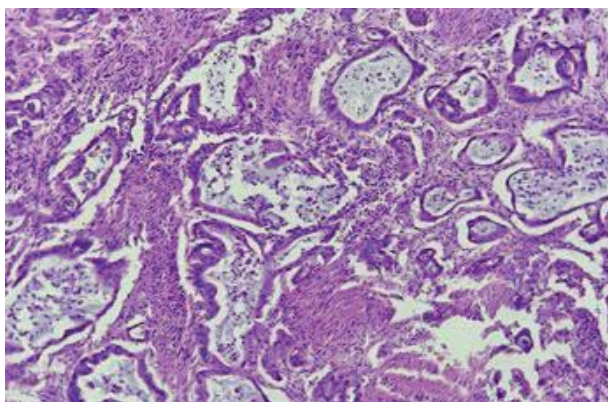


Figura 3. Imagen histológica del componente glandular del carcinoma adenoescamoso (H&E 20X). Se observan estructuras glandulares complejas, irregulares y atípicas, revestidas por células epiteliales con núcleos pleomórficos, hipercromáticos, inmersas en un estroma desmoplásico.

DISCUSIÓN

El carcinoma adenoescamoso (CAE) del colon es una entidad infrecuente, cuya baja incidencia y comportamiento agresivo representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Su identificación requiere no solo una adecuada caracterización histológica, sino también la exclusión de tumores escamosos primarios en otros sitios, como el cuello uterino, pulmón o canal anal.^{9,11,12}

La edad y localización son consistentes con lo descrito en series contemporáneas, donde el colon derecho ha emergido como el sitio más frecuentemente comprometido por esta variante histológica.^{9,11,13} Aunque algunos estudios han reportado una presentación más precoz que el adenocarcinoma convencional¹⁰, la mayoría de los pacientes se diagnostican después de los 60 años, en estadio avanzado y con síntomas inespecíficos como anemia, dolor abdominal o hematoquecia.^{8,13}

Desde el punto de vista histopatológico, el tumor presentó una arquitectura mixta, con diferenciación glandular y escamosa e invasión transmural hasta la serosa, con metástasis en 11 de 30 ganglios linfáticos. Estos hallazgos son consistentes con el patrón de diseminación agresivo que caracteriza al CAE, atribuible al componente escamoso, el cual ha sido implicado en una mayor capacidad metastásica y curso clínico desfavorable.^{10,12,14}

En este contexto, el marcador tumoral CA 19-9 se encontró elevado, al igual que el antígeno carcinoembrionario (CEA), hallazgo frecuente en adenocarcinomas avanzados y útil en el seguimiento clínico, aunque no específico para esta variante histológica. La reactividad de ambos componentes tumorales a marcadores inmunohistoquímicos como CK20 y p63, descrita en la literatura, permite establecer el diagnóstico definitivo de CAE en la práctica anatomopatológica.^{12,13}

El tratamiento del carcinoma adenoescamoso continúa basándose en principios oncológicos similares a los del adenocarcinoma colorrectal: resección quirúrgica con márgenes negativos y linfadenectomía regional. Sin embargo, no existe un protocolo adyuvante específico, y el uso de quimioterapia o radioterapia se extrapola de experiencias con adenocarcinomas o carcinomas escamosos según el predominio histológico y el estadio clínico.^{8,11,12} En casos con invasión serosa, múltiples metástasis ganglionares y ruptura capsular, como en este paciente, se considera la quimioterapia adyuvante, aunque su impacto en la supervivencia aún no está bien definido por falta de estudios prospectivos.^{10,14}

En términos pronósticos, los estudios han demostrado que los pacientes con CAE tienen una menor supervivencia global en comparación con aquellos con adenocarcinoma puro, especialmente en estadios III y IV, donde la tasa de

sobrevivencia a 5 años puede ser inferior al 30%.^{8,10,11} La presencia de factores como ruptura capsular ganglionar, extensión serosa e invasión linfática, presentes en este caso, se han asociado a una evolución más desfavorable.^{4,11,12}

CONCLUSIÓN

El carcinoma adenoescamoso de colon es una neoplasia poco frecuente con comportamiento clínico agresivo y pronóstico reservado, atribuible a su diferenciación dual y alta tasa de diseminación locorregional. El caso aquí presentado ejemplifica una forma avanzada de esta entidad, con invasión transmural, compromiso ganglionar extenso y ruptura capsular, hallazgos que refuerzan su naturaleza infiltrativa. La resección quirúrgica sigue siendo el pilar del tratamiento, aunque el rol de la quimioterapia adyuvante aún no está claramente definido debido a la baja incidencia de este subtipo. El reconocimiento oportuno y el abordaje multidisciplinario son esenciales para mejorar los desenlaces clínicos en pacientes con este tipo de neoplasias. El presente caso contribuye al mejor entendimiento de las características morfológicas y destaca la necesidad de mayores evidencias para establecer estrategias terapéuticas específicas en este tipo de neoplasias.

Referencias

1. Cagir B, Nagy MW, Topham A, Rakinic J, Fry RD. Adenosquamous carcinoma of the colon, rectum, and anus: epidemiology, distribution, and survival characteristics. *Dis Colon Rectum*. 1999;42(2):258–63.
2. Masoomi H, Ziogas A, Lin BS, Barleben A, Mills S, Stamos MJ, et al. Population-based evaluation of adenosquamous carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(5):509–14.
3. Frizelle FA, Hobday KS, Batts KP, Nelson H. Adenosquamous and squamous carcinoma of the colon and upper rectum: a clinical and histopathologic study. *Dis Colon Rectum*. 2001;44(3):341–6.
4. Petrelli NJ, Valle AA, Weber TK, Rodriguez-Bigas M. Adenosquamous carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum*. 1996; 39(11):1265–8.
5. Abdalla MI, Cornish C, Taboada S, Kothari S, Doshi R, Kothari TH, et al. Adenosquamous carcinoma of the cecum: a rare but aggressive form of colonic neoplasia. *Fam Med Med Sci Res*. 2014;3(4):142. doi:10.4172/2327-4972.1000142
6. Gjeorgjievski M, Purohit T, Amin M, Patel A. Primary adenosquamous carcinoma of the cecum: a rare entity. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(Suppl 1):S162.
7. Toumi O, Hamida B, Njima M, Bouchrika A, Ammar H, Daldoul A, et al. Adenosquamous carcinoma of the right colon: a case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2018; 53:310–3. doi:10.1016/j.ijscr.2018.07.001
8. World Health Organization. WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Digestive System Tumours*. 5th ed. Lyon (France): IARC; 2019. (WHO Classification of Tumours series, vol. 1).
9. Sawicki T, Ruszkowska M, Danielewicz A, Niedźwiedzka E, Arłukowicz T, Przybyłowicz KE. A Review of Colorectal Cancer in Terms of Epidemiology, Risk Factors, Development, Symptoms and Diagnosis. *Cancers*. 2021;13(9):2025.
10. Goldblum JR, Lamps LW, McKenney JK. *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology E-Book*: Elsevier; 2017.
11. The International Agency for Research on Cancer (IARC). *Global Cancer Observatory*. gco.iarc.fr. 2022. Available from: <https://gco.iarc.fr/en>
12. Lu SB, Ge FS, Liu C, Hua YW. Adenosquamous carcinoma of sigmoid colon in an adolescent: A case report and literature review. *Asian J Surg*. 2022;45(4):1055-6.
13. Di Prete M, Baciocchi F, Franceschilli M, Bagaglini G, Sica G, Doldo E, et al. Adenosquamous carcinoma of the right colon with diffuse signet-ring mucinous component. *Clin J Gastroenterol*. 2020;13(4):555-9.
14. Khan AH, Gao X, Goffredo P, Kahl AR, Utria AF, Charlton ME, et al. Presentation, treatment, and prognosis of colorectal adenosquamous carcinoma: A contemporary analysis of the surveillance, epidemiology, and end results database. *Am J Surg*. 2022;223(5):957-62.