UN CÁNCER DE RECTO DIFERENTE

Blanca Riesco Montes[1], Ana Maria Soler Garrigós[1] ,Verónica González Orozco [1],María Dolores Berenguer Romero [2], Alberto Ibáñez Ibáñez [3]
Oncología Médica[1]. Anatomía Patológica [2].Radiodiagnóstico [3]. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción.Más del 90% de los carcinomas colorrectales son adenocarcinomas originados a partir de células epiteliales de la mucosa colorrectal. Otros tipos raros de carcinomas colorrectales incluyen neuroendocrino, células escamosas, adenoescamosas, células fusiformes y carcinomas indiferenciados. El cáncer epidermoide de recto es una entidad rara con una incidencia alrededor de 0.25-0.1 por 1000 neoplasias colorrectales. Se presentan clínicamente de manera similar al CCR y tienen una historia natural muy parecida, aunque la etiopatogenia no está bien establecida.
Desde la primera descripción de carcinoma epidermoide de recto por Raiford en 1933, pocos son los casos reportados hasta el momento en la literatura de dicha histología tumoral.

Descripción. Presentamos el caso de una mujer de 57 años,ex-fumadora de 2 paquetes/año, sin ningún antecedente médico de interés. Ingresa en el servicio de Digestivo en mayo ’17 tras realización de colonoscopia, solicitada por su médico de atención primaria,por rectorragia de 2 meses de evolución con tenesmo rectal y empeoramiento de estreñimiento habitual.

Pruebas complementarias. En la colonoscopia se objetivan divertículos en colon descendente y sigma.Desde 16 cm hasta 10 cm del margen anal, se identifica *una neoformación redondeada*, de superficie nodular con punteado blanquecino, que estenosa gran parte de la luz colónica. Desde inmediatamente la línea pectínea hasta 2 cm del margen anal, se observa *otra neoformación* que ocupa un 30% de la circunferencia, excavada y de consistencia dura. En analítica de ingreso destaca anemia ferropénica con Hb 11.8,CEA 4 y SCC 65.3. Entre las pruebas realizadas para completar el estudio, en la ecoendoscopia endoanal se ve una neoformación nodular(20x38 mm) que asienta en más de un tercio de la pared rectal que rompe la mucosa hacia la luz e invade en profundidad hasta la serosa a la que rompe. Desde 3 cm del margen anal y hasta el mismo canal anal se observa otra neoformación de bordes excrecentes que asienta en un tercio de la circunferencia rectal e invade en profundidad todas las capas invadiendo también el esfínter anal interno con juicio diagnóstico de neoplasia rectal T4aN3.

La RMN pelvis informa de neoplasia en recto inferior T4a y neoplasia en recto medio-superior T4aN2. En estudio de extensión, el TC TAP no evidencia enfermedad a distancia.

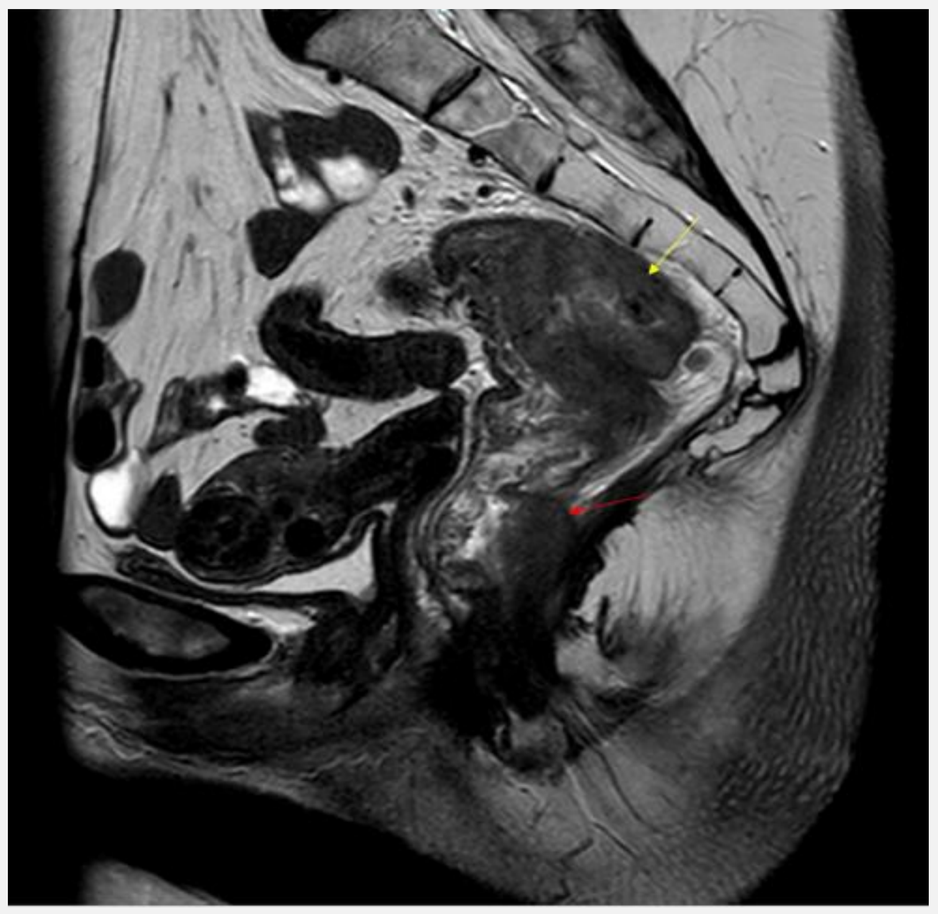

Figura 1. Corte sagital RM Philips turbo spin-eco T2. *Flecha roja*: tumoración hipointensa de 3cm (compatible con neoplasia) en recto inferior que ocupa parcialmente la luz, con crecimiento en cuadrante posterior. *Flecha amarilla*: tumoración hipointensa de 6,5 cm (compatible con neoplasia), que ocupa parcialmente la luz, con crecimiento en cuadrante posterior, craneal y caudal a la reflexión peritonea.

Resultados de anatomía patológica: infiltración por carcinoma epidermoide moderada-pobremente diferenciado en ángulo recto sigma. Además de neoplasia rectal compatible con carcinoma epidermoide moderada-pobremente diferenciado.

En conclusión, se trata de un doble tumor sincrónico: Ca epidermoide de recto inferior con afectación del esfinter interno + Ca epidermoide de recto medio-superior cT4aN2 por RM, uT4aN3

Se propone tratamiento QMT/RDT concomitante con intención radical, con esquema Mitomicina-5F, dos ciclos. En junio ’17 recibe quimioterapia sin toxicidad aguda relevante y radioterapia pélvica concomitante con aceptable tolerancia.

Reevaluación posterior con respuesta completa por resonancia y rectoscopia con toma de biopsias negativas(hallazgos de fibrosis). Analíticamente normalización de marcadores tumorales:CEA 0.9 y SCC 0.6. En noviembre ’17 se decide en comité de tumores de colon seguimiento por Oncología Médica y Radioterapia, descartándose intervención quirúrgica por respuesta completa.Hasta el momento revisiones libre de enfermedad, realizando vida activa con algún despeño diarreico ocasional. Continúa controles estrechos con resonancia y rectoscopia de control cada 6 meses alternante con TAC

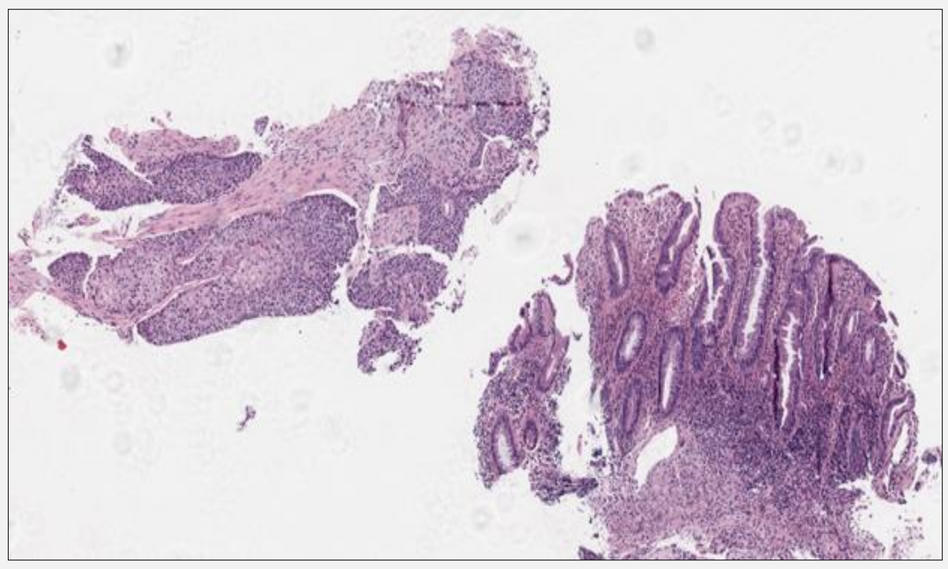

Figura 2. Intestino grueso con infiltración por carcinoma epidermoide moderada-pobremente diferenciado (hematoxilina-eosina x20).

En conclusión, el carcinoma epidermoide de recto es una neoplasia poco frecuente, en la que no existe un tratamiento estándar y debe individualizarse cada caso. En base a los casos estudiados, en enfermedad localizada existe beneficio del uso de quimioterapia y radioterapia concomitante con fines curativos, relegando la cirugía para recurrencia local o casos de no respuesta al tratamiento.