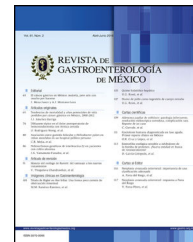




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Reporte de caso: adenocarcinoma rectal con metástasis de implantación en la región perianal

Case report: Adenocarcinoma of the rectum with implantation metastasis in the perianal region

Según estimaciones de Globocan 2022, el cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa más común de cáncer a nivel global y la segunda causa de muerte asociada con cáncer¹. En Perú es la cuarta causa más común de neoplasia maligna y la cuarta causa de muerte asociada con cáncer¹. Es importante destacar que aproximadamente el 20% de los pacientes con CCR presentan enfermedad metastásica². Esta patología tiende a hacer metástasis en varias partes del cuerpo, de las cuales las más frecuentes son el hígado, los pulmones, el peritoneo, los nódulos linfáticos, los huesos y el cerebro². Las metástasis de piel son poco comunes. Las fuentes primarias más comunes son los cánceres de pulmón y mama. Las metástasis cutáneas del adenocarcinoma rectal son incluso más raras, ocurriendo en menos del 4% de los pacientes, pero cuando ocurren, es indicativo de cáncer en etapa avanzada³. Estas metástasis usualmente aparecen en el área perianal, el abdomen, o alrededor de cicatrices quirúrgicas o fístulas, pero también se pueden manifestar en otras partes del cuerpo^{2,4}. Es importante mencionar que la presencia de metástasis cutáneas se asocia generalmente con un mal pronóstico, dado que indica la diseminación sistémica del cáncer^{2,4}.

Presentamos aquí el caso de un hombre de 62 años con antecedente de 6 meses de enfermedad caracterizada por dolor en la región perianal y sangrado rectal. El examen físico reveló una lesión irregular de 3 × 5 cm en el lado posterior del margen anal. El defecto era ligeramente móvil, doloroso, friable y no existían lesiones palpables en el recto (fig. 1A).

En el estudio colonoscópico, la rectoscopia describió una lesión proliferativa con una superficie irregular y áreas de fibrosis de 3 × 5 cm en la región adyacente al lado posterior del margen anal. El esfínter era normotónico, sin dolor, sin afectación de la línea pectínea. La endoscopia también reveló una infiltración proliferativa con superficie nodular

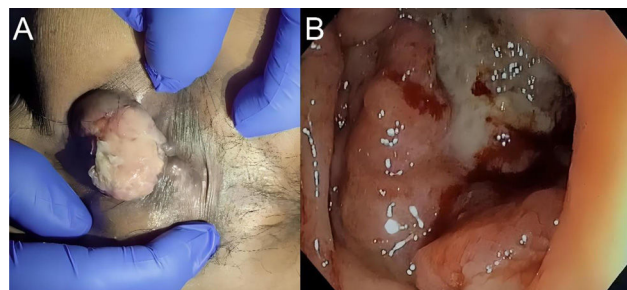


Figura 1 A) Lesión proliferativa con superficie irregular y áreas de fibrosis con medidas de 3 × 5 cm, en la región adyacente al lado posterior del margen anal. B) Lesión proliferativa infiltrante con superficie nodular ulcerada que se extiende de 8 a 15 cm a partir de la línea pectínea.

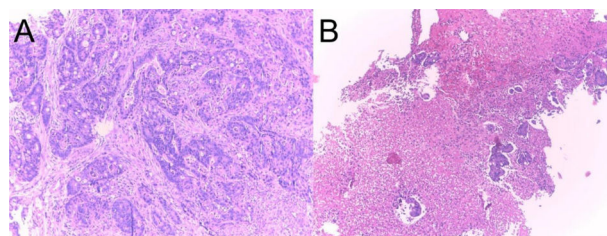


Figura 2 A) Región perianal: úlcera extensa asociada con fragmentos de adenocarcinoma (tinción H&E, magnificación ×40). B) Recto: estroma rectal infiltrado de manera difusa por un tipo no específico de adenocarcinoma (tinción H&E, magnificación ×10).

y ulcerada en la región rectal, comenzando a 8 cm de la línea pectínea, extendiéndose hasta 15 cm. La lesión afectaba toda la circunferencia y disminuía la luz en un 70% (fig. 1B). Se tomaron biopsias de ambas lesiones.

El resultado histopatológico de la lesión adyacente al margen anal fue adenocarcinoma infiltrante de bajo grado ulcerado (NOS) (fig. 2A). De manera similar, la lesión ulcerada e infiltrante en el recto se reportó como adenocarcinoma infiltrante de bajo grado ulcerado (NOS) (fig. 2B).

La tomografía identificó afectación metastásica pulmonar. Dada la etapa clínica (etapa IV) con metástasis perianales y pulmonares, y la edad del paciente y el grado de diferenciación del tumor, se eligió quimioterapia paliativa.

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.03.007>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: F. Barreda, R. Cruz, H. Benites-Goni et al., Reporte de caso: adenocarcinoma rectal con metástasis de implantación en la región perianal, Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.03.007>

La diseminación metastásica del cáncer puede ocurrir por medio de varios caminos. Las rutas principales de diseminación incluyen caminos de continuidad hematológica, linfática, transcelómica (implantación en cavidades corporales) o anatómica, o por la vía de la implantación. Esta última es la diseminación y crecimiento de células cancerosas como resultado del contacto directo de células tumorosas con tejidos adyacentes^{2,5}.

Las metástasis cutáneas están usualmente asociadas con tres mecanismos: diseminación hematológica, diseminación linfática y contigüidad o implantación. La apariencia macroscópica de las metástasis cutáneas se presenta típicamente como lesiones sólidas, nodulares o papulares, sin dolor y en algunos casos asociadas con úlceras⁵.

De manera interesante, en todos los casos reportados en la literatura internacional el tumor primario se localizaba en la mitad izquierda del colon, principalmente en el colon sigmoide y el tercio superior del recto^{5,6}. También vale la pena mencionar que a menudo pueden parecer quistes, lipomas, granulomas o neurofibromas. Las metástasis cutáneas deben ser distinguidas histológicamente de un tumor cutáneo primario. Hacer dicha distinción no es siempre fácil, pero hay una amplia variedad de paneles inmunohistoquímicos, anticuerpos y pruebas genéticas que pueden ser de utilidad⁷. En nuestro caso, las glándulas fueron positivas para el marcador inmunohistoquímico de enterocitos citoqueratina 20 y para el marcador inmunohistoquímico de diferenciación CDX-2.

Son raros los casos de carcinoma metastásico asociados con fístula anal⁸. La mayoría de estos casos están asociados con cánceres gastrointestinales, especialmente cáncer colorrectal. La implantación de cáncer en una fístula anal ocurre cuando células cancerosas de cáncer de colon avanzado migran y se implantan en una fístula anal^{8,9}. La patogénesis de este tipo de metástasis distante aún es desconocida. La presencia de un hueco en la piel en el sitio de una fisura, fístula o herida de hemorroidectomía podría explicar cómo células tumorosas exfoliadas se implantan en dichas áreas anormales⁹. El diagnóstico se hace cuando las células implantadas tienen el mismo tipo histológico que el tumor primario^{8,9}.

El tratamiento depende de varios factores, incluidos el avance de la enfermedad, la ubicación de las metástasis y la condición general del paciente. Las opciones pueden incluir la quimioterapia sistémica, la radioterapia o la cirugía (con resección local)¹⁰, y cuando el hallazgo es considerado un signo de enfermedad avanzada, el tratamiento es generalmente paliativo. Sin embargo, si las lesiones son sintomáticas, la escisión o la radioterapia pueden ser consideradas la primera opción de tratamiento. Un reporte describió recientemente la efectividad de la electroquimioterapia con bleomicina en el control local y alivio sintomático de la enfermedad metastásica cutánea⁶. Sin embargo, los datos son limitados respecto a la efectividad de diferentes modalidades de tratamiento.

Finalmente, debemos hacer énfasis en el hecho de que, en la mayoría de los casos, la aparición de metástasis cutáneas de cáncer colorrectal representa una etapa muy avanzada de la enfermedad y, por lo tanto, el tratamiento es usualmente solo paliativo.

Financiación

Los autores declaran que no recibieron fondos de ninguna institución pública o privada para la preparación del presente artículo.

Consideraciones éticas

El presente reporte de caso no incluyó experimentos con animales o humanos y la información fue obtenida solamente de observaciones clínicas realizadas en la práctica profesional de rutina, sin alterar el tratamiento de los sujetos. El estudio cumple con los estándares éticos internacionales y respeta los derechos de los individuos. Utilizamos formatos de datos de pacientes de nuestro centro de trabajo, manteniendo siempre el anonimato del paciente, y obtuvimos el consentimiento informado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209–49, <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21660>.
2. Riihimäki M, Hemminki A, Sundquist J, et al. Patterns of metastasis in colon and rectal cancer. *Sci Rep.* 2016;6:29765, <http://dx.doi.org/10.1038/srep29765>.
3. Bittencourt MDJS, Imbiriba AA, Oliveira OA, et al. Cutaneous metastasis of colorectal cancer. *An Bras Dermatol.* 2018;93:884–6, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20187610>.
4. Hobdy EM, Ciesielski TE, Kummar S. Unusual sites of colorectal cancer metastasis. *Clin Colorectal Cancer.* 2003;3:54–7, <http://dx.doi.org/10.3816/CCC.2003.n.012>.
5. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: A clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol.* 2004;31:419–30, <http://dx.doi.org/10.1111/j.0303-6987.2004.00207.x>.
6. De Miguel Valencia MJ, Fraile González M, Yagüe Hernando A, et al. Metástasis cutáneas de cáncer de recto. *An Sist Sanit Navar.* 2013;36:557–61, <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272013000300021>.
7. Liao L, Cheng Q, Zhu G, et al. Cutaneous metastasis of ascending colon cancer harboring a BRAF V600E mutation: A rare case report. *Medicine (Baltimore).* 2020;99:e20026, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000020026>.
8. Ikeda T, Nanashima A, Ichihara A, et al. A rare case of rectal cancer with perianal metastasis: A case report. *World J Surg Oncol.* 2019;17:149, <http://dx.doi.org/10.1186/s12957-019-1692-7>.
9. Takahashi H, Ikeda M, Takemasa I, et al. Anal metastasis of colorectal carcinoma origin: implications for diagnosis and treatment strategy. *Dis Colon Rectum.* 2011;54:472–81, <http://dx.doi.org/10.1007/DCR.0b013e318205e116>.
10. Gazoni LM, Hedrick TL, Smith PW, et al. Cutaneous metastases in patients with rectal cancer: A report of six cases. *Am Surg.* 2008;74:138–40.

F. Barreda^a, R. Cruz^a, H. Benites-Goñi^{b,c}, C. Barreda^d
y J. Alférez^{a,*}

^a *Servicio de Gastroenterología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú*

^b *Unidad de Endoscopia, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Perú*

^c *Vicerrectorado de Investigación, Universidad de San Ignacio de Loyola, Lima, Perú*

^d *Instituto Médico de Miraflores, Lima, Perú*

* Autor para correspondencia. Calle Pacaritambo 190 Dpto 101, San Borja, Lima-Perú. Código Postal: 15037. Teléfono: +51 993475395.

Correo electrónico: alferez.jessicav@gmail.com
(J. Alférez).