

329/47 - ¡DEL RIESGO DE CÁNCER NADIE SE LIBRA!

D. Fernández Torre¹, P. López Tens², A. Blanco García³, M. Guerra Hernández³, M. González Piñuela⁴, M. Abuhashira⁵.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. ²Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁴Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ⁵Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años sin antecedentes personales de interés que acude a nuestra consulta de atención primaria (AP) por cuadro de 4-5 meses de evolución de astenia, pérdida de peso no cuantificada, dolor anal y tenesmo asociado a episodios de rectorragia ocasionales. Niega fiebre, dolor abdominal, vómitos, cambios en el tránsito intestinal y otra clínica. Como antecedentes familiares destaca neoplasia renal y gástrica en familiares de primer y segundo grado respectivamente.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes estables. Afebril. Exploración anodina incluida el tacto rectal. Solicito analítica general que resulta sin hallazgos significativos. Ante persistencia clínica se decide derivación a atención especializada para valoración. A nivel hospitalario se realiza endoscopia que evidencia neoformación localizada a nivel de línea pectínea, biopsiada como adenocarcinoma de recto. Se realiza TAC y RMN de estadificación, siendo diagnosticado de neoplasia de recto bajo que infiltra elevador del ano (T4N2) con dudosa afectación metastásica a nivel hepático. Se realiza PET que evidencia captación patológica a nivel rectal, adenopatías parorrectales, adenopatías a nivel ilíaco e inguinales derechas, no evidenciando captación a nivel hepático. Se inicia tratamiento con radioterapia y capecitabina con una respuesta importante y reducción de la masa a nivel rectal y de las adenopatías locorregionales por lo que se decide intervención quirúrgica de manera programada con evolución favorable.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de recto que infiltra el músculo elevador del ano y adenopatías inguinales sospechosas (clasificación TNM: T4N2M0). Amputación abdominoperineal + linfadenectomía derecha + eventroplastia + colgajo.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis, pólipos adenomatosos colónicos y anales, hemorroides, fisura anal, angiodisplasia, colitis por radiación e isquemia intestinal.

Comentario final: La rectorragia es un signo clínico que se define como la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. En AP las causas más frecuentes son las hemorroides, la fisura anal y la inexistencia de una causa aparente. Pero no debemos olvidar el cáncer colorrectal como otra causa posible de rectorragia. La distribución de las causas está condicionada por la edad así como la historia familiar de cáncer resulta ser un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer colorrectal. Desde AP debemos estar atentos a otros signos y síntomas asociados (como la pérdida de peso, astenia, palpación de una tumoración rectal, cambio del ritmo de las deposiciones...) para conseguir una detección precoz y rápida instauración de un tratamiento eficaz.

Bibliografía

- Hardy RG, Meltzer SJ, Jankowski JA. ABC of colorectal cancer: Molecular basis for risk factors. *BMJ*. 2000; 321: 886-9.
- Beresford SA, Johnson KC, Ritenbaugh C et al. Low-fat dietary pattern and risk of colorectal cancer: the Women's Health Initiative Randomized Controlled Dietary Modification Trial. *JAMA* 2006; 295(6): 643-54.