

424/1762 - DOLOR COXÍGEO Y MASA PALPABLE

M. Macho Villameriel¹, M. Bautista García-Vera¹, M. Prieto Carnicer¹ y M. González Sánchez²

¹Médico de Familia. Centro de Salud Abrantes. Madrid. ²Médico de Familia. EAP Abrantes. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años con antecedentes de dislipemia y tabaquismo, que consulta por dolor coxígeo intenso, persistente incluso nocturno, sin antecedente traumático, no mejora con AINE oral. Pérdida de 8-9 Kg de peso en dos meses.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general y constantes normales. Tacto rectal: tumor ulcerado en cara posterior desde musculatura elevadora. Laboratorio: hemoglobina 18,1 g/l, Hematócrito 56%, bioquímica normal salvo LDH 336 mU/ml. CEA y CA 19,9 normales. Radiografía sacro-coxis: aumento de partes blandas entre recto y sacro. Se deriva al cirujano para ampliar abanico de pruebas diagnósticas, y se solicita colonoscopia: en recto distal, desde 5 cm hasta 10 cm del margen anal, neoformación exofítica, ulcerada, estenosante, que ocupa el 100% de la circunferencia. TAC tórax-abomino-pélvico: neoplasia rectal con extensión a la grasa mesorrectal y contacto con el músculo elevador del ano derecho. Numerosas adenopatías regionales y en el territorio de vasos mesentéricos inferiores. RMN pélvica: masa T3c, de recto bajo-medio con contacto con esfínter interno y elevador del ano derecho. Engrosamiento mural del recto con afectación de la grasa perirrectal, pequeñas adenopatías locorregionales y componente de partes blandas en región presacra.

Orientación diagnóstica: Neoplasia (adenocarcinoma) de recto inferior y medio. T3c/T4b N1 M0.

Diagnóstico diferencial: Sinus pilonidal, tumores óseos.

Comentario final: El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común en población mundial: ocupa el tercer lugar en frecuencia en los varones y el segundo en mujeres; aproximadamente un tercio, están localizados en el recto. El tumor rectal se encuentra por debajo de 15 cm desde el margen anal, suele presentarse con rectorragia, tenesmo y diarrea, es necesario un estudio de extensión loco regional para estadiaje y tratamiento, ya que los tumores localmente avanzados, como en nuestro caso, el paciente se beneficiará de terapia neoadyuvante (capecitabina dada la mayor posibilidad que los colónicos, de recidiva local. En las últimas décadas los estudios evidencian que la cirugía laparoscópica está reemplazando a la cirugía abierta.

Bibliografía

1. Jaap Bonjer H. A Randomized Trial of Laparoscopic versus Open Surgery for Rectal Cancer. *N Engl J Med.* 2015;372;1324-32.
2. Harrison. Principios de medicina interna, 19^a ed. Nueva York. McGraw-Hill; 2015.

Palabras clave: Recto. Cáncer. Sacro.