

# Carcinoma neuroendócrino de recto

Dres. Daniel González<sup>1</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>2</sup>, Cecilia Plazzotta<sup>3</sup>,  
Mariela Rondán<sup>4</sup>, Luis Ruso<sup>5</sup>, Oscar Balboa<sup>6</sup>

## Resumen

Se analiza un caso clínico de un cáncer neuroendócrino de recto, variedad histológica infrecuente y altamente agresiva de los cánceres de esta topografía, en una paciente de 79 años, en un estadio IV de la estadificación TNM, a la cual se le realizó una resección anterior baja de recto oncológica. En su evolución inmediata desarrolla una rápida progresión lesional y la laparotomía exploradora realizada 4 meses después, muestra la infiltración gástrica por el mismo proceso, por lo cual se decide no actuar sobre la misma.

Se analizan diferentes factores pronósticos.

## Palabras clave:

Carcinoma neuroendócrino  
Recto

*Presentado en las Jornadas del Interior de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. La Paloma, Rocha. 7 y 8 de octubre de 2000*

*Asistente Clín. Quirúrgica*

*Prof. Adj. Clín. Quirúrgica*

*Residente Clín. Quirúrgica*

*Prof. Adj. Cátedra Anatomía Patológica*

*Prof. Agregado Clín. Quirúrgica*

*Prof. Director Clín. Quirúrgica*

Correspondencia: Atanasio Sierra 3653 - Florida - C.P. 94.000 (Dr. D. González)

*Clínica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. O. Balboa) - Hospital Maciel, Facultad de Medicina - Montevideo*

## Abstract

The paper deals with a neuro-endocrinous carcinoma of rectum, a highly aggressive histological variety of cancer rarely found in this topography-

The patients was a 79-year-old woman carrying a TNM stage IV.

The operation performed consisted of a low anterior oncological resection of rectum.

Immediate evolution showed rapid progression of lesion and the exploratory laparostomy performed 4 months later showed gastric infiltration thereby.

It was therefore decided to proceed no further.

In addition the paper contains an analysis of the various factors involved in prognosis of this condition.

## Key words:

Rectum

Carcinoma, Neuroendocrine

## Introducción

El cáncer de colon y recto es la segunda causa de muerte por cáncer en el Reino Unido y Estados Unidos, en nuestro país es la primera causa de muerte por cáncer digestivo.

El análisis de la tendencia de la mortalidad por cáncer de colon y recto en Uruguay con cifras de los últimos 35 años, proporciona una media de 658 casos por año y una pendiente creciente con valor positivo de 8,1<sup>(1)</sup>.

Los adenocarcinomas representan el 85% de los mismos, en tanto los neuroendocrinos el 3,9%<sup>(2)</sup>.

En el pasado estos tumores eran clasificados en el grupo de los tumores carcinoides o de los cánceres indiferenciados. Hecho que se constata en la revisión de Staren<sup>(3)</sup> en la cual el 93% de los casos catalogados como indiferenciados, mediante la utilización de técnicas de inmunohistoquímica (cromogranina), resultaron ser carcinomas neuroendocrinos.

Se define como cáncer neuroendocrino, a todo tumor de estirpe epitelial constituido por células indiferenciadas, capaz de sintetizar o secretar aminas o neuropéptidos, de alto grado de malignidad con gran capacidad de diseminación a distancia y pobre pronóstico<sup>(2)</sup>.

Se postula dada su distribución en el intestino, su asociación con adenomas y la demostración de tejido neuroendócrino escamoso metaplásico a células de Paneth, que derivan de células pluripotenciales, que también son capaces de dar origen a los adenocarcinomas<sup>(4,5)</sup>.

### Caso clínico

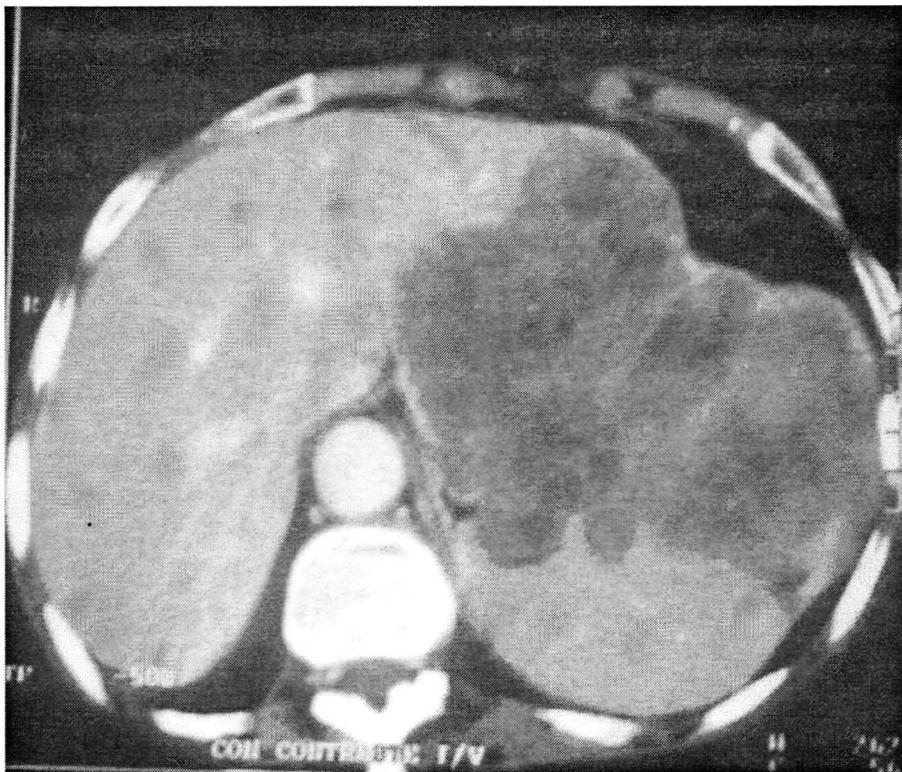
M.A. Reg.: 3820369. Paciente de 79 años, sexo femenino, con una historia de 2 meses de evolución de pujos y tenesmos rectales, acompañados de rectorragia.

Concomitantemente adelgazamiento de 10 kg., anorexia, adinamia y astenia.

Del examen físico se destaca importante repercusión general.

A nivel abdominal, hepatomegalia a predominio del lóbulo izquierdo.

Tacto rectal: tumoración que se prolapsa en la luz rectal a 5 cm. de la margen anal.



**Figura 1:** Corte tomográfico que muestra extensa lesión del lóbulo izquierdo del hígado

De la paraclínica: hemograma con 11,1 gr/dl de hemoglobina y 33,7% de hematocrito.

CEA: 13,8 ng/ml

FCC: a 5.6 cm. De la margen anal, gruesa tumoración que ocupa la luz rectal

TAC abdominopélvica: engrosamiento circunferencial de las paredes del recto, extenso, irregular, con estenosis importante de la luz y afección de las fascia perirrectal, la cual se encuentra engrosada, con pérdida de los planos grasos a ese nivel.

Hepatomegalia a expensas del lóbulo izquierdo, con extensa lesión sólida de aspecto secundario, con áreas de necrosis en su interior (Fig. 1).

Es intervenida a través de una incisión mediana suprainfraumbilical. Exploración: metástasis única de 4 x 5 cm. en segmento III hepático.

Tumor rectal en la unión de tercio medio con el superior, invaginado, que llega al tercio inferior. Se realiza una resección anterior baja de recto oncológica, dejando colostomía transversa de protección.

Anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino de recto, ulcerado y evadido, a células de talla media, cromogranina A positivo, con márgenes de resección y 37 ganglios libres de neoplasia.

La paciente presenta buena evolución, es dada de alta al 8° día postoperatorio.

La TAC de control al tercer mes de postoperatorio muestra marcado aumento de tamaño del proceso de sustitución hepático.

Laparatomía exploradora realizada a los 4 meses, con la finalidad de resecar la metástasis hepática, confirma el aumento del tamaño de la misma, que compromete todo el lóbulo izquierdo e infiltra el estómago, por lo que se decide no actuar sobre la lesión.

## Discusión

Se estudia una paciente portadora de un cáncer neuroendocrino de recto, (estadio IV), con una metástasis inicialmente en el segmento III del hígado, que en 4 meses de evolución se torna irrese-

cable.

El 23% de esta variedad tumoral se topografía en el recto, y el 38% de ellos presentan diseminación a distancia al momento de su diagnóstico, correspondiendo las metástasis hepáticas al 53% de las mismas <sup>(2,6)</sup>.

El espectro clinicopatológico es amplio, abarcando desde los tumores indolentes hasta los altamente agresivos, caracterizados por su gran capacidad de diseminación y ser rápidamente fatales <sup>(7)</sup>. Tal es el caso que presentamos con una rápida progresión lesional hepática, asociando infiltración gástrica, siendo esto factor de irreseccabilidad en el contexto de esta enferma.

Esta variedad histológica, se refleja a nivel histopatológico con el hallazgo de células neuroendocrinas aisladas en adenocarcinomas que representan entre el 30 y 35,2% <sup>(8,9,10)</sup>, y que autores como Foley <sup>(11)</sup> los identifica en el 41,7% de los adenocarcinomas de recto en estadio III, pasando por tumores con igual proporción de células endócrinas y exócrinas, hasta aquellos exclusivamente neuroendócrinos.

Debemos destacar su diferencia con los tumores carcinoideos, basada en el tipo histológico que los integra, su marcada indeferenciación y su agresividad con pobre pronóstico.

Es conocido el mal pronóstico de estos cánceres, como lo demuestra Saclarides <sup>(2)</sup> encontrando una sobrevida de 58% a los 6 meses, 15% a los 3 años y 6% a los 5 años.

Factores histológicos como citológicos se encuentran implicados en el pronóstico.

Para los tumores que presentan un patrón neuroendocrino puro, la sobrevida es de 7 meses, en los predominantemente neuroendócrinos, 5 meses y en los mixtos 22 meses <sup>(2,12)</sup>.

En tanto la vinculación entre pronóstico y la presencia de células neuroendócrinas aisladas en adenocarcinomas es controvertido, Hamada <sup>(8)</sup> afirma que lo empeoran, mientras que Mori <sup>(9)</sup> no coincide con dicha afirmación.

Tomando en cuenta la morfología celular, para las células pequeñas la sobrevida es de 5 meses,

las medianas 11 meses y las bien diferenciadas 22 meses.

A lo anterior se suma la estadificación, que según Saclarides <sup>(2)</sup> es el factor que presenta mejor correlación estadística con el pronóstico, lo que queda demostrado en esta paciente.

Por lo analizado, encontramos factores histológicos (tumor neuroendócrino puro), citológicos (células medianas) y diseminación a distancia (estadio IV), que ensombrecen el pronóstico del presente caso.

## Bibliografía

- Vasallo, J. Cáncer de esófago, estómago y colo-recto. Su ubicación actual en el Uruguay. Montevideo: CHLCC, 1996. v. 1 p. 11-2.
- 2 Saclarides, T.; Szeluga, D.; Stare, E. Neuroendocrine cancers of the colon and rectum: results of ten year experience. *Dis. Colon Rectum*. 1994; 37 (7): 635-42.
  - 3 Staren, E.; Gould, V.; Jansson, D.; Hyser, M.; Gooch, G.; G. Economou. S. Neuroendocrine differentiation in poorly differentiated common carcinomas. *Am. Surg*. 1990; 56 (7): 412-9.
  - 4 Vortmeyer, A.; Lubensky, I.; Merino, M.; Wang, C.; Pham, T.; Furth, E.; Zhuang, Z. Concordance of genetic alterations in poorly differentiated colorectal neuroendocrine carcinomas and associated adenocarcinomas. *J. Natl. Cancer. Int*. 1997; 89 (19): 1448-53.
  - 5 Santos, G.; Zucoloto, S.; Coelho, K.; Schmidt, F. Colon adenocarcinoma with neuroendocrine and squamous cell differentiation. A case report. *Arq. Gastroenterol*. 1992; 29 (2): 62-5.
  - 6 Gaffey, M.; Mills, S.; Lack, E. Neuroendocrine carcinoma of the colon and rectum: a clinicopathologic, ultrastructural and immunohistochemical study of 24 cases. *Am. J. Surg. Pathol*, 11990; 14 (1): 1010-23.
  - 7 Simon, S.; Fox, K. Neuroendocrine carcinoma of the colon: correct diagnosis is important. *J. Clin. Gastroenterol*. 1993; 17 (4): 304-7.
  - 8 - Hamada, Y.; Oishi, A.; Shoji, T. Endocrine cells and prognosis in patients with colorectal carcinoma. *Cancer*. 1992; 69: 2641-6.
  - 9 Mori, M.; Kamakura, T.; Adachi, Y.; Ikeda, Y.; Sugimachi, K. Chromogranin positive cells in colorectal carcinoma and transitional mucosa. *J. Clin. Pathol*. 1995; 48: 754-8.
  - 10 De Bruine, A.; Wiggles, T.; Beck, C. Endocrine cells in colorectal adenocarcinomas: incidence, hormone profile, and prognostic relevance. *Int J. Cancer*. 1993; 54: 765-71.
  - 11 Foley, E.; Gaffey, M.; Frierson, H. The frequency and clinical significance of neuroendocrine cells within stage III adenocarcinomas of the colon. *Arch. Pathol Lab. Med*. 1998; 122 (10): 912-4.
  - 12 Jansson, D.; Goudl, V.; Gooch, G.; Rittenhouse, H.; Shin, S.; Manderino, G.; Tomita, J.; Staren, E. Immunohistochemical analysis of colon carcinomas applying exocrine and neuroendocrine markers. *APMIS*. 1998; 96 (12): 1129-39.