

Complicaciones del tratamiento de cáncer rectal. Informe de caso

Complications of rectal cancer treatment. A case report

Luis Enrique Jiménez Franco¹  , Dra. Naila García Pérez² 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

²Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

 Autor para la correspondencia: luis940@nauta.cu

 **Citar como:** Jiménez Franco LE, García Pérez N. Complicaciones del tratamiento de cáncer rectal. Informe de caso. Inmedsur [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 4(3): e105. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/105>

RESUMEN

La neoplasia de recto se considera una enfermedad frecuente y altamente mortal, su incidencia es mayor en los países desarrollados. El tratamiento implica conjunción de quimioterapia e intervenciones quirúrgicas cuyos beneficios aún están en discusión. Se reporta un caso de una paciente con neoplasia de recto medio tratada en Hospital Provincial Universitario Clínico-Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Se realiza intervención quirúrgica electiva. Presentó un deterioro del estado general durante la estancia hospitalaria y fallece 10 días después de la intervención.

Palabras clave: colectomía; neoplasias; neoplasias colorectales.

ABSTRACT

Rectal neoplasia is considered a frequent and highly fatal disease whose incidence is higher in developed countries. The treatment involves a combination of chemotherapy and surgical interventions, the benefits of which are still under discussion. We report a case of a patient with middle rectum neoplasia treated at the Hospital Provincial Universitario Clínico-Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Elective surgical intervention is performed. His general condition deteriorated during the hospital stay and he died 10 days after the intervention.

Key words: colectomy; neoplasms; colorectal neoplasms.

INTRODUCCIÓN

Los procesos neoplásicos son una de las patologías más temidas desde los albores de la humanidad. Varios han sido los estudios encaminados a descifrar la fisiopatología de esta enfermedad. Según la correlación hecha por múltiples autores uno de cada cuatro personas es potencialmente susceptible a padecer de la enfermedad. Por otra parte, uno de cada cinco pacientes con padecimiento neoplásicos es propenso a morir. Estudios revelan que la mortalidad por cáncer ha aumentado en un 40 %.^{1,2}

La neoplasia de recto se considera una enfermedad frecuente y altamente mortal cuya incidencia es mayor en los países desarrollados. Son diagnosticados alrededor de 737000 pacientes anualmente con esta patología. En América Latina la mayor representatividad se evidencia en Estados Unidos donde el 15 % de los pacientes diagnosticados con procesos neoplásicos presentan cáncer rectal. Por su parte entre los países suramericanos existen diferencias notables. En este caso Brasil tiene mayor incidencia si se compara con Argentina y Uruguay.^{3,4}

Esta patología se incluye en el grupo de enfermedades neoplásicas de la porción colorrectal del aparato digestivo. En este caso representa las 1/3 partes de este grupo, lo que equivale al 28 %.⁵⁻⁷

En Cuba representa el quinto tipo de proceso neoplásico de mayor incidencia y el tercero con mayor incidencia de mortalidad. Representa, según datos del Registro Nacional del Cáncer, el decimoséptimo puesto en la tabla de incidencias. Un estudio realizado en la provincia de Cienfuegos reveló que la incidencia del cáncer rectal en mujeres es mayor que en hombre (0.14 para mujeres y 0.10 para hombre). Estos resultados corresponden con lo expresado por la literatura.^{1,7,8}

En la estrategia general del tratamiento del cáncer de recto se debe tener en cuenta: el manejo multidisciplinario que incluye una cirugía competente, una adecuada anatomía patológica, y un óptimo tratamiento de radio-quimioterapia. Es muy variado y aún actualmente discutido por la Comunidad Quirúrgica Internacional. Existe como método estándar la realización de quimioterapia y la posterior resección del cáncer.^{9,10}

La resección Abdominoperineal de Miles constituye el tratamiento estándar para esta patología. Implica la resección del recto en dos tiempos: abdominal y perineal. A pesar de

ser altamente utilizada aún se continúa discutiendo si es un medio idóneo para lograr la recuperación del paciente.^{11,12}

La técnica de Miles fue descrita en 1908 por cirujano de propio nombre. Se indica fundamentalmente para tumores de recto bajo y medio que tengan compromiso del segmento esfinteriano. Sin embargo hoy en día esta técnica se ha sustituido por la escisión mesorrectal total restauradora y otras desarrolladas a partir de 1940 por Dixon y Waught.^{10,12,13}

Esta técnica, a pesar de garantizar una extirpación quirúrgica total del recto, acarrea complicaciones importantes. Una de ellas es el defecto perineal por un mal cierre primario. Se manifiesta en el 35 % de los casos, incluso son manifestaciones que pueden verse a largo plazo.^{3,13}

Por otra parte, un estudio cubano⁸ reveló que el uso de la quimioterapia seguida de intervención quirúrgica no ha logrado elevar la sobrevida del paciente después de ser sometido al tratamiento. En cambio, el índice se mantiene en iguales parámetros.

Todo esto demuestra que el tratamiento para la neoplasia de recto aún sigue en un amplio proceso de discusión y evolución sobre cuál es el idóneo. Varias son las intervenciones que se llevan a cabo pero ninguna arroja resultados alentadores de manera absoluta. En consecuencia, el objetivo de este trabajo es describir un caso con complicaciones en el tratamiento de cáncer rectal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 55 años de edad, blanca, femenina, de procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial (HTA) para lo cual contaba con tratamiento regular con Enalapril e Hidroclotiazida. Con Índice de Masa Corporal 28,7 Kg/m². Acude a la consulta del Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial Universitario Clínico-Quirúrgico Dr. Gustavo Aldereguía Lima pues desde hace un año comienza con estreñimiento, pujos, tenesmos y deposiciones con sangre, diagnosticándose un proceso tumoral de recto medio. Se realiza biopsia que informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado para lo cual recibe tratamiento con radio-quimioterapia. Al no mostrar evolución satisfactoria se ingresa para tratamiento quirúrgico electivo.

Durante la consulta se constata positivo al interrogatorio el estreñimiento, tenesmos, defecaciones con sangre, consti-

pación, pujos además de pérdida de peso y de apetito. Al examen físico se constata mediante tacto rectal: esfínter anal normotenso, ampolla rectal ocupada por el proceso tumoral que obstruye la luz a 8 cm. Se realiza rectosigmoidoscopia la cual no procede por la obstrucción de la luz anal causado por el proceso oncoproliferativo. Se constata además insuficiencia respiratoria aguda por lo cual se indica la realización de PCR el cual fue negativo.

La intervención quirúrgica se realiza bajo anestesia general orotraqueal mediante monitorización continua y con signos vitales de tensión arterial (TA): 140/80 mmHg, frecuencia cardiaca (FC): 76 pulsaciones por minuto y frecuencia respiratoria (FR): 20 respiraciones por minuto. Durante la intervención se constató la no presencia de adenopatías ni metástasis, no infiltraciones en serosa ni estructuras adyacentes del proceso neoplásico y la presencia de bridas colon-peritoneales y colon-ováricas.

Se realizó resección Abdominoperineal de Miles en dos tiempos. En el tiempo abdominal se procede a liberar líneas blancas de Told, sección del cuño del meso. Seguidamente se secciona sigmoides previa colocación de pinzas Kocher y tratamiento con alcohol en ambos cabos. Se libera fascia de Waldeyer y de Denonvilliers con disección roma. Se seccionan ligamentos laterales y nuevamente con disección roma se avanza hasta la sínfisis del pubis y la punta del cóccix. En el tiempo perineal se realiza bolsa de señora alrededor del ano y procede a realizar incisión elíptica.

Se realiza disección con electrocauterio en el extremo caudal del tabique recto-vaginal y ligamento sacro-coccígeo y disección de los espacios adyuvantes. Se exterioriza pieza por abertura perineal. Se deja gasa, que luego se retira, y se afronta los bordes mediante puntos de Mayo. Al término de la cirugía se reperitoniza suelo pélvico, se fija colostomía en el cuadrante inferior izquierdo y se procede al cierre de la pared abdominal por planos y colocación de la bolsa de colostomía.

Durante la intervención quirúrgica la paciente se mantuvo hipertensa, taquicárdica en el tiempo abdominal. Sin embargo, en el tiempo perineal necesitó la utilización de sustancias vasoactivas (Dopamina y Dobutamina) a causa de un shock hipovolémico. Además de trasfusión de glóbulos rojos y plasma. Se decide su traslado a la Unidad de Cuidado Intensivos Polivalente reportada de Grave a la cual llega ventilada, con doble apoyo vasoactivo, hipotérmica, normotensa, pulso periférico débil y diuresis adecuada.

Durante el tiempo de evolución post-quirúrgico se constató un deterioro del estado. Los valores de laboratorios en especial la hemoglobina y las cifras de creatinina variaron a estados críticos. La hemoglobina descendió paulatinamente hasta 6.2 g/L por lo que recibió transfusiones de sangre (500 mL de glóbulos rojos). Por su parte los valores de creatinina se elevaron alcanzando la cifra de 456 por lo que se decide el tratamiento con hemodiálisis.

Se realiza triple apoyo con sustancias vasoactivas (Dopamina, Dobutamina y Norepinefrina), el cual aumentó la dosis paulatinamente hasta alcanzar las cifras de dosis máximas a causa del estado de hipotensión mantenido por la paciente. Dichas cifras variaron de 60/40 mmHg hasta 150/90 mmHg para descender paulatinamente hasta 50/40 mmHg. Fue ventilada mecánicamente acoplada al Bellavista con tubo endotraqueal en el que se manifestaron secreciones blanquecinas y fétidas. Las saturaciones de oxígeno se presentaron muy inestables porque en ocasiones se mostraron valores de saturación de 100 % y en otras ocasiones de 80 %.

Por la sonda nasofaríngea (Levine) se evidenció contenido purulento y fétido, así como contenido fétido en la bolsa de colostomía. Al examen físico realizado diariamente se constató edema en los miembros, en especial en los miembros inferiores, secreciones de contenido fétido por la herida quirúrgica perineal y regiones de necrosis por lo cual se realizaron curas diarias que redujo las secreciones. Se diagnosticó shock séptico por lo que fue tratada con Ciprofloxacina y Ceftriaxona. Por estas razones pasa de grave a ser reportada de crítica.

Se programa reintervención quirúrgica de urgencia para desinfectar la colostomía a causa de una necrosis de la misma. Durante la segunda intervención quirúrgica se realizó una laparotomía exploratoria y actuar en consecuencia. Se evidenciaron como hallazgos necrosis en la colostomía y absceso sufrénico izquierdo. Se realiza drenaje del absceso, lavado de la cavidad abdominal Toilette, resección de la colostomía y del colon descendente, transversostomía izquierda, colocación de drenajes y necrectomía de la región perineal.

Se decide traslado de inmediato a la Unidad de Cuidado Intensivos Polivalentes. Durante el traslado se constata asistolia y se inicia la Reanimación Cardiopulmonar. Se administra epinefrina. No se recupera el pulso y se constata lividez generalizada, cianosis distal, midriasis arrefléctica por lo que se diagnostica la muerte del paciente.

En el examen anatómico-patológico realizado por decisión de la familia se constató que la causa intermedia de la muerte fue la sepsis post-operatoria reciente y la causa básica fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado, mucoprotector que infiltra hasta la grasa pericólica. Además, se diagnostica una traqueobronquitis aguda unidas a zonas de atelectasia segmentaria.

DISCUSIÓN

La cirugía y la radioterapia comparten la responsabilidad primaria del control local en el tratamiento del carcinoma del recto. Por lo general, la radioterapia se utiliza para el control microscópico de la enfermedad mientras que la cirugía se emplea para el control macroscópico.¹⁰

El tratamiento pre-quirúrgico involucra, fundamentalmente, el uso de la radio-quimioterapia como alternativa para la preservación del esfínter anal externo. Sin embargo, implica complicaciones tales como la proctitis. Constituye una inflamación aguda a causa de una hiperemia granular de la mucosa. Incluso pudiera llegar a ser crónica con el desarrollo de ulceraciones y estenosis.^{9,14}

La radioterapia pelviana se considera un tratamiento carcinogénico altamente potencial. Aun así, puede dar al traste con la formación de otros procesos neoplásicos como el vesical. Esto se debe a la relación estrecha del recto con las estructuras vecinas en la cavidad pelviana. Esto se fundamenta por un estudio realizado en Cienfuegos donde se expresa que la tasa de recaída, es decir aparición de procesos neoplásicos en estructuras vecinas ronda el 28%.^{4,15}

El objetivo fundamental de la aplicación de la radio-quimioterapia es reducir el tamaño del tumor y hacerlo resecable. Se expresan datos en la literatura relacionados con las complicaciones que difieren en cuanto al nivel de incidencia y prevalencia. Esto dificulta su comparación.⁸

La resección Abdominoperineal de Miles constituye el único medio de tratamiento, altamente potencial para el abordaje de esta patología. Estudios y casos anteriores exponen que una de las complicaciones de esta técnica quirúrgica es la presencia de una amplia zona de disfunción tisular, rodeado por tejido cicatrización a causa de la quimioterapia.^{11,13}

Reportes de casos anteriores y estudios exponen una co-

relación entre el tratamiento primario con quimioterapia y las complicaciones post-quirúrgicas. Una de ellas es la incapacidad del tejido que se encuentra alrededor del sitio quirúrgico de recuperarse.^{3,11}

En este caso existe una concordancia con el caso presentado pues se evidenció un tejido necrótico alrededor de la herida quirúrgica perineal como consecuencia del shock hipovolémico que presente la paciente.

Varios autores han propuesto técnicas novedosas para evitar esta complicación. Una de ellas es el empleo de colgajo para la reconstrucción de la región perineal. Este proceder se conoce Colgajo miocutáneo de recto abdominal vertical u oblicuo. Esto evita el cierre directo de la herida que reduce el riesgo de infecciones, hemorragias y hernias perineales secundarias al cierre convencional descrito en la técnica quirúrgica.^{11,13}

Otros autores abogan por el uso de mallas para minimizar estos efectos adversos. Aun así debe ser evaluado minuciosamente porque se han reportados casos de complicaciones severas con el uso de este método. Estudios previos demuestran que este método no impide la infección post-quirúrgica porque no llena el espacio pélvico del recto lo que favorece la acumulación de componentes capaces de desarrollar procesos sépticos.¹³

Con el desarrollo científico-técnico se ha abierto un nuevo escenario para el tratamiento al cáncer de recto. En este caso figura la cirugía laparoscópica. Sin embargo autores aclaran que esta cirugía no debe ser tomada como tratamiento absoluto. En ella actúan múltiples factores como la edad, el sexo, índice de masa corporal elevado, diámetro pélvico así como factores asociados al tumor.^{7,10}

Sin lugar a duda, las complicaciones principales en el tratamiento a la neoplasia de recto radican, en lo fundamental en la región perineal y se relacionan con el cierre de la herida quirúrgica. Esta es la base de la discordia actual sobre que tratamiento es idóneo.

Se ha considerado la edad del paciente como un factor y predictor de complicaciones de esta patología. En este caso, estudio reciente realizado en Japón¹⁶ demostró que la edad por encima de los 50 años es indicador a tener en cuenta.

Este estudio corresponde con el presente caso debido a

que la edad de la paciente supera los 50 años y se le asociaron un número considerable de complicaciones que implicaron un fallo de la circulación cardiovascular y respiratoria.

Es válido destacar que en Cuba se realizó un estudio⁷ para determinar la relación entre el aumento del índice de mortalidad por complicaciones del cáncer de recto asociado al índice de masa corporal elevado, el cual reveló que existe una relación tanto directa como dual entre ambas entidades. En este caso se destacó que las mujeres obesas cuentan con mayor incidencia de muerte al presentar estas dos entidades.

Las complicaciones comprenden desde un aumento de la incapacidad respiratorio hasta una desnutrición y pérdida de funciones vitales importantes. Si estos resultados son extrapolados a este caso existe una relación con lo que expresa la literatura.⁷

CONCLUSIONES

El cáncer rectal constituye una de las enfermedades que más vidas cobra a nivel mundial. Múltiples han sido los protocolos y procedimientos de tratamientos que se han desarrollado para lograr una recuperación idónea del paciente; sin embargo no existe un tratamiento que sea absolutamente beneficiario. Las complicaciones posibles a presentar no se manifiestan en todos los pacientes, dependen de factores propios del huésped. Por todo esto se hace necesario e imperioso someter a rigurosos estudios cada técnica y método de tratamiento.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

LEJF: conceptualización, curación de datos, análisis formal de los datos, investigación, metodología, visualización, redacción – borrador original, redacción – revisión y edición redacción – revisión y edición.

NGP: curación de datos, análisis formal de los datos, redacción – revisión y edición

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo

del presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Gutiérrez L, Estepa Pérez JL, Feliú Rosa JA, Santana Pedraza T, Estepa Ramos JL. Caracterización de pacientes operados de cáncer colorrectal. Cienfuegos, 2014 a 2016. MediSur [Internet]. 2018 [citado 14-1-2021]; 16(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2018000400011&lng=es&nrm=iso
2. Gonçalves da Silva CF. Actualización del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto [Tesis]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41709>
3. Dulskas A, Kavaliauskas P, Pilipavicius L, Jodinskas M, Mikalonis M, Samalavicius N. Long-term bowel dysfunction following low anterior resection. ScinetificReports [Internet]. 2020 [citado 13-1-2021]; 20(10):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68900-8>
4. Palacios Fuenmayor LJ, Naranjo Isaza AM, Serena Ortiz CA, Mosquera Castro DA, Arbelaez Leon LM, Gomez Wolff LR. Evaluación de la respuesta patológica al tratamiento neoadyuvante en cáncer de recto. Experiencia del Instituto de Cancerología de Medellín (Colombia 2011-2017). RGMX [Internet]. 2019 [citado 14-1-2021]; 3(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2019.11.006>
5. Conticchio M, Papagni V, Notarnicola M, Delvecchio A, Riccelli U, Ammendola M. Laparoscopic vs. open mesorectal excision for rectal cancer: Are these approaches still comparable? A systematic review and metaanalysis. PlosOne [Internet]. 2019 [citado 13-1-2021]; 15(7):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235887>
6. AGUIAR JUNIOR S, Moura de OLIVEIRA M, Rodrigues Mendonça D, Abdon Lopes C, Fernando CALSAVARA V, Paula CURADO M. Survival of patients with colorectal cancer in a Cancer Center. ArqGastroenterol [Internet]. 2020 [citado 13-1-2021]; 57(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-32>
7. Lima Pérez M, Soriano García JL, Castillo Gálvez AE, Fleites Calvo V, Morales Morgado D, González Meisoza M. et al. Índice de masa corporal como pronóstico de

supervivencia global en pacientes con cáncer colorectal metastásico. *RevCubOncología* [Internet]. 2020 [citado 14-1-2021]; 18(2):[aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://revonco-logia.sld.cu/index.php./onc/article/view/34>

8. Lima Pérez M, Soriano García JL, Dietrich-Badal NA, Domínguez Álvarez C, Fleites Calvo V, Morales Morgado D. Respuesta al tratamiento y supervivencia de pacientes con adenocarcinoma de recto bajo en quimioradioterapia neoadyuvante. *RevCubOncología* [Internet]. 2020 [citado 14-1-2021]; 18(3):[aprox. 26 p.]. Disponible en: <http://www.revonco-logia.sld.cu/index.php/onc/article/download/40/38>

9. Escandor El T. Urgencias quirúrgicas digestivas en oncología. *RevMedUruguay* [Internet]. 2002 [citado 13-1-2021]; 18(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v18n3/v18n3a04.pdf>

10. Barreras González JE, Barreras Sepúlveda EJ, Cáceres Lavernia HH. De la resección abdominoperineal a las técnicas conservadoras de esfínteres en la cirugía laparoscópica del cáncer del recto. *RevCubCirugía* [Internet]. 2017 [citado 13-1-2021]; 56(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000100005

11. D'annunzio E, Valverde A, Micelli Lupinacci R. Perineal repair after abdominoperineal excision with rectus abdominis myocutaneous flap. *ABCDArqBrasCirDig* [Internet]. 2020 [citado 13-1-2021]; 33(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1507>

12. Bannura G. ELAPE: rol actual en el tratamiento del cáncer de recto bajo. *Rec. Cirugía* [Internet]. 2020 [citado 13-1-2021]; 72(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002587>

[org/10.35687/s2452-45492020002587](http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002587)

13. Sharabiany S, Blok R, Lapid O, Roel H, Bemelman W, Alberts V, et al. Perineal wound closure using gluteal turnover flap or primary closure after abdominoperineal resection for rectal cancer: study protocol of a randomised controlled multicentre trial (BIOPEX-2 study). *BMC* [Internet]. 2020 [citado 13-1-2021]; 20(20):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00823-7>

14. Taek-Gu L, Seung-Myoung S, Myung Jo K, Sang-Jeon L. Penile metastasis in rectal cancer with pathologic complete response after neoadjuvant chemoradiotherapy The first case report and literature review. *Medicine* [Internet]. 2020 [citado 14-1-2021]; 99(29):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000021215>

15. Hsinyuan H, Jengfu Y, Jyming Ch, Paoshiu H, Sumfu Ch, Chengchou L. Clinicopathological characteristics and outcomes of metachronous rectal cancer in patients with a history of cervical cancer with and without remote radiotherapy Reports of 45 cases. *Medicine* [Internet]. 2020 [citado 14-1-2021]; 99(30):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000021328>

16. Lushun M, Xinyuan P, Guofeng J, Haojie S, Qihao F, Chong M. The impact of anastomotic leakage on oncology after curative anterior resection for rectal cancer A systematic review and meta-analysis. *Medicine* [Internet]. 2020 [citado 14-1-2021]; 99(37):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000022139>

Recibido: 1 de febrero de 2021

Aceptado: 10 de marzo de 2021

Publicado: 12 de noviembre de 2021



Este artículo de la **Revista Inmedsur** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la **Revista Inmedsur**.