



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):50-55
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913440

CASO CLÍNICO

Linitis rectal: Una forma infrecuente de metástasis.

Daniel Fernández-Martínez. Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Antonio Rodríguez-Infante. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. Asturias. España.

Luis Joaquín García-Flórez. Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.

Varón de 60 años portador de la mutación FVR506Q con resistencia a la proteína C activada y con antecedentes médicos de hipotiroidismo, enfermedad de Raynaud y esclerodermia con afectación pulmonar. Intervenido de urgencia por neoplasia de colon ascendente que debutó como cuadro obstructivo, por lo que se realizó una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-transversa. La histología y los estudios de extensión estadificaron la enfermedad como un carcinoma de células en anillo de sello, estadio III (pT3 pN2b M0). Posteriormente, se administró tratamiento quimioterápico adyuvante durante 6 meses. Recibió un total de 8 ciclos de esquema CAPOX (capecitabina oral cada 12 horas los primeros 14 días del ciclo, asociado con oxiliplatino intravenoso el día 1 de cada ciclo).

Tras 18 meses de la cirugía, el paciente consultó por dolor rectal, asociado a tenesmo y a un excesivo esfuerzo defecatorio. El examen físico reveló dolor en hipogastrio. En el tacto rectal se detectó una fuerte induración con estenosis concéntrica del tercio inferior de recto. En el estudio analítico se detectó una



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):50-55
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913440

elevación de la Creatinina y la Urea. Los marcadores tumorales examinados (CEA y Ca 19.9) fueron normales. La colonoscopia mostró una estenosis de la luz rectal desde el canal anal hasta 10 cm del margen anal (Figura 1).



Figura 1. Mucosa engrosada en empedrado, de aspecto inflamatorio

La histología de la mucosa rectal descartó displasia epitelial y no evidenció infiltración tumoral. La TC toraco-abdominal identificó un engrosamiento circunferencial de la pared del tercio medio e inferior de recto y del triángulo vesical que ocasionaba una hidronefrosis bilateral (Figura 2 A, B y C).



Figura 2. A: Dilatación pielocalicial bilateral, más llamativa en el lado izquierdo (estrella amarilla). B: Aumento de reticulación, con edema del espacio perirrenal. C: Aumento de reticulación, con edema del espacio perirrenal.



izquierdo (flecha roja). C: Engrosamiento parietal circunferencial del tercio medio e inferior de recto (flecha verde) y del triángulo vesical (flecha azul).

La RNM pélvica identificó un engrosamiento difuso de la pared del tercio medio e inferior rectal a expensas de la submucosa (Figura 3 A y B).

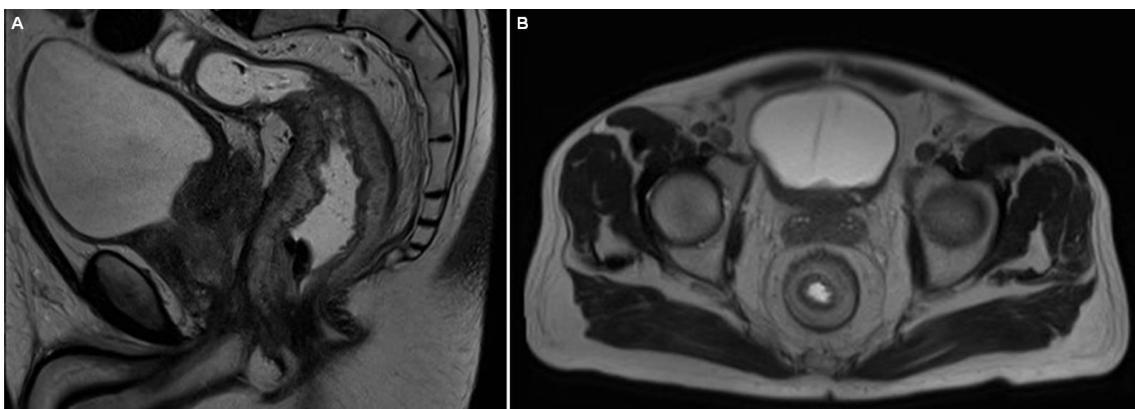


Figura 3. A y B: engrosamiento de pared rectal de 80 mm de longitud, hasta el plano del puborrectal sin extensión al canal anal

En el comité multidisciplinar se decidió realizar una nefrostomía percutánea izquierda, una biopsia quirúrgica de espesor completo de la pared rectal y una cistoscopia. En la histología de la pared rectal se identificó un epitelio mucoso conservado y, en la submucosa, un adenocarcinoma bien diferenciado con células en anillo de sello. Por otro lado, en la cistoscopia, se apreciaron formaciones bullosas en el suelo y el triángulo vesical, con un fondo macizo, que se resecaron parcialmente. Su estudio anatomopatológico fue compatible con adenocarcinoma mucinoso sugestivo de origen colónico. Se estableció el diagnóstico de linitis rectal secundaria con infiltración de vejiga. El paciente comenzó con quimioterapia paliativa y, un mes después del inicio del tratamiento, precisó una paracentesis evacuadora por ascitis carcinomatosa. Actualmente, tras dos meses de tratamiento, el paciente presenta una mejoría de los síntomas rectales y la enfermedad oncológica se encuentra estable.



DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) continúa siendo el tercer cáncer más común en hombres y el segundo más frecuente en mujeres¹. Representa una de las principales causas de muerte relacionadas con el cáncer, principalmente en los países industrializados. Los lugares más comunes de aparición de metástasis a distancia del CCR son el hígado, seguido del pulmón, el hueso y el cerebro². El CCR rara vez metastatiza en la pared intestinal. Los tumores que con mayor frecuencia hacen metástasis en el tracto gastrointestinal incluyen mama, pulmón, hígado y melanoma³. Las metástasis intestinales pueden desarrollarse debido a diferentes mecanismos, como la diseminación hematógena, la diseminación linfática o la invasión a través del líquido peritoneal⁴.

La linitis plástica (LP) se caracteriza por la infiltración difusa de las capas submucosa y muscular de un órgano hueco con células cancerosas, lo que produce un engrosamiento de la pared que hace que el órgano sea inelástico y rígido⁵. Aunque el estómago es el lugar más común de LP, que representa el 99% de estas lesiones, el colon también puede estar involucrado, tanto como una lesión primaria o metastásica. En concreto, la LP de recto es una forma de presentación poco común del CCR, con una incidencia reportada de menos del 0,1% y suele presentarse con mayor frecuencia como una afectación metastásica³⁻⁶.

La clínica que produce la LP rectal es silente hasta estadios avanzados⁷. Los síntomas son inespecíficos, pero podemos destacar dolor, tenesmo y estreñimiento. En el examen rectal se suele apreciar una estenosis concéntrica, larga y de consistencia dura. Los hallazgos endoscópicos incluyen un estrechamiento luminal, con pliegues indurados y una mucosa que presenta un aspecto en empedrado. Las ulceraciones mucosas solo están presentes en



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):50-55
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913440

casos avanzados⁵. La TC y RNM pélvica muestran una estenosis anular y concéntrica de la pared rectal con un engrosamiento circunferencial, que afecta predominantemente a la submucosa. El diagnóstico definitivo se establece mediante un estudio histológico. Es importante mencionar que las biopsias de mucosa rara vez son concluyentes puesto que la afectación tumoral es a nivel de la submucosa y la muscular propia⁵. La aspiración con aguja fina guiada por ultrasonidos puede ser una opción para conseguir una muestra histológica; sin embargo, la sensibilidad y la precisión del método son bajas⁸⁻⁹. Por estos motivos, las biopsias quirúrgicas pueden ser necesarias para conseguir muestras de tejido de capas profundas de la pared rectal.

El manejo clínico de esta entidad no está bien establecido y dependerá de los síntomas y el estadio de la enfermedad. Entre las diferentes opciones de tratamiento se encuentran la radioterapia y la quimioterapia. La cirugía se suele reservar para el tratamiento de las complicaciones, como la obstrucción intestinal³⁻⁷. En la mayoría de los casos, el pronóstico es malo debido al diagnóstico tardío y la ausencia de un tratamiento efectivo⁵. Por estos motivos, una supervivencia de más de 12 meses es extremadamente inusual¹⁰.

En general, las metástasis en la pared del tracto gastrointestinal son poco frecuentes; sin embargo, el recto debe considerarse como un sitio potencial de LP secundaria y se debe sospechar esta entidad en pacientes con antecedentes de cáncer que presenten síntomas digestivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, [Eser S](#), [Mathers C](#), [Rebelo M](#), et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136: E359-86.



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(1):50-55
https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201913440

2. He XK, Wu W, Ding YE, Li Y, Sun LM, Si J. Different Anatomical Subsites of Colon Cancer and Mortality: A Population-Based Study. *Gastroenterol Res Pract* 2018; 7153685.
3. Venturini F, Gambi V, Di Lernia S, Vanzulli M, Bramerio M, Bencardino K, et al. Linitis plastica of the rectum as a clinical presentation of metastatic lobular carcinoma of the breast. *J Clin Oncol* 2016; 34: 54–6.
4. [Caramella E](#), [Bruneton JN](#), [Roux P](#), [Aubanel D](#), [Lecomte P](#). Metastases of the digestive tract. Report of 77 cases and review of the literature. *Eur J Radiol* 1983; 3: 331-8.
5. Katsinelos P, Papaziogas B, [Chatzimavroudis G](#), [Katsinelos T](#), [Dimou E](#), [Atmatzidis S](#), et al. Secondary rectal linitis plastica as first manifestation of urinary bladder carcinoma. *Ann Gastroenterol* 2012; 25: 173-175.
6. Oliver TW Jr, Somogyi J, Gaffney EF. Primary linitis plastica of the rectum. *ARJ Am J Roentgenol* 1983; 140: 79-80.
7. Ruiz S, Viladés C, Larios M, Luisa Díaz M. Gastric and rectal linitis plastica presented as metastatic breast ductal carcinoma. *Med Clin* 2009; 132: 39-40.
8. Levy MJ, Jondal ML, Clain J, Wiersema MJ. Preliminary experience with an EUS-guided trucut biopsy needle compared with EUS-guided FNA. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 101–106.
9. Wittmann J, Kocjan G, Sgouros SN, Deheraqoda M, Pereira SP. Endoscopic ultrasound-guided tissue sampling by combined fine needle aspiration and trucut needle biopsy: a prospective study. *Cytopathology* 2006; 17: 27–33.
10. Barabino G, Miggiño M, Cuilleron M, Abboud K, Phelip JM, Porcheron J. Rectal linitis. *Surgery* 2013; 154: 641–2.