

Masa rectal como manifestación metastásica de un cáncer de próstata: reporte de un caso

Rectal Mass as a Metastatic Manifestation of Prostate Cancer: Case Report

David Galeano-Baquero,^{1*} Freddy Ávila-Almanza,² Paola Roa-Ballestas.³

ACCESO ABIERTO

Citación:

Galeano-Baquero D, Ávila-Almanza F, Roa-Ballestas P. Masa rectal como manifestación metastásica de un cáncer de próstata: reporte de un caso. *Revista colomb. Gastroenterol.* 2025;40(2):224-227. <https://doi.org/10.22516/25007440.1237>

¹ Residente de Medicina Interna, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

² Médico Internista Gastroenterólogo, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

³ Médica gastroenteróloga, Hospital Universitario San Ignacio, Clínica de Marly, Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: David Galeano-Baquero. df_galeano@javeriana.edu.co

Fecha recibido: 13/06/2024

Fecha aceptado: 05/11/2024



Resumen

El adenocarcinoma de próstata es la neoplasia más frecuente en hombres; sin embargo, su mortalidad no se encuentra entre las cuatro primeras causas de muerte por cáncer en esta población. Las metástasis más comunes ocurren en hueso, hígado y pulmón, siendo infrecuente el compromiso de órganos contiguos como el colon o el recto. No obstante, cuando se presenta invasión local hacia el tracto gastrointestinal, esta suele asociarse a un peor pronóstico, por lo que resulta fundamental reconocer oportunamente los síntomas y considerar esta posibilidad como diagnóstico diferencial ante lesiones sugestivas de neoplasia en estudios como la colonoscopia. Se presenta el caso de un paciente masculino de 70 años con antecedente de adenocarcinoma de próstata con una puntuación de Gleason de 4+4, quien fue tratado inicialmente con radioterapia y hormonoterapia. Años después, consultó por un cuadro de obstrucción intestinal. Los estudios de imagen evidenciaron una masa rectal infiltrativa, cuya biopsia confirmó metástasis prostática. A pesar de recibir manejo dirigido, el paciente falleció debido a complicaciones infecciosas seis años después del diagnóstico inicial.

Palabras clave

Neoplasia intraepitelial prostática, metástasis de la neoplasia, neoplasias del recto.

Abstract

Prostate adenocarcinoma is the most common malignancy in men; however, its mortality does not rank among the top four causes of cancer-related death in this population. The most frequent metastatic sites are bone, liver, and lungs, while involvement of adjacent organs such as the colon or rectum is rare. Nevertheless, when local invasion into the gastrointestinal tract occurs, it is usually associated with a poorer prognosis. Therefore, it is essential to promptly recognize symptoms and consider this possibility as a differential diagnosis when encountering neoplastic-appearing lesions during procedures such as colonoscopy. We present the case of a 70-year-old man with a history of Gleason 4+4 prostate adenocarcinoma, initially treated with radiotherapy and hormone therapy. Years later, he presented with intestinal obstruction, and an infiltrative rectal mass was identified. Biopsy confirmed prostatic metastasis. Despite receiving targeted treatment, the patient died from infectious complications six years after the initial diagnosis.

Keywords

Prostatic intraepithelial neoplasia, neoplasm metastasis, neoplasms of the rectum.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de próstata (AP) es una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial: este es el cáncer con

mayor incidencia entre la población masculina y el quinto más mortal en esta población, con una tasa de aproximadamente 29,4 casos por cada 100.000 hombres⁽¹⁾. Tiene especial importancia en el contexto global, en el cual las tasas

de cáncer vienen en aumento, y esto se asocia a una mayor expectativa de vida en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Este tipo de cáncer es altamente metastásico al hueso, pulmón e hígado, mientras que la metástasis al recto es relativamente infrecuente⁽²⁾, por lo cual contamos con poca evidencia respecto al pronóstico, manejo e incluso manifestaciones asociadas a esta entidad.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se trata de un paciente masculino de 70 años con antecedente de hipertensión arterial, a quien se le diagnosticó un adenocarcinoma de próstata en 2018, con un puntaje de Gleason 4 + 4, por lo que se inició el manejo con linfadenectomía pélvica y 40 sesiones de radioterapia, asociado a goserelina durante 1 año. Se suspendió el seguimiento debido a la pandemia por coronavirus de 2019 (COVID-19), por lo que en 2021 inició nuevamente los controles. Se realizaron paraclínicos que evidenciaron recaída bioquímica, por lo que se indicó el bloqueo con abiraterona más leuprolida; sin embargo, al año siguiente en imágenes de control presentó una progresión local, por lo que se le realizó una orquiectomía bilateral más resección transuretral de próstata.

Ingresó al año siguiente a nuestra institución (2023) por una obstrucción intestinal; dentro de los estudios se realizó una resonancia magnética (RNM) de pelvis con gadolinio que evidenció una masa con centro necrótico en la próstata, la cual invadió el piso vesical, las vesículas seminales y el recto medio e inferior, lo que condicionó una obstrucción parcial del intestino grueso (**Figuras 1 y 2**), por lo que se decidió realizar una colonoscopia con el objeto de deter-

minar el nivel de compromiso y la toma de muestras para histopatología. Los hallazgos endoscópicos evidenciaron una lesión de aspecto infiltrado friable que comprometió de manera circunferencial el recto distal y generó estenosis de la luz que no permitió el paso del equipo (**Figura 3**). El estudio histopatológico evidenció un adenocarcinoma de próstata, el cual descartó el diagnóstico de segundo primario sospechado. Fue llevado a colostomía derivativa y se indicó el manejo paliativo con terapia sistémica. El paciente falleció 6 años después del diagnóstico inicial por complicaciones infecciosas.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de próstata es la neoplasia más frecuente en hombres tanto en Colombia como en el mundo; pese a esto, su mortalidad no es tan alta comparada con otras neoplasias menos frecuentes⁽¹⁾. Esta neoplasia puede generar compromiso local en órganos cercanos, como la vejiga, uréteres, ganglios linfáticos cercanos y huesos. En los casos reportados a nivel mundial se ha descrito compromiso metastásico infrecuente en órganos como el esófago, el estómago, el hígado, el pene y el cerebro⁽³⁾. Al igual que el resto de órganos mencionados, el compromiso rectal del adenocarcinoma de próstata es poco frecuente y, según lo reportado por la literatura, cuando se presenta es un factor de mal pronóstico⁽⁴⁾. A pesar de la cercanía de la próstata con el recto, es poco frecuente que este tumor tenga infiltración debido a que anatómicamente existe la fascia intraprostática (fascia de Denonvilliers), la cual actúa como barrera⁽⁵⁾.

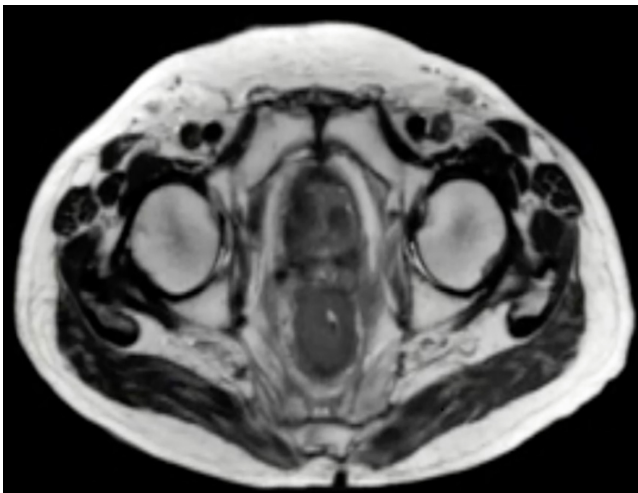


Figura 1. Resonancia magnética pélvica en T2 donde se evidencia un engrosamiento concéntrico de las paredes rectales. Imagen propiedad de los autores.

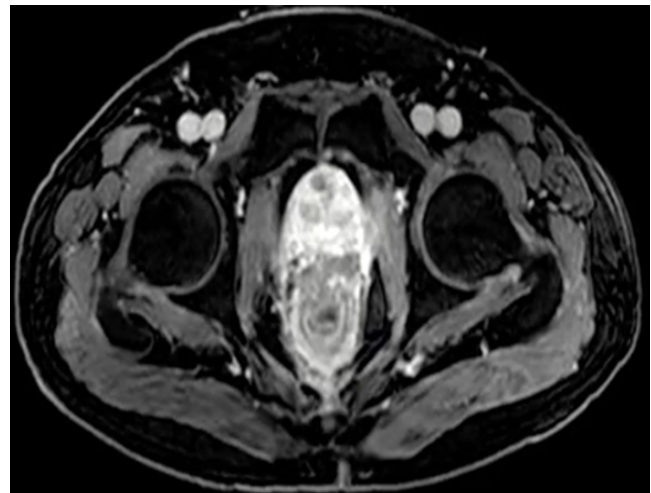


Figura 2. Resonancia magnética con gadolinio que evidencia el engrosamiento concéntrico de la pared rectal con compromiso de la serosa anterior. Imagen propiedad de los autores.

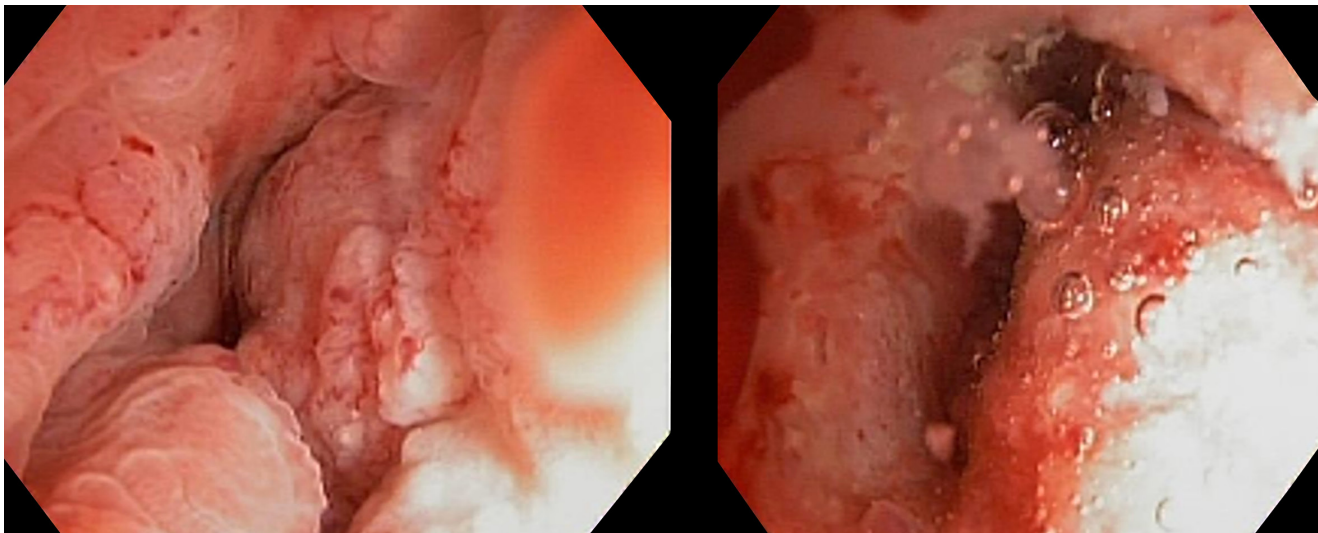


Figura 3. Se observa una lesión a nivel del recto de aspecto infiltrado friable que genera estenosis de la luz. Imágenes propiedad de los autores.

Las teorías implicadas se podrían explicar por tres mecanismos principales. El primero es la infiltración directa de la fascia mencionada, la segunda es por el drenaje de los ganglios linfáticos pélvicos que reciben drenaje de la glándula prostática y a su vez del recto, y la tercera puede ser por siembras de células cancerosas del tejido perirrectal durante la realización de la biopsia de próstata⁽⁵⁾. Los síntomas no son específicos, por lo que muchas veces se puede pensar inicialmente en otras entidades, como el adenocarcinoma de recto (hematoquecia, obstrucción intestinal) o la proctitis por radiación⁽⁶⁾. En nuestro caso se presentó como una obstrucción intestinal que se evaluó con imágenes, de manera endoscópica e histopatológica.

Es importante mencionar que los hallazgos endoscópicos de esta entidad no son típicos y, por tanto, pueden confundirse con una neoplasia primaria de colon, que lo llevaría rápidamente a manejo quirúrgico. Es importante diferenciar entre estas dos entidades debido a que el tratamiento será completamente diferente entre un caso y

otro. El tratamiento para una patología tumoral de recto es la radioquimioterapia, en algunos casos con esquema TNT, y para una patología tumoral de próstata se encuentran los tratamientos hormonales, quimioterápicos o quirúrgicos, según la presentación de la enfermedad⁽⁷⁾. Adicionalmente, podría servir como base para buscar lesiones secundarias y tener un pronóstico más preciso para los pacientes.

CONCLUSIÓN

En pacientes con neoplasia de próstata avanzada es importante pensar en compromiso metastásico del recto cuando se presentan síntomas a nivel rectal. En caso de evidencia de lesiones endoscópicamente visibles, es importante la toma de biopsias para confirmar el diagnóstico o la búsqueda de diagnósticos diferenciales. La confirmación de estas metástasis confiere un factor de mal pronóstico, lo que puede ayudar a definir el enfoque del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Global Cancer Observatory - Cancer Today. Age-Standardized Rate (World) per 100 000, Incidence, Males, in 2022. Colombia (Top 15 cancer sites). IARC, 2024 [consultado el 15 de mayo de 2024]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0&mode=cancer&group_](https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0&mode=cancer&group_populations=1&sort_by=value0&sexes=1&populations=170)
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration; Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups,

- 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol.* 2017;3(4):524-548.
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2016.5688>
3. Kabeer MA, Lloyd-Davies E, Maskell G, Hohle R, Mathew J. Metastatic prostate cancer masquerading clinically and radiologically as a primary caecal carcinoma. *World J Surg Oncol.* 2007;5:2.
<https://doi.org/10.1186/1477-7819-5-2>
 4. Lane Z, Epstein JI, Ayub S, Netto GJ. Prostatic adenocarcinoma in colorectal biopsy: clinical and pathologic features. *Hum Pathol.* 2008;39(4):543-9.
<https://doi.org/10.1016/j.humpath.2007.08.011>
 5. Almujarkesh MK, Ismayl M, Ismayl A, Alsayid M, Hiba MR. Large Bowel Obstruction Caused by Metastatic Prostate Cancer: A Case Report. *Avicenna J Med.* 2021;11(4):217-220.
<https://doi.org/10.1055/s-0041-1736543>
 6. Bowrey DJ, Otter MI, Billings PJ. Rectal infiltration by prostatic adenocarcinoma: report on six patients and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl.* 2003;85(6):382-5.
<https://doi.org/10.1308/003588403322520726>
 7. Sui X, Fu JX, Wang XJ. Prostate Cancer Invading the Rectum Misdiagnosed as Rectal Cancer. *Am J Med Sci.* 2021;361(2):e17-e18.
<https://doi.org/10.1016/j.amjms.2020.08.006>