



P-132 - CARCINOMA EPIDERMOIDE PRIMARIO DE RECTO

A. Sánchez Pérez, J. Castañer Ramón-Llin, A. Lage Laredo, M.I. Navarro García, E. Romera Barba, F.J. Espinosa, S. Gálvez Pastor, M.B. Agea Jiménez, M.M. Carrasco Prats, J.A. García Marcilla y J.L. Vázquez Rojas

Hospital Universitario Santa Lucía.

Resumen

Introducción: Más del 90% de cánceres colorectales son adenocarcinomas y la mayoría de los restantes son sarcomas, linfomas, y tumores neuroendocrinos. Los carcinomas epidermoides o escamosos son raros. El carcinoma escamoso primario de recto es una entidad distinta al carcinoma escamoso anal que se origina en la unión anorectal. Estos tumores se presentan clínicamente de manera similar al adenocarcinoma colorectal y tienen una historia natural muy parecida, aunque la causa y patogénesis no están bien establecidas.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 37 años que consulta por rectorragias y estreñimiento. La exploración abdominal y el tacto rectal fueron normales. La colonoscopia evidenció una tumoración estenosante a 14 cm del margen anal que no permitía el paso del colonoscopio. Las biopsias mostraron una mucosa normal con fragmentos superficiales con displasia intensa/adenocarcinoma intraepitelial. En la colonoTC y RMN de recto se observó una tumoración de rectosigma de 12 cm de largo que infiltraba útero en su cara posterior, además de numerosas adenopatías mesorrectales sospechosas de afectación neoplásica. La paciente recibe ciclo largo de radioterapia y Capecitabina como tratamiento neoadyuvante y se interviene a las 8 semanas de finalizar el mismo, realizándole una resección anterior baja de recto e histerectomía en bloque. La anatomía patológica definitiva reveló que se trataba de un carcinoma infiltrante de tipo epidermoide de bajo grado con áreas de adenocarcinoma intraepitelial, con mínima respuesta al tratamiento y sin afectación de ninguna de las 15 adenopatías estudiadas (pT4aN0).

Discusión: Schmidtman fue el primero en describir el carcinoma epidermoide de recto en 1919, desde entonces se han reportado muy pocos casos a la literatura. Su incidencia es de 0,25 a 1 por cada 100.000 neoplasias colorrectales. Se han propuesto varias hipótesis para explicar su histogénesis como lo son las células pluripotenciales con capacidad de diferenciación multidireccional, como ocurre en el esófago, el pulmón o el endometrio; proliferación de las células basales de reserva como resultado de un daño recurrente al epitelio glandular, metaplasia escamosa del epitelio glandular por estímulos que producen irritación crónica, como la radiación, la colitis ulcerosa o la infección por el virus del papiloma o diferenciación escamosa de adenoma y de adenocarcinomas basadas en el hecho de encontrar áreas de diferenciación epitelial en un pequeño porcentaje de estos tumores; esta última hipótesis podría explicar que en nuestro caso se hallaran áreas de adenocarcinoma en el estudio de la pieza. Siempre hay que descartar que estos tumores sean metástasis de carcinoma epidermoide en otra localización. El tratamiento es quirúrgico y el

papel del tratamiento neoadyuvante aún no está muy claro.