

## CASO CLINICO : 2020 / 0003

### Titulo:

Adenocarcinoma Mucinoso Invasor de Colon en Pediatría: Presentación de Caso Clínico

### Tipo de trabajo:

CASO CLINICO

### Introducción:

El cáncer colorrectal es un tumor de adultos mayores. Es extremadamente infrecuente en niños y adolescentes; la incidencia aproximada es de 1 en 1 000 000 entre los menores de 20 años, y son excepcionales los reportes en niños por debajo de los de 10 años de vida.

Varios factores etiológicos han sido descritos, como la predisposición familiar, exposiciones ambientales y trastornos inflamatorios del tracto gastrointestinal. Los síndromes hereditarios asociados a mayor predisposición al carcinoma colorrectal son la poliposis adenomatosa familiar y el cáncer colorrectal hereditario no polipósico.

El cuadro clínico de presentación puede incluir anemia, dolor abdominal, presencia de sangrado rectal, pérdida de peso y cambios en los hábitos evacuatorios.

Dentro de los estudios para estadificación de localización y extensión tumoral al momento del diagnóstico, se incluyen habitualmente la TAC de abdomen y pelvis, tomografía por emisión de positrones (PET) y radiografía de tórax. Además, son conocidos como factores independientes que inciden sobre el pronóstico el valor del CA 125 y el tipo histológico (el tumor mucinoso de células en anillo de sellos es de pronóstico adverso). Dada su baja incidencia en pediatría, el diagnóstico, generalmente, es tardío, lo que contribuye a la progresión inadvertida de la enfermedad y al peor pronóstico.

### Objetivos:

Fomentar el conocimiento de las características clínicas del paciente con adenocarcinoma de colon en la edad pediátrica

### Material y Métodos:

Reportamos el caso de una adolescente femenina de 14 años, con antecedente de bisabuelo paterno y bisabuelos maternos fallecidos con cáncer de colon, quien inicia hace 17 meses aproximadamente padecimiento actual con pérdida de peso de 14kg, adinamia, hiporexia y somnolencia. Acude a recibir atención médica, se diagnostica anémica microcítica hipocromica y se trata con hierro oral, al no observarse respuesta se inicia tratamiento con hierro intramuscular por seis aplicaciones con mejoría del cuadro y recayendo nuevamente con hemoglobina baja.

En Abril 2015 presenta dolor de la extremidad inferior derecha, se reporta en radiografía de huesos largos lesión ósea en tercio inferior del fémur derecho compatible con quiste óseo aneurismático.

En Febrero 2016 se agrega dolor abdominal difuso en mesogastrio (periumbilical) con irradiación hacia el flanco y fosa iliaca derecha. Se trata con Omeprazol con diagnóstico de úlcera gástrica, presenta mejoría del dolor.

En Abril 2016 presenta evacuaciones con estrías sanguinolentas, aumentando la presencia del sangrado las siguientes dos semanas. Por este motivo se le realiza colonoscopia en la cual se reporta una masa a 3cm del margen anal. Se realiza biopsia con resultado histopatológico de adenocarcinoma invasor mucinoso con células en anillo de sello.

Exploración Física: Abdomen doloroso a la palpación superficial en flanco y fosa iliaca izquierda con irradiación hacia hipogastrio y fosa iliaca derecha. Tacto rectal con masa palpable a 3cm del margen anal, dura, fija y dolorosa. Ano sin presencia de fisuras.

Colonoscopia: A nivel del recto a 3cm del margen anal se encontró una lesión infiltrativa ulcerada, friable, exofítica que causa obstrucción aproximadamente del 85-90% de la luz rectal, abundantes restos fecales.

## Carteles Zoquipan 2018

Reporte histopatológico: Adenocarcinoma invasor mucinoso con células en anillo de sello.

Imagen tomografía de abdomen computarizada: Asas intestinales con abundante residuo en gran parte de las asas de predominio derecho que condicionan un patrón suboclusivo.

Radiografía postero-anterior y lateral de tórax: Negativo para metástasis pulmonar

Resonancia Magnética de tórax: Sin presencia de masa/ metástasis pulmonar.

Gamagrama Óseo Tc99: Negativo para patología ósea metastásica.

Paraclínicos al ingreso: Hemoglobina 9.3gr/dl, hematocrito 30.2% plaquetas 392,000 Leucocitos 8.92 Neutrófilos 6.19 (69.5%) Linfocitos 1.76 (19.7%) DHL 108 U/l. Ca 19.9 28.80 CEA 1.43ng/dl.Ca 125 11.89U/ml

Se le administraron 18 ciclos de quimioterapia a base de quimioterapia 5-fluoracilo (500mg intravenoso) y ácido folínico (25mg intravenoso), además de 18 sesiones de radioterapia.

Se realiza exenteración pélvica posterior y colostomía.

### Resultados:

no aplica para caso clínico

### Conclusiones:

- El carcinoma de colon podría ser fácilmente mal diagnosticado resultando en un diagnóstico muy tardío en etapas avanzadas lo cual repercute directamente en el pronóstico del paciente
- Es relevante destacar el conocimiento de los antecedentes heredofamiliares ya que eso nos podría ayudar a pensar en este diagnóstico.
- Es importante que tengamos un alto nivel de conciencia de este tipo de tumor para así lograr un diagnóstico temprano en la edad pediátrica.