

# ÚLCERA RECTAL PENETRADA POSTRATAMIENTO RADIOTERÁPICO

A.M. Moreno-García, I.M. Méndez-Sánchez, C. González-López, M.C. Carmen López-Vega,  
A.M. Sánchez-Cantos

Servicio Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.

## Resumen

La proctitis rádica o actínica, es una complicación que aparece en pacientes con enfermedades pélvicas neoplásicas, que han sido sometidos o aún están en tratamiento con radioterapia.

Su incidencia es difícil de estimar, aunque se calcula que cuando se usa una fuente de radiación externa, su incidencia oscila entre un 2-16% y si se emplea braquiterapia esta oscila entre el 8-13%.

Exponemos el caso de una mujer de 46 años, tratada de un carcinoma de cérvix, inicialmente con quimioterapia y radioterapia externa con posterior braquiterapia. Es valorada en nuestro servicio por proctalgiya, diagnosticándose de una proctitis rádica, iniciándose tratamiento médico con escasa respuesta. En la evolución, se objetiva una gran solución de continuidad en la pared rectal que precisa de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Proctitis, radioterapia, úlcera rectal, proctitis rádica, proctitis actínica.

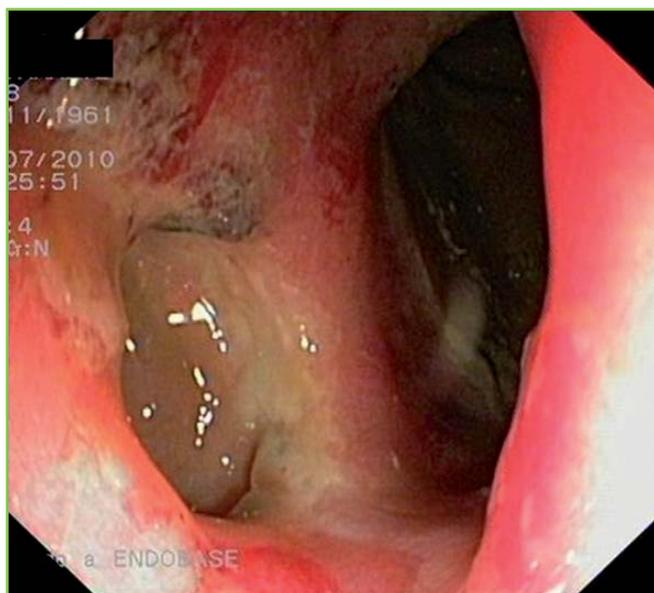
## Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 46 años, con historia previa de carcinoma de cérvix estadio II, sometido a tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia externa con

braquiterapia posterior, con remisión de la enfermedad. Es remitida a nuestras consultas, por presentar intensa proctalgiya postdefectoria y rectorragia de sangre roja. En el tacto rectal no se apreciaban fisuras ni hemorroides, con un esfínter anal hipertónico, sin palpar masas en ampolla rectal, pero manchando el dedil de sangre roja. Se indica colonoscopia, apreciando una mucosa rectal eritematosa, edematosa, friable al roce, con pérdida del patrón vascular normal y alguna erosión superficial fibrinada compatible con proctitis actínica, resto de mucosa colónica sin alteraciones. En la biopsia, se describe intenso infiltrado linfoplasmocitario a nivel de la lamina propia y fibrosis de la misma, compatible con proctitis actínica. Ante los hallazgos, se prescriben supositorios de mesalazina 500mg cada 12 horas. Pese al tratamiento, existe empeoramiento del cuadro clínico con dolor anal invalidante, que causa miedo a la defecación en la paciente. Por este motivo, se solicita una rectosigmoidoscopia, que se realiza a las 8 semanas de la colonoscopia inicial, apareciendo una úlcera a unos 3 cm del margen anal en cara anterior, de unos 2 cm, fibrinada y medianamente profunda (**Figura 1**). La úlcera situada en línea pectina se observa muy profunda y penetrada, de fondo sucio, con abundantes esfacelos (**Figura 2**). Las biopsias destacan la ausencia de células neoplásicas y la presencia de infiltrado inflamatorio, con zonas de necrosis, compatible con borde de úlcera. La paciente es ingresada, iniciando tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam 4g-500mg/8h/IV y realizándole una RNM pélvica donde se identificaba una solución de continuidad en la cara anterior del margen anal (**Figura 3**) que continúa con una colección de aproximadamente 2x2.5 cm situada posterior a la vagina (**Figura 4**). Es valorada por Oncología y Ginecología que descartan recidiva de su carcinoma de cérvix. Posteriormente, tras valoración conjunta con el servicio de cirugía, es intervenida con realización de colostomía de derivación.

### CORRESPONDENCIA

Antonio M Moreno García  
Servicio Aparato Digestivo. Secretaría Endoscopias.  
Hospital Costa del Sol. Autovía A-7, Km 187.  
29603. Marbella (Málaga)  
Telf: 951976746  
antonio\_mmg@hotmail.com



**Figura 1**

Úlcera rectal de fondo fibrinado y mucosa circundante eritematosa.

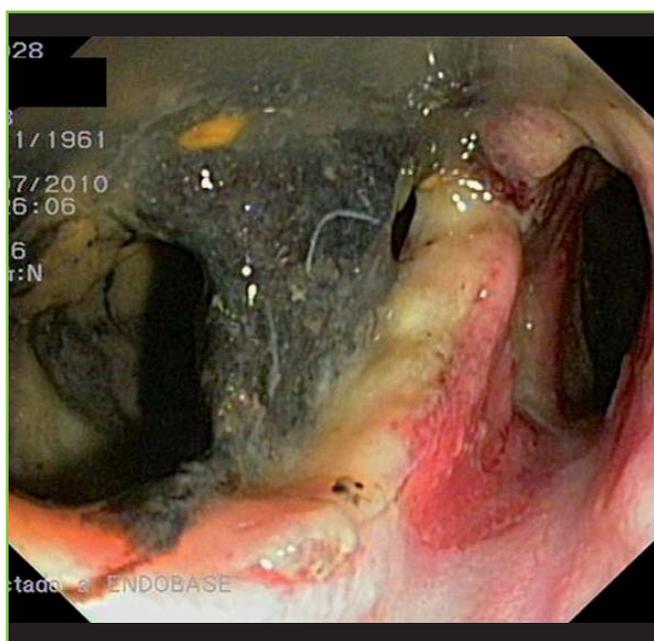
## Comentarios

El recto es el segmento intestinal que más frecuentemente se lesiona tras la radioterapia pélvica, debido a su proximidad a los órganos pélvicos radiados<sup>1,2</sup>.

La proctitis rádica, se define como el daño del recto o rectosigma, secundario al empleo de radiaciones ionizantes en el tratamiento de neoplasias de los órganos pélvicos adyacentes<sup>2</sup>. Podemos dividir en dos grupos<sup>3</sup>:

- Proctitis rádicas agudas, que son aquellas que ocurren durante y hasta las 6 semanas de haber concluido el tratamiento. Su incidencia se calcula en torno a un 30% de los pacientes. Los síntomas clínicos incluyen diarrea, urgencia y tenesmo, generalmente sin sangrado rectal. No suelen presentar problemas en su manejo médico, la mayoría de efectos agudos son reversibles y se resuelven espontáneamente en dos a seis meses y tan solo requieren tratamiento sintomático como el empleo de suplementos de fibra, antidiarreicos y tratamiento tópico con 5-ASA.

- Proctitis rádicas crónicas; se definen como aquellas en que los síntomas agudos se manifiestan de forma continuada o debutan a partir de los 6-12 meses después de haber concluido el tratamiento radioterápico. Su incidencia real no se conoce con exactitud, pero según las distintas series, presenta una incidencia de entre 2-20% de los pacientes que reciben tratamiento radioterápico, en el contexto de una patología tumoral de la región pélvica<sup>3</sup>. Uno de los puntos más importantes es descartar una recidiva del tumor primario o aparición de una lesión neoplásica secundaria a la radiación. Para ello, debemos usar estudios radiológicos (TAC y/o RNM) y estudios endoscópicos, donde los hallazgos van desde las telangiectasias, edema y eritema mucosos, hasta la presencia de estenosis, fístulas y úlceras, como en nuestro caso. Respecto al manejo clínico, en las formas leves se usan medidas generales como en las formas agudas, asociadas a otras de tratamiento específico. En el control de estas formas leves, se emplean numerosas terapias que van desde el uso de 5-ASA tópico en enema o supositorios, enemas de sucralfato, enemas de corticoides, electrofulguración endoscópica con Argon-Beam, tratamiento con formalina tópica e incluso el uso de cámara hiperbárica<sup>2,5</sup>. En los casos refractarios o en aquellos con estenosis, ulceraciones profundas y fístulas, está indicado



**Figura 2**

A la derecha luz colónica. A la izquierda, gran solución de continuidad, que da paso a una cavidad anfractuosa.



**Figura 3**

Pérdida de la pared anterior rectal con tejido edematoso perirectal sin plano de separación con cara posterior de la vagina.



**Figura 4**

Solución de continuidad de la pared anterior del recto con colección situada en la pared posterior de la vagina.

el tratamiento quirúrgico. La técnica quirúrgica de elección, según la mayoría de los autores, consiste en una colostomía de descarga; ya que la cirugía de un recto sobre un campo quirúrgico irradiado presenta una alta morbilidad que oscila entre 12% al 65% y una mortalidad de hasta el 13% según las series<sup>6</sup>. En nuestro caso, dada la expresividad de las lesiones tanto en la endoscopia como en las técnicas de imagen, se optó de forma consensuada con el servicio de cirugía, por la colostomía de descarga, con buena evolución posterior de la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Swaroop VS, Gostout CJ. Endoscopic treatment of chronic radiation proctopathy. *J Clin Gastroenterol* 1998; 27(1): 36-40.
- 2) O'Brien PC. Radiation injury of the rectum. *RadiotherOncol* 2001;60(1):1-14.
- 3) Hong J, Park W, Ehernpreis E. Review article: current therapeutic options for radiation proctopathy. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:1253-62.
- 4) Rotondano G, Bianco MA, Marmo R, Piscopo R, Cipolletta L. Long-term outcome of argon plasma coagulation therapy for bleeding caused by chronic radiation proctopathy. *Dig Liver Dis* 2003;11:806-10.
- 5) Latorre Sánchez M, Sempere García-Argüelles J, Barceló Cerdá S, Huguet Malavés JM, Canelles Gamir P, Quiles Teodoro F, et al. Valoración de la respuesta endoscópica al tratamiento con argón plasma en la rectitis actínica crónica. *Rev Esp Enferm Dig* 2008;10: 619-24.
- 6) Reis ED, Vine AJ, Heimann T. Radiation damage to the rectum and anus: pathophysiology, clinical features and surgical implications. *Colorectal Dis* 2002;4(1):2-12.