

Reporte de Casos

Cáncer sincrónico: próstata y recto, un hallazgo desafortunado. Reporte de un caso

Synchronic cancer: prostate and rectum cancer, an unfortunate finding, case report

BONILLA-SALAS, YOJHAN¹; BUSTAMANTE-DOMADOR, LISSETH¹; DAZA-HERNÁNDEZ, REINA¹; PEREIRA-PAREDES, MARIANGELA¹

¹Universidad de los Andes. Táchira, Venezuela.

Autor de correspondencia
reinasdazah@gmail.com

Fecha de recepción

15/06/2026

Fecha de aceptación

14/08/2026

Fecha de publicación

25/09/2026

Autor

Bonilla, Yojhan
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6607-8519>

Bustamante, Lisseth
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5864-9363>

Daza, Reina
Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4858-7070>

Pereira, Mariangela
Médico cirujano, residente del Postgrado de gastroenterología del Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal Dr. Luis E Anderson, Universidad de Los Andes, extensión Táchira.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3064-9162>

Citación:

Bonilla-Salas, Y., Bustamante-Domador, L., Daza-Hernández, R., Pereira-Paredes, M. (2026). Cáncer sincrónico: próstata y recto, un hallazgo desafortunado. Reporte de un caso. *GICOS*, 11(3), 312-323



RESUMEN

El cáncer sincrónico es una segunda neoplasia primaria que se presenta al mismo tiempo o hasta 6 meses después del diagnóstico del primer cáncer. El cáncer de recto es una de las neoplasias con mayor tasa de morbilidad y mortalidad en Venezuela, describiendo sus principales focos de metástasis hacia el hígado, pulmón o cerebro. Por otra parte, el cáncer de próstata representa el primer lugar de mortalidad por cáncer en Venezuela, resaltando los huesos y sistema linfático como sus principales sitios de metástasis. Se describe el caso de masculino de 74 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma acinar prostático Gleason 7, de tres meses de evolución, sin tratamiento, quien presenta cambios en el patrón evacuatorio y pérdida de peso de 18 kilos. Al examen físico, reporta en el tacto rectal, próstata indurada, disminución de la luz rectal, no doloroso, dedil de guante positivo (trazas de sangre). Debido a sintomatología, se realiza tomografía computarizada toraco-abdomino-pélvica, evidenciando engrosamiento concéntrico de sigmoides y recto superior, por lo que se decide realizar colonoscopia, la cual reporta cáncer avanzado de recto medio-superior Borrmann III. Se indica toma de biopsia de recto, diagnosticando adenocarcinoma bien diferenciado de recto medio con estigmas de adenoma vellosos (cT3-N0-M0), siendo referido al servicio de cirugía oncológica.

A pesar de ser tipos de cáncer con alta incidencia, es infrecuente la metástasis de próstata a recto y/o la coexistencia de ambos de manera aislada, por lo que el presente caso, termina siendo un hallazgo desafortunado para el paciente, siendo este de interés médico.

Palabras clave: adenocarcinoma, cáncer sincrónico, próstata, recto

ABSTRACT

Synchronous cancer is a second primary neoplasm that occurs simultaneously or within 6 months of the diagnosis of the first cancer. Rectal cancer is one of the neoplasms with the highest morbidity and mortality rates in Venezuela, with its primary metastatic sites being the liver, lung, and brain. On the other hand, prostate cancer is the leading cause of cancer-related deaths in Venezuela, with bone and lymph nodes being the primary sites of metastasis. We describe the case of a 74-year-old male with a three-month history of Gleason 7 acinar adenocarcinoma of the prostate, without prior treatment, who presented with changes in bowel habits and an 18-kilogram weight loss. Physical examination revealed a hard prostate, decreased rectal lumen, no pain, and a positive fecal occult blood test. Due to these symptoms, a computed tomography scan of the chest, abdomen, and pelvis was performed, revealing concentric thickening of the sigmoid and upper rectum. Subsequently, a colonoscopy was performed, which reported advanced cancer of the mid-upper rectum, Borrmann III. A rectal biopsy was indicated, diagnosing well-differentiated adenocarcinoma of the mid-rectum with villous adenoma features (cT3-N0-M0), and the patient was referred to the oncology surgery service. Despite being highly prevalent cancer types, metastasis from the prostate to the rectum and/or the coexistence of both in isolation is uncommon. Therefore, the present case represents an unfortunate finding for the patient, making it of medical interest.

Keywords: adenocarcinoma, synchronous cancer, prostate, rectum

INTRODUCCIÓN

El cáncer surge cuando las células se dividen de forma descontrolada. Normalmente, se reproducen a través de división celular para crear nuevas poblaciones celulares. Al dañarse, mueren y son sustituidas por células nuevas. Sin embargo, las células cancerosas no respetan este proceso. En vez de morir y ser reemplazadas, se dividen sin límite, lo que lleva a la formación de masas llamadas tumores. Las neoplasias primarias múltiples se refieren a la presencia de dos o más tumores malignos independientes en un mismo paciente (Sociedad Americana contra el cáncer [ACS], 2018).

Se consideran sincrónicas si ambos tumores son detectados al mismo tiempo o dentro de los seis meses posteriores al diagnóstico del primer tumor. Si el segundo tumor aparece más de seis meses después, se clasifican como metacrónicas. Para ser consideradas neoplasias primarias múltiples, deben cumplir con tres criterios diagnósticos según Warren y Gates: cada tumor debe ser maligno según la histopatología, los tumores deben ser histológicamente diferentes y no deben ser metástasis (Val, 2024).

Epidemiológicamente, la incidencia estimada de cáncer sincrónico de próstata y recto de forma primaria y coexistente es extremadamente baja, representando entre el 0,5% y el 1,5% de todas las neoplasias primarias múltiples en varones de edad avanzada. Para el año 2019 en Estados Unidos las neoplasias más frecuentes fueron las de próstata, colon, recto y melanoma en los hombres, y en mujeres de mama, cuello uterino, colon y recto (Miller et al., 2019). Los tipos de cáncer más comunes en la población hispana son el colorrectal, el de pulmón, riñón, hígado y próstata en hombres, y el de mama, tiroides y cuello uterino en mujeres (ACS, 2018).

Desde 1921, se ha reconocido la presencia de neoplasias primarias múltiples, encontrándose un 4.7% de casos en 3000 pacientes con cáncer. Las características clínicas de estas neoplasias son variadas y, aunque tienen una baja incidencia, están aumentando debido a la mayor supervivencia de los pacientes oncológicos, el desarrollo de procedimientos médicos más avanzados y el aumento de la longevidad de la población. La incidencia de un segundo cáncer primario varía entre el 2.4% y el 17% (Flores, 2022).

El cáncer colorrectal es una enfermedad que se origina en la mucosa del colon y el recto. Tiene una progresión lenta y en las primeras etapas es asintomático. Últimamente, la incidencia de esta patología ha aumentado, convirtiéndose en el tercer cáncer más común en el mundo y el segundo con la tasa de mortalidad más alta (ACS, 2018). La propagación ocurre cuando las células neoplásicas crecen hacia la pared del recto o el colon a través de sus capas, también pueden crecer hacia los vasos sanguíneos o linfáticos y desde allí desplazarse a los ganglios linfáticos cercanos o a otras partes del cuerpo. Alteraciones en los genes APC, KRAS, TP53 y MLH1 están asociados con el cáncer colorrectal. También se asocian algunos síndromes hereditarios como el síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar que desarrolla pólipos en el colon y recto, los cuales pueden malignizarse (Fearon y Vogelstein, 1990).

El cuadro clínico se presenta con cambios en los hábitos evacuatorios, configuración de las heces, sensación de tenesmo, dolor abdominal, hematoquecia y/o rectorragia, pérdida de peso y anemia (Goldberg, 2000). En una

investigación llevada a cabo por la SVCP en los habitantes con cáncer de colon, recto y ano en Venezuela para el año 2019-2021 se determinó que el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma (89,8%), seguido por el cáncer de células escamosas o indiferenciado (2,2%), tumor neuroendocrino (1,5%), leiomioma (0,7%) y otros tipos histológicos (3,6%). La localización predominó en el recto inferior (48,17%), en recto medio (28,46%) y en recto superior (23,35 %) (Martínez et al., 2024))

El cáncer de próstata es el más común entre los hombres y el segundo más letal. La edad es el principal factor de riesgo, siendo común su hallazgo alrededor de los 66 años (Miller et al., 2019). A nivel molecular existe un locus de susceptibilidad localizado en el cromosoma 1, banda q24, también un cambio genético hereditario en el gen BRCA2 que aumenta el riesgo de padecerlo. La testosterona es un prerrequisito para su desarrollo, pues al elevarse, la transmisión de señales a través de la misma va a determinar su crecimiento, progresión e infiltración (Castro, 2022).

Polaquiuria, urgencia miccional, disminución del calibre miccional, tenesmo vesical, flujo urinario interrumpido, disuria, hematuria, impotencia sexual y pérdida de peso son algunos de sus síntomas. El pronóstico depende del estadio, que en 80% de casos presentan enfermedad localizada. Los factores clave de su estadificación y riesgo incluyen extensión del cáncer, puntuación de Gleason y niveles de PSA (Castro, 2022).

En Venezuela los últimos datos oficiales corresponden al año 2012, con 5758 casos y 2419 defunciones. (Savón, 2019). En cuanto al protocolo de manejo del cáncer de próstata se realiza una evaluación inicial que cuenta con una biopsia de próstata y el análisis de antígeno prostático específico (PSA). Posteriormente se realiza la estadificación que determina el alcance del cáncer mediante imágenes y biopsias adicionales. El tratamiento inicial consta de prostatectomía radical, que puede incluir la extirpación de ganglios linfáticos cercanos, radioterapia externa y/o braquiterapia, a menudo combinada con terapia hormonal, la cual va destinada a reducir los niveles de andrógenos que pueden estimular el crecimiento del cáncer (Siddiqui et al., 2013).

En cuanto al cáncer de recto, el diagnóstico mediante colonoscopia y biopsia del tumor y su respectiva estadificación, tratamiento con quimioterapia y la resección del tumor, que puede incluir una resección anterior baja (LAR), proctectomía con anastomosis coloanal o resección abdominoperineal (APR), dependiendo de la ubicación del cáncer. (Compton et al. 2000). El conocimiento de la presentación de un cáncer sincrónico, a pesar de ser un diagnóstico infrecuente, resulta de gran importancia para la práctica médica, ya que nunca se debe dar por sentado la existencia exclusiva de un tumor primario.

A su vez, es pertinente generar conciencia de la existencia y presentación de esta patología, ya que se cuenta con muy poca o nula documentación al respecto. Esta investigación tiene como objetivo documentar y analizar un desafortunado hallazgo donde, a pesar de las bajas posibilidades, un paciente masculino de 74 años tuvo el diagnóstico de dos cánceres aislados en menos de 6 meses, presentando así un cáncer sincrónico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta un estudio descriptivo, cualitativo, correspondiente al reporte de un caso clínico. La recolección de los datos clínicos, paraclínicos e imagenológicos se llevó a cabo mediante la revisión exhaustiva de la historia médica del paciente, los informes del servicio de Urología, Gastroenterología, Oncología Médica y Cirugía Oncológica, así como las piezas anatómicas e histopatológicas obtenidas en el Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal Dr. Luis E. Anderson y el Hospital Central de San Cristóbal.

El estudio del caso fue conducido en estricto apego a los principios éticos para la investigación médica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado y firmado por parte del paciente para la recolección de datos, uso de imágenes médicas no identificables y la publicación del reporte con fines exclusivamente académico-científicos. El protocolo del reporte de caso fue evaluado y aprobado formalmente por el Comité de Ética de la Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina de la Universidad de Los Andes Táchira.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 74 años de edad, natural de Caracas y procedente de San Cristóbal, donde previo consentimiento informado y aceptación de participación en el presente estudio, refiere antecedente de hiperplasia prostática maligna diagnosticado el 29/03/2023 (3 meses de evolución para la fecha) mediante ultrasonografía prostática con toma de biopsia, la cual reveló adenocarcinoma prostático acinar moderadamente diferenciado Gleason 7 (4+3), con evidencia de infiltración perineural, sin tratamiento. Sin otros antecedentes personales de importancia. Por otra parte, se resalta el hecho de madre fallecida por cáncer gástrico y padre fallecido por cáncer de próstata.

Paciente refiere inicio de enfermedad actual de 3 meses de evolución, caracterizado por cambio en la configuración de las heces, heces redondeadas pequeñas que progresan a heces acintadas muy finas, en poca cantidad acompañadas de rectorragia rojo rutilante-vinoso, sin coágulos serohemáticos, de leve a moderada cantidad. Posterior, un mes de evolución con evacuaciones líquidas mayor a 3 oportunidades diarias, concomitantemente pérdida de peso de 18 kilogramos en 3 meses. Motivo por el cual el servicio de urología decide referir al servicio de gastroenterología, donde previa valoración se decide su ingreso.

Paciente masculino en RsCsGs, hidratado, afebril al tacto, leve palidez cutaneomucosa, coloración blanca, uniforme, fina, con turgencia y movilidad disminuida, llenado capilar < 3 segundos, facie álgica y con buena higiene. Cráneo normocéfalo, simétrico, liso, sin deformidades ni puntos de dolor a la palpación. ORL sin alteraciones, mucosa oral lisa, rosada, húmeda, arcada dental completa, cuello móvil, erguido y simétrico en línea media, con rangos de movimiento conservados, sin adenopatías. Tórax simétrico, normoexpensible bilateralmente, sin patrones venosos, sin tirajes respiratorios y sin uso de músculos accesorios, murmullo vesicular audible, normofonéticos en ambos campos pulmonares sin presencia de ruidos agregados.

A la auscultación cardíaca R1 y R2 presentes, normofonéticos, rítmicos, sincrónicos, de intensidad conservada sin soplos agregados. Abdomen plano, RsHsAs presentes en todos los cuadrantes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin masas palpables. Al tacto rectal: esfínter anal NT/NT,

pared anterior a 7cm de margen anal, próstata palpable, indurada, de superficie lisa que protruye a pared, paredes libres con disminución de luz intestinal, superficie lisa no doloroso, sin heces en su interior, dedil de guante positivo con trazas de sangre, región inguinal bilateral sin adenopatías palpables, extremidades móviles, simétricas, hipotróficas sin edema. Neurológico consciente, ubicado en tiempo, espacio y persona, con memoria retrógrada y anterógrada conservada.

En base a la clínica, se decide realizar antígeno prostático, arrojando un valor de PSA total 54.9ng/mL; PSA libre 5.92ng/mL, de igual forma se indica tomografía toraco-abdomino-pélvica con doble contraste, la cual se realiza el 12/05/2023, donde se evidencia engrosamiento concéntrico a nivel de sigmoides y recto superior, crecimiento prostático y nódulo prostático de EAP, sugiriendo evaluación de estudio endoscópico colonoscopia, la cual se realiza el día 20/06/2023, concluyendo cáncer avanzado de recto superior Borrmann III, realizándose también un colon por enema, confirmando el diagnóstico.

Seguidamente, la biopsia el día 30/06/2023, reporta adenocarcinoma bien diferenciado de recto superior con estigmas de adenoma vellosa. Asimismo, el día 06/07/2023 se realiza ultrasonograma abdominal, concluyendo los siguientes diagnósticos 1) Pólipo vesicular 2) Engrosamiento de pared vesical 3) LOE prostático 4) LOE de víscera hueca recto superior. En base a todos los estudios realizados, el servicio de gastroenterología concluye lo siguiente: 1) Cáncer avanzado de recto superior-unión recto sigmoide Borrmann III; adenocarcinoma bien diferenciado con estigmas de adenoma vellosa (T3N0M0) y 2) Cáncer prostático: adenocarcinoma acinar moderadamente diferenciado Gleason 7.

Con base en lo planteado anteriormente, se solicita interconsulta con servicio de oncología médica quienes instauran terapia antiandrogénica para abordar el carcinoma prostático. Así como también, se solicita interconsulta con servicio de cirugía oncológica, quienes decidirán la terapéutica quirúrgica pertinente. Para facilitar la comprensión de la evolución diagnóstica e imagenológica del caso planteada anteriormente, dichos estudios se sintetizan en la Tabla 1.

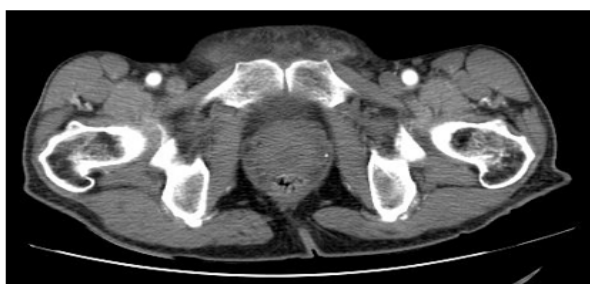


Figura 1. Tomografía computarizada donde se observa incremento del diámetro prostático con densidad heterogénea, la cual incrementa su densidad en más de 20 unidades Hounsfield en su fase contrastada, lo que es indicativo de lesión neoplásica y un área central de menor atenuación por probables cambios de necrosis.

Figura 1.

Tomografía computarizada donde se observa incremento de diámetro prostático con densidad heterogénea, la cual incrementa su densidad en más de 20 unidades Hounsfield en su fase contrastada, lo que es indicativo de lesión neoplásica y un área central de menor atenuación por probables cambios de necrosis

Tabla 1.*Cronología de estudios diagnósticos e imagenológicos realizados.*

Fecha	Estudio realizado	Diagnóstico
29/03/2023	Biopsia prostática ecoguiada	Adenocarcinoma acinar prostático moderadamente diferenciado, Gleason 7 (4+3), con infiltración perineural.
12/05/2023	Tomografía computarizada (TC) toraco-abdomino-pélvica con doble contraste	Próstata aumentada de tamaño (4,6 × 4,9 × 4,2 cm) con lesión nodular central de 2,5 cm. Engrosamiento parietal concéntrico en sigmoides y recto superior (extensión de 7,1 cm, grosor de 2,5 cm) con compromiso de la serosa y grasa mesorrectal. Sin metástasis a distancia en tórax/abdomen.
20/06/2023	Colonoscopia y colon por enema	Lesión úlcero-cáncer avanzado de recto superior-unión rectosigmoidea, de aspecto mamelonado, circunferencial, que ocupa el 95% de la luz (clasificación Borrmann III).
30/06/2023	Biopsia endoscópica de recto	Adenocarcinoma bien diferenciado de recto superior con estigmas de adenoma vellosos.
06/07/2023	Ultrasonograma abdominal y pélvico	Pólipo vesicular, engrosamiento de pared vesical, lesión ocupante de espacio (LOE) prostática y LOE en recto superior.
Post-diagnóstico	Resonancia magnética (RM) de pelvis	Crecimiento prostático y engrosamiento mucoso neofornativo de recto superior. Infiltración de grasa mesorrectal sin adenopatías patológicas sospechosas a distancia.

DISCUSIÓN

Paciente masculino de 74 años de edad, quien acude a consulta de Urología por presentar disminución del calibre miccional, disuria, hematuria, poliuria y pérdida de peso, motivo por el cual se decide realizar perfil prostático, con resultados de PSA total 54.9ng/mL; PSA libre 5.92ng/mL. Asimismo, posterior a la realización de ultrasonografía prostática, se diagnosticó hiperplasia prostática maligna. Con resultado de biopsia de adenocarcinoma acinar moderadamente diferenciado, patrón histológico combinado 4+3= Gleason 7, con evidencia de infiltración perineural. Se solicita interconsulta con oncología, a lo cual el paciente por motivos económicos, no acudió.

Al paso del tiempo, se realiza estudio tomográfico toraco-abdomino-pélvica con doble contraste, donde se observa región torácica sin alteraciones, vejiga urinaria de paredes definidas engrosadas (0.4cm), próstata incrementada de tamaño de 4.6x4.9x4.2cm con parénquima heterogéneo e imagen nodular en zona central con realce de 2.5x2.5cm (Figura 1), colon sigmoides con disminución de la luz y aumento de tejido concéntrico. A nivel rectal, se observa lesión en pared de recto superior y unión recto-sigmoidea, con extensión aproximada de 7.1cm, concéntrica, con grosor hasta 2.5cm, condicionando disminución de su lumen, con compromiso de la serosa y grasa pericolónica y mesorectal adyacente (Figura 2). El paciente presenta nueva sintomatología 3 meses después de diagnóstico de neoplasia prostática y continúa con la pérdida de peso, así como cambios de la configuración de las heces (Bristol 2-3-6) acompañadas de rectorragia.



Figura 2. Tomografía computarizada donde se evidencia engrosamiento parietal irregular del recto el cual incrementa su densidad en la fase contrastada en más de 20 unidades Hounsfield, escasa definición de la serosa y densificación de la grasa adyacente. Incremento del contenido fecal en colon sigmoides.

Figura 2.

Tomografía computarizada donde se evidencia engrosamiento parietal irregular del recto el cual incrementa su densidad en la fase contrastada en más de 20 unidades Hounsfield, escasa definición de la serosa y densificación de la grasa adyacente. Incremento del contenido fecal en colon sigmoides

Acudiendo a servicio de gastroenterología donde se evalúa, se encontraron alteraciones al examen físico. Sospechando infiltración tumoral por antecedentes del cáncer prostático, se indica realización de estudio endoscópico inferior, donde se observa en región de recto superior lesión ulceroinfiltrante, mamelonada, con mucosa eritematosa, circunferencial, indurada que ocupa el 95% de la luz rectal (recto superior unión recto-sigmoides). Se toma biopsia de la lesión, y en espera del resultado se procede a realizar estudios imagenológicos donde en ultrasonografía abdominal se determina, engrosamiento de la pared vesical, LOE prostático, LOE de víscera hueca recto superior (Figura 3).

Con la finalidad de buscar metástasis a distancia, se solicita RX de tórax, el cual no reporta ningún hallazgo patológico. Asimismo, se realiza resonancia magnética de pelvis en busca de infiltración ganglionar, donde se evidencia crecimiento prostático y engrosamiento mucoso de recto superior de probable naturaleza neoformativa. Finalmente se obtiene resultado de biopsia determinando adenocarcinoma bien diferenciado con estigmas de adenoma vellosa en recto superior.



Figura 3. Ultrasonido prostático donde se encuentra una próstata heterogénea, de superficie irregular, con múltiples áreas anecoicas dispersas en el parénquima.

Figura 3.

Ultrasonido prostático donde se encuentra una próstata heterogénea, de superficie irregular, con múltiples áreas anecoicas dispersas en el parénquima

Con base a todos los estudios realizados anteriormente, se llega a la conclusión de cáncer sincrónico de próstata Gleason 7 y recto cT3N0M0, un hallazgo desafortunado para el paciente, pero de gran interés para la comunidad médico científica, al tratarse de una entidad poco frecuente y documentada, lo cual permite tomar este caso como referencia para generar conciencia de las diferentes aristas que deben ser estudiadas al diagnosticar un cáncer, más allá de descartar metástasis a distancia. El pronóstico para este paciente, presentando dos cánceres de alta complejidad tiende a ser desfavorable y desalentador para él y su familia, siendo limitadas y costosas las opciones terapéuticas, con alta probabilidad de empeorarse el cuadro clínico.

Tradicionalmente, la aparición de múltiples neoplasias primarias se ha atribuido al azar, a factores ambientales comunes o a la exposición a carcinógenos compartidos. Sin embargo, los avances en la oncología molecular sugieren la existencia de posibles vías de señalización y alteraciones genéticas superpuestas que trascienden la mera coincidencia estadística. Por un lado, el cáncer colorrectal está fuertemente vinculado a la inestabilidad genómica (vía de la inestabilidad de microsatélites por alteraciones en genes reparadores del ADN como MLH1, o la vía supresora clásica que involucra a APC, KRAS y TP53) (Fearon & Vogelstein, 1990).

Por otro lado, el adenocarcinoma prostático involucra alteraciones en loci de susceptibilidad (como el

cromosoma 1q24) y mutaciones en genes de reparación homóloga como BRCA2, los cuales también participan de forma transversal en la predisposición a diversos tumores epiteliales del tracto gastrointestinal (Castro-Mujica, 2022). Aunque no se documentó un síndrome hereditario específico (como el síndrome de Lynch) en este paciente, la edad avanzada combinada con una susceptibilidad genómica subyacente de reparación celular alterada podría constituir una vía molecular compartida que facilite la carcinogénesis en tejidos epiteliales independientes bajo un estímulo inflamatorio crónico o senescente.

Ante los hallazgos tomográficos de engrosamiento parietal rectal y la palpación de una próstata indurada que protruía hacia la pared anterior, el principal diagnóstico presuntivo inicial fue la infiltración secundaria del recto por el carcinoma prostático avanzado. Para descartar esta hipótesis y confirmar la independencia de las lesiones, el caso se evaluó bajo los rigurosos criterios de Warren y Gates para neoplasias primarias múltiples, mencionados en la introducción: en primer lugar, la malignidad histológica: Cada tumor debe demostrar malignidad comprobada por histopatología. En este caso, la biopsia prostática confirmó adenocarcinoma acinar (Gleason 7), y la biopsia rectal por colonoscopia confirmó un adenocarcinoma bien diferenciado con estigmas de adenoma vellosa.

Seguidamente la independencia histológica y topográfica: las lesiones deben estar separadas anatómico-histológicamente y no ser una continuación directa por vecindad. El estudio endoscópico y la resonancia magnética permitieron delimitar que la lesión rectal presentaba características intrínsecas de la mucosa colónica (adenoma vellosa preexistente), descartando que el tumor rectal fuera meramente un implante metastásico o una invasión por contigüidad del tumor prostático. Finalmente, la exclusión de metástasis, los estudios de extensión descartaron que uno fuera metástasis del otro. Por lo tanto, la correlación clínica, endoscópica e histopatológica confirmó formalmente un cáncer sincrónico.

Un aspecto determinante en el manejo de este paciente fue la valoración del estado funcional al momento de establecer la estrategia terapéutica. A pesar de la edad avanzada (74 años) y del deterioro nutricional agudo representado por la pérdida de 18 kg de peso, el paciente presentaba un estado funcional ECOG 1 (Karnofsky 80%), manteniéndose ambulatorio y con independencia en sus actividades básicas diarias. La brújula terapéutica ameritó evaluar los pros y los contras: administrar quimioterapia o someter a un procedimiento quirúrgico mayor a un paciente frágil o con comorbilidades graves conlleva un alto índice de morbimortalidad. Sin embargo, dado su adecuado estado funcional basal y el riesgo inminente de obstrucción intestinal completa por la lesión rectal (que ocupaba el 95% del lumen), se priorizó el control quirúrgico de la neoplasia digestiva previa optimización nutricional, mientras que para el cáncer de próstata se optó por un bloqueo hormonal sistémico no invasivo.

Posterior a la derivación al servicio de oncología médica, para el tratamiento del cáncer prostático se indica instauración de terapia anti androgénica, con Calutol en tabletas de 50mg orden diaria más Leuprolide en ampollas de 7,5mg aplicación mensual, siendo este su tratamiento actual. Por otra parte, se deriva a cirugía oncológica para la resolución del cáncer de recto, quienes 6 meses después del diagnóstico, realizan resección de recto + colorecteanastomosis + colostomía en asa protectora del transversa + lavado de cavidad + cierre.

Después de la intervención quirúrgica se realizaron 4 ciclos de quimioterapia.

La toma de decisiones exigió individualizar el riesgo-beneficio: priorizar el control de la lesión rectal sintomática y obstructiva mediante cirugía, sin descuidar el bloqueo hormonal prostático. Afortunadamente, la adecuada sincronización de los tratamientos permitió una evolución clínica satisfactoria, con ganancia ponderal y negativización de los marcadores tumorales, demostrando que un abordaje agresivo pero individualizado puede modificar favorablemente el pronóstico en pacientes complejos.

CONCLUSIÓN

Con base en la literatura consultada se puede concluir que, la existencia del cáncer sincrónico, independientemente de las estructuras anatómicas implicadas, presenta una incidencia y prevalencia extremadamente baja, significando siempre un reto diagnóstico y terapéutico para el personal de salud, puesto que se duplican las posibles complicaciones y focos de metástasis. Por otra parte, la limitada disponibilidad de literatura o documentación de casos similares dificulta la correcta investigación sobre las recomendaciones en materia diagnóstica, teniendo que individualizar siempre la presentación de los cánceres en cada caso. Individualizando cada uno, y tomando la terapéutica recomendada en el protocolo respectivo, el pronóstico puede variar dependiendo del estadiaje correspondiente.

Según el diagnóstico inicial del paciente, posterior a la evaluación por el servicio de gastroenterología, el pronóstico era poco favorable, debido a la coexistencia de dos cánceres aislados, existiendo principalmente, el gran riesgo de una metástasis a distancia de cualquiera de las dos estructuras, además, el retraso para instaurar las directrices terapéuticas, fue bastante prolongado, por lo que el estado de salud actual del paciente, tendiendo cada vez más a una mejoría completa, representa una de las maravillas del ejercicio de la medicina, y modificando de manera positiva la tasa de supervivencia.

Por último, la importancia de la presentación de este tipo de casos radica en que, aunque son hallazgos infrecuentes, siempre pueden existir, por lo que funciona como un llamado tanto a médicos como estudiantes, a siempre investigar más allá de lo común y no limitarse a lo que se considera que tenga una mayor incidencia. Recordando siempre que el paciente debe considerarse como un todo y no como sistemas separados unos de otros. En medicina no todo es regla, siempre van a existir patrones patológicos, pero se debe tener la capacidad intelectual y creativa de ver un panorama más extenso en cada uno de los pacientes.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Los autores declaran que no se emplearon tecnologías asistidas por Inteligencia Artificial para este manuscrito.

REFERENCIAS

- Castro-Mujica, M. C. (2022). Implicancias clínicas de la biología molecular del cáncer de próstata: Artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 22(3), 597-613. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i3.5043>
- Compton, C., Fenoglio-Preiser, C. M., Pettigrew, N., & Fielding, L. P. (2000). American Joint Committee on Cancer Prognostic Factors Consensus Conference: Colorectal Working Group. *Cancer*, 88(7), 1739–1757. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0142\(20000401\)88:7<1739::aid-cnrc30>3.0.co;2-t](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0142(20000401)88:7<1739::aid-cnrc30>3.0.co;2-t)
- Fearon, E. R., & Vogelstein, B. (1990). A genetic model for colorectal tumorigenesis. *Cell*, 61(5), 759-767. [https://doi.org/10.1016/0092-8674\(90\)90186-I](https://doi.org/10.1016/0092-8674(90)90186-I)
- Flores, N. A. G. (2022, 20 de julio). Diagnóstico de cuatro neoplasias primarias sincrónicas en un adulto. *Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 5(2), 104-111. <https://doi.org/10.5377/alerta.v5i2.12404>
- Goldberg, R. M. (2000). Gastrointestinal tract cancers. En D. A. Casciato & B. B. Lowitz (Eds.), *Manual of clinical oncology* (4.^a ed., pp. 172-217). Lippincott Williams & Wilkins.
- Martínez-Millán, S., Bustamante-López, L., Ascanio Pérez, Y., Blanco R., H. E., Bustamante Pérez, L., Carrillo Fadul, M. O., Cifuentes Lárez, A. E., Duran G., G. L., Edde A., R. A., Figueredo G., F. R., González, E., González Alcida, O. J., Pérez Duque, G. A., Rodríguez, A. R., Solórzano V., M. J., Terán-Cardoza, A., Torrealba E., E. C., Vásquez, F., & Vergara-Hernández, R. (2024, 9 de octubre). Registro de cáncer de colon, recto y ano en Venezuela, 2019-2021; experiencia de la Sociedad Venezolana de Coloproctología. *Revista Venezolana de Cirugía*, 77(2), 64-74. <https://revistavenezolanadecirugia.com/index.php/revista/article/view/581>
- Miller, K. D., Nogueira, L., Mariotto, A. B., Rowland, J. H., Yabroff, K. R., Alfano, C. M., Jemal, A., Kramer, J. L., Siegel, R. L., Fedewa, S. A., Ward, E. M., Islami, F., Hu, C., Sauer, A. G., Ding, Q., Bandi, P., DeSantis, C. E., Shih, T., Lu, T., ... Siegel, R. L. (2019). Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(5), 363-385. <https://doi.org/10.3322/caac.21565>
- Savón Moiran, L. (2019). Cáncer de próstata: actualización. *Revista de Información Científica*, 98(1), 117-126. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100117&lng=es
- Siddiqui, M. M., Rais-Bahrami, S., & Truong, H. (2013). Magnetic resonance imaging/ultrasound-fusion biopsy significantly upgrades prostate cancer versus systematic 12-core transrectal ultrasound biopsy. *European Urology*, 64(5), 713-719. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2013.05.059>
- Sociedad Americana contra el Cáncer. (2018). *Datos y estadísticas sobre el cáncer entre los hispanos/latinos 2018-2020*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf>
- Val, Z. C. (2024, 9 de septiembre). ¿Qué hay detrás del cáncer? Una mirada desde su origen hasta su tratamiento. *Revista Digital Universitaria*, 25(5), 1-12. <https://doi.org/10.22201/ceide.16076079e.2024.25.5.4>