Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

ABSCESO PRESACRO EN UN PACIENTE CON CÁNCER RECTAL EN TRATAMIENTO: REPORTE DE CASO

PRESACRAL ABSCESS IN A PATIENT WITH RECTAL CANCER UNDER TREATMENT: CASE REPORT

Cheryl Zilahy Díaz Barrientos
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Alejandro Rodriguez Gonzalez
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

María Alejandra Campos Serrano
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

José Miguel Espinosa González
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.19882

Absceso Presacro en un Paciente con Cáncer Rectal en Tratamiento: Reporte de Caso

Cheryl Zilahy Díaz Barrientos[1]
zilady.diaz@correo.buap.mx
https://orcid.org/0000-0003-3046-1185
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

Alejandro Rodriguez Gonzalez
alexrgd.000@gmail.com
https://orcid.org/0009-0009-3672-4856
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

María Alejandra Campos Serrano
https://orcid.org/0009-0002-0370-898X
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
México

José Miguel Espinosa González
https://orcid.org/0009-0005-1581-1898
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

RESUMEN

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente y la segunda causa de mortalidad por cáncer a nivel mundial de acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC). Entre estos casos, el cáncer de recto (CR) representa el 28% de todos los CCR. A pesar de que el manejo actual reconoce a la terapia neoadyuvante como pilar fundamental del tratamiento de los estadios clínicos II y III, existen complicaciones que puede desencadenar, en particular asociadas a la radioterapia (RT), como la proctitis y, en consecuencia, la formación de abscesos perirrectales, incluido el absceso presacro. La patogénesis no está del todo comprendida, debido a su baja frecuencia y a que la mayoría de los reportes establecen su relación tras un evento quirúrgico, más no en ausencia de este. El objetivo de este artículo es presentar el caso clínico de un paciente con absceso presacro asociado al tratamiento neoadyuvante del cáncer de recto, sin intervención quirúrgica previa, atendido en el Hospital Universitario de Puebla.

Palabras clave: absceso presacro, absceso perirrectal, absceso residual, cáncer de recto, drenaje endoscópico guiado por ultrasonido

[1] Autor principal
Correspondencia: zilady.diaz@correo.buap.mx

Presacral Abscess in a Patient with Rectal Cancer Under Treatment: Case Report

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is the third most frequent cancer and the second leading cause of cancer-related mortality worldwide, according to the International Agency for Research on Cancer (IARC). Among these cases, rectal cancer (RC) accounts for 28% of all CRCs. Although current management recognizes neoadjuvant therapy as a fundamental pillar of treatment for clinical stage II and III disease, it can cause complications, particularly those associated with radiotherapy (RT), such as proctitis and, consequently, the formation of perirectal abscesses, including presacral abscess. The pathogenesis is not fully understood, due to its low frequency and the fact that most reports describe its occurrence after a surgical event, but not in its absence. The objective of this article is to present the clinical case of a patient with presacral abscess associated with neoadjuvant treatment for rectal cancer, without prior surgical intervention, treated at the University Hospital of Puebla.

Keywords: presacral abscess, perirectal abscess, residual abscess, rectal cancer, endoscopic ultrasound-guided drainage

Artículo recibido 15 agosto 2025
Aceptado para publicación: 25 setiembre 2025

INTRODUCCIÓN

El cáncer actualmente se clasifica como una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo en el siglo XXI [1]. Según las estimaciones de GLOBOCAN proporcionadas por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC), el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más común y la segunda causa de mortalidad por cáncer en todo el mundo [2, 3].

El cáncer de colon (CC) representa el 72% y el cáncer de recto (CR) el 28% de todos los CCR, aunque la incidencia del CCR generalmente establece ambas estadísticas conjuntamente [1], aunque de manera particular, en Estados Unidos, el cáncer de recto tiene una tasa de incidencia de 13.9 casos por 100 000 por año en hombres y 8. 6 casos por 100 000 en mujeres, lo que refleja casi un tercio de todos los CCR[4]

El cáncer de recto, que comprende principalmente adenocarcinoma, se define como la transformación del epitelio rectal normal a una lesión precancerosa (adenoma) y, en última instancia, en un carcinoma invasivo (adenocarcinoma), que puede extenderse a diferentes órganos distantes y dar lugar a lesiones metastásicas, todo este evento es mediado a partir de la acumulación de mutaciones genéticas que son somáticas (adquiridas) y/o germinales (hereditarias) durante un período de 10 a 15 años. A este proceso se le denomina "teoría de la carcinogénesis colorrectal" [5,1].

El manejo actual del cáncer de recto es producto de mejoras tanto en la técnica quirúrgica como en su combinación con quimioterapia y/o radioterapia, en donde su elección sigue un enfoque multimodal que depende de las características relacionadas con el tumor, como la ubicación, el tamaño, la extensión de la metástasis del cáncer y el estado de salud del paciente [5, 1].

El tratamiento neoadyuvante, terapia oncológica que se administra antes de un tratamiento local definitivo potencialmente curativo, para el cáncer de recto cuenta con recomendaciones sólidas para el estadio II (T3 o T4 sin afectación ganglionar) y III (con afectación ganglionar). Tras la terapia neoadyuvante, el momento recomendado para la cirugía varía según las directrices de la NCCN (5 a 12 semanas) y la ESMO (4 a 12 semanas). Según ensayos clínicos, la quimiorradiacion (TRC) no aumenta las complicaciones quirúrgicas entre los intervalos quirúrgicos recomendados [6,5, 7].

A pesar de los beneficios de la neoadyuvancia, existen complicaciones que puede desencadenar, particularmente la radioterapia (RT), puede inducir proctitis y con ello la formación de abscesos perirrectales, entre los que incluye el absceso presacro [8, 9].

Aunque la patogénesis no está del todo comprendida, debido a que su aparición es poco frecuente en el cáncer colorrectal, la evidencia actual sugiere, que la radiación ionizante puede dañar el ADN, ARN, proteínas y lípidos, así como producir especies reactivas de oxígeno (ROS) y radicales libres que pueden descomponer las proteínas y el ADN. Como resultado del daño al ADN, múltiples vías de transducción activan factores de transcripción como p53 y el factor nuclear κB, que a su vez regulan positivamente las citocinas proinflamatorias (factor de necrosis tumoral-α, IL-1β e IL-6), quimiocinas (IL-8 y proteína quimioatrayente de monocitos-1), moléculas de adhesión celular (selectinas e integrinas) [10, 8, 9].

La histología puede mostrar edema mucoso, infiltrado inflamatorio agudo, infiltrado eosinofílico, apoptosis, lisis celular, erosiones, endarteritis obliterante, ulceraciones, necrosis y fistulas. La alteración de las barreras intestinales causa translocación bacteriana y provoca la colección purulenta [8, 9, 11]. La participación de la quimioterapia podría ligarse principalmente a la neutropenia inducida por quimioterapia (NIC) un evento adverso común en pacientes con cáncer, que podría estar asociada con el pronóstico del paciente al favorecer la inmunosupresión [12].

Debido a que la asociación de un absceso presacro en un paciente con cáncer de recto en ausencia de antecedente quirúrgico es un evento poco frecuente, presentamos el siguiente caso para su estudio.

CASO CLÍNICO

Se presenta paciente masculino de 68 años, derechohabiente del Hospital Universitario de Puebla, con diagnóstico confirmado por biopsia de adenocarcinoma de recto en el tercio medio Estadio Clínico (EC) IIIA. Recibió tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y radioterapia, logrando una remisión total del tumor, confirmada por colonoscopia 12 semanas posteriores a la finalización de la radioterapia.

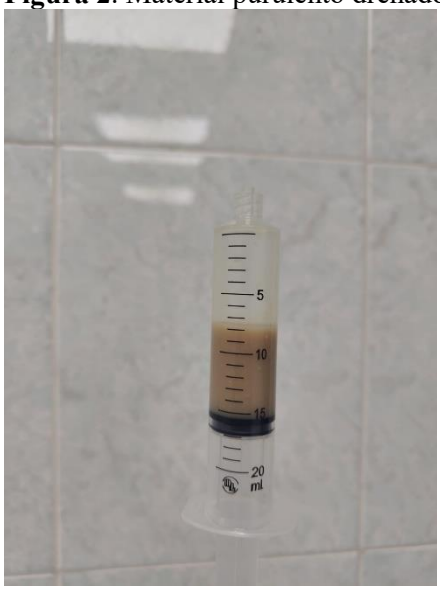
Un mes después de la colonoscopia, el día 10/03/2025, presentó dolor rectal tipo cólico de intensidad 4/10 en escala visual análoga (EVA) y fiebre de 39.5º C, por lo que acude al servicio de urgencias de esta unidad hospitalaria, donde se indica manejo sintomático. Al día siguiente (11/03/2025), presentó exacerbación de la sintomatología con aumento del dolor rectal tipo cólico de intensidad 8/10 en EVA, motivo por el cual acudió nuevamente a urgencias. A su ingreso se documentaron datos de choque: hipotensión arterial (60/40 mmHg, TAM 46.6 mmHg), desaturación al aire ambiente (78%) y compromiso hemodinámico que requirió inicio de aminas vasoactivas; por lo anterior, fue valorado por el servicio de Medicina Interna.

El día 13/03/2025, se realizó tomografía computarizada (TC), la cual reporto la presencia de un absceso presacro de 65.4 x 51 x 61 mm con un volumen de aproximado de 54 cc localizado en el tercio medio en parte posterior del recto. Con base en este hallazgo, se decide su ingreso al servicio de Coloproctología.

El día 19/03/2025 se intenta realizar drenaje del absceso guiado por TC (Figura 1), logrando únicamente la aspiración de 20 cc de material purulento (Figura 2) y sin la posibilidad de colocar una sonda de drenaje; por consiguiente, se indica continuar con el tratamiento antibiótico.

Figura 1. Corte axial en tomografía simple de pelvis. Flecha gris señala absceso presacro

Figura 2. Material purulento drenado de absceso presacro.



Dada la persistencia de la sintomatología, el día 27/03/2025, se solicitó TC de pelvis contrastada, que evidenció engrosamiento difuso de la pared rectal en relación con el proceso neoplásico previamente diagnosticado, así como absceso presacro de aproximadamente 55 cc, con incremento en tamaño respecto al estudio previo del día 19/03/2025. Ante estos hallazgos se decide programar un manejo quirúrgico combinado: colostomía + drenaje de absceso presacro. Durante la intervención, al abordar el espacio retrorrectal hasta el cóccix, no se identificó absceso visible, posteriormente se procedió a la confección de colostomía en asa de colon transverso asegurando su adecuada maduración. El resto del procedimiento concluyó sin complicaciones, continuándose el manejo con antibiótico. En el posoperatorio mediato mostró evolución estable y sin complicaciones aparentes, por lo que se decidió su egreso con seguimiento ambulatorio.

Un mes después, el paciente refirió persistencia del dolor, al realizar una nueva TC se observa absceso residual que mide aproximadamente 70 cc, debido a esto, se solicita drenaje guiado por ultrasonido endoscópico (Figura 3 y Figura 4), realizado el 14/06/2025. El procedimiento fue exitosos, con los siguientes hallazgos: a 25 cm del margen anal, se observa una colección de 40 x 20 mm anterior a los cuerpos vertebrales de la región sacra, observandoso salida de material purulento a través del recto y posteriormente disminución de la colección tras la compresión endoscópica, se inyectó solución salina al 0.9% con aguja Expect 19 G, se realizó lavado con 100 cc y aspiración de 50 cc aproximadamente de material purulento, seguido de lavado y aplicación de 20 cc de microdacyn.

Figura 3. Ultrasonido Endoscópico. Absceso en región perirectal anterior al sacro de 40 x 20 mm , drenaje de 50 cc de material purulento y aplicación de microdacyn con Expect 19G.

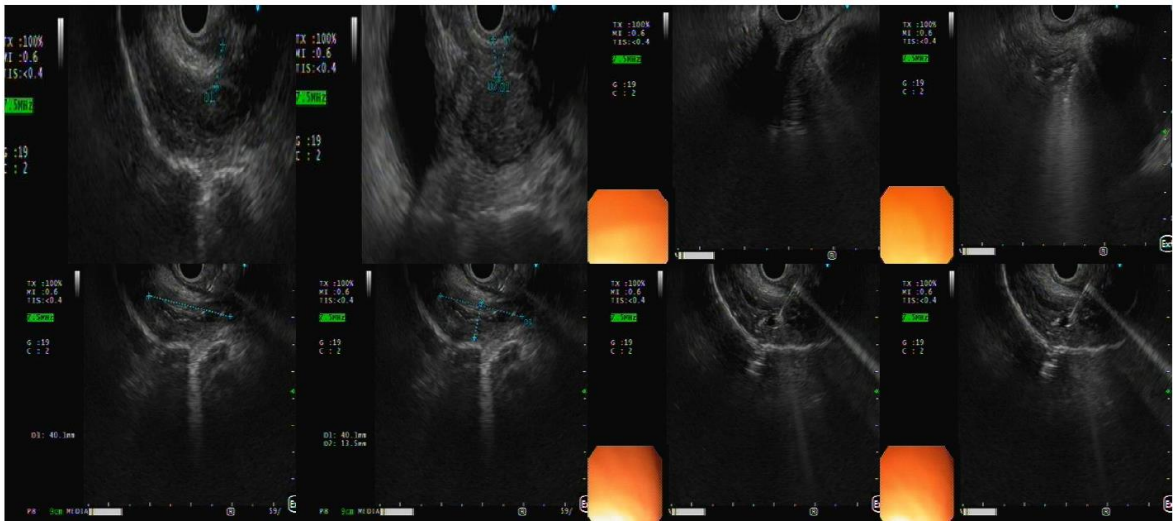
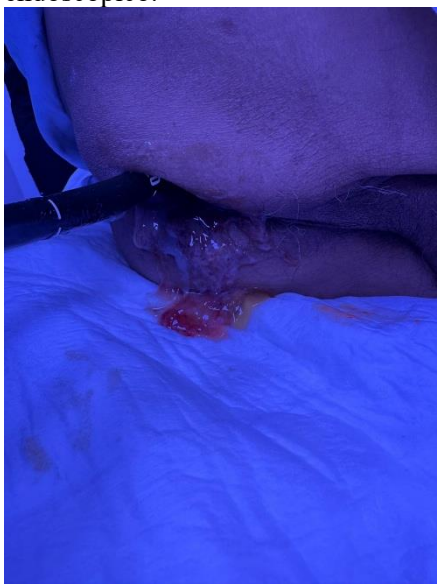


Figura 4. Material purulento drenado del absceso perirrectal anterior al sacro mediante ultrasonido endoscópico.



El material purulento aislado se envió al laboratorio de microbiología para cultivo e identificación de bacterias piogénicas, cuyo reporte final fue el siguiente:

Microorganismo aislado: Escherichia coli

ANTIBIOGRAMA:

- Susceptible a Piperacilina/Tazobactam, Ertapenem, Imipenem, Meropenem.
- Resistente a Ampicilina/sulbactam, Cefazolina, Ceftazidima, Ceftriaxona, Cefepima, Gentamicina, Ciprofloxacina

Una semana posterior al drenaje endoscópico, una nueva TC confirmó la resolución completa del absceso.

DISCUSIÓN

La formación de un absceso presacro en un paciente con cáncer de recto en ausencia de tratamiento quirúrgico y únicamente con terapia neoadyuvante es un evento clínico extremadamente infrecuente.

En la mayoría de los reportes, los abscesos presacrales se describen como una complicación posoperatoria, Veenhof et al. (2009) señala que tiene una prevalencia aproximada del 10 % tras la cirugía de escisión mesorrectal total (TME), principalmente en pacientes con mal estado general, radioterapia neoadyuvante y tumores grandes [13], porcentaje similar al obtenido por Vermeer et al. (2014), quien presento una incidencia de 9.7% en el cáncer de recto localmente avanzado (LARC, T3+/T4M0) [14], mientras que, van der Vaart a través de un estudio retrospectivo entre enero de 2000 y 2004 determino

un aumento significativo en la formación de abscesos presacros (13% vs. 40%) tras la administración de radioterapia preoperatoria de corta duración, concluyendo que la radioterapia resultó ser un factor de riesgo importante [15]. De manera más reciente en 2022 Yang et al., realizaron un meta-análisis que sugirió que la radioterapia neoadyuvante aumenta el riesgo de absceso pélvico en comparación con la cirugía inicial (OR = 2,12; IC del 95 %, 1,52-2,96; p < 0,00001) [16].

A pesar de lo anterior, la literatura limitada reporta escenarios clínicos similares que respaldan esta asociación, tal y como el estudio descrito en 2022 por Niteesh Sundaram et al. presentando a una paciente femenino de 60 años con diagnostico confirmado por biopsia de adenocarcinoma, sin metástasis distantes en la TC, compatible con cáncer de recto estadio clínico III, quien recibió quimiorradioterapia neoadyuvante, pero ante la negativa de la colostomía y los efectos secundarios del tratamiento inicial, opto por cuidados paliativos, sin embargo, desde su diagnóstico inicial ha desarrollado numerosos absceso presacros requiriendo de drenaje guiado por TC, características que se correlacionan con las reportadas con respecto a nuestro caso [17].

Otro caso similar es el abordado en 2023 por Takuya Yano y colaboradores, en donde un paciente masculino de 73 años con diagnóstico de adenocarcinoma tubular bien diferenciado en recto mediante biopsia por colonoscopia, al momento de realizarle una resonancia magnética pélvica revelo la presencia de un absceso perirrectal [10]. Estos reportes, aun siendo aislados, aportan evidencia que coincide con la evolución clínica documentada en nuestro paciente.

En un estudio retrospectivo realizado por Maher Al Khaldi y colaboradores, que abarcó el periodo de 2002 a 2020, se evaluó la seguridad y eficacia del drenaje de abscesos pélvicos mediante ecoendoscopia (EUS) por vía transrectal. Los autores reportaron un éxito técnico del 97% y un éxito clínico del 72.7%, concluyendo que se trata de una técnica factible y segura. Asimismo, este abordaje se considera una alternativa eficaz frente al drenaje quirúrgico abierto o percutáneo, especialmente en colecciones de difícil acceso, como las situadas en el espacio presacro. En nuestro caso, el drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada (TC) no permitió una evacuación completa. Sin embargo, tras la intervención con EUS, se logró un drenaje completo, lo que coincide con la literatura. [19, 20]

En los abscesos presacros la infección suele ser polimicrobiana, con predominio de bacterias anaerobias.

El aislamiento de Escherichia coli en el cultivo del pus es congruente con la flora entérica tipificada en colecciones pélvicas asociadas absceso presacros [21]. Este hallazgo coincide con lo reportado por Bourekas et al. en 2024, quienes describieron un absceso presacro en el que, tras el drenaje, el material purulento enviado a cultivo también resultó positivo para E. coli [22].

CONCLUSIONES

El absceso presacro en pacientes con cáncer de recto sin antecedente quirúrgico constituye una complicación poco frecuente, cuya aparición puede estar asociada a los efectos adversos de la radioterapia y, en menor medida, a la inmunosupresión inducida por la quimioterapia. Este caso pone en manifiesto la importancia del seguimiento estrecho en pacientes sometidos a terapia neoadyuvante y la necesidad de emplear un abordaje personalizado en escenarios complejos. Debido a que el drenaje percutáneo puede presentar limitaciones en colecciones de difícil acceso, como los abscesos presacros, el abordaje guiado por ultrasonido endoscópico se considera una opción viable, segura y eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alzahrani, S. M., Al-Doghaither, H. A., & Al-Ghafari, A. B. (2021). General insight into cancer: An overview of colorectal cancer. Molecular and Clinical Oncology, 15(6), 271. https://doi.org/10.3892/mco.2021.2433
2. Roshandel, G., Ghasemi-Kebria, F., & Malekzadeh, R. (2024). Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. Cancers, 16(8), 1530. https://doi.org/10.3390/cancers16081530 ´
3. International Agency for Research on Cancer. (2024, 2 de agosto). Cancer Today: Distribución por tipo de cáncer [Gráfico circular interactivo]. En Global Cancer Observatory (GCO). Recuperado el 14 de agosto de 2025, de https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_populations=1&types=0
4. Hofheinz, R. D., Fokas, E., Benhaim, L., Price, T. J., Arnold, D., Beets-Tan, R., … Martinelli, E.; ESMO Guidelines Committee. (2025). Localised rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 36(9), S0923-7534(25)00731-8. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2025.05.528

5. Smith, H. G., Nilsson, P. J., Shogan, B. D., Harji, D., Gambacorta, M. A., Romano, A., Brandl, A., & Qvortrup, C. (2024). Neoadjuvant treatment of colorectal cancer: Comprehensive review. BJS Open, 8(3), zrae038. https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae038
6. Lotfollahzadeh, S., Kashyap, S., Tsoris, A., Recio-Boiles, A., Babiker, H. M., et al. (2025). Rectal Cancer. En **S. Lotfollahzadeh (Ed.), StatPearls [Internet]*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing. Última actualización: 4 de julio de 2023. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493202/
7. Benson, A. B., Venook, A. P., Adam, M., Chang, G., Chen, Y.-J., Ciombor, K. K., … Gurski, L. (2024). NCCN Guidelines® Insights: Rectal Cancer, Version 3.2024. Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 22(6), 366–375. https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0041
8. Ahmed, M., & Ahmed, R. (2022). Radiation in gastroenterology. Gastroenterology Research, 15(6), 285–296. https://doi.org/10.14740/gr1567
9. Dahiya, D. S., Kichloo, A., Tuma, F., Albosta, M., & Wani, F. (2022). Radiation proctitis and management strategies. Clinical Endoscopy, 55(1), 22–32. https://doi.org/10.5946/ce.2020.288
10. Yano, T., Nakano, K., Yoshimitsu, M., Idani, H., & Okajima, M. (2023, junio 15). Successful resection of rectal cancer and perirectal abscess following systemic chemotherapy and chemoradiotherapy: A case report. International Journal of Surgery Case Reports, 108, 108403. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108403
11. Liu, J., Liu, C., & Yue, J. (2021). Radiotherapy and the gut microbiome: facts and fiction. Radiation Oncology, 16(1), 9. https://doi.org/10.1186/s13014-020-01735-9
12. Tan, X. Z., Wen, Q. C., Wang, R., & Chen, Z. K. (2017). Chemotherapy-induced neutropenia and the prognosis of colorectal cancer: A meta-analysis of cohort studies. Expert Review of Anticancer Therapy, 17(11), 1077–1085. https://doi.org/10.1080/14737140.2017.1380521
13. Veenhof, A. A. F. A., Brosens, R., Engel, A. F., van der Peet, D. L., & Cuesta, M. A. (2009). Risk factors and management of presacral abscess following total mesorectal excision for rectal cancer. Digestive Surgery, 26(4), 317–321. https://doi.org/10.1159/000231882
14. Vermeer, T. A., Orsini, R. G., Daams, F., Nieuwenhuijzen, G. A. P., & Rutten, H. J. T. (2014). Anastomotic leakage and presacral abscess formation after locally advanced rectal cancer surgery:

Incidence, risk factors and treatment. European Journal of Surgical Oncology, 40(11), 1502–1509. https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.03.019

15. Van der Vaart, M. G., van der Zwet, W. C., Arends, J. W., Eeftinck Schattenkerk, M., & Eddes, E. H. (2006). Rectal carcinoma treated with short-term preoperative radiotherapy followed by abdominoperineal resection. Digestive Surgery, 23(3), 173–177. https://doi.org/10.1159/000094552
16. Yang, J., Zhang, Y., Zhang, H., & Zhang, X. (2022). Effects of neoadjuvant radiotherapy on postoperative outcomes in rectal cancer patients: A systematic review and meta-analysis. Diseases of the Colon & Rectum, 65(2), 123–130. https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001987
17. Sundaram, N., Morada, A., Bashiri, A., & Cagir, B. (2022). CT images demonstrating the natural progression of locally advanced partially treated rectal cancer. BMJ Case Reports, 15(3), e247609. https://doi.org/10.1136/bcr-2021-247609
18. Al Khaldi, M., Ponomarev, A., Richard, C., Dagbert, F., Sebajang, H., Schwenter, F., Wassef, R., De Broux, É., Ratelle, R., Paquin, S. C., Sahai, A. V., & Loungnarath, R. (2023). Safety and clinical efficacy of EUS-guided pelvic abscess drainage. Endoscopic Ultrasound, 12(3), 326–333. https://doi.org/10.1097/eus.0000000000000020
19. Hadithi, M., & Bruno, M. J. (2014, agosto 16). Endoscopic ultrasound-guided drainage of pelvic abscess: A case series of 8 patients. World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 6(8), 373–378. https://doi.org/10.4253/wjge.v6.i8.373
20. Khaliq, K., Nama, N., & Lopez, R. A. (2023, abril 17). Pelvic Abscess. En StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025-. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545292/
21. Diaconescu, R., Popovici, D., Tarta, C., Isaic, A., Costachescu, D., & Totolici, B. (2023, noviembre 25). Pneumorrhachis secondary to a locally advanced rectal cancer with pre-sacral abscess—Case report and review. Medicina (Kaunas), 59(12), 2076. https://doi.org/10.3390/medicina59122076