

Cáncer Metasincrónico de Colon, presentación de un caso inusual por Imagenología.

Cajigas Rodríguez, Omar¹
Gómez García, Niurka²
Martínez Leyva, Ludmila³
Fernández Bueno, Gladys Dalla⁴
Herrera Wainshtok, Ana Claribel⁵

¹Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay/Departamento de Imagenología, La Habana, Cuba

²MININT/Departamento de Imagenología, Artemisa, Cuba,

⁴ Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay/Servicio de Coloproctología, La Habana, Cuba,

⁵Hospital Militar Dr. Carlos J. Finlay/Departamento de Imagenología, La Habana, Cuba, anach@nauta.cu

Resumen:

Introducción: El cáncer de colon es el tercer tumor más común y la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos. Relacionado con varios factores de riesgo, su prevención es el mejor tratamiento posible. **Objetivos:** presentar un caso poco frecuente de cáncer sincrónico y mostrar la utilidad de los exámenes de imágenes para el diagnóstico de este tipo de tumores. **Presentación de caso:** Se trata de un varón de 79 años con astenia, pérdida de peso y anemia, al cual mediante la realización de un colon por enema se le diagnosticó la presencia de tres lesiones en el colon, correspondientes con adenocarcinoma, con áreas moderadamente diferenciadas y otras, poco diferenciadas. **Conclusiones:** se ratificó la importancia del colon por enema y otros exámenes imagenológicos en el diagnóstico y estadificación de los tumores malignos del colon.

Palabras clave: cáncer de colon metasincrónico, imagenología, fluroscopía

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es la afección maligna más frecuente del tubo digestivo y se puede localizar en cualquier segmento, desde la válvula ileocecal hasta el recto¹. A nivel mundial es el tercer tumor más común y la tercera causa de muerte por cáncer, en ambos sexos². Este tumor suele presentarse entre la quinta y séptima década de la vida, pues solo en un pequeño número de casos se detecta antes de la cuarta, habitualmente en el contexto de formas hereditarias¹.

Existen varios factores de riesgo que predisponen a su aparición como: tabaquismo, el consumo de alcohol, los hábitos dietéticos inadecuados (bajo consumo de verduras, dieta alta en sal, alimentos en conserva y embutidos) sobrepeso u obesidad, la inactividad física, el sexo masculino, la edad mayor de 50 años, la predisposición genética o antecedentes familiares de cáncer, la presencia de pólipos y la historia de enfermedades inflamatorias tales como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn³.

La prevención es el mejor tratamiento posible para este tipo de tumor y se basa en dos elementos fundamentales: la prevención primaria ligada a la educación y la modificación del estilo de vida y el secundario, que consiste en la detección temprana, a través de la identificación de signos y síntomas como: hematoquecia, el cambio en los hábitos intestinales (diarrea o estreñimiento), pérdida de peso, sensación de vaciado incompleto del intestino y dolor abdominal, combinadas con exámenes de sangre oculta en las heces, la rectosigmoidoscopia y colonoscopia con biopsia⁴. Una vez que aparece la enfermedad el tratamiento principal es la cirugía⁵.

Clasificación

Los tumores malignos del colon se clasifican anatomopatológicamente en:

Adenocarcinoma (es el tipo histológico más frecuente)¹ los cuales pueden ser bien diferenciado, moderadamente diferenciado, poco diferenciados o indiferenciado⁶. Alrededor del 85% de los adenocarcinomas son moderadamente diferenciados. Los indiferenciados son los de peor pronóstico, por su mayor tendencia a hacer metástasis ganglionares y a distancia⁶.

El carcinoma epidermoide es raro y se presenta generalmente en la porción distal del recto. El linfoma colorrectal en cualquiera de sus variedades, se presentan muy raramente. Otros tipos histológicos son los tumores mesenquimales (leiomioma, angiosarcoma, fibrosarcoma, Liposarcoma) y el tumor neuroendocrino (tumor carcinoide).

Desde el punto de vista macroscópico se identifica la forma vegetante, fungosa o en coliflor, que crece exofítica e intraluminalmente, que es más común en el colon derecho; la forma escirrosa, estenosante o en servilletero, que crece en forma difusa e infiltra la pared del órgano, ocasionando estenosis de la luz y la forma ulcero-vegetante, que es una combinación de las dos anteriores y es la más frecuente.

El cáncer colorrectal puede ser múltiple en el 0,6 al 12 % de los pacientes, con un promedio de un 4 %. Esta multiplicidad de tumores puede estar presente en el momento del diagnóstico en las 2/3 partes de las ocasiones, recibiendo el nombre de cánceres sincrónicos, o puede aparecer una vez extirpado el tumor inicial en el 1/3 restante, en cuyo caso reciben el nombre de metacrónicos.

Síntomas

La presentación clínica depende de la localización del tumor primario. Los tumores localizados en el colon derecho evolucionan generalmente con una de las formas clínicas siguientes: dispéptica, anémica, inflamatoria y tumoral. La forma dispéptica se caracteriza por anorexia, ligera pérdida de peso y diarreas. La forma anémica se expresa por una anemia, generalmente ferripriva, sin causa aparente, pues es

debida a pequeñas pérdidas hemáticas, que no se manifiestan en forma de melena y que obliga al médico a descartar siempre una neoplasia¹.

La forma inflamatoria, debida a necrosis e infección del tumor, se manifiesta por una febrícula de causa indeterminada, la cual puede confundirse con un plastrón apendicular, si coincide con un tumor indoloro o ligeramente doloroso en la fosa ilíaca o el flanco derechos. La forma tumoral es una expresión muy tardía de la enfermedad, cuya presencia obliga a eliminar la posibilidad de un cáncer del colon derecho, pues aun en ese estadio es posible hacer una resección que le dará al paciente por lo menos la posibilidad de una sobrevida con una buena calidad.

El cáncer del colon izquierdo puede presentar también diversas formas clínicas: hemorrágica, obstructiva, inflamatoria y tumoral. La forma hemorrágica se caracteriza por la expulsión por el ano de sangramientos intermitentes de pequeño volumen, a veces acompañados de mucus y que cuando el tumor se localiza en el recto se asocia a pujos y tenesmo¹.

En la forma obstructiva aparecen constipación y crisis intermitentes de cólicos abdominales que se alivian con la expulsión de gases o de una deposición diarreica, en muchas ocasiones con sangre roja y gleras mucosas. La forma inflamatoria, debida a la ulceración e infección del tumor, se expresa con febrícula y malestar general y la forma tumoral, generalmente tardía, permite la palpación de una masa en flanco o fosa ilíaca izquierda, que se acompaña de signos inflamatorios.

Exámenes para el diagnóstico

Métodos de imagen de visión directa

- Sigmoidoscopia flexible: proporciona la visualización directa de una parte del colon y lesiones sospechosas pueden ser removidas. Sólo el 65 al 75% de los pólipos adenomatosos y el 40 al 65% de los cánceres colorrectales están al alcance de los 60cm de un sigmoidoscopio flexible.

- Colonoscopia: es la prueba de elección para el diagnóstico del cáncer de colon porque además de explorar el colon en toda su extensión permite la toma de biopsias para confirmar el diagnóstico de enfermedad maligna.

- Cápsula endoscópica: es un procedimiento ambulatorio que se puede utilizar para detectar lesiones, pero no se puede tomar biopsias o realizar procedimientos terapéuticos. Se utiliza principalmente para diagnosticar patología del intestino delgado, pero se ha considerado para el escrutinio de cáncer colorrectal¹.

- Eco endoscopia: útil en el estadificación de las lesiones distales fundamentalmente.

Métodos de imagen de visión indirecta

- Colon por enema (doble contraste): puede ser utilizado para completar el examen de colon en casos de colonoscopia incompleta. Es recomendable la utilización del colon por enemas simple para pacientes de edad avanzada y en aquellos casos con alta probabilidad de obstrucción, perforación o con anastomosis.

- Tomografía Computarizada: es la técnica más útil para la detección de enfermedad metastásica y extensión tumoral regional. Complicaciones como obstrucción, perforación y fístula pueden ser visualizados. Este estudio es útil en la identificación de recurrencias, en la evaluación de relaciones anatómicas, en documentación de la anatomía postquirúrgica y en la confirmación de ausencia o de nuevas lesiones durante y posterior a la terapia⁶.

- Colonoscopia virtual: tiene la ventaja de no ser invasiva, ausencia de sedación, menor costo, la capacidad de detectar anomalías significativas extracolónicas y la más exacta localización de la lesión. Su principal desventaja es la imposibilidad de obtener material de biopsia.

- Resonancia Magnética: puede diferenciar las características del tumor asociado con un mal pronóstico; extensión extramural, invasión venosa, involucro a ganglios e infiltración peritoneal.

- Ultrasonido: es una herramienta de bajo costo para la evaluación y selección de los pacientes con sospecha de metástasis hepáticas⁶.

- Ultrasonido endorrectal: útil en la estadificación del cáncer de recto. Es limitado para la evaluación de enfermedad avanzada por su limitado campo de visión, requiere preparación del paciente y habilidad del examinador.

- Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con fluorodeoxiglucosa (FDG) y el PET-CT tienen la capacidad única de ofrecer la estadificación del tumor (T), la etapa ganglionar (N) y la etapa de metástasis (M) en sesión única de imágenes⁶.

II. PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 79 años con antecedentes de salud que acude a consulta de Medicina por presentar astenia marcada desde hace más de seis meses, pérdida de peso (más de 30 kilogramos en el mismo tiempo) y anemia moderada (8g/L de hemoglobina). Se le indicaron varios exámenes imagenológicos que arrojaron los siguientes resultados:

Ultrasonido abdominal:



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Ultrasonido Abdominal: se visualizan varias imágenes en pseudoriñón, de contornos irregulares así como irregularidad y asimetría de la luz, localizadas en flanco derecho en proyección de colon ascendente (Fig. 1), hipocondrio derecho (Fig. 2) e hipocondrio izquierdo (Fig. 3), que miden respectivamente 12x6 cm, 6x4 cm y 10x5 cm que pudiera estar en relación con proceso inflamatorio o tumoral del colon.

Colon por enema:



Fig. 4 Vista oblicua AP izquierda



Fig. 5 Vista oblicua AP derecha e izquierda

Colon por Enema: se visualizan imágenes por defecto de lleno o sustracción, estenóticas con paso brusco del contraste de lo normal a lo patológico, de contornos irregulares que recuerdan la típica imagen en “mordida de manzana”, localizada en colon ascendente (ciego y ángulo hepático) y en colon descendente.

TAC simple de abdomen:

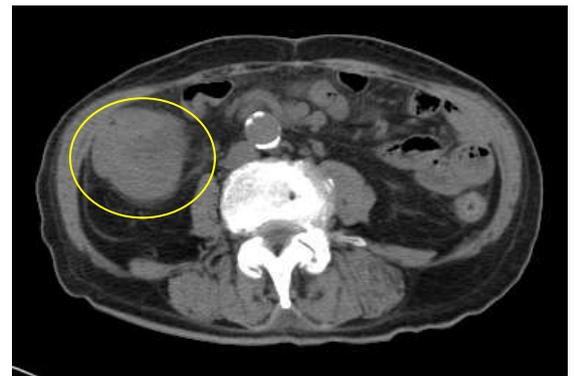


Fig. 6Fig.1

Fig7



Fig. 8Fig. 3

TAC Simple de Abdomen: Cortes axiales realizados a 5mm donde se visualizan imágenes hipodensas, irregulares, localizada en colon ascendente (Fig.6) , ángulo hepático (Fig. 7) y en colon descendente (Fig. 8) que miden respectivamente 12x6 cm, 6x4 cm y 10x5 cm, que estenosan la luz colónica asociado a aumento de la densidad de la grasa pericolónica. Presencia de adenopatías perilesionales.

Resonancia magnética simple de abdomen:



Fig. 9

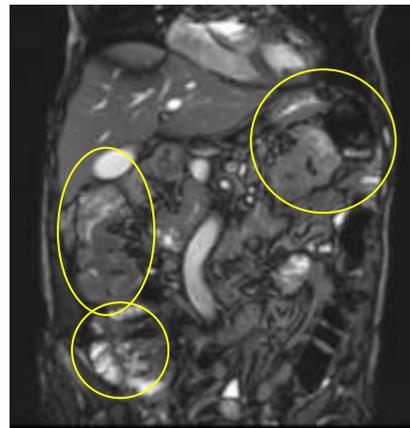


Fig. 10

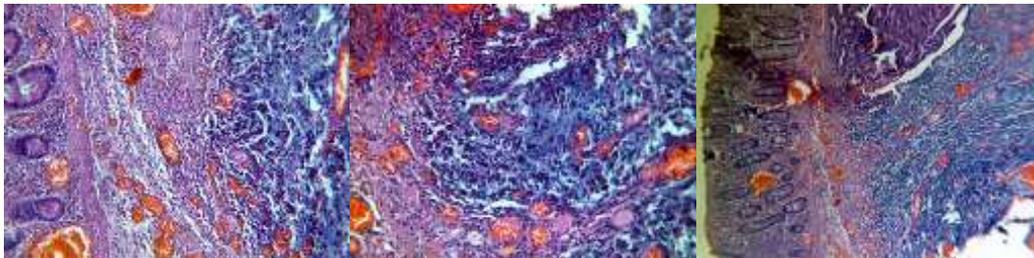
Resonancia Magnética de Abdomen: Cortes coronales en secuencia ponderadas en T2, observándose imágenes isointensas tumorales que provocan estenosis de la luz colónica en colon ascendente (Fig.9) , ángulo hepático (Fig. 10) .

Se discutió el caso en colectivo de Gastroenterología, Coloproctología e Imagenología y se decidió realizar tratamiento quirúrgico en el cual se confirmó la presencia del cáncer metasincrónico de colon (cuatro tumores).

Pieza Quirúrgica Anatómica



Biopsia Anatomopatológica



B17-3019 20X

B17-3019 40X

B17-3019 10X

Coloración con Hematoxilina y Eosina

Colon: Adenocarcinoma multicéntrico mucoprodutor con áreas moderadamente diferenciadas y poco diferenciadas. El tumor mayor mide 6x6x5cm que infiltra hasta grasa pericolónica, permeación linfática no vascular. Respuesta inflamatoria peritumoral moderada. Áreas extensas de necrosis y hemorragia.

III. CONCLUSIONES

Se presentó un caso de cáncer de colon metasincrónico muy interesante pues aparecen en un mismo paciente cuatro tumores en el colon. Esto ratifica la importancia de realizar siempre que sea posible la exploración completa del órgano (independientemente del método diagnóstico que se utilice) en busca de lesiones sincrónicas una vez que se haya identificado la lesión maligna.

REFERENCIAS

1. Machicado E., Cecilia R., Estefanía KF., Geng A., García D., Fernández I., et al. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. Hospital Nacional Arzobispo Loayza: 2009 – 2013. *Horiz Med* 2015; 15(2): 49-55.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. [Internet]. 2015 [Access May 30, 2016];36(5):E359-86. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/epdf>
3. LamarcaLete A, Molina Villaverde R, Navarro Expósito F, Álvarez-Mon Soto M. Stomachcancer. *Medicine*. (Spain) [Internet]. 2013 [Access May 30, 2016];11(25):1512- 8. Available from: <http://www.medicineonline.es/es/cancer-estomago/articulo/S0304541213704876/> doi: 10.1016/S0304-5412(13)70487-6
4. Aran V, Victorino AP, Thuler LC, Ferreira CG. Colorectal Cancer: Epidemiology, Disease Mechanisms and Interventions to Reduce Onset and Mortality. *Clin Colorectal Cancer* [Internet]. 2016 [Access May 30, 2016];pii: S1533-0028(16)30020-2. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1533002816300202>
5. Valle TD, Turrini RNT, Poveda VB. Intervening factors for the initiation of treatment of patients with stomach and colorectal cancer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2879. [Access November 22, 2017]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879>.
6. Calva M., Acevedo MT. Revisión y actualización general en cáncer colorrectal. *Anales de Radiología México* 2009; 1: 99-111