

Manifestación extracolónica como primera evidencia de carcinoma colorrectal.

Informe de dos casos

Dr. Carlos A. Hinojosa,* Dr. Juan José Plata-Muñoz,* Dr. Heriberto Medina* Dr. Takeshi Takahashi*

* Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, DF.

Correspondencia: Dr. Takeshi Takahashi M. Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga # 15, Col. Sección XVI. Deleg. Tlalpan C.P. 14000. México, DF.

Recibido para publicación: 8 de abril de 2002.

Aceptado para publicación: 24 de julio de 2002.

RESUMEN Introducción: en México el cáncer de colon ocupa el segundo lugar de las neoplasias malignas del tubo digestivo, su incidencia es directamente proporcional con la edad. Al momento del diagnóstico hasta en 20% de los casos puede encontrarse metástasis. **Objetivo:** presentación de dos pacientes que acudieron con manifestaciones extracolónicas atípicas, de cáncer colorrectal. **Informe de casos: Caso 1:** paciente femenino de 44 años, a quien se le identificó un derrame pleural izquierdo de 30% cuya microbiología incluyó enterobacterias y un colon por enema evidenció tumoración en el ángulo esplénico. Se realizó resección en bloque del colon, riñón izquierdo, bazo, cola de páncreas y 4ª porción del duodeno, así como reparación de fistula colopleural. El resultado histopatológico fue de adenocarcinoma localmente invasivo (T4 N0 M0). **Caso 2:** paciente femenino de 22 años, con síntomas neurológicos de 30 días de evolución, a quien en una tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RM) se evidenció lesión tumoral en cerebelo, cuyo reporte histopatológico fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico. Mediante colonoscopia se identificó el tumor primario a 12 cm del margen anal. Se realizó resección de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado en estadio III (T3, N2, M1). **Conclusión:** los sitios más frecuentes de enfermedad metastásica secundaria a cáncer colorrectal son hígado y pulmón, esto ocurre hasta en 30% de los casos al momento del diagnóstico, sin embargo, la invasión al sistema nervioso central es rara, así como también la presencia de una fistula colopleural.

Palabras clave: cáncer colorrectal, metástasis, derrame pleural.

SUMMARY Introduction: In Mexico, colorectal cancer is the second most common malignant tumor of digestive tract; incidence is proportional to patient age. At time of diagnosis, 20% of patients can be found with metastases, liver and lung the organs affected most frequently. **Objective:** To present two young patients, whose primary complaints were atypical extracolonic symptoms of colorectal cancer. **Case description: Case 1:** A 44-year-old female who presented with left pleural effusion, with growth in culture positive for enterobacterias. Barium enema showed tumor in splenic flexure. Surgical resection was performed including, left kidney, spleen, tail of pancreas, and fourth portion of duodenum. Colo-pleural fistula was repaired with primary closure. The pathology report noted locally advanced adenocarcinoma of colon (T4 N0 M0). **Case 2:** A 22-year-old female, who presented with a 30 day history of neurologic complaints. Computer tomography of head and MRI of brain identified a mass at level of cerebellum; specimen biopsy report was consistent with metastatic adenocarcinoma. Colonoscopy found a tumor located 12 cm from anal verge. The patient underwent sigmoid resection. Pathology confirmed the presence of moderately differentiated adenocarcinoma and 14/22 positive nodes (T3, N2, M1). **Conclusion:** The most common sites of metastases secondary to colorectal cancer are liver and lung, up to 30% at diagnosis, and usually are asymptomatic. We reported two patients whose first evidence of disease were atypical symptoms related to unusual sites of colorectal cancer extension.

Key words: Colorectal cancer, metastases, pleural effusion.

INTRODUCCIÓN

Se estima que a los 75 años de edad 3% de la población puede desarrollar cáncer de colon y otro 1 a 2% desarrollará cáncer de recto.¹ El cáncer de colon ocupa el segundo lugar de las neoplasias gastrointestinales en México, siendo su mayor incidencia en la octava década de la vida y en el sexo masculino.² La etiología de cáncer colorrectal es multifactorial y se han identificado diversos factores de riesgo tales como una dieta con elevado contenido de carne y grasa y baja en fibra, así como síndromes hereditarios polipósicos y no polipósicos, enfermedad inflamatoria intestinal, historia de cáncer de colon en familiares de primer grado y pólipos adenomatosos.³

Después del tratamiento quirúrgico, en dos tercios de los pacientes se observa recidiva de enfermedad, 85% en los primeros 2.5 años.⁴ La recidiva a distancia es la presentación más frecuente, involucrando al hígado y pulmón en 50 y 10%, respectivamente.^{3,4} Las metástasis cerebrales tienen una incidencia baja que pueden ser variables de 0.3 a 6% y en estos casos la mayoría se acompaña con metástasis en hígado y pulmón.⁵ Por otra parte, los principales síntomas de presentación del carcinoma colorrectal son hemorragia del tracto gastrointestinal y cambios en el hábito intestinal, siendo las manifestaciones extracolónicas poco frecuentes como síntomas de presentación.⁴

INFORME DE CASOS

Caso 1

Paciente femenino de 44 años, la cual acudió por dificultad respiratoria progresiva, dolor torácico y tos productiva de tres días de evolución. Se identificó anemia microcítica hipocrómica y un derrame pleural izquierdo de 30% cuyo análisis microbiológico mostró enterobacterias (*Figura 1*). Un colon por enema evidenció tumoración en el ángulo esplénico (*Figura 2*). Se realizó resección en bloque del colon izquierdo, riñón izquierdo, bazo, cola de páncreas y cuarta porción del duodeno, la paciente falleció en las siguientes 48 horas del postoperatorio al presentar datos de coagulación intravascular diseminada y taquicardia supraventricular refractaria a tratamiento. El diagnóstico histopatológico fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con invasión a serosa y duodeno (T4) con ganglios negativos (N0) sin metástasis (M0).



Figura 1. Radiografía de tórax donde se observa derrame pleural izquierdo.



Figura 2. Imagen de colon por enema donde se observa interrupción súbita al paso del medio de contraste en ángulo esplénico.

Caso 2

Paciente femenino de 22 años. Acudió por un cuadro clínico de 30 días de evolución con cefalea occipital, mareo, lateropulsión derecha y diadococinecia. Por tomografía computada (TC) y resonancia magnética (RM) se evidenció lesión tumoral en cerebelo (*Figura 3*),

la cual fue resecada y el reporte histopatológico fue de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastático (*Figura 4*). Sin evidencia por TC de enfermedad metastásica en hígado u otro sitio, se identificó mediante colonoscopia el tumor primario a 12 cm del margen anal. Se realizó resección de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado hasta la serosa (T3) con 14 de 22 ganglios positivos (N2). Recibió quimioterapia y radioterapia adyuvante con supervivencia de cinco meses.

DISCUSIÓN

Se presentan los casos de dos pacientes jóvenes que acuden con síntomas atípicos de carcinoma colorrectal. Los sitios más frecuentes de metástasis en cáncer de colon y recto lo constituyen el hígado hasta en 25 a 30% al momento del diagnóstico, el pulmón es el segundo sitio y lo hacen por vía hematogena, las que se observan en sistema nervioso central (SNC) son menos frecuentes con una incidencia menor a 5%, y las metástasis por contigüidad a pulmón o pleura es raro que sean la primera manifestación de enfermedad.⁴⁻⁶

El cáncer de colon es una enfermedad que afecta con más frecuencia a ancianos y adultos en edades de 50 a 70 años, y se ha relacionado con enfermedades como poliposis familiar, adenoma vellosa, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

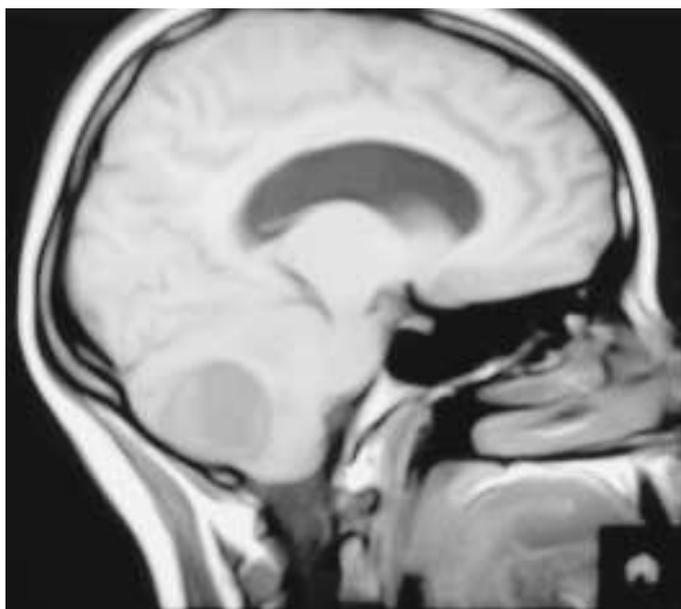


Figura 3. Imagen de resonancia magnética de cráneo: se observa tumoración en cerebelo que refuerza en la periferia con material de contraste.

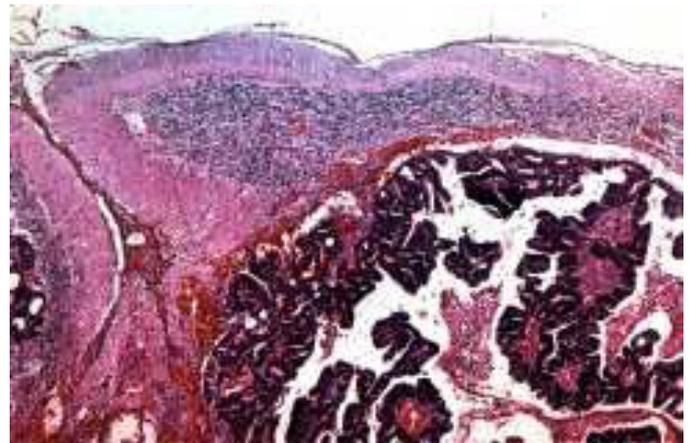


Figura 4. Microfotografía donde se observan células neoplásicas que corresponden a adenocarcinoma rodeado de tejido cerebral normal.

En orden de frecuencia el cáncer colorrectal se observa en recto, sigmoides, ciego, colon ascendente, colon transverso, ángulo esplénico y finalmente en colon descendente.⁸ Tradicionalmente se les ha dividido en tumores de la mitad izquierda y tumores de la mitad derecha, los primeros generalmente crecen en forma anular o circular; se ulceran produciendo hemorragia microscópica y finalmente obstrucción. Los del lado derecho infiltran la pared del colon sin producir síntomas durante mucho tiempo y en ocasiones crecen como masas voluminosas que sobresalen al interior del colon sin producir obstrucción. Hasta en 95% de los casos son adenocarcinomas.⁸ El cáncer de lado derecho tiene aparición insidiosa, con hemorragia, que suele ser oculta hasta producir anemia ferropénica y dar lugar a otros síntomas del síndrome anémico crónico.⁸

El cáncer de colon en cualquier sitio tiende a invadir localmente órganos vecinos y por metástasis a través de vía linfohematogena a ganglios, hígado, pulmón y huesos y menos frecuentemente a cerebro.⁵⁻⁷

En la última revisión de pacientes con cáncer colorrectal en el instituto se encontró que de 165 casos, los que presentamos son los que tienen presentación inusual.⁸

El margen de edad de los pacientes con enfermedad metastásica a SNC es de 35 a 60 años, siendo rara la presentación infratentorial y aún más las que se encuentran en la línea media como fue un caso de los que aquí presentamos.^{5,8} Como en todos estos casos, es recomendable hacer colonoscopia completa, para excluir la presencia de lesiones sincrónicas que se han reportado en 2 a 7.2%, así como la incidencia de pólipos sincrónicos benignos en 2 a 62%.⁸

Cuando se hace el diagnóstico de cáncer de colon y recto pueden existir metástasis en hígado y pulmón en 20-30% de los casos (Estadio IV), los pacientes con enfermedad metastásica que reciben tratamiento adyuvante tienen una supervivencia de 51.8% a seis meses, disminuye a 36% cuando no reciben tratamiento.^{4,6}

Una resección incompleta de metástasis en hígado o pulmón tiene supervivencia a cinco años de 25 a 30% con tratamiento adyuvante.³ Los pacientes con metástasis en cerebro tienen supervivencia de 54% a seis meses, 20% a un año y 6% a dos años cuando reciben tratamiento quirúrgico y quimioterapia paliativa.⁵

CONCLUSIONES

Se trata de dos casos con presentación inusual; si bien el pulmón es el segundo órgano afectado la pleura suele ser respetada y no se ha descrito la fístula colopleural como primera manifestación de enfermedad; en pacientes jóvenes no existen reportes de metástasis a cerebro y no se describen como primer hallazgo; en ambos casos

se trata de enfermedad avanzada y los resultados con quimioterapia adyuvante a la fecha son pobres.

REFERENCIAS

1. Nystrom JS, Weiner JM, Wolf RM, et al. Identifying the primary site of a metastatic cancer of unknown origin. *JAMA* 1979; 241: 381-3.
2. Tovar V, Flores M, Salmerón J, et al. Epidemiologic panorama of colorectal cancer in Mexico, 1980-1993. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(2): 225-31
3. Lavery IC, López F, Pelley RJ, Fine RM. Treatment of colon and rectal cancer. *Surg Clin North Am* 2000; 80(2): 535-69.
4. Thierry LC, Esteban C, Phillippe C, et. Al Early metastatic cancer of unknown primary origin at presentation a clinical study of 302 consecutive autopsied patients. *Arch Intern Med* 1988; 148: 2035-9.
5. Chevalier LT, Shith FP, Caille P, et al. Sites of primary malignances in patients presenting whit cerebral metastasis a review of 120 cases. *Cancer* 1985; 56: 880-2.
6. Merchut MP. Brain metastases from undiagnosed systemic Neoplasm. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1076-80.
7. Perry A, Parisi EJ, Kurtin JP. Metastatic adenocarcinoma to the brain: an immunohistochemical approach. *Hum Pathol* 1997; 28: 930-43.
8. Arch-Ferrer J, Barreto-Andrade JC, Takahashi T, et al. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal. Experiencia de 10 años en el INCMNSZ. *Rev Gastroenterol Mex* 2001; 66(4): 187-92.
9. Delattre JY, Krol G, Thaler HT, Posner JB. Distribution of brain metastases. *Arch Neurol* 1988; 45: 741-4.