

# Cáncer colorectal metacrónico y sincrónico

Vanuno-P D., Rodríguez G., Alfonso J., Bunk A.,  
Morales R., Vanuno-S D.

## RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente con cáncer de recto que a 30 años después de su caso índice que fue tratado con una amputación abdominoperineal y radioterapia se le diagnóstica una lesión metacrónica en el ciego con dos tumores malignos sincrónicos en colon descendente. Este caso sirve para poner en evidencia la importancia de la colonoscopia en la evaluación preoperatoria y seguimiento de estos pacientes.

## ABSTRACT

This is a case of a patient with a rectal cancer that was treated with surgical resection and radiotherapy and 30 years later presents with a metacronic lesion in the cecum and 2 synchronic lesions in the descending colon. This reinforces the importance of colonoscopy in the preoperative evaluation and close follow up of patient's with colorectal cancer.

## CASO CLÍNICO

El presente caso es el de una paciente de 53 años de edad, con antecedentes de una amputación abdominoperineal (Operación de Miles) y radioterapia 30 años antes por adenocarcinoma de recto medio, sin seguimiento posterior. Ingresa al servicio con historia de eliminación de sangre roja rutilante por colostomía en dos oportunidades desde hace 3 días, en el segundo episodio el cuadro se acompaña de mareo, palpitations y palidez. Niega episodio similar anterior. Niega pérdida de peso. Al examen físico, presión arterial 110/70 mmHg, pulso de 84 por minuto, frecuencia respiratoria 20 por minuto. Abdomen blando depresible no doloroso, sonoridad conservada, ruidos hidroaéreos presentes. A través de la colostomía ubicada en fosa ilíaca izquierda se observa salida de sangre oscura en escasa cantidad, al tacto de la ostomía se constata la entrada fácil de un dedo, paredes lisas, se retira sangre oscura por guante. Se observa

palidez de piel y mucosas. Resto del examen físico sin datos positivos de valor.

**Tabla 1:** Datos Laboratoriales

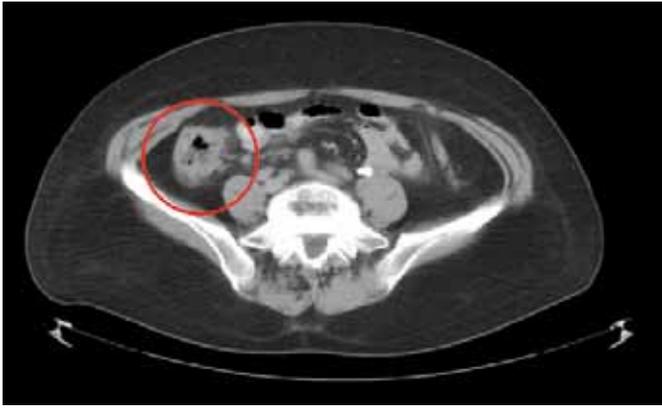
Hemoglobina	9,7 g/dl
Hematocrito	31 %
Glóbulos blancos	7 300 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos	67 %
Plaquetas	227 000
Tiempo de Protrombina (INR)	1,22
Glicemia	61 mg/dl
Urea	42 mg/dl
Creatinina	0,77 mg/dl
Antígeno carcinoembrionario	2,40 ng
Albumina	3,9 g/dl

Las investigaciones laboratoriales mostraron lo datos que se resumen en la tabla 1.

En su primer día de internación se realiza colonoscopia donde informa presencia de dos pólipos pediculados en colon descendente a 10 y 15 cm de la ostomía sin estigmas de sangrado. A nivel de colon ascendente, por encima de la válvula ileocecal, se constata lesión proliferativa vegetante irregular mamelonada con ulceración central que se extiende hasta el ciego y se toma biopsia. Resultado de biopsia informa adenocarcinoma mucosecretante infiltrante moderada a pobremente diferenciado grado II – III.

Hepatograma con valores dentro de rango normal. Se realiza ecografía abdominal donde no se observan metástasis hepáticas ni líquido libre en cavidad.

Se realiza tomografía computada de abdomen con



**Figura 1**

contraste oral y endovenoso, donde se constata la imagen parietal a nivel del ciego y colon ascendente sin evidencias de adenopatías, infiltración de estructuras adyacentes, ni metástasis hepática. (Figura 1).

Se decide realizar colectomía total con ileostomía terminal, la cual se realizó sin complicaciones. La anatomía patológica mostró lo siguiente:

1. Adenocarcinoma pobremente diferenciado grado II, mucosecretante con áreas coloides, a nivel de ciego de 3,5 cm de diámetro. El tumor infiltra en profundidad hasta la serosa y el tejido adiposo pericólico, muestra bordes irregulares y numerosos focos de invasión vascular. (Lesión en el ciego).
2. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado en adenoma tubular infiltrante hasta la submucosa de 2 cm de diámetro. (Lesión en colon descendente).
3. Adenoma tubulovelloso con displasia epitelial severa (Carcinoma in situ)(1cm)(Lesión en colon descendente).
4. Márgenes quirúrgicos proximal (ileal) y distal (colónico) y apéndice cecal sin evidencia de tumor.
5. Adenocarcinoma metastático en 5 de 10 ganglios linfáticos pericólicos (macrometástasis con ruptura capsular)

La estadificación corresponde a un estadio III o Dukes C2; T3, N1, Mx.

La paciente va de alta en su 5º día postoperatorio en buenas condiciones generales en

plan de evaluación oncológica para iniciar quimioterapia adyuvante.

## DISCUSIÓN

Este caso ilustra la infrecuente presentación de un adenocarcinoma de colon asociado a una lesión metacrónica con dos lesión sincrónicas. La incidencia de carcinoma de colon sincrónico es de alrededor del 4.5 % con un rango que va de 3.4 a 7.2 %.; en cambio las lesiones metacronicas tienen una incidencia promedio ligeramente inferior de 3.2 % con un rango de 1 a 4 %. Los adenocarcinomas con lesiones sincrónicas y metacronicas en el mismo paciente como en el caso que se presenta son bastante infrecuentes con una incidencia de 0.2 %.

Tanto las lesión metacrónicas como las sincrónicas tienen una histología más favorable en comparación al carcinoma inicial y tienden a localizarse más proximalmente hacia el colon derecho.

Este tipo de presentación inusual sirve para hacer hincapié en la recomendación ya establecida de que todo el colon debe ser investigado antes de cualquier cirugía de intestino grueso para asegurar que no haya alguna lesión sincrónica que requiera un cambio en el planeamiento quirúrgico. También pone en evidencia la importancia cardinal del seguimiento de los pacientes tratados de cáncer de colon no solo para detectar recurrencias sino para evidenciar nuevos cánceres de colon (lesión metacrónicas) que como en nuestro caso pueden presentarse hasta más de 30 años después del tumor índice.

A nuestro criterio no queda duda que el estudio ideal para la evaluación preoperatoria y el seguimiento posterior es la colonoscopia que nos permite visualizar las lesiones y biopsiarlas cuando fuese necesario. Esta colonoscopia siempre debe ser total con visualización de la válvula ileocecal, en los casos que esto no sea factible por la disposición anatómica del colon o la presencia de una lesión estenosante; se recomienda complementar la colonoscopia con otro estudio de imágenes como el colon por enema a doble contraste y más recientemente la colonoscopia.

## CONCLUSIÓN

Se destaca el valor de la colonoscopia para el diagnóstico de las lesiones múltiples sincrónicas y metacrónicas en el cáncer colorectal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cerdan J, Torres-Melero J, Diez M, et al. Tumores Colorectales Metacrónicos. *Rev Esp Enferm Dig.* 1996; 88(10):655-9.
2. Martín-Pérez E, Serrano-Sánchez PA, Larrañaga-Barrera E. Carcinoma sincrónico de Colon y Recto (21 casos). *Rev Esp Enferm Dig.* 1992; 81(6):393-7.
3. León-Rodríguez E, Hernández MC. Cancer of the colon in the National Institute of Nutrition. Synchronous and Metachronous tumors. *Rev Invest Clin* 1996; 48(4): 275-9.
4. Luchtefeld MA, Ross DS, Zander JD, et al. Late development of metachronous colorectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 1987;30(3):180-4.
5. Moreaux J, Catala M. Múltiple cancers of the colon and rectum. Incidence and results of surgical treatment. *Gastroenterol Clin Biol.* 1985; 9(4):336-41.
6. Finan PJ, Ritchie JK, Hawley PR. Synchronous and early metachronous carcinomas of the colon and rectum. *Br J Surg.* 1987;74(10):945-7.
7. Arenas RB, Fichera A, Mhoon D, et al. Incidence and therapeutic implications of synchronous colonic pathology in colorectal adenocarcinoma. *Surgery.* 1997; 122(4):706-9.
8. Fukutomi Y, Moriwaki H, Nagase S, et al. Metachronous colon tumors: risk factors and rational surveillance colonoscopy after initial polypectomy. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2002;128(10):569-74.
9. Aydiner A, Karadeniz A, Uygun K, et al. Múltiple primary neoplasms at a single institution: differences between synchronous and metachronous neoplasms. *Am J Clin Oncol.* 2000;23(4):364-70.
10. Geminiano-Martínez EE, Peña Ruiz-Esparaza JP, Villanueva-Saenz E, et al. Neoplasias Sincronicas en cancer colorectal. *Rev Gastroenterol MEX.* 2000;65(2):63-8.
11. Papadopoulos V, Michalopoulos A, Basdanis G, et al. Synchronous and metachronous colorectal carcinoma. *Tech Coloproctol.* 2004;8 Suppl 1:s97-100.
12. Nikoloudis N, Saliangas K, Economou A, et al. Synchronous colorectal cancer. *Tech Coloproct.* 2004;8 Suppl 1 :s177-9.
13. Lan YT, Lin JK, Li AF, et al. Metachronous colorectal cancer: necessity of post-operative colonoscopic surveillance. *Int J Colorect Dis.* 2005;20(2):121-5.
14. Park IJ, Yu CS, Kim HC, et al. Metachronous colorectal cancer. *Colorectal Dis.* 2006;8(4):323-7.