

# ADENOCARCINOMA MUCOPRODUCTOR DE COLON CON METÁSTASIS NO HABITUAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

## REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Serra Valdés MÁ, Comas Valdespino R, Mustelie Jacas O y col.

Adenocarcinoma mucoproduedor de colon con metástasis no habitual.

Presentación de un caso. *Rev Arg Med* 2019;7[2]:118-122

Recibido: 12 de marzo de 2019.

Aceptado: 12 de abril de 2019.

<sup>1</sup> Especialista de segundo grado en medicina interna. MSc. Profesor de Semiología y Clínica médica.

<sup>2</sup> Especialista de primer grado en medicina interna. MSc. Profesor de Semiología y Clínica médica.

<sup>3</sup> Especialista de primer grado en medicina interna.

<sup>4</sup> Especialista de primer grado en medicina interna. Instructor docente.

<sup>5</sup> Residente de medicina interna.

<sup>6</sup> Especialista de primer grado en imagenología. Instructor docente.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Hospital General Docente Enrique Cabrerá, adjunto a la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Calzada de Aldabó y Calle E. Altahabana, Municipio Boyeros, La Habana, Cuba. Correo electrónico: maserra@infomed.sld.cu

## MUCOPRODUCING COLON ADENOCARCINOMA WITH UNUSUAL METASTASIS. ABOUT A CASE

Miguel Á. Serra Valdés,<sup>1</sup> Rafael Comas Valdespino,<sup>2</sup> Oneidys Mustelie Jacas,<sup>3</sup> Yasniel Borrego Moreno,<sup>4</sup> Airam Navarro Palacio,<sup>5</sup> María T. Medel Agüero<sup>6</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** El aumento de la incidencia de cáncer es uno de los problemas actuales fundamentales de salud. En Cuba, la mortalidad por cáncer de colon ocupa el cuarto lugar con una tasa de 21,4 cada 100.000 habitantes; es más frecuente en el sexo femenino y se incrementa entre los 60 y los 80 años. **Presentación del caso.** Una mujer de 72 años, fumadora, diabética e hipertensa, con demencia y postración de tres años de evolución, sin síntomas digestivos, es internada por bultos dolorosos en el cráneo, toma del estado general y signos de deshidratación. Los estudios tomográficos y el diagnóstico por biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de metástasis óseas con invasión externa a partes blandas en el cráneo de un adenocarcinoma mucoproduedor de intestino grueso fueron corroborados cuando la paciente falleció por necropsia. **Conclusiones.** El caso presentado indica que no existen dogmas en las presentaciones de las enfermedades en la práctica médica. Existen casos atípicos o no habituales. Si se tienen en cuenta los factores de riesgo de estos tumores y la edad de 60 años o más, puede realizarse labor preventiva en la atención primaria de la salud y pesquisa en el período asintomático con un método tan simple como sangre oculta en heces que oriente a otros estudios, como los endoscópicos.

**PALABRAS CLAVE.** Cáncer de colon, adenocarcinoma mucoproduedor, BAAF, metástasis óseas, necropsia.

### ABSTRACT

**Introduction.** The increase in the incidence of cancer is one of the main current health problems. In Cuba, colon cancer ranks fourth in mortality with a rate of 21.4 per 100,000 inhabitants; it is more frequent in women and its incidence increases between 60 and 80 years of age.

**Case presentation.** A 72-year-old woman, smoker, diabetic and hypertensive, with dementia and prostration of three years of evolution, without digestive symptoms is admitted for painful lumps in the skull, evaluation of general condition and signs of dehydration. The tomography and the diagnosis by fine needle aspiration biopsy (FNAB) of bone metastases with external soft tissue invasion in the skull of a mucous-productive adenocarcinoma of the large intestine were corroborated when the patient died because of necropsy. **Conclusions.** The present case shows that there are no dogmas in the presentation of disease in medical practice. There are atypical or unusual cases. Taking into account the risk factors of these tumors and ages of 60 years or over, preventive work can be carried out in primary health care, as well as asymptomatic screening with a method as simple as fecal occult blood that leads to other studies such as endoscopy.

**KEY WORDS.** Colon cancer, mucoproducing adenocarcinoma, FNAB, bone metastasis, necropsy.

## Introducción

Uno de los grandes problemas de salud del presente siglo es el incremento de la incidencia del cáncer. Según las estadísticas nacionales de salud en Cuba, el cáncer de intestino ocupa el cuarto lugar en mortalidad con una tasa de 21,4 cada 100.000 habitantes, con una tasa de 18,4 en el hombre y de 24,3 en la mujer por 100.000 habitantes de cada sexo, y alcanza su mayor incidencia entre los 60 y 80 años. Su incidencia según la localización del registro nacional de cáncer en el año 2015 fue de 19,8 en el hombre y de 24,9 en la mujer por 100.000 habitantes de cada sexo (1).

Dado que los tumores malignos de colon se comportan como una causa significativa de morbilidad y mortalidad, justifican los esfuerzos invertidos en el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias relacionadas con esta entidad. Los investigadores han encontrado algunos factores de riesgo como la edad, antecedentes de pólipos o cáncer colorrectal, u otras enfermedades intestinales inflamatorias, antecedentes familiares de esta afección, síndromes familiares, etnias o razas. En pleno siglo XXI, la única medida eficaz contra este proceso maligno es la *detección temprana y su consecuente tratamiento*. Después de esta etapa, las terapias actuales sólo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sin aumento significativo de la supervivencia (2-5).

El patólogo, a la luz de los requerimientos actuales, necesita realizar un análisis macroscópico exhaustivo del espécimen operatorio que permita identificar todos los cambios morfológicos del tumor, que incluyen forma de la lesión y disposición en relación con la luz del colon de acuerdo con que sea parcial o totalmente estenosante según diversos grados. El aspecto macroscópico más frecuente es úlcero-infiltrante. Otras formas, como la vegetante y la escirrosa, son menos frecuentes. La extensión local por contigüidad de estas neoplasias malignas ocurre a lo ancho y largo de la zona afectada del órgano; también en profundidad, con la progresiva invasión a submucosa, muscular, serosa y finalmente al mesocolon y tejido adiposo pericólico, así como a estructuras y espacios vecinos (3).

El objetivo de la presentación de este caso clínico es interesante *por su diagnóstico a punto de partida de metástasis no habituales*, que a partir del estudio citopatológico de las metástasis mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) se procedió a la búsqueda del tumor primario en el intestino o el pulmón, ya que se trataba de un adenocarcinoma mucoproducente.

## Presentación del caso

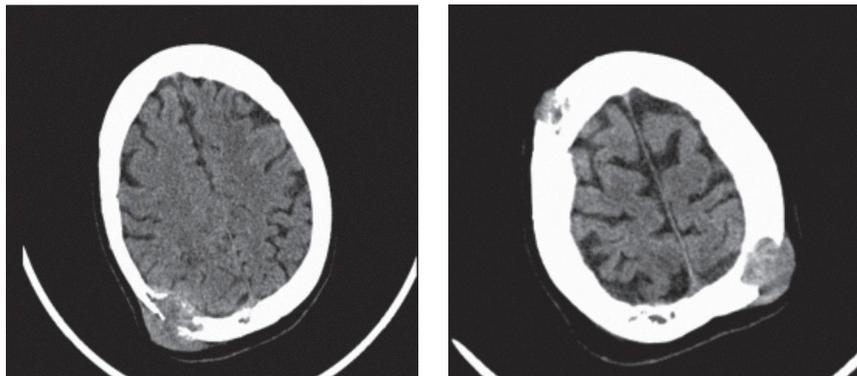
Una anciana de 72 años, fumadora, tenía antecedentes de diabetes e hipertensión arterial y desde 2013 sufría de demencia; tuvo un infarto cerebral con hemiparesia izquierda residual. En los últimos meses presentó trastornos cognitivos ya severos y postración, con dolores de cabeza, y ya no se comunicaba verbalmente con los familiares. Aparecieron unos "chichones" en la cabeza, que los familiares atribuían a los dolores de cabeza, ya que ella se llevaba la mano derecha a ese lugar. Fue ingresada en el servicio de medicina interna por toma marcada del estado general y signos de deshidratación corregidos en el cuerpo de guardia, y para determinar las lesiones craneales.

## Examen físico

Llamaban la atención tumefacciones en el cráneo de aproximadamente 2 o 3 cm de diámetro, en varias localizaciones, con relieve, de consistencia dura y sensibles a la exploración, ya que la paciente manifestaba gestos de dolor.

Análisis respiratorio: Murmullo vesicular disminuido globalmente sin estertores. Frecuencia respiratoria (FR): 16 x min. Análisis cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Tensión arterial (TA): 110/80, frecuencia cardíaca (FC): 78 x min. Sin soplos carotídeos.

Análisis neurológico: Desorientación, trastornos de la memoria, el lenguaje, el curso del pensamiento propios del estado demencial. Rigidez espástica generalizada con predominio izquierdo, donde se constató hemiparesia residual con exaltación de los reflejos osteotendinosos.



**Figuras 1 y 2.** TAC de cráneo. Lesiones metastásicas óseas con extensión exterior a partes blandas.

Estudios complementarios en la sala: hematocrito: 36%; velocidad de sedimentación glomerular (VSG): 8 mm/h; glucemia: 3,71 mosm/l; creatinina: 64 mosm/l; proteínas totales: 68 g/l; albúmina: 44 g/l; globulinas: 24 g/l. Radiología de tórax: área cardíaca en límites normales. Signos de enfisema. Llamaban la atención las lesiones osteolíticas en algunos arcos costales. Ausencia de lesiones pleuropulmonares. Electrocardiograma: ritmo sinusal, trastornos difusos de repolarización ventricular no isquémicos.

Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) simple multicorte de cráneo, tórax y abdomen. En el cráneo se observaron varias imágenes que causaban osteolisis y destrucción ósea con crecimiento a partes blandas; la mayor era la parietooccipital derecha de 30 x 50 mm, y densidades de entre 34 y 37 UH; otra parietal anterior derecha y otra parietal posterior izquierda con iguales características. Se observaron signos de atrofia cortical generalizados (Figuras 1 y 2).

En el tórax: En la primera costilla anterior derecha muy próxima a la articulación costo-esternal; imagen similar a las del cráneo con destrucción ósea (Figura 3). Lesiones osteolíticas con destrucción ósea en D-5, D-7, D-8, D-10. Ausencia de adenopatías mediastinales patológicas o de lesiones pulmonares (Figura 4). En el abdomen se observaron lesiones osteolíticas con destrucción ósea en la pelvis, L3 y L4 y en el sacro. Ausencia de lesiones focales en el hígado, de adenopatías patológicas intrabdominales, de líquido libre en cavidad; ateromatosis severa de la aorta y sus ramas. ID: descartar mieloma o metástasis de un tumor no identificado por este examen.

Las lesiones del cráneo no eran típicas lesiones del mieloma, por lo cual se decidió solicitar BAAF de dos de ellas: número 18C-991: positivo para células neoplásicas. Metástasis de un tumor maligno epitelial: carcinoma mucoproducente. Se sugirió buscar el primario en el tracto gastrointestinal o en el pulmón. Número 18C-992: positivo para células neoplásicas. Metástasis de un tumor maligno epitelial: carcinoma mucoproducente. Se sugirió buscar el primario en el tracto gastrointestinal o en el pulmón.

Se solicitó consentimiento informado a los familiares para realizar una colonoscopia; no lo autorizaron por el estado

de la paciente y solicitaron el alta. Quedaba la incógnita del primitivo. Estaba descartado el pulmón; pero no se había descartado el intestino, donde se presentaban carcinomas mucoproducentes. Algunos días después, la paciente fue traída al servicio de urgencia polipneica, con toma marcada del estado general, hipotensa y taquicárdica, por lo que se sospechó tromboembolismo pulmonar. Falleció a los pocos minutos. Se autorizó la realización de necropsia.

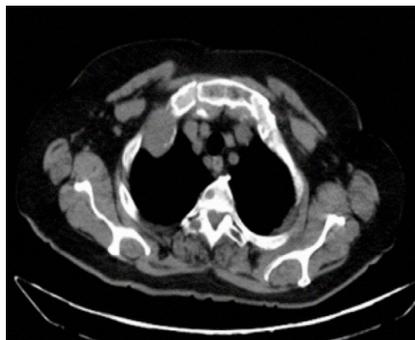
## Confirmación de los hallazgos

*Adenocarcinoma mucoproducente con células en anillo de sello localizado en el sigmoides* (Figura 5) con crecimiento vegetante hacia la luz, sin signos de sangrado, y hacia atrás al espacio presacro con metástasis en hígado, pulmón, ganglios linfáticos, cráneo óseo y partes blandas, peritoneo con infiltración focal de la serosa del estómago y páncreas. Tromboembolismo pulmonar múltiple de ramas finas con atelectasia posterobasal bilateral, antracosis pulmonar, arteroesclerosis de grado III de la aorta abdominal y sus ramas principales, así como de las arterias coronarias, y esteatosis hepática severa.

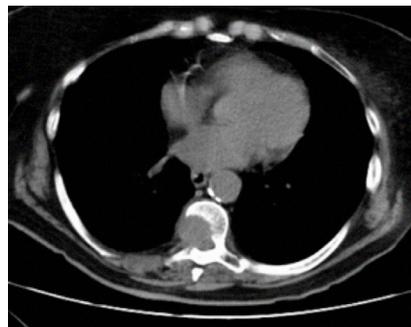
## Discusión

El cáncer de colon y recto es una enfermedad compleja. Tiene mecanismos que implican un número importante de genes, asociados a factores ambientales o exógenos. Incluso cuando se hereda una mutación dominante que predispone a padecer la enfermedad, su desarrollo implica el fallo y/o sobreexpresión de otros genes que permiten la proliferación maligna (6).

En una revisión y estudio de casos de una pesquisa en Cuba, el cáncer de colon y recto resultó uno de los más frecuentes en la población, después del de pulmón y mama. La incidencia encontrada fue mayor a partir de los 70 años y en mujeres. El factor de riesgo era poliposis familiar, aunque se señaló que en el 80% de los casos no existe, y los casos son esporádicos. Los síntomas más frecuentes eran hemorragia



**Figura 3.** TAC de lesión ósea costal.



**Figura 4.** TAC de lesión ósea vertebral.



**Figura 5.** Pieza macroscópica de la necropsia.

rectal, cambios en el hábito intestinal y dolores abdominales. La sangre oculta en heces fecales sigue siendo de valor en los casos sin síntomas y en edades de alta incidencia (7). En el caso que nos ocupa no encontramos elementos al respecto en el interrogatorio familiar, sí en otras incidencias de cáncer familiar pero de otras localizaciones y no existían síntomas digestivos referidos por los familiares, ya que la paciente sufría de demencia.

Aproximadamente hasta el 30% de los pacientes con cáncer de colon intervenidos quirúrgicamente con intención curativa presentarán recurrencia de la enfermedad, que puede provocar la muerte o llevar a la realización de nuevos tratamientos con alto grado de morbilidad. De ahí la trascendencia que adquiere el seguimiento clínico; sin embargo, no se ha logrado definir un modelo efectivo respecto de la conducta que se debe seguir para prevenir y diagnosticar la recurrencia y tratar a quienes la padezcan, si se tiene en cuenta que aún no existen criterios uniformes en cuanto al seguimiento postoperatorio luego de la intervención inicial (8).

El caso que nos ocupa es interesante por el hallazgo de metástasis en el cráneo que crecen al cuero cabelludo sin otro elemento clínico que nos hiciera pensar en la posibilidad del tumor primario, salvo el antecedente de tabaquismo. La citología por BAAF permitió al patólogo orientar hacia el diagnóstico del tumor primario cuando sugirió buscarlo por la variedad histológica en el tracto gastrointestinal o en el pulmón. La TAC realizada descartó la posibilidad del tumor primario en el pulmón y puso de relieve otras lesiones metastásicas, fundamentalmente en huesos. Quedaba la posibilidad del intestino, pero no pudo completarse el diagnóstico en vida por la toma marcada del estado general y la edad de la paciente, que no permitió realizar la colonoscopia. Pero no se estaba lejos de la realidad, como se comprobó cuando falleció la paciente y se tuvieron los resultados de la necropsia. Se resalta, pues, el valor de la utilización de la BAAF en lesiones primarias o metastásicas accesibles por un citopatólogo experimentado. Encontramos un solo informe de metástasis en partes blandas (9).

Finalmente queremos resaltar aspectos relacionados con la mayor incidencia y factores de riesgo señalados por el profesor Paniagua en su reciente libro, entre los que se encuentran la predisposición genética para los cánceres here-

ditarios (10%) (mutaciones de los genes del sistema MLH1, MSH2, MYH, PMSL1, PMSL2 y MSH6; pérdida del alelo normal de la proteína APC, que es protectora, etc.), y para los llamados cánceres esporádicos (el 70%): lesiones precancerosas como los pólipos y otras enfermedades inflamatorias crónicas intestinales; edad mayor de 50 años; derivaciones de la bilis quirúrgica al intestino; colecistectomía; factores dietéticos (como las dietas ricas en carnes, grasas animales, carbohidratos refinados); la diabetes; tratamientos prolongados con antiinflamatorios no esteroides (AINE) y terapias hormonales; la obesidad; el sedentarismo; el tabaquismo, y la ingestión frecuente de bebidas alcohólicas. Queda un 25% que se lo considera en la predisposición familiar, aunque estudios de asociación genómica sugieren que puede haber un gran número de loci susceptibles, alguno de los cuales son comunes y pueden ejercer alguna influencia de riesgo (10). Estos tienen valor en la labor preventiva y la pesquisa.

## Conclusiones

El caso presentado constituye un caso clínico no habitual de cáncer de colon ya que no existían manifestaciones digestivas para la sospecha diagnóstica, y por el tipo de metástasis no habituales encontradas en el cráneo óseo y partes blandas de la paciente. La BAAF resultó un método de diagnóstico útil en este caso que permitió la orientación hacia el diagnóstico. El caso presentado indica que no existen dogmas en las presentaciones de las enfermedades en la práctica médica. La individualidad hay que tenerla presente. Existen casos atípicos o no habituales. Teniendo en cuenta los factores de riesgo de estos tumores puede realizarse labor preventiva en la Atención Primaria de Salud y pesquisa en el período asintomático con un método tan simple como sangre oculta en heces, que oriente a otros estudios, entre los cuales la sigmoidoscopia y colonoscopia son de valor extraordinario (10). **RAM**

## Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2018 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2019. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
2. Quiñones-Ceballos A. Cáncer colorrectal: morfología y pronóstico. Medisur [Internet]. 2013;11(2):[aprox. p. 2]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2252>
3. Martínez Navarro J, Socorro Castro C, Fumero Roldán L. Adenocarcinoma de colon. Correlación entre localización, grado histológico y margen radial macroscópico en especímenes quirúrgicos. Tercer Congreso virtual de Ciencias Morfológicas. 2016. Disponible en: [www.morfovirtual2016.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2016/paper/viewPDFInterstitial/56/7](http://www.morfovirtual2016.sld.cu/index.php/Morfovirtual/2016/paper/viewPDFInterstitial/56/7)
4. García Gutiérrez A. Cáncer del colon y recto. En: Cirugía. T. 3. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007:1277-320
5. Machado Pineda M, Rodríguez Fernández Z, González Tuero JH, Rodríguez Ramírez R. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN [Internet]. 2011;15(11):[aprox. p. 6]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192011001100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100009&lng=es)
6. Rubio González T, Verdecia Jarque M. Algunos aspectos genéticos y epidemiológicos relacionados con el cáncer colorrectal. MEDISAN [Internet]. 2016;20(3):372-83. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000300014&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000300014&lng=es)
7. Bravo Hernández N, Gómez Lloga T, Noa Garbey M y col. Pesquisa de cáncer de colon en grupos de riesgo del Policlínico Universitario "Omar Renedo Pubillones de Guantánamo". *Revista de Información Científica (Internet)* 2018;97(1): 95-105. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n1/1028-9933-ric-97-01-95.pdf>
8. Rodríguez Fernández Z, Jean-Louis B, Casaus Prieto A y col. Algunas especificidades sobre el diagnóstico del cáncer de colon recurrente. MEDISAN [Internet]. 2015;19(2):169-79. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192015000200004&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200004&lng=es)
9. Prado V, Correa-Márquez R, Ortega C. Metástasis cutáneas por cáncer de colon. *Revista Médico Científica (Internet)* 2008;21(1):Resúmenes. Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/96>
10. Paniagua Estévez ME, Piñol Jiménez F.N. Tumores malignos de colon. En: Gastroenterología y hepatología clínica. ECIMD, La Habana. 2015;1539-1604