



PRESENTACIÓN DE CASO

Transformación de pólipos hiperplásicos a adenocarcinoma mucinoso ulcerado de colon

Recibido: 13 de diciembre de 2016

Aprobado: 16 de mayo de 2017

Transformation of hyperplastic polyps to ulcerated mucinous adenocarcinoma of the colon

RESUMEN

Elizabeth Fernández Tamayo¹,
Bernardo Andrés Méndez Gener²,
Tamara Espinosa Hernández³

Introducción: el cáncer colorrectal incluye cualquier tipo de neoplasia de colon, recto y apéndice y muchos de los casos tienen su origen en un pólipo adenomatoso.

Objetivo: describir la evolución de pólipos hiperplásicos a un cáncer mucinoso de colon a través del análisis de un caso donde el estudio de imágenes contribuyó al diagnóstico del mismo y a una intervención quirúrgica certera.

¹ Médica. Especialista de Primer Grado en Imagenología. Máster en Medios Diagnósticos en la Atención Primaria de Salud. Instructor. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana. Cuba. elizabethfdezt@infomed.sld.cu

² Médico. Especialista de Segundo Grado en Imagenología. Máster en Medios Diagnósticos en la Atención Primaria de Salud. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana. Cuba. bmenez@infomed.sld.cu

³ Licenciada en Tecnología de la Salud, perfil Laboratorio Clínico. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Asistente. Facultad De Ciencias Médicas Julio Trigo López. La Habana. Cuba. tamara@infomed.sld.cu

Presentación del caso: mujer de 72 años de edad, que desde 2012 se atiende por presentar pólipos hiperplásicos de colon y colitis crónica. En 2014 presenta dolor abdominal en flanco derecho, vómitos y diarreas. La colonoscopia confirma la existencia de pólipos hiperplásicos en ciego y recto. En la ecografía abdominal se observa masa compleja, sólida, en hipocondrio y flanco derecho, muy próxima al peritoneo, impresionando lesión tumoral de vías digestivas. La radiografía de tránsito intestinal muestra un defecto de llenado en el ciego, infiltrando la válvula ileocecal. En la tomografía multicorte simple y contrastada vía oral y endovenosa se observa lesión tumoral que ocluye la luz del ciego con hipercaptación del contraste en ambas fases. La colonoscopia concluye una lesión en la válvula ileocecal y otra a nivel de colon ascendente, ambas de

aspecto dudoso y pólipos en recto-sigmoides. La biopsia mediante colonoscopia confirma un adenocarcinoma mucinoso ulcerado e infiltrante.

Conclusiones: se demuestra que uno de los orígenes de los adenocarcinomas mucinosos de colon son los pólipos benignos y los estudios imagenológicos son una herramienta útil en el estadiamiento del tumor y la conducta de tratamiento a seguir.

DeCS: COLON; ADENOCARCINOMA MUCINOSO; RADIOGRAFÍA.

ABSTRACT

Introduction: colorectal cancer includes any type of colon cancer, rectum and appendix and many cases have their origin in an adenomatous polyp.

Objective: to describe the evolution of hyperplastic polyps to mucinous colon cancer through the analysis of a case where the imaging study contributed to its diagnosis and an accurate surgery.

Case report: 72 year-old female patient, who has been treated since 2012 because of hyperplastic colon polyps and chronic colitis. In 2014 she presented abdominal pain in the right flank, vomiting and diarrhea. Colonoscopy confirmed the existence of hyperplastic polyps in the cecum and rectum. The abdominal ultrasound scan showed a complex and solid mass in the hypochondrium and right flank, very close to the peritoneum, impressing a tumor lesion of the digestive tract. Intestinal transit radiography showed a filling defect in the cecum, infiltrating the ileocecal valve. In simple and proven multislice tomography performed by oral and intravenous route a tumor lesion occluding the light of cecum was observed, with hypercaptation of contrast in both phases. The colonoscopy confirmed an injury to the ileocecal valve and another at ascending colon level, both of dubious appearance and rectosigmoid polyps.

Colonoscopy biopsy confirmed an ulcerated and infiltrating mucinous adenocarcinoma.

Conclusions: it has been proved that one of the origins of mucinous adenocarcinomas of colon originates from benign polyps and imaging studies are a useful tool in the staging of the tumor and the treatment to be followed.

DeCS: COLON; MUCINOUS ADENOCARCINOMA; RADIOGRAPHY.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más común en todo el mundo. Algunas investigaciones plantean que es más frecuente en hombres que en mujeres. En los Estados Unidos de América en el año 2014 se registraron 96 830 casos nuevos de cáncer de colon y 40 000 casos nuevos de cáncer rectales. En ese mismo año se calcularon 50 310 muertes por cáncer colorrectal, lo que representa el 9% de todas las muertes por cáncer¹. En México, esta neoplasia representa el 3,6% de las malignas en general, constituyendo el cáncer más común del tracto digestivo.²

Los adenocarcinomas mucinosos (AM) son comúnmente estudiados histológicamente como un subtipo de adenocarcinomas colorrectales. Sin embargo, el pronóstico de los AM no está bien esclarecido, particularmente en pacientes estratificados por el sitio primario del sitio donde se encuentra el tumor.³ El diagnóstico tardío frecuentemente se presenta en algunas series hasta en el 85% de los pacientes en estadios III y IV al momento del diagnóstico.⁴

Los tumores malignos de intestino ocupan la tercera causa de mortalidad por cáncer en Cuba, con 2177 fallecidos en el año 2014, mientras que los de recto, porción rectosigmoidea y ano ocupan el lugar número 14, con 331 fallecidos en ese mismo año, 18 casos más que en el año 2013.⁵

Una medida para mejorar la supervivencia en el carcinoma de colon es la identificación temprana de pacientes que se beneficien con tratamientos adyuvantes y protocolos de manejo intensivos, a través de la evaluación de factores pronósticos y predictivos en éstos. En esta evaluación los imagenólogos, como parte del equipo multidisciplinario que valora a los pacientes, juegan un papel importante en la localización de la lesión primaria y de metástasis en otras partes del organismo.^{4,6}

Es por esto que el objetivo del presente trabajo fue describir la evolución de pólipos hiperplásicos a un cáncer mucinoso de colon a través del análisis de un caso donde el estudio de imágenes contribuyó al rápido diagnóstico del mismo y a una intervención quirúrgica certera para la resección completa del tumor.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente ASS, femenina, de 72 años de edad, colecistectomizada, atendida en nuestra institución desde 2012 por pólipos de colon, con resección de los mismos por colonoscopia y diagnóstico anatomopatológico de pólipo hiperplásico y colitis crónica.

En el año 2014 acude a la consulta de gastroenterología con un cuadro de dolor abdominal en flanco derecho acompañado de vómitos y diarreas. Se realiza colonoscopia, la cual confirma nuevamente la existencia de pólipos hiperplásicos en ciego y recto. Se decide realizar estudios de imágenes en ese mismo año.

Ecografía abdominal (Figura 1): se observa masa compleja, predominantemente sólida, en hipocondrio y flanco derecho, que mide 3,7 x 3,8 centímetros, muy próxima al peritoneo, el cual se observa de aspecto normal, impresionando lesión

tumoral de vías digestivas. Se sugiere estudio de colon.

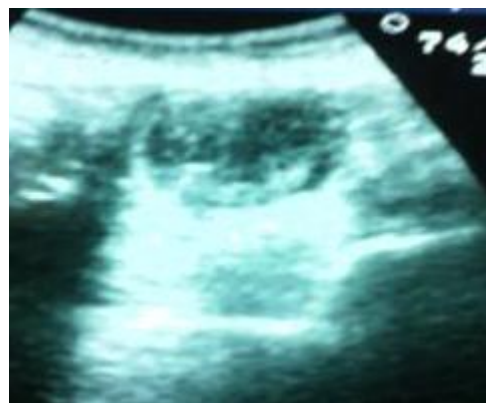


Figura 1: Ecografía abdominal.

- Radiografía de tránsito intestinal (Figura 2): se observa un defecto de llene en región de ciego, infiltrando la válvula ileocecal.



Figura 2: Radiografía de tránsito intestinal.

Tomografía multicorte contrastada vía oral y endovenosa: se observa lesión tumoral que ocluye la luz del ciego que mide 3,8 x 3,7 centímetros, la cual al estudio contrastado vía endovenosa muestra hipercaptación del contraste tanto en fase arterial como venosa alcanzando los 94 UH. (Figura 3)

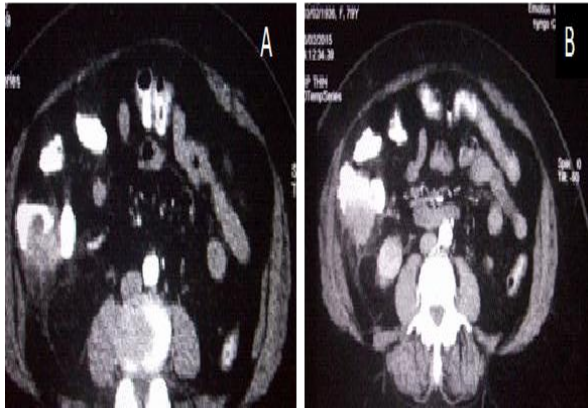


Figura 3: Tomografía axial computarizada contrastada vía oral (A) y endovenosa (B).

Además se complementaron estos estudios con:

Colonoscopia: se observa lesión en la válvula ileocecal de aspecto dudoso, otra lesión a nivel de colon ascendente de aspecto dudoso, y pólipo en recto sigmoides.

Biopsia mediante colonoscopia:

Rotulado de colon ascendente: Hiperplasia glandular atípica con hipersecreción mucosa.

Rotulado de válvula ileocecal: adenocarcinoma mucinoso ulcerado e infiltrante con el diagnóstico anatomopatológico de adenocarcinoma mucinoso ulcerado e infiltrante.

Se discute con la especialidad de Cirugía, considerando se trate de un adenocarcinoma mucinoso ulcerado de colon, por lo que se decide realizar una resección quirúrgica inmediata del tumor. Se da de alta al paciente de nuestra institución a los siete días de la cirugía con una evolución favorable y se orienta que se realice seguimiento por consulta de Oncología para tratamiento adyuvante postoperatorio. Actualmente recibe quimioterapia adyuvante con evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) corresponde a todos aquellos tumores ubicados en el intestino grueso, pudiendo estos tumores localizarse por lo tanto desde la válvula ileocecal hasta el recto. En el mundo, cada año se registran aproximadamente un millón de nuevos casos de CCR y medio millón de muertes, con una tasa cruda mundial de mortalidad de 8,1/100 000 habitantes, las que afectan principalmente a las regiones más desarrolladas (25,1/100 000 habitantes); mientras que en las de menor desarrollo la tasa es significativamente inferior (3,9/100 000 habitantes).⁷

Las evidencias acumuladas sugieren que el cáncer colorrectal se puede observar como una enfermedad heterogénea, con múltiples diferencias clínicas y biológicas, desde tumores proximales (derechos) hasta distales (izquierdos).⁸ En el presente estudio se diagnosticó un tumor proximal localizado en la válvula ileocecal.

En el cáncer de colon derecho los síntomas principales son dolor abdominal, síndrome anémico y ocasionalmente palpación de un tumor abdominal. La mayoría de cánceres colorrectales proceden de un pólipo, previamente benigno y posteriormente malignizado.⁹ Como sucedió con el caso que se presenta, en el que solo transcurrieron dos años entre el diagnóstico de los pólipos y el diagnóstico de la tumoración, la cual debutó con dolor abdominal en flanco derecho.

Las técnicas de imagen actuales permiten detectar el CCR en estadios precoces y asintomáticos, y ayudan a realizar la estadificación. La Tomografía Axial Computarizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear permiten establecer la invasión tumoral y la presencia de metástasis regionales y a distancia. Por su parte la endoscopia permite visualizar toda la superficie mucosa del intestino grueso y realizar biopsias de lesiones identificadas. La apariencia del CCR es muy característica, presentándose en la mayoría de los casos como lesiones excrecentes y ulceradas, fácilmente biopsiables.^{10, 11} En el presente estudio la

TAC fue determinante en el diagnóstico de la lesión, mediante la cual se pudo localizar la misma, y a través de este medio diagnóstico se propuso la conducta quirúrgica que se siguió.

Arteaga y colaboradores,¹² en la presentación de dos casos de adolescentes con tumores, acentúan la importancia de los estudios imagenológicos, pues al realizar una TAC de pelvis con contraste se pudo delimitar las características del tumor, desde el tamaño hasta la localización específica, el grosor de las paredes del mismo y la exploración de posibles lesiones metastásicas.

CONCLUSIONES

Se demostró que uno de los orígenes de los adenocarcinomas mucinosos de colon son los pólipos benignos y los estudios imagenológicos son una herramienta útil en el diagnóstico certero, para precisar el estadio del tumor y la conducta de tratamiento a seguir. El diagnóstico temprano de estos tumores permite la recuperación rápida de los pacientes luego de la cirugía y su integración a la terapia adyuvante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* [Internet] 2014; 64(1): 9-29. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21208/full>
2. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México 2011. México [Internet]: Secretaría de Salud; 2011. Disponible en:

<http://docplayer.es/11449544-Perfil-epidemiologico-de-los-tumores-malignos-en-mexico.html>

3. Gao P, Song YX, Xu YY, Sun Z, Sun JX, Xu HM, *et al.* Does the prognosis of colorectal mucinous carcinoma depend upon the primary tumour site? Results from two independent databases. *Histopathology* [Internet] 2013; 63(5):603-15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/256328074_Does_the_prognosis_of_colorectal_mucinous_carcinoma_depend_upon_the_primary_tumour_site_Results_from_two_independent_databases

4. Mantilla Morales A, Mendoza Morales RC, Alvarado Cabreroc I. Evaluación de piezas quirúrgicas con carcinoma de colon. *Gaceta Mexicana de Oncología*. [Internet] 2014;13(4):229-35. Disponible en: <http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjByuaEsO3SAhUr0YMKHeaqD5kQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.elsevier.es%2Fes-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X166592011457905X-S300&usq=AFQjCNEeARbDXTcr-8R8UtvEjNN4V2F-gg&bvm=bv.150475504,d.amc>

5. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Estadísticas de salud en Cuba-Anuario Estadístico 2014 [Internet]. La Habana Cuba, 2015 [Consultado 06 ene 2016]. Disponible en: <http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewjRmeWU3SAhWG34MKHUcjCxcQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Ffiles.sld.cu%2Fbvscuba%2Ffiles%2F2015%2F04%2FAnuario-estadistico-de-salud-2014.pdf&usq=AFQjCNH1MiNBj-L9aet6CAKuN7xk8YHTQA&bvm=bv.150475504,d.amc>

6. Bosch SL, Teerenstra S, de Wilt JH, Cunningham C, Nagtegaal ID. Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions. *Endoscopy* 2013 [Internet]; 45(10): 827-834. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23884793>

7. Bannura Cumsille G. ¿Se puede mejorar la oportunidad del diagnóstico del cáncer colorrectal en Chile? Rev. Chil. Cir. [Internet] 2006; 58(1):59-61. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000100014

8. Minoo P, Zlobec I, Peterson M, Terracciano I, Lugli A. Characterization of rectal, proximal and distal colon cancers based on clinicopathological, molecular and protein profiles. Int J of Onc. [Internet] 2010; 37(3): 707-18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20664940>

9. Verhulst J, Ferdinande L, Demetter P, Ceelen W. Mucinous subtype as prognostic factor in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. J Clin Pathol. [Internet] 2012; 65(5):381-8. Disponible en:

<http://jcp.bmj.com/content/65/5/381.long>

10. Zerhouni EA, Rutter C, Hamilton SR, Balfe DM, Megibow AJ, Francis IR, *et al.* CT and MR imaging in the staging of colorectal carcinoma: report of the Radiology Diagnostic Oncology Group II. Radiology [Internet] 1996, 200(2): 443-51. Disponible en:

<http://pubs.rsna.org/doi/pdf/10.1148/radiology.200.2.8685340>

11. García I. Estudio de la supervivencia en el cáncer colorrectal en relación con el grado arquitectural sumatorio y topográfico. [Tesis de Doctorado] [Internet]. Universidad de Málaga, España. 2013. Disponible en:

http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwid5qaYru_SAhUL0oMKHS2ODWAQFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.riuma.uma.es%2Fxmlui%2Fbitstream%2Fhandle%2F10630%2F6460%2FTDR_GARCIA_MUIOZ.pdf%3Fsequence%3D1&usq=AFQjCNGXnPfcmeKF-cRZLnXEWYnJHkN2Hg&bvm=bv.150475504,d.eWE

12. Artega R, Boscán A, Quero R, Rojas N, Sposito F. Cáncer de colon y recto en pediatría. Presentación de casos. Rev Venez Oncol [Internet]. 2013; 25(2):104-8. Disponible en:

http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwih4ImdsO_SAhXoxYMKHTXGB1cQFggYMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.oncologia.org.ve%2Fsite%2Fupload%2Frevista%2Fpdf%2F07_arteaga_r%2528104-108%2529.pdf&usq=AFQjCNFI6kFFdIYzmFb8pX8-pwHCsMgStQ&bvm=bv.150475504,d.eWE



Elizabeth Fernández Tamayo:

Médica. Especialista de Primer Grado en Imagenología. Máster en Medios Diagnósticos en la Atención Primaria de Salud. Instructor. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor principal de la investigación hágalo [aquí](#)***