

Neoplasia primaria sincronica de estómago, colon y recto: reporte de un caso

Synchronous stomach, colon and rectum primary neoplasias: a case report

Héctor Daniel Montes Lainez^{1,2}; Jorge Chehab Andrade¹ & Nathaly Paola Campoverde Vilela^{1,2}

MONTES, H.; CHEHAB, J. & CAMPOVERDE, P. Neoplasia primaria sincronica de estómago, colon y recto: reporte de un caso. *J. health med. sci.*, 7(3): 201-206, 2021.

RESUMEN: Presentamos el caso de un paciente masculino de 40 años de edad, con estreñimiento de un año de evolución y antecedentes de enfermedad por reflujo gastroesofágico, se realiza endoscopia digestiva alta y baja y se realiza diagnóstico sincrónico de adenocarcinoma de estómago, recto y colon descendente, realizamos tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada pre quirúrgico y cirugía como tratamiento primario. Mostramos una descripción del caso y una revisión de la bibliografía.

PALABRAS CLAVES: Neoplasia primaria múltiple, neoplasia sincrónica, sincronismo.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como neoplasia maligna primaria múltiple (NPM) a la presencia de 2 o más tumores malignos en el mismo paciente (Guevara, *et al.*, 2017) que, dependiente de su periodo de aparición se pueden clasificar en sincrónicos (si se diagnostican simultáneamente o menos de 6 meses de diferencia con el tumor primario) y metacrónicos (si se diagnostican luego de 6 meses del tumor primario)(Guevara, *et al.*).

La asociación sincrónica de dos neoplasias es algo relativamente frecuente, pero la aparición de 3 neoplasias primarias sincrónicas de tubo digestivo es un caso que no ha sido descrito en la literatura.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad, sin antecedentes familiares de interés, antecedente de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que acude a nuestro instituto oncológico por cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por estreñimiento y pérdida de peso que en los últimos 6 meses se acompañó de rectorragia y dispepsias frecuentes.

Se realiza fuera de nuestra institución videocolonoscopia particular que informan a 6 cm

de margen anal pólipo de base amplia y otro pólipo a nivel de unión sigmo descendente.

Es valorado por el servicio de gastroenterología de nuestro instituto que deciden realizar nuevos estudios endoscópicos, tanto alto como bajo.

La endoscopia digestiva alta revela que en estómago a nivel del cuerpo en cara anterior se observa lesión sobre elevada con depresión central de aproximadamente 3 cm de diámetro, el

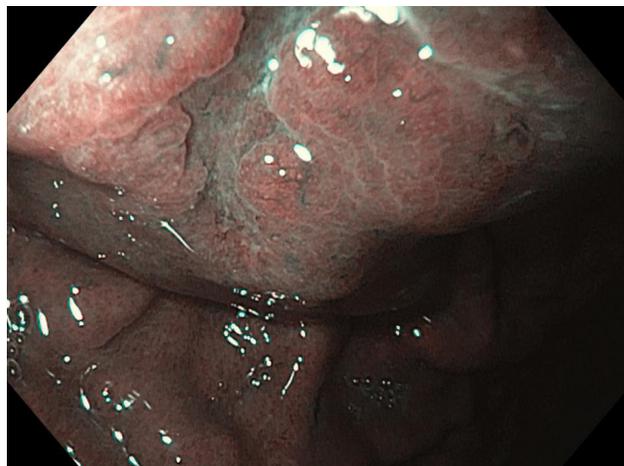


Fig. 1. Endoscopia digestiva alta, lesión en cuerpo de estómago cara anterior.

¹. Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo SOLCA-Samborondón, Ecuador.

². Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador.

resto de la endoscopia digestiva alta no mostró alteraciones (Figura 1).

La endoscopia digestiva baja demostró a 8 cms de margen anal la presencia de un pólipo sésil de 4 cm de diámetro en recto (Figura 2), múltiples pólipos en sigma y a 45 cm de margen anal una lesión tumoral mamelonada, friable y ulcerada que obstruía el 70 % de la luz intestinal (Figura 3), colon transverso y ascendente sin presencia de pólipos y en ciego presencia de abundantes pólipos nuevamente.

El resultado histopatológico revela, en estómago un adenocarcinoma moderadamente dife-

renciado, grado histológico g2, infiltrante, erosionado, difuso según la clasificación de Lauren. En el recto muestra un adenocarcinoma intramucoso asociado a lesión adenomatosa (túbulo-vellosa) de alto grado (displasia severa) y en colon descendente lo cataloga como lesión de alto grado (displasia severa).

Tomografía computada revela una lesión tumoral intraluminal que involucra el tercio distal del colon descendente de 6 x 5 cm, asociada a adenopatías pericólicas. (Figura 4) Lesión tumoral intraluminal que involucra el recto de 4 cm de diámetro y que lo obstruye en un 90% (Figura 5), además de un engrosamiento nodular mural dependiente del tercio medio del colon ascendente con una extensión aproximada de 1,9 cm.

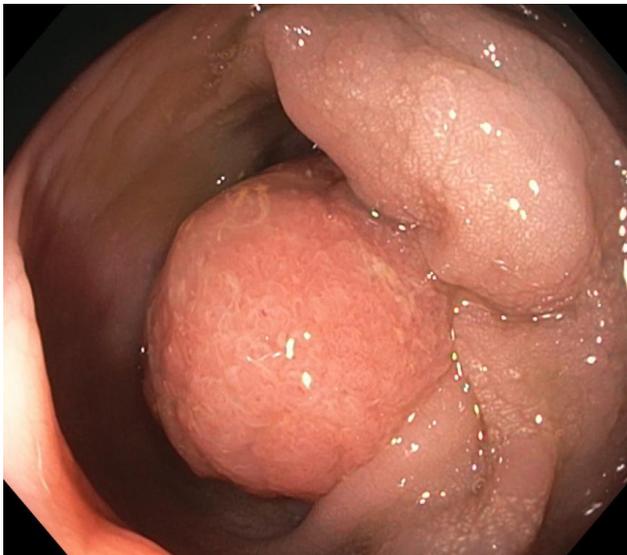


Fig. 2. Recto medio. A 8 cms de margen anal se eviencia polipo sésil de 4 cm de diametro, se toma biopsia.

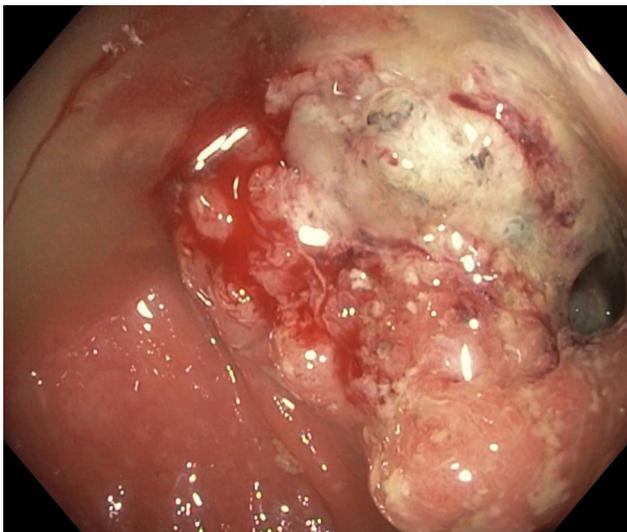


Fig. 3. Unión descendentesigma. Lesión tumoral que ocupa el 70% de luz intestinal, se toma biopsia.

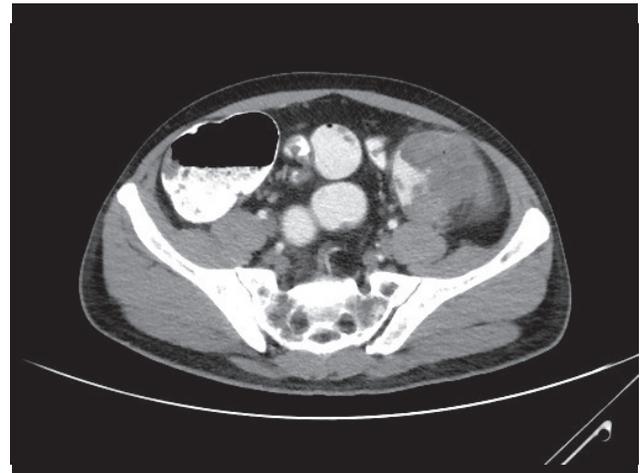


Fig. 4. Lesión tumoral de colon descendente con adenopatías pericólicas.

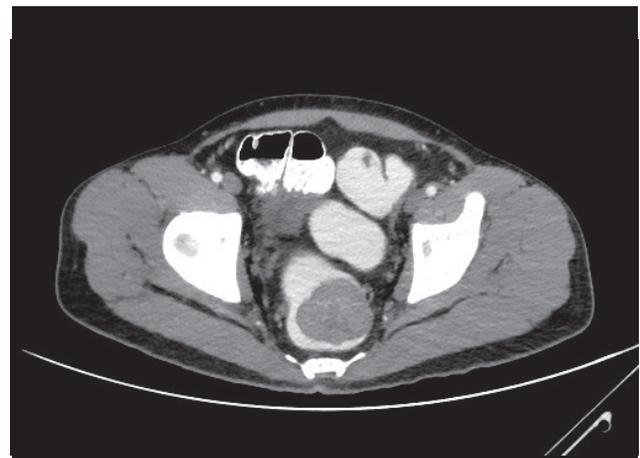


Fig. 5. Lesión tumoral a nivel de recto medio.

En el estómago opacificado presenta mínimo engrosamiento de la pared del antro píloro (Figura 6).

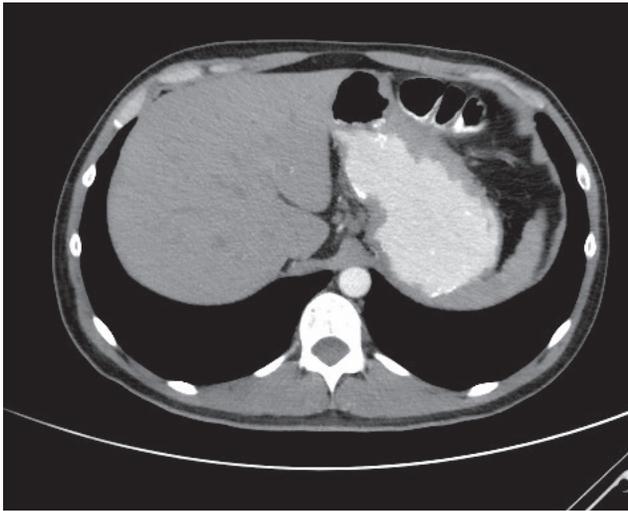


Fig. 6. Estómago con paredes ligeramente engrosadas.

Debido a complejidad de paciente, con dos tumores malignos sincrónicos confirmados histopatológicamente de recto y estómago y un tercer tumor muy sugestivo de malignidad de colon descendente se reúne el comité de tumores de tubo digestivo del instituto que deciden que paciente deberá realizarse una tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET-CT) previa decisión terapéutica.

El reporte de PET-CT revela una lesiones infiltrativas tumorales hipermetabólicas en tercio distal de colon descendente - sigmoides (suvmax 20,9), con rarefacción reticular de la grasa mesentérica perilesional, con sincronismo en recto medio e inferior (suvmax 29,7) y en ciego (suvmax 15,4) (Figura 7).

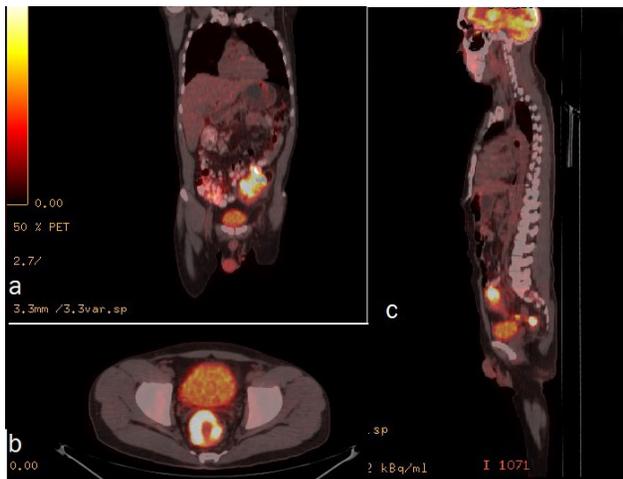


Fig. 7. a). Corte coronal. Lesión hipermetabólica de colon descendente. b). Corte axial. Lesion hipermetabólica de recto medio. c). Corte sagital. Evidencia de ambas lesiones sincrónicas.

En vista de resultado de PET-CT que confirma sincronismo de estómago, colon descendente, recto y un posible sincronismo con el ciego, el servicio de cirugía digestiva lo programa para laparotomía exploratoria para estadificación intraoperatoria y con miras a realizar gastrectomía subtotal más hemicolectomía izquierda más resección anterior baja de recto. Se realiza laparotomía exploratoria encontrándose como hallazgos quirúrgicos una tumoración de cara anterior de estómago que se proyecta en la serosa de 3 cm aproximadamente con presencia de adenopatías perigástricas impor-



Fig. 8. Estómago y epiplon mayor.



Fig. 9. Colon Descendente

tantes (Figura 8) y una tumoración de aproximadamente 10 cm en colon descendente que se adhiere a estructuras vecinas con múltiples adenopatías pericólicas (Figura 9). También se encontró una tumoración de tercio medio de recto de 5 cm aproximadamente con discretas adenopatías palpables a nivel mesorectal.

Se decide realizar gastrectomía total más esofagoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Se procede a realizar hemicolectomía izquierda, se observa múltiples adenopatías aumentadas de tamaño a nivel de colon descendente con masa que infiltra la serosa y estructuras adyacentes, y recto así mismo con importantes adenopatías, por lo que se decide no continuar con la resección anterior baja de recto, ya que, al haber importante carga adenomegálica y realizar una resección amplia y radical, no iba a permitir una correcta anastomosis y se decide terminar acto quirúrgico para que paciente reciba adyuvancia, con cirugía paliativa, realizando hemicolectomía izquierda más colostomía terminal tipo Hartman.

Paciente por el tiempo quirúrgico es trasladado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para postoperatorio inmediato. Paciente evoluciona favorablemente en UCI dejando de ameritar cuidados críticos a las 48 horas, dando pase a hospitalización de cirugía, empieza tolerancia oral a las 48 horas, presenta buena tolerancia a dieta y evolución clínica favorable, es dado de alta al día 5 de esta casa hospitalario.

Se cita a control postoperatorio, la evolución clínica es buena y el resultado de histopatología revela que el colon descendente presenta un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con áreas de mucinas en menos del 20%, tamaño tumoral 8,2 x 6,3 x 3 cm. Desmoplasia moderada, índice linfocitario 20%, ganglios pericólicos (30), negativos para neoplasia.

En el estómago presenta un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, desmoplasia leve, índice linfocitario moderado (39%). Tamaño tumoral 3,5 cm x 3 cm ganglios (24), negativos para neoplasia.

De esta forma y junto con la biopsia previa de recto (adenocarcinoma intramucoso), se da por confirmado que se trata de una neoplasia primaria múltiple con triple sincronismo.

DISCUSIÓN

El término neoplasia primaria múltiple fue acuñado por primera vez en 1889 por Billroth, y posteriormente en 1932 establecieron los criterios diagnósticos de Warren y Gates que son: 1) Que el tumor debe ser maligno, 2) que sean histológicamente distintos, 3) ninguno de ellos ha de ser metastásico de otro, ni de cualquier otro tumor (Alonso, *et al.*, 2019).

La incidencia es variable y depende mucho del modelo de estudio, pero generalmente las cifras van de 0,7 a 11 % (Guevara, *et al.*), la incidencia aumenta con la edad, tal vez por el hecho de que con la edad aumenta el riesgo de cáncer en general. En reportes de centros oncológicos cerca del 80 % de NPM son metacrónicas y 20 % sincrónicas; y 90% aproximadamente presentan 2 tumores primarios y 10 % aproximadamente 3 tumores primarios. (Bisof, *et al.*, 2011). La presencia de tres tumores primarios metacrónicos es una posibilidad rara pero bien descrita en la literatura. (Salem, *et al.*, 2012) (Kerhulas, 1960) e incluso cuatro tumores metacrónicos (Angurana, *et al.*, 2010). Pero el sincronismo de tres o más tumores no es tan frecuente. (Facundo, *et al.*, 2016) (Ikeda, *et al.*, 2005) (Kawada, *et al.*, 2018). A pesar de que se ha reportado sincronismo de tres tumores primarios, no se encontró en la revisión bibliográfica en las principales bases de datos, este tipo de sincronismo triple de tubo digestivo.

Cuando esta entidad se presenta como múltiples neoplasias en colon se conoce como carcinoma colorrectal primario múltiple (N Iarūmov, *et al.*, 2007), tiene una incidencia descrita del 0,6 a 7,6 %, y de estos, el 1,3% se asoció la presencia de neoplasia colónica y una neoplasia extra colónica sincrónica (N Iarūmov, *et al.*).

Se desconoce a ciencia cierta los factores de riesgos relacionados a NPM, las causas implicadas incluyen las genéticas (ej. Síndrome de Lynch, síndrome de Li Fraumeni), inmunológicas, medioambientales (alcohol y tabaco) e iatrogénicas (radiaciones ionizantes) (Nemes & Nagy, 2018). Así mismo se considera ciertas neoplasias como predisponentes a la aparición de un segundo tumor primario, como el cáncer colorrectal (IKUBO, *et al.*, 2019) y el cáncer de páncreas. (Gerdes, *et al.*, 2000) ,demás neoplasias asociadas a otros tumores primarios son las neoplasias hematológicas,

cáncer de pulmón, de mama, de vejiga, y esófago superior asociados con tumores de cabeza y cuello. (Facundo, *et al.*).

El diagnóstico está supeditado al método de pesquizaje que se utilice. Con el continuo avance de métodos de imágenes, cada vez es más frecuente el diagnóstico de NPM (Guevara, *et al.*). El método de imagen ideal para la detección debe de poseer una alta sensibilidad y especificidad, con una adecuada relación costo beneficio. En tumores del tubo digestivo se podría realizar el diagnóstico de sincronismo en un mismo estudio endoscópico (IKUBO, *et al.*, 2019).

El PET-CT de todo el cuerpo puede desempeñar un papel importante en la evaluación de los tumores malignos primarios (Sun, *et al.*, 2010), este estudio puede cambiar la conducta terapéutica hasta en un 40% de pacientes, al encontrar lesiones inadvertidas que no se puede apreciar por otros métodos (Guevara, *et al.*).

La principal desventada del PET-CT es el alto número de falsos positivos por la hipercaptación fisiológica de glucosa marcada en algún tejido o proceso inflamatorio especialmente de tipo granulomatoso que pueden ser confundido con actividad tumoral (Sun, *et al.*, 2010).

El tratamiento primario más aceptado es la cirugía (IKUBO, *et al.*), si los tumores sincrónicos están ubicados en la misma región anatómica, se debe realizar una resección convencional (N Iarūmov, *et al.*, 2007), cuando los carcinomas están muy separados y se encuentran en colon, la colectomía subtotal es la operación de elección (BACALBASA, *et al.*, 2017).

La supervivencia de los pacientes con carcinomas sincrónicos no es significativamente diferente de la supervivencia de los pacientes con carcinomas solitarios en el mismo estadio (N Iarūmov, *et al.*). La supervivencia a los 5 años es del 24%, los pacientes que mueren al primer y segundo año representa el 1,3 y 30% respectivamente (IKUBO, *et al.*).

En conclusión, la neoplasia primaria múltiple debe estar siempre presente como alternativa diagnóstica en paciente que tenga las predicciones heredofamiliares y realizar el pesquizaje correcto, el PET-CT se ha demostrado que es método más

eficaz para descartar sincronismo en paciente que con otros métodos no se ha demostrado.

Ante todo, sincronismo el tratamiento debe de ser multidisciplinario para garantizar el tratamiento adecuado.

Responsabilidades éticas

Perspectiva del Paciente

El paciente fue optimista ante su pronóstico, pero entendía la gravedad de su cuadro y al proponer la cirugía como tratamiento primario fue consciente de los posibles riesgos y complicaciones.

Confidencialidad de Datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Consentimiento Informado

El paciente firmó consentimiento informado para la publicación de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

MONTES, H.; CHEHAB, J. & CAMPOVERDE, P. Synchronous stomach, colon and rectum primary neoplasias: a case report. *J. health med. sci.*, 7(3):201-206, 2021.

ABSTRACT: We present the case of a 40-year-old man with a one year evolution constipation and a history of GERD. An upper and lower digestive endoscopy was performed and a synchronous diagnosis of adenocarcinoma of the stomach, rectum and descending colon was established. A PET-CT pre-surgical was performed and the surgery was carried out as primary treatment. We show a description of the case and a bibliographic review.

KEYS WORDS: Coronavirus, SARS-COV 2, COVID 19, Guillain barre syndrome, case report.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, L. y otros, 2019. Tumores sincrónicos en paciente con factores de riesgo. s.l., s.n., pp. 1-2.
- Angurana, S. L. y otros, 2010. Quadruple malignancy in a single patient: a case report and comprehensive review of literature. *Journal of Cancer Research and therapeutics*, Junio.6(2).
- BACALBASA, N., STOICA, C. & BALESCU, I., 2017. Multiple Visceral Resections for Synchronous Left and Transverse Colon Adenocarcinoma with Gastrocolic-

- cutaneous Fistula - Case Report and Literature Review. ANTICANCER RESEARCH, Volumen 37.
- Bisof, V. y otros, 2011. Multiple primary malignancies. *Lijec Vjesn*, nov-dec.133(11).
- Facundo, H., Oliveros, R. & Mesa, J. A., 2016. Tres cánceres primarios simultáneos: reporte de caso y revisión de la literatura.. *Revista colombiana de Cancerologia*.
- Gerdes, B. y otros, 2000. Multiple primaries in pancreatic cancer patients: indicator of a genetic predisposition?. *International journal of epidemiology*, dec, 29(6), pp. 999-1003.
- Guevara, D. L. d. y otros, 2017. Multiple primary malignant neoplasms detected by PET/CT in cancer patients. *Revista médica de Chile*, noviembre .145(11).
- Ikeda, Y. y otros, 2005. Four cases of simultaneous triple primary cancers of the hypopharynx, esophagus, and stomach. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, Mayo.132(5).
- IKUBO, A. y otros, 2019. Clinical Features, Prognosis, Diagnostic Approaches and Treatment of Multiple Primary Malignancies in the Digestive System. *ANTICANCER RESEARCH* , 39(12).
- Kawada, K., Sugimoto, T., Okada, R. & Yamaguchi, Z., 2018. A Case of Simultaneous Triple Primary Cancers of the Hypopharynx, Esophagus, and Stomach Which Were Dissected by Endoscopic Laryngo-Pharyngeal Surgery Combined with Endoscopic Submucosal Dissection. *Open Journal of Gastroenterology*, Marzo.8(3).
- Kerhulas, G. T., 1960. Primary Cancer at Three Sites. *western journal of medicine*, Noviembre .93(5).
- N Iarūmov, S. T. y otros, 2007. Multiple primary carcinomas of the colon and associated extracolonic primary malignant tumors. *Khirurgiia*, Volumen 4.
- Nemes, A. & Nagy, V., 2018. The impact of multiple primary neoplasms in daily practicea systematic review of the literature. *journal of the Balkan Union of Oncology*, 23(1).
- Salem, A. y otros, 2012. Multiple primary malignancies: analysis of 23 patients with at least three tumors. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, septiembre.43(3).
- Sun, L. y otros, 2010. Multiple primary malignant tumors of upper gastrointestinal tract: A novel role of 18F-FDG PET/CT. *world Journal of Gastroenterology*, Agosto.16(31).

Dirección para correspondencia:

Héctor Daniel Montes Lainez

Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo SOLCA-

Samborondón, Ecuador

Guayaquil

ECUADOR

Recibido: 26-11-2020

Aceptado: 28-02-2021