

Metástasis esofágica de adenocarcinoma primario de colon: presentación de un caso clínico inusual

Esophageal metastasis from primary colon adenocarcinoma: presentation of an unusual clinical case

Fabian Eduardo Puentes Manosalva^{1,a}, Lázaro Arango Molano^{1,a,2,b,3,c}, Santiago Salazar Ochoa^{1,d}, Herney Solarte Pineda^{1,d}, Gian Núñez Rojas^{1,d}

¹ Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

² Gastroenterología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

³ Comité de Endosonografía, Sociedad Interamericana de Endoscopia Digestiva.

^a Gastroenterólogo clínico quirúrgico, ^b Jefe del programa, ^c Coordinador, ^d Fellow de Gastroenterología Clínica Quirúrgica.

Recibido: 17/12/2024

Aprobado: 22/05/2025

En línea: 30/06/2025

Contribución de los autores

FEP y LAM: concepción y revisión crítica de la bibliografía y el manuscrito. GNR, HSP y SS: consecución de la bibliografía y redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de interés en la realización de este artículo.

Financiamiento

No se recibió ninguna financiación externa para el desarrollo de este artículo.

Citar como

Puentes Manosalva FE, Arango Molano L, Salazar Ochoa S, Solarte Pineda H, Núñez Rojas G. Metástasis esofágica de adenocarcinoma primario de colon: presentación de un caso clínico inusual. Rev Gastroenterol Peru. 2025;45(2):188-91. doi:10.47892/rgp.2025.452.1862.

RESUMEN

El cáncer colorrectal es uno de los tumores con mayor incidencia y mortalidad a nivel mundial. A pesar de ser considerada una patología prevenible de la mano de los factores de riesgo modificables y el uso adecuado de las estrategias de tamización, en la actualidad existen aún barreras importantes con respecto al acceso a los servicios de la salud y la adopción correcta de las pruebas de tamización lo que se refleja en un porcentaje no despreciable de pacientes con presencia de metástasis o enfermedad irresecable al momento del diagnóstico. Los sitios más frecuentes de metástasis en el cáncer colorrectal son ampliamente conocidos, sin embargo, estos pacientes pueden presentar lesiones metastásicas a sitios poco comunes que no han sido reportados con frecuencia en la literatura. Presentamos el caso inusual de un paciente con cáncer de colon con metástasis a esófago.

Palabras clave: Neoplasias Colorrectales; Metástasis; esófago; Endoscopia (fuente: DeCS Bireme).

ABSTRACT

Colorectal cancer is one of the tumors with the highest incidence and mortality worldwide. Despite being considered a preventable pathology due to the modifiable risk factors and the appropriate use of screening strategies, there are currently still important barriers with respect to access to health services and adoption of the screening tests, which is reflected in a non-negligible percentage of patients with the presence of metastasis or unresectable disease at the time of diagnosis. The most frequent sites of metastasis in colorectal cancer are widely known, however, these patients may present metastatic lesions to unusual sites that have not been frequently reported in the literature. We present the unusual case of a patient with colon cancer with metastasis to the esophagus.

Keywords: Colorectal Neoplasms; Metastases; Esophagus; Endoscopy (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal es una patología de distribución mundial. Existen variaciones geográficas en la incidencia de esta patología, siendo los países industrializados los más afectados posiblemente por una interacción compleja entre la dieta, el ambiente y una predisposición genética. Cifras de GLOBOCAN posicionan al cáncer colorrectal como el tercer cáncer más diagnosticado y como la segunda causa de mortalidad asociada al cáncer a nivel mundial; en Colombia el cáncer colorrectal ocupa en tercer puesto tanto en incidencia como mortalidad ⁽¹⁾.

Afecta en una proporción ligeramente mayor a los hombres con una fuerte correlación con la edad, con tasas que alcanzan sus niveles máximos después de los 75 años y con los niveles más bajos antes de los 40. Luego de los 50 años la probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal se aumenta de forma significativa, incluso se estima que hasta el 90% de los casos ocurre en personas mayores de 50 años ⁽²⁾.

Correspondencia:

Santiago Salazar Ochoa
Avenida Santander # 47-19 (interior 907)
Teléfono: +57 300 200 5588
E-mail: santiago.salazar.ochoa1190@gmail.com

Gracias a los programas de tamización y a los cambios en los factores de riesgo modificables, la incidencia de cáncer colorrectal ha disminuido en las últimas décadas en los países industrializados, sin embargo, también se ha evidenciado un aumento en la incidencia de esta patología en la población <50 años en algunos países industrializados y en la incidencia total de algunos países de transición económica como Brasil. Estos cambios en la incidencia probablemente se deban a una mayor occidentalización de la dieta y al aumento global en las tasas de obesidad ^(2,3).

Aún existen barreras para realizar una adecuada tamización de los pacientes, ya sea por falta de acceso a los servicios de salud o por falta de adherencia a estas estrategias por parte de los pacientes y el personal médico, lo que lleva a que entre el 20-25% de todos los cánceres colorrectales tengan presencia de metástasis a distancia en el momento del diagnóstico ⁽⁴⁾.

Presentamos el caso clínico de un paciente con cáncer de colon en quien se evidenciaron lesiones metastásicas en esófago medio durante una endoscopia digestiva superior las cuales representan un sitio inusual de compromiso metastásico de esta patología.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 71 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus no insulino requirente y con historia de extabaquismo pesado durante 15 años, quien ingresa a nuestro hospital por cuadro clínico de 6 meses de evolución consistente en deterioro de su clase funcional asociada a disnea de esfuerzo y sensación de opresión torácica. Al examen físico presentaba múltiples lesiones nodulares granulomatosas en la región occipital, cervical izquierda, submentoniana y en la región axilar izquierda y en paraclínicos de ingreso se evidenció leucocitos con neutrofilia e hiponatremia. Se

solicitaron estudios tomográficos de tórax y abdomen en los que se evidenció una masa en el ángulo esplénico del colon con compromiso del riñón izquierdo y de la cola del páncreas, así como tres lesiones hepáticas y múltiples lesiones nodulares pulmonares sugestivas de metástasis (Figuras 1 y 2).

Por lo anterior solicitaron estudios endoscópicos incluyendo colonoscopia y una endoscopia digestiva superior por disfagia. En la colonoscopia se evidenció una lesión de aspecto tumoral sobre en el ángulo esplénico a 50 cm del margen anal de aspecto tumoral a la cual se le tomaron biopsias y que condicionada una estenosis del 70% de la luz pero que permitía el paso del equipo sin encontrar lesiones adicionales en los demás segmentos evaluados. En la endoscopia digestiva superior se evidenció una lesión nodular umbilicada de 15 mm con otra lesión en espejo de características similares, pero de menor tamaño, a los 25 cm de la arcada dentaria que hacían sospechar lesiones metastásicas dado el cuadro del paciente por lo que se tomaron biopsias para estudio histológico (Figura 3).

El estudio histológico de la lesión en el colon mostró adenocarcinoma infiltrante ulcerado moderadamente diferenciado y el estudio histológico de la lesión de esófago mostró adenocarcinoma que infiltraba el epitelio superficial por lo que esta última constituía efectivamente una lesión metastásica de la neoplasia maligna en el colon (Figura 4).

Consideraciones éticas

Al ser un artículo que contiene la presentación de imágenes tomadas de un caso clínico atendido en nuestra institución, se cuenta con la autorización escrita del paciente para la publicación de las fotografías. El presente trabajo es una revisión de la literatura por lo que no requirió aprobación por el Comité de ética.



Figura 1. Masa en el ángulo esplénico con compromiso de la cola del páncreas y el riñón izquierdo.

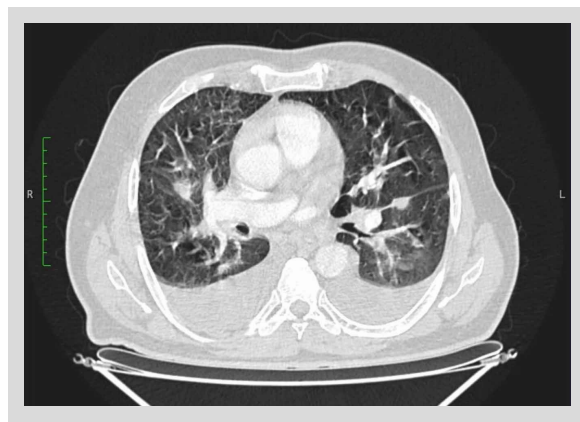


Figura 2. lesiones nodulares pulmonares bilaterales sugestivas de metástasis.

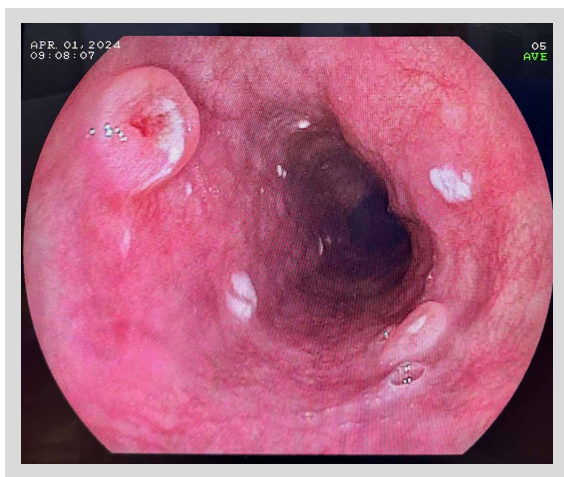


Figura 3. imágenes nodulares con umbilicación central visualizadas en esófago medio sugestivas de metástasis.

DISCUSIÓN

Entre el 20-25% de todos los cánceres colorrectales presentan lesiones metastásicas al momento de su diagnóstico. La diseminación se da típicamente a través de la vía linfática, por extensión intraperitoneal y de contigüidad y/o por diseminación hematógena y los sitios más comunes de diseminación incluyen el

hígado, los pulmones y las superficies peritoneales; la diseminación hacia el sistema nervioso central y los huesos es menos común pero posible. Con respecto al esófago, este órgano no representa un sitio común de lesiones metastásicas, sin embargo, puede haber compromiso por extensión en los casos de tumores de estómago, tiroides, hipofaringe, bronquios y pulmones, así como invasión directa desde las metástasis presentes en los ganglios linfáticos paraesofágicos. El compromiso metastásico del esófago se ha descrito más frecuentemente en casos de melanoma y cáncer de mama; otros tumores primarios asociados que han sido reportados incluyen el cáncer de estómago, páncreas, pulmón, próstata, testículos, riñón y endometrio ^(4,5).

Aquellos pacientes con presencia de síntomas al momento del diagnóstico tienen un mayor riesgo de presentar compromiso tumoral a distancia en comparación con los pacientes a los que se les realiza el diagnóstico mediante un estudio de tamización, por lo que es importante realizar estudios de extensión que permitan evaluar el compromiso de la enfermedad previo a la toma de decisiones terapéuticas ⁽²⁾.

La sobrevida de los pacientes con cáncer colorrectal metastásico es muy baja, teniendo una proyección de sobrevida a 5 años de solo el 14% y aunque la resección quirúrgica del tumor primario y las lesiones metastásicas son la piedra angular para prolongar la sobrevida, 80% de estos pacientes van a presentar una enfermedad irreseccable ⁽⁴⁾.

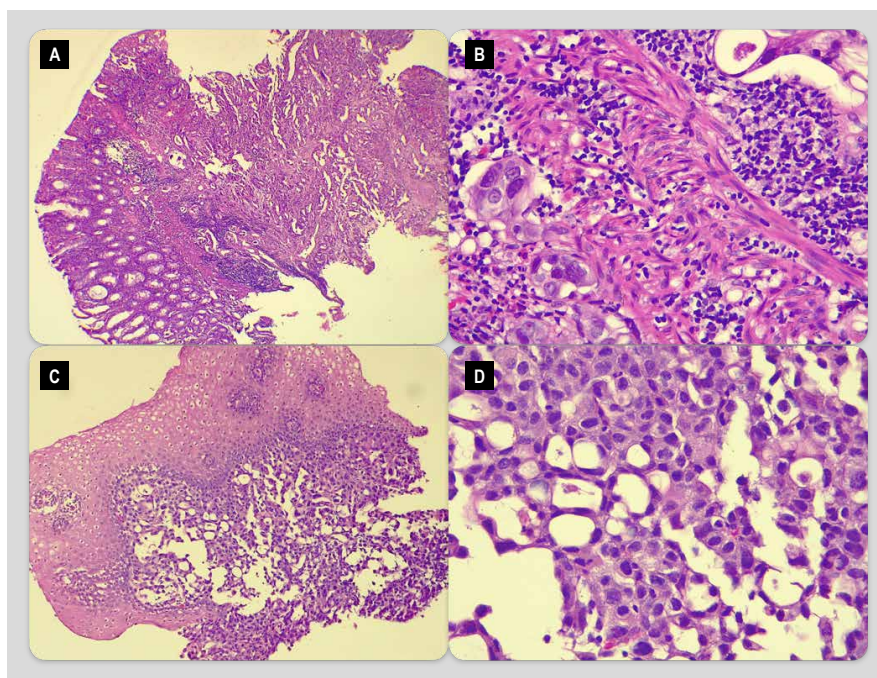


Figura 4. A) Biopsia de colon; B) Visión aumentada de biopsia de colon donde se evidencia adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado; C) Biopsia de esófago; D) Adenocarcinoma de características similares al evidenciado en colon con infiltración del epitelio superficial.

Aunque la detección temprana del cáncer colorrectal reduce de forma significativa la mortalidad asociada a esta patología y existen múltiples opciones de tamización, incluyendo estudios invasivos y no invasivos, en Estados Unidos, hasta el 40% de pacientes con indicación de tamización no son estudiados como se recomienda. Aunque en Colombia no contamos con datos estadísticos que evalúen la adherencia a la tamización de cáncer colorrectal, sin embargo, dadas las limitaciones para el acceso a los servicios de salud en algunas zonas, se podría pensar que el porcentaje de pacientes que no son debidamente estudiados es mayor en comparación con países industrializados ^(4,6).

A pesar de que se han reconocido múltiples factores de riesgo modificables para esta enfermedad, entre los que se incluye el tabaquismo, la dieta (alto consumo carnes rojas y carnes procesadas, la baja ingesta de frutas y verduras), la baja actividad física y la obesidad y que junto a la detección de lesiones precancerosas con una adecuada tamización y educación de los pacientes con respecto a los síntomas, se considera al cáncer colorrectal una enfermedad prevenible, aún existen desafíos que afrontar para disminuir las tasas de tumores metastásicos e irresecables al momento del diagnóstico ^(2,3,7).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morgan E, Arnold M, Gini A, Lorenzoni V, Cabasag CJ, Laversanne M, *et al.* Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*. 2023;72(2):338-344. doi: 10.1136/gutjnl-2022-327736.
2. Mahmoud NN. Colorectal Cancer: Preoperative Evaluation and Staging. *Surg Oncol Clin N Am*. 2022;31(2):127-141. doi: 10.1016/j.soc.2021.12.001.
3. Bresalier RS. Colorectal Cancer Screening in a Changing World. *Gastroenterol Clin North Am*. 2022;51(3):577-591. doi: 10.1016/j.gtc.2022.05.002.
4. Sakata S, Larson DW. Targeted Therapy for Colorectal Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2022;31(2):255-264. doi: 10.1016/j.soc.2021.11.006.
5. Campbell F, Lauwers GY. Tumors of the Esophagus and Stomach. Christopher D.M. Fletcher, editor. *Diagnostic Histopathology of Tumors*. Fifth Edition. Philadelphia: Elsevier; 2021.
6. US Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Cughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Krist AH, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Owens DK, Pbert L, Silverstein M, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(19):1965-1977. doi: 10.1001/jama.2021.6238.
7. Castaño-Llano R, Caycedo-Medina D, Puerta JD, Jaramillo JR, Palacios L, Rodríguez M, *et al.* Cáncer colorrectal post-colonoscopy: Evaluación de una cohorte en sus características clínicas, colonoscópicas, sobrevida y sus causas según la Organización Mundial de Endoscopia. *Rev Gastroenterol Peru*. 2023;43(3):217-227. doi: 10.47892/rgp.2023.433.1517.