

## Metástasis a colon de un carcinoma de pulmón, una presentación inusual. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Colonic metastases from carcinoma of the lung, an unusual presentation. Case report and literature review

Christian Labrador<sup>1,a</sup>, Andrea Gómez<sup>1,b</sup>, Geovanny Hernández<sup>2,c</sup>, Pablo Galindo<sup>1,a</sup>, Martín Alonso Garzón<sup>2,c</sup>, Nelson Niño<sup>2,d</sup>, Enrique Ponce de León<sup>2,c</sup>, Jorge Ceballos<sup>2,c</sup>, Adriana Varón<sup>2,c</sup>, Oscar Beltrán<sup>2,c</sup>

<sup>1</sup> Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia

<sup>2</sup> Fundación Cardio infantil. Bogotá, Colombia.

<sup>a</sup> Residente de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, <sup>b</sup> Residente de Medicina Interna, <sup>c</sup> Gastroenterólogo, <sup>d</sup> Coloproctólogo

Recibido: 03-07-2017

Aprobado: 04-12-2017

### RESUMEN

Las metástasis sintomáticas al colon de un carcinoma de pulmón son raras, a pesar de ser una neoplasia que representa el 12,9% de la incidencia mundial de cáncer. El colon es un sitio infrecuente de metástasis, con una prevalencia reportada menor al 0,5% en pacientes con carcinomas de pulmón, existiendo en la literatura mundial pocos casos. Es inusual que sea la forma de presentación de este tipo de neoplasia. Con respecto a las manifestaciones clínicas que se reportan pueden cursar con obstrucción intestinal como síntoma cardinal. Se presenta el caso de un paciente que curso con hemorragia de vías digestivas bajas como manifestación inicial de múltiples lesiones metastásicas a colon de un carcinoma de pulmón de célula no pequeña.

**Palabras clave:** Metástasis; Colon; Cáncer de pulmón (fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

The symptomatic metastasis of the colon from a pulmonary cancer is rare; however, the global incidence of pulmonary cancer is 12.9%. It is an infrequent site of metastasis, with a prevalence of less than 0.5% in patients with pulmonary cancer. One of the most common manifestation is intestinal obstruction. We present a case report of a patient with an acute lower intestinal bleeding from multiple metastasis lesion of the colon as the initial manifestation of a non-small cell lung carcinoma.

**Keywords:** Metastasis; Colon; Cancer, lung (source: Mesh NLM).

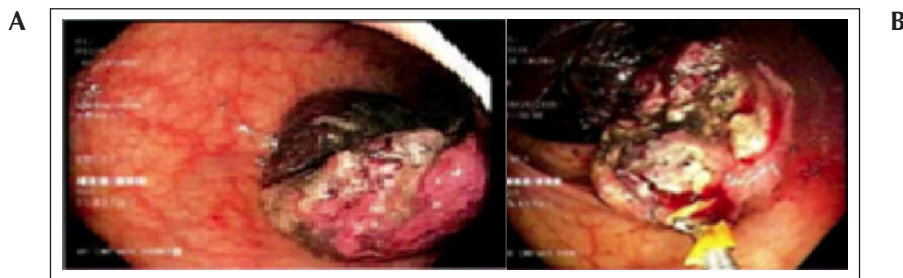
## INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es uno de los tumores malignos más frecuentes. Para el año 2012, se diagnosticaron 1,8 millones de casos nuevos en el mundo, lo cual representa el 12,9% de la incidencia mundial de cáncer <sup>(1)</sup>. Representa la principal causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres después del cáncer de mama <sup>(2)</sup>. La tasa mundial de mortalidad por cáncer de pulmón ascendió a 1,59 millones de muertes para ese año, representando el 19,4% del total de muertes por cáncer <sup>(1)</sup>. En Colombia, La tasa de incidencia calculada es 18,2 por 100 000 en hombres y de 10,3 por 100 000 mujeres <sup>(3)</sup>. Cerca del 50% de todos los cánceres de pulmón tienen metástasis a distancia al momento del diagnóstico, sin embargo, las metástasis a colon son inusuales <sup>(4)</sup>. Los sitios de metástasis que se reportan con mayor frecuencia corresponden a: cerebro, hígado, glándulas suprarrenales y la médula ósea <sup>(5)</sup>.

Se reporta el caso de un paciente con carcinoma pobremente diferenciado de pulmón con metástasis a colon, el cual es un sitio muy infrecuente de metástasis pulmonar. La hemorragia de vías digestivas bajas con la que debuto este paciente es una manifestación clínica inusual, existiendo pocos casos reportados en la literatura.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 73 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica e hipotiroidismo. Cursa con cuadro clínico de 2 días de evolución consistente en episodios de melenas y rectorragias asociado a distensión abdominal. Como parte del estudio inicial, se realiza endoscopia de vías digestivas altas (EVDA), la cual es negativa para sangrado digestivo alto. Se realiza colonoscopia total, documentando múltiples lesiones infiltrativas, ulceradas



**Figura 1.** A) Lesión sigmoide. B) Lesión colon descendente.

y parcialmente estenosantes a nivel del recto, sigmoide, colon descendente, transverso y ascendente, (Figura 1).

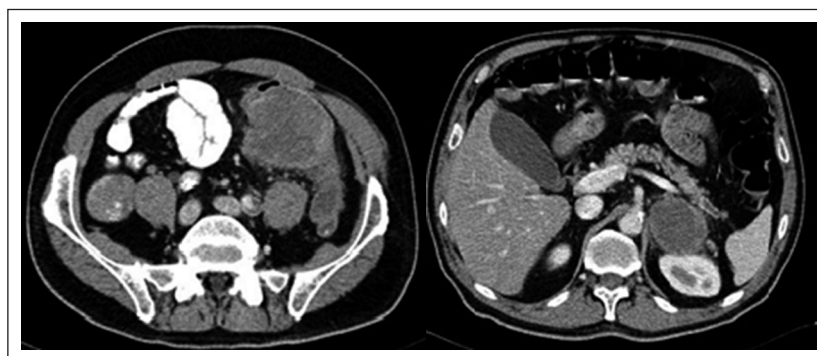
Se realizan estudios de extensión con tomografía abdominal contrastada, con evidencia de masa hipodensa de contornos lobulados, bien definida, que realza con el contraste, dependiente de la pared del colon, con burbujas de aire en su interior, localizada en la unión de colon descendente con el colon sigmoide. También se observa alteración de la morfología de la glándula suprarrenal izquierda por la presencia de una lesión, con realce periférico, de contornos bien definidos, irregulares, hallazgos que sugieren lesión neoplásica secundaria con necrosis central (Figura 2). A nivel torácico, se realiza tomografía de tórax contrastada donde se evidencia una masa hipodensa a nivel del lóbulo inferior derecho, de contornos lobulados en vidrio esmerilado (Figura 3).

Presenta episodio de rectorragia, por lo cual se realiza electro fulguración con argón plasma sobre lesiones de colon izquierdo en 2 ocasiones, con control parcial del sangrado. Durante su evolución persiste con dolor abdominal, con signos de obstrucción intestinal, persistencia de rectorragias, con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de politrasfusión por anemia. Se decide realizar proctocolectomía total con ileostomía terminal como manejo paliativo (Figura 4).

La biopsia de pulmón, mostro en el estudio citológico, sobre un fondo con necrosis, células grandes de núcleos irregulares, cromatina inmadura, sugestivo de carcinoma de célula no pequeña. Las biopsias de colon e íleon terminal revelaron mucosa colonica comprometida por neoplasia maligna polimórfica, focalmente ulcerada y necrótico compatible con carcinoma pobremente diferenciado, que sugiere primario pulmonar (Figura 5). La inmunohistoquímica mostro positividad intensa para pancitoqueratina AE1/AE3, CK 7 y TTF-1 y negatividad para S100, CK 20, CDX2, PSA, Tiroglobulina, PAX8, Napsina, MOC-31, y HMB -45, el perfil favorece primario pulmonar, de célula no pequeña.

## DISCUSIÓN

Las metástasis a colon del cáncer de pulmón son raras, con una prevalencia reportada en la literatura menor al 0,5%<sup>(6)</sup>, sin embargo, su incidencia real es desconocida. Hasta el 50% de los carcinomas de pulmón tiene metástasis al momento del diagnóstico<sup>(7)</sup>. Los sitios de metástasis que se reportan con mayor frecuencia son los nódulos linfáticos, glándulas adrenales, hígado, hueso y cerebro<sup>(5)</sup>. Cuando el compromiso metastásico es a nivel del tracto gastrointestinal, a pesar de ser un sitio inusual, se presentan con mayor frecuencia a nivel del intestino delgado, siendo el compromiso



**Figura 2.** Masa colon descendente, sigmoide y en glándula suprarrenal izquierda.

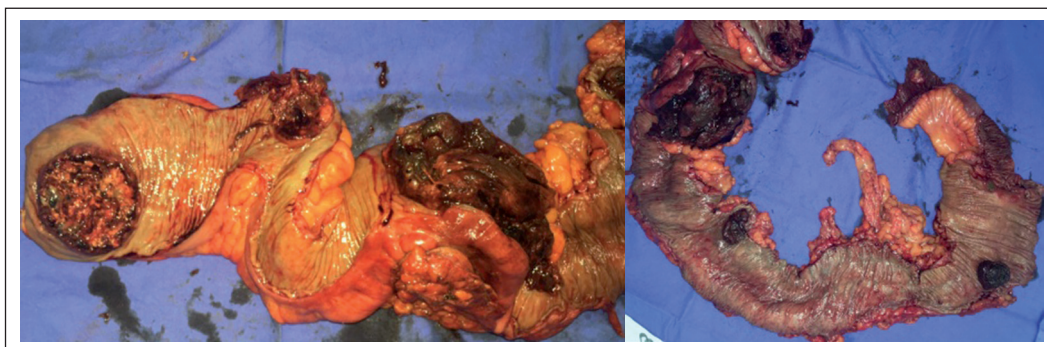


**Figura 3.** Masa lóbulo inferior derecho.

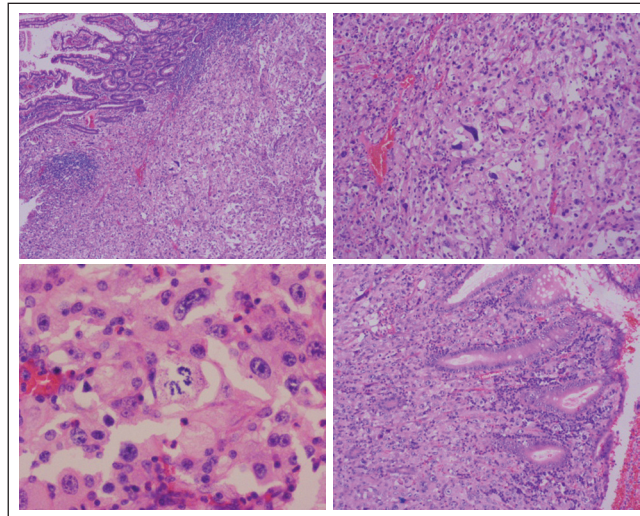
del colon un sitio de afectación poco frecuente y usualmente no diagnosticado, e incluso documentado pocas veces en las autopsias <sup>(8,9)</sup>. Dependiendo de la serie que se revise, se ha reportado una prevalencia de 4,7 hasta 14% en las autopsias, sin embargo, en un estudio más reciente se reportó una prevalencia de metástasis de 1,77% <sup>(10)</sup>. Estas series incluyen muy pocos pacientes dado la poca frecuencia con que el tracto gastrointestinal corresponde al sitio de metástasis de un carcinoma de pulmón <sup>(11)</sup>. Otros sitios reportados de metástasis son el estómago, el apéndice y el ano <sup>(12)</sup>. Con respecto al tipo histológico del cáncer de pulmón, se ha reportado metástasis al tracto gastrointestinal de cáncer de células pequeñas, carcinoma escamo celular, de célula grande y adenocarcinoma, cuya prevalencia varía dependiendo de la serie revisada, sin describirse un patrón histológico patognomónico para este tipo de metástasis <sup>(11,13)</sup>. Las metástasis en colon cuando se presentan, se identifican en un estadio avanzado después de diagnosticar la lesión primaria a nivel pulmonar y con muy poca frecuencia se diagnostican antes que la neoplasia primaria. El tiempo medio entre el diagnóstico del cáncer pulmonar y metástasis gastrointestinales varía desde 3 meses a 108 meses <sup>(14)</sup>. Con respecto a la presentación clínica, usualmente ocurre en estadios avanzados de la enfermedad. En la mayoría de los casos es asintomática. El dolor abdominal, la obstrucción intestinal, la hemorragia de vías digestivas altas, la perforación gastrointestinal,

la anemia, el hallazgo incidental de sangre oculta en heces o el desarrollo de fistulas, son las manifestaciones clínicas reportadas <sup>(15)</sup>. La presentación de hemorragia de vías digestivas bajas con la que debuto nuestro paciente secundario a metástasis en colon, como presentación del cáncer pulmonar primario es rara, existiendo pocos casos reportados en la literatura.

Con respecto al diagnóstico preoperatorio, es difícil en la práctica clínica distinguir un tumor primario del colon de una lesión metastásica por carcinoma pulmonar mediante el uso de tomografía computarizada y/ o colonoscopia, dado que no tienen características radiológicas o endoscópicas que permitan diferenciar estas dos entidades. El examen histológico junto a la inmunohistoquímica son los únicos estudios que permiten realizar el diagnóstico <sup>(13)</sup>. En algunos casos el diagnóstico puede estar subvalorado dado a que los síntomas gastrointestinales pueden ser considerados como efectos adversos de la quimioterapia por la lesión pulmonar primaria. La sangre oculta en heces puede ser útil en la detección temprana para metástasis del tracto gastrointestinales, como estudio inicial para posterior realización de estudios endoscópicos en caso de resultar positivo. El uso sistemático de tomografía computarizada por tomografía computarizada (PET-CT) como parte de los estudios de extensión en el cáncer de pulmón puede ayudar a diagnosticar lesiones pequeñas en el tracto gastrointestinal, sin embargo, se desconoce su sensibilidad. La mortalidad perioperatoria puede ir desde 60% al 100%. En una serie de casos, la mortalidad reportada en los casos con compromiso de intestino delgado y colon fue del 22%. En nuestro paciente era necesario asumir el riesgo quirúrgico dado el requerimiento transfusional a repetición por hemorragia de vías digestivas bajas que no pudo ser controlado endoscópicamente por la extensión y el número de lesiones en colon. Se realizó manejo quirúrgico junto con quimioterapia con fines paliativos debido al estadio avanzado de la enfermedad, el pobre pronóstico oncológico por el tipo histología del tumor, así como al extenso compromiso presentado <sup>(14)</sup>.



**Figura 4.** Tumor en sigmoide.



**Figura 5.** Biopsias de colon e íleon terminal revelaron mucosa colonica comprometida por neoplasia maligna polimórfica, focalmente ulcerada y necrótico compatible con carcinoma pobremente diferenciado, que sugiere primario pulmonar

## CONCLUSIÓN

Se reporta el caso de un paciente con metástasis a colon de un carcinoma pobremente diferenciado de pulmón por ser un sitio muy raro e inusual de metástasis, existiendo pocos casos reportados en la literatura mundial al momento de la revisión de la literatura para este caso. Debe sospecharse el compromiso del tracto gastrointestinal en pacientes con anemia y síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, sangrado o en casos de obstrucción intestinal. En este tipo de pacientes debe realizarse estudios endoscópicos e imagenológicos que permitan documentar tempranamente el compromiso del tracto gastrointestinal, teniendo como premisa que solo con la histología y la inmunohistoquímica podrá realizarse un diagnóstico certero.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013 [citado el 13 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
2. Mao Y, Yang D, He J, Krasna MJ. Epidemiology of Lung Cancer. *Surg Oncol Clin N Am*. 2016;25(3):439-45.
3. Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. Guía de práctica clínica. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia;2014.
4. Elmer P, Gonzalez-Tallon AI, Vasquez-Guerrero J, Garcia-Mayor MA. Colonic metastases from lung carcinoma: a case report and review of the literature. *Gastroenterology Res*. 2013;6(1):29-33.
5. Hillers TK, Sauve MD, Guyatt GH. Analysis of published studies on the detection of extrathoracic metastases in patients presumed to have operable non-small cell lung cancer. *Thorax*. 1994;49(1):14-9.
6. Jevremovic V, Abboud A, Krauss S. Colonic metastasis with anemia leading to a diagnosis of primary lung adenocarcinoma. *Case Rep Oncol Med* [Internet]. 2016 [citado el 13 de febrero de 2017];2016:1-4. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/crionm/2016/5275043/>
7. Carroll D, Rajesh PB. Colonic metastases from primary squamous cell carcinoma of the lung. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2001;19(5):719-20.
8. Sakai H., Egi H., Hinoi T., et al. Primary lung cancer presenting with metastasis to the colon: a case report. *World Journal of Oncology*. 2012;10
9. Bugiantella W, Cavazzoni E, Graziosi L, Valiani S, Franceschini MS, Donini A. Metastasi dell'intestino tenue da neoplasia polmonare: una possibile causa di addome acuto. *Caso clinico e revisione della letteratura*. *G Chir*. 2011;32(3):120-2.
10. McNeill PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer*. 1987;59(8):1486-9.
11. Yang C, Hwang J, Kang W, Chong I, Wang T, Sheu CC, et al. Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: clinical presentations and outcome. *Lung Cancer*. 2006;54(3):319-23.
12. Huang YM, Hsieh TY, Chen JR, Chien HP, Chang PH, Wang CH, et al. Gastric and colonic metastases from primary lung adenocarcinoma: a case report and review of the literature. *Oncol Lett*. 2012;4(3):517-20.
13. Rossi G, Marchioni A, Romagnani E, Bertolini F, Longo L, Cavazza A, et al. Primary lung cancer presenting with gastrointestinal tract involvement: clinicopathologic and immunohistochemical features in a series of 18 consecutive cases. *J Thorac Oncol*. 2007;2(2):115-20.
14. Lee PC, Lo C, Lin MT, Liang JT, Lin BR. Role of surgical intervention in managing gastrointestinal metastases from lung cancer. *World J Gastroenterol*. 2011;17(38):4314-20.
15. Hirasaki S, Suzuki S, Umemura S, Kamei H, Okuda M, Kudo K. Asymptomatic colonic metastases from primary squamous cell carcinoma of the lung with a positive fecal occult blood test. *World J Gastroenterol*. 2008;14(35):5481-3.

### Correspondencia

Christian Labrador L.  
E-mail: christian\_labrador@hotmail.com