REV ARGENT COLOPROCT | 2022 | VOL. 33, N° 1: 44-46
DOI: 10.46768/racp.v33i01.123

Rara presentación de metástasis de cáncer de colon

Lisandro Moreno, Jesica Gamarra, Guillermo Rossini, Carlos Zorraquin
Servicio de Cirugía General, Sección Coloproctología y Cirugía Digestiva, Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas. El Palomar, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN
La metástasis en la glándula suprarrenal del adenocarcinoma de colon es rara. La hemorragia suprarrenal espontánea con cualquier masa maligna subyacente es un fenómeno aún más raro.
Dentro de las formas de presentación de hemorragia en masa suprarrenal, se pueden mencionar como factores de riesgo al esfuerzo y todo aquello que genere aumento de la presión intraabdominal, provocando dolor abdominal de aparición brusca, sin respuesta a analgésicos habituales.
Presentamos una paciente con dolor abdominal por hemorragia de una metástasis suprarrenal incidental de un cáncer del sigmoides.

Palabras claves: Metástasis adenocarcinoma colorrectal; Metástasis suprarrenal; Carcinoma colorrectal; Hemorragia/ Hematoma retroperitoneal

ABSTRACT
Adrenal gland metastasis from colon adenocarcinoma is rare. Spontaneous adrenal hemorrhage with any underlying malignant mass is an even rarer phenomenon.
Among the forms of presentation of hemorrhage due to adrenal mass, we can mention as risk factors physical exertion and everything that generates an increase in intra-abdominal pressure causing sudden abdominal pain, which does not respond to usual analgesics.
We present a patient with abdominal pain due to hemorrhage from an incidental adrenal metastasis of sigmoid cancer.

Keywords: *Colorectal Adenocarcinoma Metastasis; Adrenal Metastasis; Colorectal Carcinoma; Retroperitoneal Hemorrhage/ Hematoma*

INTRODUCCIÓN

Las metástasis suprarrenales específicamente de carcinoma colorrectal son raras, las más frecuentes son las de los tumores primarios de pulmón, mama y riñón. Incluso, es poco frecuente la forma de presentación con un hematoma retroperitoneal por una metástasis hemorrágica. El hematoma retroperitoneal espontáneo debe considerarse como diagnóstico diferencial en cualquier paciente que presente dolor abdominal de aparición repentina acompañado de anemia o hipotensión, especialmente si tienen antecedentes de cáncer.

OBJETIVO

Presentar un caso de una hemorragia de una metástasis suprarrenal incidental de un cáncer del colon sigmoides.

REPORTE DE CASO

Una paciente femenina de 40 años, con fecha de última menstruación hace una semana, obesidad grado I, acude a urgencias por presentar dolor súbito intermitente en fosa ilíaca derecha y migración en hemiabdomen izquierdo de intensidad 10/10 , asociado a vómitos intermitentes. Examen físico: abdomen con defensa generalizada, reacción peritoneal. Tensión arterial 130/70, frecuencia cardíaca 100 lpm, saturación de oxígeno 99 % (FiO2 21 %). Laboratorio inicial con anemia de reciente diagnóstico (hematocrito 30,5 %, hemoglobina 9,8 g/dl, glóbulos blancos 8100/mm^3). Se realiza ecografía abdominal cuyos resultados fueron confirmados por tomografía de abdomen y pelvis simple: glándula suprarrenal izquierda y en íntimo contacto con el tercio medio renal, imagen heterogénea de bordes irregulares con algunas áreas puntiformes más densas, se asocia a trabeculación de la grasa perirrenal adyacente y engrosamiento de fascia de Gerota de aspecto inflamatorio (81 x 66 x 49 mm). Escaso líquido en el receso parietocólico homolateral. Sospecha de hematoma suprarrenal (fig. 1).

En contexto de inestabilidad hemodinámica y con dichos hallazgos se decide conducta quirúrgica de urgencia. Se realiza laparotomía exploratoria. Incisión mediana supraumbilical con extensión de Barraya, cavidad abdominal sin particularidades. Se observa hematoma retroperitoneal izquierdo, se realiza Maniobra de Mattox y se evidencian abundantes coágulos y lesión indurada con hemorragia a nivel de la glándula suprarrenal izquierda. Se realiza resección y adrenalectomía izquierda en bloque, hemostasia, lavado y se ofrecen drenajes por contrabertura. Se envía pieza completa a anatomía patológica (fig. 2).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Jesica Betriz Gamarra
jesi.gamarra@gmail.com

Recibido: *marzo de 2021.* ***Aceptado:*** *mayo de 2021.*

Figura 1: TC de abdomen y pelvis sin contraste (Servicio de Imágenes de Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas) presencia de imagen heterogénea de bordes irregulares de 81 x 66 x 49 mm en glándula suprarrenal izquierda con trabeculaciones y alteración de grasa perirrenal (sospecha de hematoma suprarrenal).

Figura 2: pieza resecada y enviada a Anatomía Patológica (protocolo 20- 2907) metástasis de origen colorrectal.

Evoluciona en UTI con oxígeno complementario, extubada, sin vasopresores, termodinámicamente estable, presentando buena evolución diaria postoperatoria. A los 11 días de la cirugía presenta buena tolerancia por vía oral.

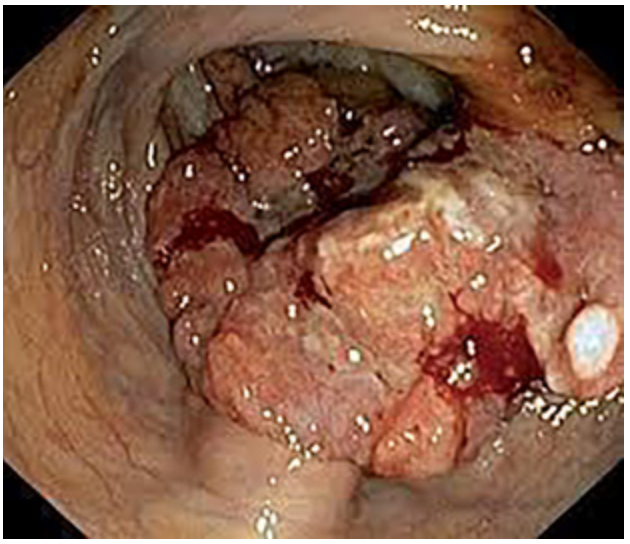

Figura 3: Videocolonoscopía. Imagen exofítica, mamelonada a 30 cm de margen anal.

Figura 4: pieza resecada sigma (Protocolo 20-4046).

Se retiran drenajes y continúa internación en sala general por Clínica Médica por presentar hisopado y síntomas compatibles con Covid-19.

Se recibe resultado de Anatomía Patológica (protocolo 20-2907). Panel de inmunohistoquímica: metástasis de adenocarcinoma de origen colorrectal, con ck20+ (citoqueratina 20+), ck 7 - (citoqueratina 7), cdx2 + (proteína caudal homebox2), ttf1 - (factor de transcripción tiroideo 1), villina +, CEA + (antígeno carcinoembrionario), catherida 17 +.

Con dicho hallazgo se realiza videocolonoscopía evidenciando a 30 cm del margen anal formación friable,

sanguinolenta, mamelonada, de crecimiento exofístico y que ocluye parcialmente la luz. El resto presenta aspecto normal (fig. 3). Se toma biopsia que arroja infiltración de adenocarcinoma (Protocolo 20/3261).

CA19-9 28,3 (vn <37) CEA 0,9 (vn <3).

Después de negativizar el hisopado para Covid-19, se programa cirugía realizándose sigmoidectomía con anastomosis colorrectal con sutura mecánica. La paciente evoluciona favorablemente y se le otorga el alta hospitalaria (fig. 4).

Anatomía Patológica Protocolo 20-4046: pieza de colon sigmoides con adenocarcinoma G1 bien diferenciado, tamaño tumoral 3,2 x 1,6 cm. No se identifica perforación tumoral macroscópica. El tumor infiltra hasta la grasa pericólica. Márgenes libres. No se reconoce invasión perineural ni linfovascular. No se identifican depósitos tumorales. Ganglios linfáticos regionales 1/10 infiltrado por neoplasia. Estadificación pT3 pN1a M1. Se discutió en Comité Multidisciplinario, decidiéndose realizar quimioterapia una vez recuperada de la cirugía.

DISCUSIÓN

Las metástasis del cáncer colorrectal se presentan de un 20 % a 30 % de los pacientes diagnosticados, más comúnmente en el hígado y el pulmón. Las metástasis en las suprarrenales se evidencian cuando esta enfermedad se encuentra en un estadio de diseminación generalizada de la enfermedad. Sin embargo, la metástasis suprarrenal única es infrecuente y existen pocos casos publicados. Una revisión de una serie de autopsias en la literatura mundial reveló una incidencia entre el 1,9 y el 17,4 %. Esto puede subestimarse debido a que la masa suprarrenal se confunde con un nódulo lomboaórtico.[1,2] En el estudio realizado por Lo C. Y. et al.[3] se comunica que entre 1983 y 1993 se realizaron adrenalectomías en 52 pacientes observándose que el tipo histológico más común era el adenocarcinoma (69 %).

La presentación clínica en estos pacientes es el dolor abdominal, que no alivia con analgésicos endovenosos, acompañada o no de reacción peritoneal. Cuando en estos pacientes encontramos síndrome anémico, antecedentes de cáncer en la familia y una lesión en la región suprarrenal, se puede pensar un origen primario colorrectal. En el caso de asociarse a hipotensión o shock hipovolémico se debe solicitar un estudio de imagen de alta resolución, crucial para la vida si ocurre la rara presentación de hemorragia espontánea que, de no ser diagnosticada y tratada a tiempo, puede evolucionar a hemorragia importante e incluso a la muerte. La embolización arterial, si está disponible, es válida para casos de hemorragia leve y la cirugía para los casos de hemorragia severa.

Una revisión exhaustiva de Marti JLet al.[4] registró 133 casos reportados de masas suprarrenales mostrando que solo 6 pacientes presentaron hemorragia espontánea y clínica muy similar al caso reportado. Se vio que el diagnóstico patológico más frecuentemente notificado fue feocromocitoma (48 %), seguido de lesiones metastásicas (14 %), hematoma (13 %), mielolipoma (10 %), carcinoma adrenocortical (7 %), adenoma (4 %), pseudoquiste/hematoma durante el embarazo (4 %) y lipoma (1 %).

La resección podría considerarse una opción para la metástasis suprarrenal solitaria del carcinoma colorrectal. La cirugía en sí puede resultar en un beneficio para la supervivencia de estos pacientes seleccionados.[5] Las tasas generales de supervivencia fueron del 73 % a 1 año y del 40 % a los 2 años. Los pacientes con resección potencialmente curativa tuvieron una mejor supervivencia que aquellos que tuvieron un procedimiento paliativo.[2]

CONCLUSIÓN

La metástasis única en la glándula suprarrenal originada en un cáncer colorrectal es poco frecuente.

La forma de presentación como hemorragia suprarrenal es más rara aun y en estos casos se debe actuar con rapidez para no poner en peligro la vida del paciente.

La resección quirúrgica podría ser potencialmente curativa, siempre y cuando se diagnostique correctamente y se realice la cirugía tanto del tumor primario como de la metástasis solitaria, aumentando la expectativa de vida en pacientes seleccionados.

REFERENCIAS

1. Thrumurthy SG, Jadav AM, Pitt M, Dobson M, Hearn A, Scott NA, et al. Metachronous bilateral adrenal metastases following curative treatment for colorectal carcinoma. Ann R Coll Surg Engl 2011;93:e96-8.
2. Liu YY, Chen ZH, Zhai ET, Yang J, Xu JB, Cai SR, et al. Case of metachronous bilateral isolated adrenal metastasis from colorectal adenocarcinoma and review of the literature. World J Gastroenterol 2016;22:3879-84.
3. Lo CY, van Heerden JA, Soreide JA, Grant CS, Thompson GB, Lloyd RV, et al. Adrenalectomy for metastatic disease to the adrenal glands. Br J Surg. 1996; 83:528-31.
4. Marti JL, Millet J, Sosa JA, Roman SA, Carling T, Udelsman R. Spontaneous adrenal hemorrhage with associated masses: etiology and management in 6 cases and a review of 133 reported cases. World J Surg 2012;36:75-82.
5. Katayama A, Mafune K, Makuuchi M. Adrenalectomy for solitary adrenal metastasis from colorectal carcinoma. Jpn J Clin Oncol 2000;30:414-16.