



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Metástasis vaginal y uterina de un cáncer de colon: una combinación excepcional

Esteban Ferreiro García *, Liliana Vázquez Bol, Genoveva Guinarte Paz
y Eloy Moral Santamarina

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Pontevedra, España

Recibido el 9 de abril de 2011; aceptado el 23 de agosto de 2011
Accesible en línea el 12 de noviembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma de colon;
Metástasis uterina;
Metástasis vaginal;
Tumores colorrectales

KEYWORDS

Adenocarcinoma of the colon;
Colorectal tumours;
Uterine metastasis;
Vaginal metastasis

Resumen Las metástasis vaginales de cáncer de colon son raras. Lo mismo sucede con las metástasis uterinas. La coincidencia de ambas es excepcional. Después de ser descartadas las causas más frecuentes de sangrado genital, se ha de considerar el diagnóstico de metástasis ante un sangrado anormal en una mujer con antecedente de cáncer. Debido a la rareza de estos casos, no existen pautas de tratamiento establecidas ni datos de supervivencia. Lo que más parece ensombrecer el pronóstico es la presencia de una metástasis uterina que casi siempre está asociada a enfermedad metastásica generalizada.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Vaginal and uterine metastases from colon cancer: an exceptional combination

Abstract Both vaginal and uterine metastases from colon cancer are rare. The co-occurrence of both entities is exceptional. After the most common causes of genital bleeding have been excluded, a diagnosis of metastasis should be considered in women with abnormal vaginal bleeding and a history of cancer. Because of the rarity of these cases, there are no established treatment guidelines or survival data. The factor with the greatest influence on a worse prognosis seems to be the presence of uterine metastasis, which is almost always associated with widespread metastatic disease.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las metástasis vaginales de cáncer de colon son extremadamente raras. Lo mismo sucede con las metástasis uterinas. Aquí presentamos un caso clínico en el que parecen coexistir los dos tipos de metástasis. Tras realizar una revisión de la bibliografía se pone de manifiesto que este fenómeno es

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(E. Ferreiro García\).](mailto:estebanfergar@yahoo.es)

francamente excepcional reportándose solo dos comunicaciones previas^{1,2}.

Descripción del caso

Paciente de 74 años que acude al servicio de urgencias por sensación de bultoma genital y sangrado vaginal de 3 días de evolución.

En sus antecedentes destacan hipotiroidismo a tratamiento con levotiroxina y síndrome ansioso-depresivo. La paciente fue intervenida de hallux valgus, legrado y cesárea. A los 72 años, también es operada en nuestro centro por un adenocarcinoma de ciego, realizándose una hemicolectomía derecha. En la tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica y la radiografía de tórax prequirúrgicas se descartaba la presencia de imágenes sugestivas de metástasis a distancia. El resultado del estudio anatomo-patológico fue de adenocarcinoma de tipo colorrectal moderadamente diferenciado (G2) que infiltra hasta la subserosa perforando el peritoneo visceral (pT4) y metástasis en 4 de 14 ganglios linfáticos del meso (pN2). A posteriori recibió quimioterapia en régimen FOLFOX-4. Estaba asintomática y sin signos de recidiva en la TC abdomino-pélvica y la colonoscopia realizadas hace 10 meses ni en la ecografía abdominal y radiografía de tórax realizadas en los últimos controles en las consultas de oncología hace 4 meses; el marcador tumoral antígeno carcinoembionario (CEA) se mantenía dentro de los límites normales.

En sus antecedentes obstétrico-ginecológicos destacan una gestación con cesárea por fracaso de inducción y menopausia desde los 57 años.

En la exploración ginecológica realizada por urgencias presenta dos tumoraciones en la zona del introito y la cara anterior de la vagina, de consistencia dura y aspecto glandular, que sangran al contacto. Se realiza una biopsia de las mismas. El cérvix se tacta normal. Ante la imposibilidad de realizar una ecografía transvaginal por dolor, se realiza una ecografía abdomino-pélvica, visualizándose una lesión focal en el lóbulo derecho hepático de aproximadamente 3 cm, compatible con metástasis, siendo el resto del abdomen difícil de valorar por el abundante gas intestinal.

El resultado anatomo-patológico de las biopsias de las lesiones vaginales es compatible con adenocarcinoma de origen intestinal (figs. 1 y 2).

Se deriva a consultas de oncología y cirugía general para su valoración y seguimiento. Se solicita TC toraco-abdomino-pélvica, hallando múltiples adenopatías mediastínicas, siete nódulos pulmonares compatibles con metástasis, dos probables metástasis hepáticas de 1 y 3 cm, múltiples implantes peritoneales, varias lesiones nodulares con realce periférico en cuerpo uterino (la mayor de 4,5 cm) y vagina (de aproximadamente 2 cm) compatibles con metástasis y adenopatías mesentéricas e inguinal derecha menores de 1 cm (figs. 3 y 4).

La paciente inicia un cuadro de dolor hipogástrico irradiado al sacro. En el control colonoscópico se objetiva una estenosis infranqueable del sigma a 30 cm del margen anal, sin patrón infiltrativo de la mucosa (se realizaron biopsias del sigma que descartan malignidad) de probable causa extrínseca en relación con metástasis peritoneales. Se resuelve el cuadro con la colocación de una prótesis de colon.

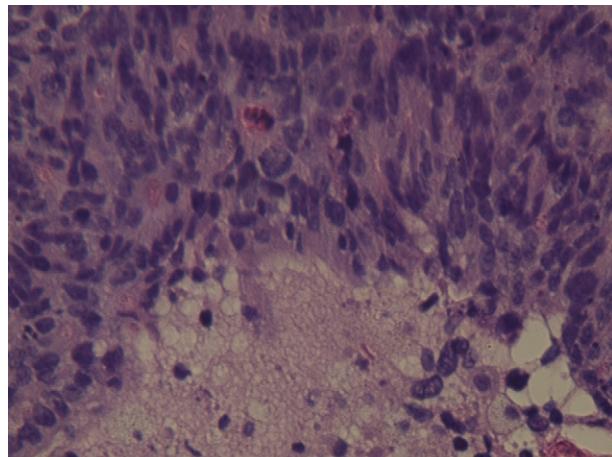


Figura 1 Neoformación glandular de patrón intestinal. Hematoxilina-eosina.

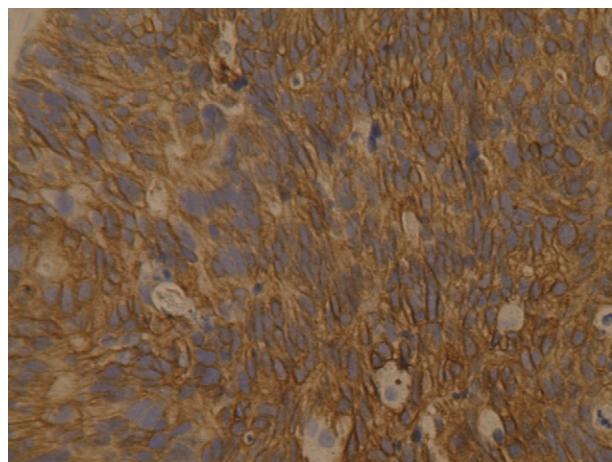


Figura 2 Células tumorales expresando citoqueratina 20.

Finalmente, ingresa en la unidad de cuidados paliativos con desenlace de defunción 34 meses después del diagnóstico de adenocarcinoma de ciego y 2 meses después del diagnóstico de metástasis vaginal y sospecha de metástasis uterina.

Discusión

El carcinoma vaginal es infrecuente; constituye aproximadamente el 2% de todas las neoplasias malignas del aparato genital femenino y son más comúnmente del tipo escamoso (86%), muy raramente adenocarcinoma (8%) u otros tipos histológicos (7%). El adenocarcinoma primario de vagina suele presentarse en pacientes jóvenes expuestas al diethylbestrol³ y localizarse en el tercio superior de la vagina, cerca del cérvix, mientras que las metástasis suelen situarse en el tercio inferior⁴, como sucede en nuestra paciente. Sólo el 16% de los carcinomas de vagina representan neoplasias primarias siendo más frecuente los tumores metastásicos^{4,5}. Así los adenocarcinomas vaginales a menudo son secundarios a un adenocarcinoma uterino y más excepcionalmente a tumores extragenitales. Las metástasis vaginales de causa extragenital tienen como origen más



Figura 3 Metástasis uterina (flecha).

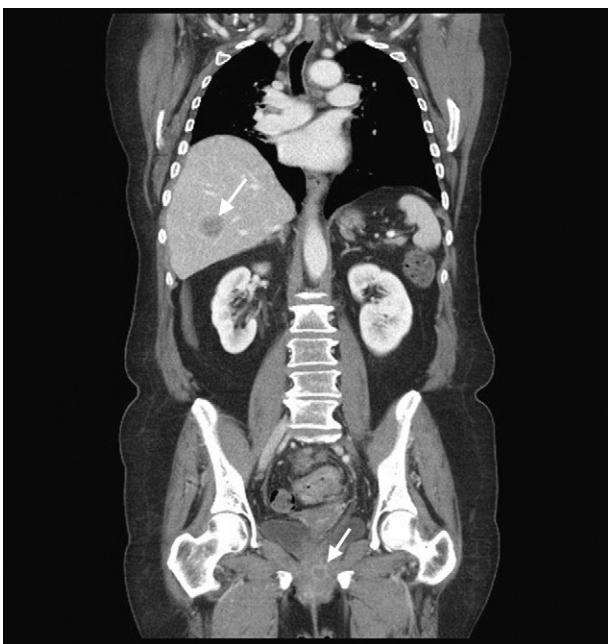


Figura 4 Metástasis vaginal y hepática (flechas).

frecuente un cáncer colorrectal^{4,5}. Suelen ser cánceres de colon izquierdo y sigmaideo, siendo pocos los casos recogidos en la literatura con origen en el colon derecho^{2,6}. Los sitios más comunes de metástasis del cáncer de colorrectal son el hígado y los pulmones.

Al igual que sucede con la metástasis de vagina, son pocos los casos de metástasis uterina debidos a cáncer colorrectal reportados en la bibliografía^{1,4,7-9}. Suelen afectar al cérvix y más raramente al cuerpo uterino⁷. El origen más habitual de una metástasis uterina es el cáncer de mama (42,2%), seguido del cáncer de colon, mucho más infrecuente (18,5%)⁷.

Cuatro hipótesis pueden explicar el mecanismo de la propagación del cáncer colorrectal al tracto genital^{1,10}:

1. La primera ruta es resultado de la extensión directa través de la fosa isquiorrectal. Las células tumorales infiltrarían la cara posterior de la vagina y el útero¹¹. Si esto es posible en los carcinomas de la unión rectosigmaidea o del recto y cuando hay infiltración tumoral del fondo de saco de Douglas, no sucede así en otras localizaciones del colon. En nuestra paciente, el tumor primario se localiza en el ciego y la metástasis vaginal anida en la cara anterior de vagina, por lo que esta vía no es la más probable.
2. Una segunda posible ruta es por el flujo retrógrado a través de los vasos linfáticos hacia los ganglios iliacos y posteriormente hacia el área periuretral y la cara anterior de la vagina¹². Esta teoría se vería reforzada, en nuestro caso, por la afectación de los ganglios linfáticos del mesenterio¹³ y por la localización anterior de la metástasis vaginal, pero es improbable en los cánceres de colon derecho¹⁴.
3. La tercera hipótesis es la vía hematógena. El flujo venoso permitiría el paso de las células tumorales al plexo ovárico o a las venas del parametrio y, posteriormente, hacia la vagina.
4. La cuarta posible vía sucedería través del aparato genital. Las células tumorales, después de la efracción de la serosa del colon, pasarían a través de las trompas de Falopio y del útero para invadir la mucosa vaginal¹⁵.

En nuestro caso, las dos últimas hipótesis esbozadas parecen las más probables.

Tanto la metástasis vaginal¹⁰ como la imagen sospechosa en el útero¹ pueden ser la forma de presentación de un cáncer de colon pero, en dos tercios de los casos, se descubren tras la resección del tumor primario¹⁶. El síntoma inicial más frecuente de una metástasis vaginal o uterina es el sangrado vaginal, aunque muchas veces el diagnóstico es casual, en una revisión ginecológica o mediante una prueba de imagen^{2,7}. Stemmermann recuerda que se debe considerar el diagnóstico de metástasis ante un sangrado vaginal anormal en una mujer previamente intervenida cáncer¹⁷. Las guías de práctica clínica de las principales sociedades oncológicas no incluyen la revisión ginecológica en el seguimiento del cáncer colorrectal pues se centran en el hígado y pulmón como localizaciones más frecuentes de recidiva a distancia¹⁸. Ante la posibilidad de que estas pacientes no presenten ningún síntoma, algunos autores recomiendan la revisión ginecológica rutinaria².

Estudio anatomoabiológico de las metástasis de localización genital

En los últimos años, los datos favorables se han acumulado sobre el uso de citoqueratinas para el estudio inmunohistoquímico y así establecer el origen primario de la metástasis tipo adenocarcinoma¹⁹. Las citoqueratinas son una familia de 20 filamentos intermedios citoplasmáticos antigenéticamente diferentes que se encuentran en la mayoría de las células de origen epitelial. La citoqueratina 20 es específica del tracto gastrointestinal. En nuestro caso se confirma su positividad asegurando el origen gastrointestinal y descartando otros orígenes (fig. 2).

Cuando las metástasis ocurren en el tracto genital, la supervivencia en general es pobre porque están frecuentemente asociadas a enfermedad metastásica generalizada¹², sobre todo en el caso de las metástasis uterinas¹. Sin embargo, se ha informado de supervivencias a largo plazo en caso de metástasis vaginales aisladas^{6,11,20}. La supervivencia media no suele superar los 40 meses de vida tras el hallazgo de la metástasis vaginal²¹ y los 11 meses en las metástasis uterinas⁷. No existen datos de supervivencia con la combinación de ambas metástasis en la literatura. Nuestra paciente sobrevivió 2 meses desde el hallazgo de las metástasis.

Debido a la baja frecuencia de esta patología no existe una pauta de tratamiento estándar. El tratamiento de la metástasis vaginal se basa en el uso de combinado de radioterapia externa y braquiterapia intersticial, asociadas a colpectomía parcial^{6,20,22} obteniéndose resultados favorables, con baja morbilidad y buena supervivencia, en los casos de metástasis aisladas de vagina. Se ha de realizar histerectomía con ooforectomía bilateral debido a la alta frecuencia de metástasis ovárica del cáncer de colon^{4,7}. Ante la presencia de metástasis uterina u otras metástasis asociadas está indicado la quimioterapia pero con resultados poco alentadores^{6,23}.

Conclusiones

Es arriesgado establecer conclusiones en base a un caso clínico. Ante un sangrado vaginal en una paciente con antecedente de cáncer colorrectal, es mucho más probable que se trate de un proceso ginecológico primario que de una metástasis.

Sin embargo, en una paciente con estos antecedentes, debemos sospechar esa posibilidad tras descartar las causas más frecuentes de sangrado genital.

El hallazgo de metástasis vaginal y uterina coincidente en el contexto de un cáncer de colon es excepcional.

Las principales guías clínicas oncológicas no incluyen la revisión ginecológica en el seguimiento del cáncer colorrectal pero algunos autores, ante la posibilidad de ausencia de síntomas de una metástasis genital, recomiendan revisiones ginecológicas rutinarias en las pacientes diagnosticadas de esta enfermedad. Debido a la rareza de estos casos no existen pautas de tratamiento establecidas ni datos de supervivencia. Lo que más parece ensombrecer el pronóstico es la presencia de una metástasis uterina que casi siempre está asociada a enfermedad metastásica generalizada¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kumar NB, Hart WR. Metastases to the uterine corpus from extragenital cancers: a clinicopathologic study of 63 cases. *Cancer*. 1982;50:2163–9.
2. Elvira Urdampilleta A, Garnateo Nicolás F, Oyarzabal Urkiola A, Rivero Torrejón B. Metástasis vaginales de tumores colorrectales. *Prog Obstet Ginecol*. 2010;53:328–30.
3. Peters 3rd WA, Kumar NB, Andersen WA, Morley GW. Primary sarcoma of the adult vagina: a clinicopathologic study. *Obstet Gynecol*. 1985;65:699–704.
4. Mazur MT, Hsueh S, Gersell DJ. Metastases to the female tract: analysis of 325 cases. *Cancer*. 1984;53:1978–84.
5. Fu YS, Reagan JW. Pathology of the uterine cervix, vagina and vulva. En: Bennington JL, editor. *Major problems in Pathology*, Vol 21. Philadelphia: Saunders; 1989.
6. Costa SRP, Antunes RCP, Abraão AT, Silva RM, Paula RP, Lupinacci RA. Single vaginal metastasis from cancer of the right colon: case report. *Einstein*. 2009;7(2 Pt 1):219–21.
7. Nakagami K, Takahashi T, Sugitani K, Sasaki T, Ohwada S, Morishita Y. Uterine cervix metastasis from rectal carcinoma, a case report and a review of the literature. *Jpn J Clin Oncol*. 1999;29:40–642.
8. Lemoine NR, Hall PA. Epithelial tumors metastatic to the uterine cervix: a study of 33 cases and review of literature. *Cancer*. 1986;57:2002–5.
9. Ono T, Takahashi T, Tanaka E, Oda T, Kudo K, Chiba M. A case of uterine body metastasis from colon cancer. *Yamagataken Byouinshi*. 1994;28:191–4.
10. Marchal F, Leroux A, Hoffstetter S, Granger P. Vaginal metastasis revealing colon adenocarcinoma. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21:861–2.
11. Perrotin F, Bourlier P, De Calan L. Vaginal metastasis disclosing rectal adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin Biol*. 1997;21:900–1.
12. Yagci G, Cetiner S, Dede M, Gunhan O. True vaginal metastasis of rectal cancer. *Indian J Surg*. 2005;67:270–2.
13. Guidozzi F, Sonnendecker EW, Wright C. Ovarian cancer with metastatic deposits in the cervix, vagina, or vulva preceding primary cytoreductive surgery. *Gynecol Oncol*. 1993;49:225–8.
14. Chang GJ, Feig BW. Cancer of the colon, rectum and anus. En: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM, editors. *The M.D Anderson surgical oncology handbook*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 261–319.
15. Ng AB, Teeple D, Lindner EA, Reagan JW. The cellular manifestations of extrauterine cancer. *Acta Cytol*. 1974;18:108–17.
16. Zhou XR, Du XG. Secondary vaginal adenocarcinoma: a clinicopathologic study of 55 cases. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1994;29:289–91. 318.
17. Stemmermann GN. Extrapelvic carcinoma metastatic to the uterus. *Am J Obstet Gynecol*. 1961;82:1261–6.
18. Navarro M. Seguimiento del cáncer colorrectal. *Cir Esp*. 2003;73:58–62.
19. Dabbs DJ. Diagnostic immunohistochemistry. New York: Churchill Livingstone; 2002. p. 169.
20. Yamamoto S, Kotake K, Igashiki S, Tsukiyama I, Koyama Y. Three cases of metastatic vaginal tumor of colon and rectum. *J Japan Soc Coloproctol*. 1999;52:605–12.
21. Raider L. Remote vaginal metastasis from carcinoma of the colon. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1966;97:944–50.
22. Deppe G, Malviya VK, Malone JM. Use of cavitron ultrasonic surgical aspirator (CUSA) for palliative resection of recurrent gynecologic malignancies involving the vagina. *Eur J Gynaecol Oncol*. 1989;10:1–2.
23. Abell MR, Cosling JGR. Gland cell carcinoma (adenocarcinoma) of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol*. 1962;83:729–55.