



CARTA CLÍNICA

Metástasis ovárica como manifestación inicial de un cáncer colorrectal



Ovarian metastasis as the initial manifestation of a colorectal cancer

Los tumores metastásicos representan del 5 al 6% de todas las neoplasias de ovario¹. A menudo se confunden con tumores primarios, siendo importante la distinción entre ambos para conocer el pronóstico y tratarlos de manera adecuada. Por lo general, se diagnostican entre la cuarta y quinta décadas de la vida, todavía en edad reproductiva, cuando es difícil tener en cuenta un tumor metastásico. Nosotros presentamos el caso de una metástasis ovárica secundaria a un adenocarcinoma de colon.

Se trata de una mujer de 49 años, premenopáusica, con antecedentes maternos de cáncer de colon a los 64 años. Acudió a consulta por dolor abdominal de 5 días de evolución, sordo e intermitente, con sensación nauseosa y que esa noche le había interrumpido el sueño. En la exploración se la veía afectada por el dolor, con mal estado general. Su abdomen era blando, depresible, con dolor intenso en fosa iliaca derecha con defensa y signo de Blumberg negativo. No tenía semiología de ascitis; tampoco síndrome general o síntomas digestivos previos. Se derivó a Urgencias del hospital con sospecha de abdomen agudo. En la ecografía realizada se identificó una tumoración de casi 10 cm de diámetro, con áreas anecoicas separadas por tabiques gruesos con vascularización en su interior. En principio se creía que no era dependiente del ovario, puesto que se encontraba por debajo de la tumoración. Ante estos hallazgos se solicitó una tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica con contraste (fig. 1), que mostró una gran masa anexial de 15 cm de diámetro tabicada, de predominio quístico y paredes gruesas, que planteaba el diagnóstico diferencial entre cistoadenoma y cistoadenocarcinoma, ambos, tumores primarios de la gónada. Además, se veían varias imágenes inespecíficas menores de 1 cm en el lóbulo hepático derecho. El resto de los órganos eran normales. Se procedió a una laparotomía exploratoria, que evidenció una tumoración ovárica izquierda y tumoración en anillo de sigma. Se realizó histerectomía con doble anexectomía y sigmoidectomía. Finalmente, la histología identificó un adenocarcinoma de sigma moderadamente diferenciado con metástasis en

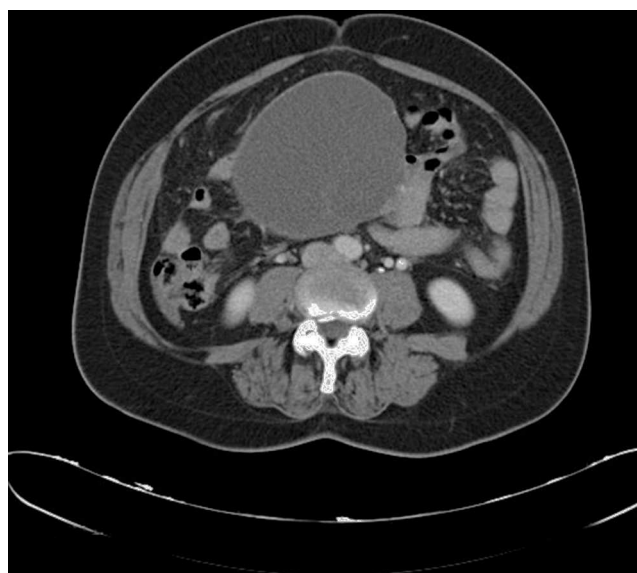


Figura 1 Masa de predominio quístico y paredes gruesas dependiente del ovario izquierdo.

el ovario izquierdo y en 9 ganglios linfáticos de los 19 examinados. La tumoración respetaba los bordes quirúrgicos de la intervención. En una tomografía axial computarizada de control realizada un mes después se observan 2 nódulos hepáticos localizados en el lóbulo hepático derecho, de 1,2 cm de diámetro y aspecto sólido, indicativos de metástasis. No se evidenciaban adenopatías, ascitis ni extensión a otros órganos.

Los marcadores tumorales iniciales eran alfafetoproteína 1,7 UI/ml, antígeno carcinoembrionario 8,5 µg/l y CA-125 296 UI/ml. Se normalizaron tras la cirugía y no se detectaron mutaciones en los genes PIK 3CA, B-RAF y K-RAS. El tratamiento se completó con la resección de las metástasis hepáticas y varias sesiones de quimioterapia.

Las metástasis ováricas son mucho más frecuentes en mujeres jóvenes, probablemente por la gran vascularización de este órgano, la falta de recubrimiento peritoneal y las continuas laceraciones que sufre su superficie debido a la ovulación. Posiblemente las vías de diseminación más importantes sean la sanguínea y la linfática. El tumor primario más frecuente en nuestro medio corresponde a los digestivos. El más recogido en la literatura es el de estómago, aunque estudios recientes evidencian un aumento del

origen colorrectal^{2,3}. Dentro de este grupo tiene especial interés el tumor de Krukenberg, que se define como el tumor metastásico de ovario que contiene cantidades significativas de células en anillo de sello⁴. Un segundo grupo es el de origen ginecológico, principalmente endometrio y mama. Otras localizaciones posibles son los linfomas o los melanomas.

Se ha documentado que el 4% de los adenocarcinomas de colon diseminan al ovario, y de estos, en un 5-10% la metástasis precede al diagnóstico del tumor primario⁵.

La clínica se relaciona principalmente con la lesión ovárica, por lo tanto, la prueba estándar para su valoración es la ecografía transvaginal. Posteriormente podemos emplear otras técnicas diagnósticas para aumentar la especificidad, localizar el tumor primario y realizar el estudio de extensión. El diagnóstico definitivo es histológico, y es imprescindible realizar una laparotomía para el estudio de la pieza quirúrgica⁶.

Habitualmente las metástasis colónicas en el ovario dan lugar a tumores quísticos o pseudoquísticos que macroscópicamente simulan un tumor primario de ovario, como sucedió en este caso. Sin embargo, la detección sincrónica de la neoplasia de colon y la afectación ganglionar y hepática apoyaron el origen metastásico. Para un diagnóstico diferencial más exacto, nos podemos ayudar de ciertos marcadores histológicos e inmunohistoquímicos, además de los marcadores tumorales⁷.

Pese a tener un pronóstico desfavorable, puesto que estamos ante un tumor metastásico, se consideran factores que atenúan la agresividad: metástasis derivadas de neoplasia de colon, afectación de un solo ovario, extensión únicamente a pelvis menor y volumen residual menor de 2 cm⁸. Varias de estas manifestaciones se encontraron en la paciente.

De cara al pronóstico y la planificación terapéutica son útiles ciertos estudios moleculares⁹. Mutaciones del gen B-RAF tienden a asociarse con un periodo libre de enfermedad más corto y una disminución de la supervivencia global. Las mutaciones del gen K-RAS confieren resistencia a los anticuerpos monoclonales contra el receptor del factor de crecimiento epidérmico, que forma parte del esquema quimioterápico habitual, y está indicado solicitarlo como paso previo a su administración. Por otra parte, mutaciones en el gen PI3CA se relacionan con un curso clínico más agresivo.

La cirugía es el tratamiento de elección, y cuanto más citorreductora sea, mejores resultados se conseguirán a largo plazo. La supervivencia media se sitúa en torno a los 14 meses, aunque puede aumentar cuando la metastasectomía es completa¹⁰.

En conclusión, el estudio de las masas ováricas de mujeres en edad premenopáusica debe evaluar el tracto

gastrointestinal para excluir neoplasias primarias y adoptar la actitud terapéutica más adecuada.

Bibliografía

1. Yada-Hashimoto N, Yamamoto T, Kamiuria S, Senio H, Ohira H, Sawai K, et al. Metastatic ovarian tumors: A review of 64 cases. *Gynecol Oncol.* 2003;89:314-7.
2. Man M, Cazacu M, Oniu T. Krukenberg tumors of gastric origin versus Krukenberg tumors of colorectal origin. *Chirurgia (Bucur).* 2007;102:407-10.
3. Kondi-Pafiti A, Kairi-Vasilatov E, Lavazo C. Metastatic neoplasms of the ovaries: A clinicopathological study of 97 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284:1283.
4. Pérez López S, Partal Lorente AB, Campos Pinel MJ, Pallarés Ayuso C, Alcalde Pérez D, Torres Martí JM. Tumor de Krukenberg secundario a carcinoma de colon durante el embarazo. *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56:121-4.
5. Rodríguez-Wong V, Cruz-Reyes JM. Tumor de Krukenberg de origen colónico. *Rev Hosp Jua Mex.* 2007;74:40-3.
6. Chen LM, Berek JS. Epithelial carcinoma of the ovary, fallopian tube and peritoneum. Clinical features and diagnosis. *UpToDate.* 2013 [database on the internet; consulta 20 Nov 2013] Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/Epithelial-carcinoma-of-the-ovary-fallopian-tube-and-peritoneum>.
7. Tan KL, Tan WS, Lim JK, Eu KW. Krukenberg tumors of colorectal origin: A dismal outcome-experience of a tertiary center. *Int J Colorectal Dis.* 2010;25:233-8.
8. McCormick CC, Giuntoli RL, Garbner GJ, Schulick RD, Judson K, Ronnett BM. The role of cytoreductive surgery for colon cancer metastatic to the ovary. *Gynecol Oncol.* 2007;105:791-5.
9. Hernández-Losa J, Sanz J, Landolfi S, López-Ríos F, Palacios J, Bautista MD, et al. Recomendaciones para la determinación de mutaciones de K-RAS en el cáncer de colon. *Rev Esp Patol.* 2012;45:76-85.
10. Pérez-Prieto B, Ferrero A, Fernández-Corona A, Salas J, Hernández-Rodríguez JL. Tumores metastásicos de ovario: revisión de casos clínicos. *Clin Invest Gin Obst.* 2005;32:150-6.

Á. Peña-Irún^{a,*}, J. Rodríguez-Guillén^a
y A.R. González-Santamaría^b

^a Centro de Salud El Sardinero, Santander, Cantabria, España

^b Servicio de Urgencias extrahospitalarias 061, Santander, Cantabria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaro290475@hotmail.com

(Á. Peña-Irún).