

Ascitis como primera manifestación en cáncer de colon. A propósito de un caso

Autores Alejandro De Faria¹ , Ana Maggiolo², Génesis Moreira², Laura Henríquez²,
María Ramírez²

Afiliación 1 Médico adjunto-docente al Servicio de Gastroenterología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.
2 Médicos residentes del postgrado ULA de Gastroenterología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Autor de Correspondencia: Alejandro De Faria. Correo: alejos2112@gmail.com ORCID: [0000-0002-2550-1173](https://orcid.org/0000-0002-2550-1173)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2023; 77(1): 31-34.

© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.

<https://doi.org/10.61155/2023.77.1.005>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Fecha de recepción: 17/10/2022

Fecha de revisión: 04/12/2022

Fecha de aprobación: 28/12/2022

Resumen

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa más común de mortalidad por cáncer a nivel mundial, con más de 1.85 millones de casos y 850.000 muertes anuales. De los nuevos casos diagnosticados, el 20% de los pacientes padecen enfermedad metastásica desde su presentación y el 25% de aquellos que se presentan con enfermedad localizada, desarrollarán metástasis posteriormente. Los síntomas usualmente son cambios en el hábito evacuatorio, sangrado rectal, anemia, masa palpable, y dolor abdominal. En casos de enfermedad avanzada, puede presentarse ascitis como consecuencia de carcinomatosis peritoneal, sin embargo, no es común que se presente como síntoma inicial. A continuación, se presenta el caso de un paciente masculino sin antecedentes personales o familiares, con evolución clínica de 21 días, cuyo debut fue dado por aumento de perímetro abdominal y dolor abdominal, en ausencia de síntomas de alarma. Si bien el desarrollo de ascitis en carencia de los demás síntomas mencionados se debe usualmente a patologías benignas, en general relacionadas a estados de hipertensión portal, se debe realizar protocolos de estudios pertinentes, ya que sus características citoquímicas e histológicas forman parte fundamental en el diagnóstico de entidades malignas.

Palabras clave: Cáncer de colon, ascitis, colorrectal.

ASCITES AS THE FIRST MANIFESTATION IN COLON CANCER. ABOUT A CASE

Summary

Colorectal cancer (CRC) is the third most common cause of cancer mortality worldwide, with more than 1.85 million cases and 850,000 deaths annually. Of the newly diagnosed cases, 20% of patients have metastatic disease from their presentation and 25% of those who present with localized disease will develop metastases later. Symptoms are usually changes in bowel habits, rectal bleeding, anemia, a palpable mass, and abdominal pain. In cases of advanced disease, ascites may occur as a consequence of peritoneal carcinomatosis, however, it is not common for it to present as an initial symptom. The case of a male patient with no personal or family history is presented below, with a clinical evolution of 21 days, whose onset was given by an increase in abdominal girth and abdominal pain, in the absence of alarm symptoms. Although the development of ascites in the absence of the other mentioned symptoms is usually due to benign pathologies, generally related to states of portal hypertension, pertinent study protocols should be carried out, since its cytochemical and histological characteristics are a fundamental part of the diagnosis. of malignant diseases.

Keywords: Colon cancer, ascites, colorectal.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa más común de mortalidad por cáncer a nivel mundial, con más de 1.85 millones de casos y 850.000 muertes anuales. De los nuevos casos

diagnosticados, el 20% de los pacientes padecen enfermedad metastásica desde su presentación y el 25% de aquellos que se presentan con enfermedad localizada, desarrollará metástasis posteriormente¹.

El CCR es diagnosticado luego del inicio de los síntomas, a través del screening con colonoscopia, o de pruebas no invasivas tal como sangre oculta en heces². Esto basado en que en la mayoría de los pacientes en estadios iniciales no presentan síntomas¹. Aunque el desarrollo de estos protocolos ha permitido el incremento de diagnósticos en pacientes asintomáticos, la mayoría del cáncer colorrectales (70-90%) son evidenciados luego del inicio de los síntomas y presentan enfermedad más avanzada en comparación con los pacientes asintomáticos^{3,4}.

Los síntomas del CCR son usualmente debidos al crecimiento del tumor en el lumen o estructuras adyacentes y como resultado, la presentación sintomática comúnmente refleja CCR relativamente avanzado. En un estudio de cohorte retrospectivo de más de 29.000 pacientes, durante un período de más de 22 años, los síntomas iniciales en los 1626 pacientes diagnosticados con CCR incluyeron⁵:

- Cambios en el hábito evacuatorio (74%).
- Sangrado rectal en combinación con cambios en hábito evacuatorio. Siendo esta los síntomas más frecuentes.
- Masa rectal (24.5%) o masa abdominal (12.5%).
- Anemia ferropénica (9.6%).
- Dolor abdominal como único síntoma (3,8%).

De acuerdo con un estudio caso-control basado en población, llevado a cabo en el Reino Unido, se asocian 10 características del CCR antes del establecimiento del diagnóstico, entre las cuales destacan la pérdida de peso, sangrado rectal, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, hemoglobina menor a 10 g/dL y sangre oculta en heces, en donde la combinación de anemia y dolor abdominal obtuvo el mayor valor predictivo positivo y la detección de sangre oculta en heces resultó con el mayor valor como síntoma individual⁶.

Aproximadamente el 20% de los pacientes presentan metástasis a distancia en el momento de presentación. El CCR se puede diseminar a través de vía linfática y hematógena, así como a través de la ruta transperitoneal y por continuidad. Los sitios de metástasis más frecuentes son los nódulos linfáticos regionales, hígado, pulmón, y peritoneo. Por lo tanto, los pacientes pueden referir signos o síntomas relacionados con cualquiera de estas áreas. La presencia de dolor abdominal en cuadrante superior derecho, distensión abdominal, saciedad precoz, adenopatía supraclavicular, o nódulos periumbilicales, son usualmente señales de enfermedad avanzada.

A continuación, reportamos un caso cuya presentación clínica fue inusual, dada por la ausencia de síntomas típicamente relacionables a cáncer colorrectal, demostrando aumento de perímetro abdominal dado por ascitis y dolor leve como debut de la enfermedad, en un paciente sin historia personal o familiar de CCR.

Caso Clínico

Se presenta el caso de un masculino de 53 años quien consulta a la institución por presentar cuadro clínico de 23 días de evolución, dado dolor de aparición insidiosa, localizado en epigastrio, irradiado a mesogastrio, de moderada intensidad, tipo cólico, concomitante con pirosis y distensión abdominal, que se alivia con la ingesta de AINEs, y exacerba con los alimentos. Durante los últimos 8 días, se añade al cuadro aumento de perímetro abdominal. Niega síntomas "B," alteraciones de patrón evacuatorio, y antecedentes personales de importancia. Niega historia familiar de cáncer de colon. Niega exposición a cigarrillos, sin embargo, refiere hábito chimóico continuo. Consumo de alcohol ocasional. Al examen físico, el paciente se encuentra en regulares condiciones generales, TA: 148/90 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 16 rpm, hidratado, adecuada coloración cutáneo-mucosa. Se evidencia aumento de perímetro abdominal a expensas de líquido ascítico, ruidos hidroaéreos presentes, además de dolor a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio izquierdo, en ausencia de estigmas de hepatopatía crónica y otros hallazgos clínicos patológicos. Pruebas de laboratorio reportan hematología normal, así como perfil renal, perfil hepático y glicemia. Se practica ultrasonido abdominal que demuestra derrame pleural derecho, hepatomegalia, imágenes sugestivas de metástasis hepática, barro biliar vesicular y ascitis grado II. Se realiza paracentesis, obteniendo líquido ascítico de coloración vinosa, cuyo estudio citoquímico arroja conteo de leucocitos 480/mm³, segmentados neutrófilos 6%, linfocitos 79%, eosinófilos 15%, eritrocitos 80-85 por campo, proteínas 3.9 g/dL, GASA menor de 1.1, LDH 322.6 U/L, glucosa 79.5 mg/dL. Los hallazgos citológicos son reportados como sospechosos de malignidad. La tinción de gram resultó negativa. En vista de predominar síntomas digestivos altos, el paciente es sometido a endoscopia digestiva superior, evidenciando hernia hiatal tipo I, grado I y gastritis crónica antral. Se realiza TAC abomino-pélvica con contraste oral y endovenoso, en donde se observa lesión ocupante de espacio de densidad mixta, localizada a nivel de ciego (figura 1). En vista de esto se practica colonoscopia, comprobando a nivel de colon proximal, la presencia de lesión mamelonante que ocupa el 85% de la luz, con áreas de necrosis extensa y ulceradas, friable al contacto con la pinza. Se toma biopsia, que reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado. Actualmente el paciente se encuentra bajo protocolo de quimioterapia.

Discusión

El acúmulo de fluido en la cavidad peritoneal resulta en ascitis. En la mayoría de los casos, esta se desarrolla debido a hipertensión portal resultante de cirrosis, sin embargo, existen otras causas comunes que incluyen falla cardíaca y malignidad, además de infección (fúngica o Tuberculosis)⁷.



Figura 1. TAC abomino-pélvica

La ascitis maligna se define como la acumulación anormal de fluido en la cavidad peritoneal como consecuencia de cáncer y presenta un problema clínico difícil que causa discomfort en pacientes en estadios avanzados de su enfermedad. Esta entidad es poco frecuente, representando la causa o contribuyendo a la formación de ascitis en aproximadamente 7-10% de los pacientes y ocurre en asociación con una variedad de neoplasias, especialmente de mama, bronquios, ovarios, estómago, páncreas y del colon⁸.

El tratamiento del paciente con ascitis se basa en el gradiente de albúmina suero-ascitis (GASA), en muestras simultáneas de suero y paracentesis⁹. Clasificándolos en dos grupos: aquellos asociados a hipertensión portal subyacente (GASA >1.1), y aquellos con compromiso peritoneal directo o presión oncótica reducida (GASA <1.1), dentro de los que se encuentran las neoplasias. De acuerdo con récords clásicos, la carcinomatosis peritoneal es responsable de gran parte de este grupo, siendo el 82% a causa de adenocarcinomas metastásicos, dentro de los cuales sólo el 5% describe el cáncer colorrectal como su origen¹⁰.

En relación al cáncer de colon, este puede causar carcinomatosis peritoneal y/o metástasis hepáticas masivas, que conllevan a la formación de ascitis bien sea porque las células tumorales produzcan líquido en la cavidad peritoneal, por obstrucción/compresión de la vena porta que genera hipertensión portal, o debido a falla hepática⁷. En nuestro caso, el desarrollo de ascitis como síntoma inicial, pudo ser desencadenado, probablemente, por la presencia de carcinomatosis peritoneal, ya que las lesiones metastásicas observadas en hígado, no se trataron de entidad masiva.

Los pacientes que presentan metástasis peritoneal tienen el peor pronóstico. Estos tienen menor sobrevida en relación con aquellos pacientes con CCR sin compromiso peritoneal¹¹. En general, la metástasis peritoneal es infradiagnosticada debido que su detección en imágenes de rutina es difícil, debido a su

pequeño tamaño y a la limitada resolución de contraste en los tejidos blandos¹². Por lo tanto, la incidencia real de esta entidad no está clara, aunque series de autopsias la reportan tan alta como 40-80%¹³.

El desarrollo de carcinomatosis peritoneal en pacientes con CCR, se asocia frecuentemente con un rápido decremento del estado de rendimiento, que involucra obstrucción abdominal recurrente, formación de ascitis maligna, dolor visceral, y desnutrición. En la mayoría de los casos, esto impide la posibilidad de tratamiento quirúrgico, y terapia sistémica, dejando sólo los cuidados paliativos como opción para asegurar la mejor calidad de vida posible¹⁴.

En el contexto del paciente con CCR, el debut con ascitis usualmente se traduce en pronóstico pobre. Por ejemplo, la aparición de ascitis en pacientes cirróticos se asocia a mortalidad de 15% y 44% en seguimiento a un año y 5 años respectivamente, escenario que no es diferente en el paciente oncológico¹⁰.

Actualmente, a pesar de los esfuerzos de protocolos de pesquisa para su detección temprana, el cáncer colorrectal permanece siendo una de las primeras causas de muerte por cáncer a nivel mundial, ya que en sus estadios iniciales se presenta de forma asintomática, y cuando existe evidencia de signos o síntomas, generalmente se trata de enfermedad avanzada. Clásicamente sus síntomas se han descrito como anemia, pérdida de peso, dolor abdominal, y masa abdominal palpable, así como la presencia de sangre oculta en heces. Sin embargo, existe una minoría de pacientes cuyo síntoma debutante es la ascitis, tal como fue expresado en nuestro caso, en un paciente sin sintomatología previa, y en ausencia de pérdida de peso y anemia. Si bien el desarrollo de ascitis en carencia de los demás síntomas mencionados se debe usualmente a patologías benignas, en general relacionadas a estados de hipertensión portal, es imperativo seguir el protocolo de estudio en cualquier paciente en el que aparezca ascitis, ya que sus características citoquímicas e histológicas forman parte fundamental en el diagnóstico de entidades malignas.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Biller LH, Schrag D. Diagnosis and Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: A Review. *JAMA*. 2021;325(7):669–685. doi:10.1001/jama.2021.0106
2. Doubenou, C., Elmore, J., Lamont, T. Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk. *UptoDate* 2022. Available from <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-strategies-in-patients-at-average-risk>

- risk?search=colon%20cancer%20&topicRef=2496&source=see_link
3. Moreno, C. C., Mittal, P. K., Sullivan, P. S., Rutherford, R., Staley, C. A., Cardona, K., Hawk, N. N., Dixon, W. T., Kitajima, H. D., Kang, J., Small, W. C., Oshinski, J., & Votaw, J. R. Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. *Clinical colorectal cancer*, 2016; 15(1): 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2015.07.004>
 4. Moiel, D., & Thompson, J. Early detection of colon cancer-the kaiser permanente northwest 30-year history: how do we measure success? Is it the test, the number of tests, the stage, or the percentage of screen-detected patients?. *The Permanente journal* 2011; 15(4); 30–38. <https://doi.org/10.7812/tpp/11-128>
 5. Finlay A, M., Aparna R, P., Rocco, R. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. *UptoDate* 2022. Available from <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer/print?search=colon>
 6. Hamilton, W., Round, A., Sharp, D., & Peters, T. J. (2005). Clinical features of colorectal cancer before diagnosis: a population-based case-control study. *British journal of cancer*, 93(4), 399–405. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6602714>
 7. Runyon, B., Lindor, K. (2022) Evaluation of adults with ascites. *UptoDate*. Available from <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-adults-with-ascites/print?search=Malignancy-related>
 8. Becker, G., Galandi, D., & Blum, H. E. (2006). Malignant ascites: systematic review and guideline for treatment. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 42(5), 589–597. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2005.11.018>
 9. Biggins, S.W., Angeli, P., Garcia-Tsao, G., Ginès, P., Ling, S.C., Nadim, M.K., Wong, F. and Kim, W.R. (2021), Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome: 2021 Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*, 74: 1014-1048. <https://doi.org/10.1002/hep.31884>
 10. Rondón-Carvajal J, Alvarez-Payares J C, Arias-Madrid N, et al. (May 27, 2022) Young Man With Non-hypertensive Ascites of Unexpected Cause: When Ockham's Razor Is Not Sufficient. *Cureus* 14(5): e25385. doi:10.7759/cureus.25385
 11. Franko, J., Shi, Q., Meyers, J. P., Maughan, T. S., Adams, R. A., Seymour, M. T., Saltz, L., Punt, C., Koopman, M., Tournigand, C., Tebbutt, N. C., Diaz-Rubio, E., Souglakos, J., Falcone, A., Chibaudel, B., Heinemann, V., Moen, J., De Gramont, A., Sargent, D. J., Grothey, A. Analysis and Research in Cancers of the Digestive System (ARCAD) Group. Prognosis of patients with peritoneal metastatic colorectal cancer given systemic therapy: an analysis of individual patient data from prospective randomised trials from the Analysis and Research in Cancers of the Digestive System (ARCAD) database. *The Lancet. Oncology* 2016; 17(12): 1709–1719. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(16\)30500-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(16)30500-9)
 12. Rivard JD, Temple WJ, Mcconnell YJ, Sultan H, Mack LA. Preoperative computed tomography does not predict resectability in peritoneal carcinomatosis. *The American Journal of Surgery* 2014; 207: 760-5. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2013.12.024
 13. Hugen, N., van de Velde, C., de Wilt, J., & Nagtegaal, I. D. Metastatic pattern in colorectal cancer is strongly influenced by histological subtype. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology* 2014; 25(3): 651–657. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdt591>
 14. Kraneburg, O., Speeten K., Hingh, I. Peritoneal Metastases From Colorectal Cancer: Defining and addressing the challenges. *Frontiers in Oncology*. 2021; 11: 650098 DOI=10.3389/fonc.2021.650098