

Sincrónico o metastásico. Desafíos en el cáncer gástrico con lesiones colónicas simultáneas

Antonio Mercandino-Sepúlveda¹, José L. Quezada-González¹,
Catalina San Martín-Campos¹

Synchronous or metastatic: Challenges in gastric cancer with simultaneous colonic lesions

Objective: To critically analyze the clinical decisions adopted in two cases of gastric cancer with simultaneous colonic lesions, and to compare them with current diagnostic and therapeutic approaches.

Materials and Methods: Two clinical cases of patients with gastric adenocarcinoma and synchronous colonic lesions are presented. Clinical, imaging, endoscopic, histopathological, and immunohistochemical findings were evaluated, along with the therapeutic decisions. **Results:** In the first case, the local involvement of a synchronous colon tumor was analyzed. In the second, a synchronous colon lesion was shown to be metastatic when confirmed by immunohistochemistry. **Discussion and Conclusion:** Diagnosing simultaneous gastric and colonic lesions is a complex clinical challenge, particularly when distinguishing between synchronous tumors and colonic metastases from gastric cancer. This distinction determines different therapeutic strategies. Immunohistochemistry is essential when clinical, endoscopic, or imaging findings are inconclusive. The rarity of these cases limits the development of evidence-based guidelines.

Keywords: signet ring cell; synchronous tumors; intraluminal metastasis; gastric cancer; immunohistochemistry.

¹Hospital del Salvador.
Santiago, Chile.

Recibido el 2025-04-08 y
aceptado para publicación el
2025-06-09

Correspondencia a:
Dr. Antonio Mercandino S.
amercandinos@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Resumen

Objetivo: Analizar críticamente las conductas adoptadas en dos casos de cáncer gástrico con lesiones colónicas simultáneas y compararlas con los enfoques actuales en diagnóstico y tratamiento.

Material y Métodos: Se presentan dos casos clínicos de pacientes con adenocarcinoma gástrico y lesiones colónicas simultáneas. Se evaluaron hallazgos clínicos, imagenológicos, endoscópicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, junto con las decisiones terapéuticas. **Resultados:** En el primer caso se analizó el compromiso local de una presentación sincrónica de un tumor de colon. En el segundo, una lesión sincrónica de colon que se consideró metástasis al confirmarse por inmunohistoquímica.

Discusión y Conclusión: El diagnóstico de lesiones gástricas y colónicas simultáneas representa un desafío clínico complejo, especialmente al diferenciar entre tumores sincrónicos y metástasis colónicas de un cáncer gástrico. Esta distinción condiciona estrategias terapéuticas distintas. La inmunohistoquímica es clave para establecer el origen tumoral cuando los hallazgos clínicos, endoscópicos o imagenológicos no son concluyentes. La baja frecuencia de estos casos limita el desarrollo de guías clínicas basadas en evidencia.

Palabras clave: células en anillo de sello; tumores sincrónicos; metástasis intraluminal, cáncer gástrico; inmunohistoquímica.

Introducción

El cáncer gástrico es la quinta neoplasia más frecuente a nivel mundial y una de las principales causas de mortalidad por cáncer, con una alta incidencia en Asia oriental y Latinoamérica. En Chile, se reportó una incidencia de 17,8 casos por 100,000 habitantes en 2018 y una tasa estandarizada de mortalidad de 14,23 por 100,000 habitantes en 2021^{1,2}. La falta de programas efectivos de detección precoz contribuye a que la mayoría de los casos sean diagnosticados en estadios avanzados, donde más del 50 % de los pacientes presentan compromiso ganglionar y hasta un 35 % evidencia metástasis a distancia al momento del diagnóstico^{3,4}.

El cáncer gástrico se disemina principalmente por vías linfáticas, hematógenas, por contigüidad o siembra celómica⁵. Los sitios más frecuentes de metástasis incluyen linfonodos, hígado, peritoneo y pulmones. Sin embargo, la afectación metastásica colónica es extremadamente rara, con pocos casos descritos en la literatura⁶. Asimismo, la coexistencia de tumores sincrónicos o metacrónicos que afectan el estómago y otros órganos es poco común, con una incidencia reportada de entre el 1 y el 4,2%⁷. Entre estos, los tumores colorrectales son los más a menudo asociados, probablemente debido a la alta prevalencia global del cáncer colorrectal, el cual constituye la tercera neoplasia más frecuente⁶. La distinción entre tumores sincrónicos primarios y metástasis del cáncer gástrico es fundamental para definir estrategias terapéuticas adecuadas, en los casos sincrónicos^{8,9}.

Estas observaciones generan una interrogante importante: ¿deben considerarse como entidades independientes desde el inicio, o es necesario evaluar si uno pudiese representar una manifestación sistémica del otro?

En este trabajo se presentan dos casos clínicos con características similares, pero con desenlaces distintos. El objetivo de este estudio es analizar críticamente las conductas adoptadas y compararlas con los enfoques actuales en el diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico asociado a lesiones colónicas simultáneas.

Revisión de casos

Caso 1

Mujer de 72 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consultó por un cuadro de dos meses de evolución caracterizado por distensión abdominal y alteración del tránsito intestinal. La endoscopia

digestiva alta evidenció una lesión supra-angular de 40 × 30 mm, París 0-IIa + c (Figura 1), cuya biopsia confirmó un adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado con células en anillo de sello. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TC TAP) reveló un engrosamiento parietal en el colon transverso distal con características tumorales en relación directa a lesión gástrica primaria, acompañado de adenopatías en el mesocolon transverso, sin evidencia de diseminación hepática ni peritoneal. La colonoscopia confirmó la presencia de una lesión estenosante ulcerada en el colon transverso izquierdo (Figura 2), cuya biopsia informó un adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello. Ante estos hallazgos, se consideró un cáncer gástrico con probable infiltración local y compromiso adenopático.

Se administraron cuatro ciclos de quimioterapia perioperatoria con esquema FLOT, tras lo cual se realizó una gastrectomía total oncológica por vía laparoscópica. Durante el procedimiento, no se evidenció tumor en el colon ni implantes tumorales en el mesocolon, por lo que la resolución de la lesión colónica se difirió. El análisis histopatológico definitivo informó un adenocarcinoma moderada-

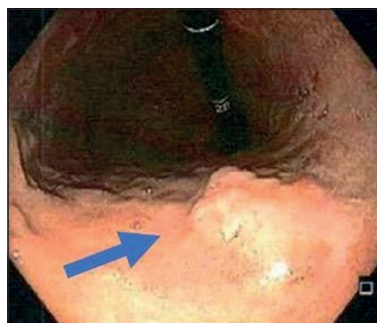


Figura 1. Endoscopia digestiva alta del caso número 1. Se observa una lesión supra-angular gástrica París 0-IIa + c de 40 x 30 mm, señalado con la flecha azul.

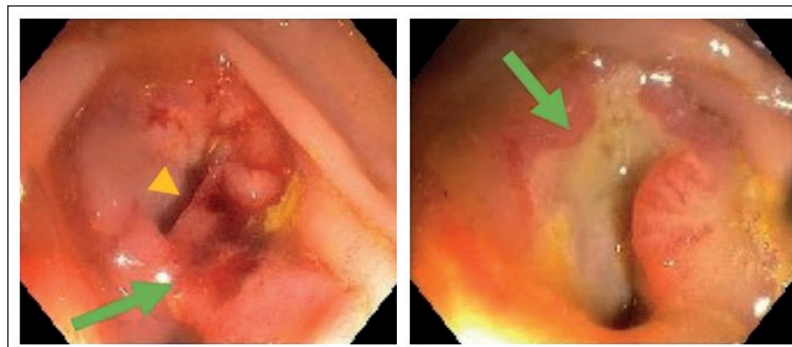


Figura 2. Colonoscopia del caso 1. Se observa una lesión estenosante de colon transverso, señalado con las flechas verdes, y el lumen del colon hacia proximal, señalado con la cabeza de flecha amarilla.

mente a mal diferenciado, limitado a la submucosa ($3,8 \times 3,4$ cm), sin compromiso vascular, perineural ni ganglionar (0/25 ganglios positivos).

Posterior al alta, la paciente presentó obstrucción intestinal secundaria a estenosis colónica en el sitio del tumor, lo que requirió una hemicolectomía derecha ampliada de urgencia. El estudio histopatológico evidenció fibrosis cicatricial transmural en el colon transverso ($2,2 \times 0,8$ cm), sin signos de actividad tumoral.

La evolución postoperatoria estuvo marcada por una estenosis benigna de la anastomosis esófago-yeyunal, que fue tratada de manera exitosa mediante dilataciones endoscópicas. A los seis meses de seguimiento, la paciente se encuentra en buen estado clínico y sin evidencia de recidiva tumoral.

Caso 2

Hombre hipertenso de 72 años que consultó por dispepsia y pérdida de peso progresiva durante tres meses. La endoscopia digestiva alta reveló una lesión neoplásica desde el esófago distal hasta la región subcardial, con epicentro en la unión gastroesofágica (UGE), Siewert II; la biopsia confirmó adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La etapificación con TC TAP mostró una lesión que comprometía el esófago distal y la curvatura menor gástrica, con adenopatías adyacentes y sin evidencia de diseminación a distancia. Laparoscopia de etapificación descartó carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas, permitiendo iniciar quimioterapia perioperatoria con esquema FLOT. La evaluación posterior al tratamiento con TC TAP mostró estabilidad de la enfermedad. Terminada la neoadyuvancia, en el estudio prequirúrgico, la colonoscopia identificó una lesión en colon sigmóides (Figura 3) y un pólipo cecal de 5 mm (París 0-Is) resecado mediante asa fría (Figura 4). Con esta lesión de sigmóides insospechada, se realiza una esofagogastrectomía total en tres campos correspondiente al grado de invasión y se decide reconstituir con ascenso de colon derecho. La biopsia definitiva reportó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con células en anillo de sello ($10 \times 9,8$ cm), comprometiendo el esófago distal, la UGE y la región subcardial, con infiltración a la serosa, invasión vascular y perineural, márgenes quirúrgicos amplios y un score de regresión tumoral III según CAP, indicando una respuesta limitada a la quimioterapia; 6 de 21 ganglios linfáticos resultaron positivos. Los estudios inmunohistoquímicos mostraron PD-L1 con CPS 91, HER2 negativo y alta inestabilidad microsatelital. Las lesiones colónicas fueron identificadas como adenocarcinomas tubulares moderadamente

diferenciados con células en anillo de sello; la inmunohistoquímica (CK7, CDX2 y CEA positivos; CK20 y SATB2 negativos) confirmó que representaban metástasis de la neoplasia primaria del tracto digestivo alto, por lo que se establece en comité continuar con esquema de quimioterapia paliativa asociada a inmunoterapia.

Discusión

Los casos presentados ilustran la complejidad diagnóstica y terapéutica del cáncer gástrico con lesiones colónicas simultáneas. Este escenario poco frecuente plantea una pregunta clave: ¿se trata de tumores sincrónicos o de metástasis del cáncer gástrico? Distinguir entre ambas entidades es esencial para definir la estrategia terapéutica y mejorar el pronóstico.

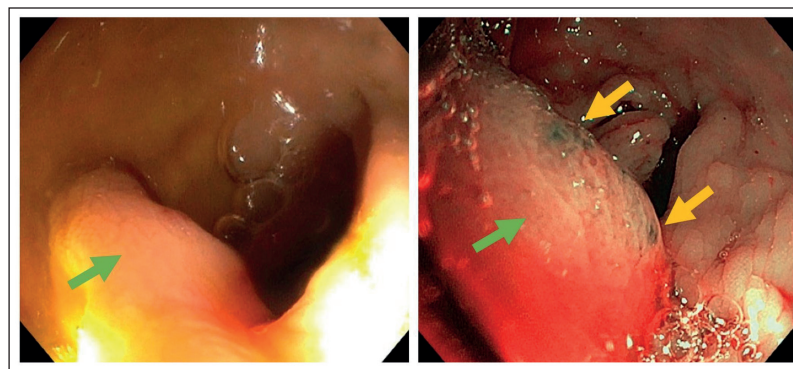


Figura 3. Colonoscopia del caso 2. Se observa en la primera imagen un pliegue engrosado de colon sigmóides de 15×20 mm, señalado con la flecha verde. En la segunda imagen se observa, bajo *Narrow Band Imaging* (NBI), la misma lesión señalada con la flecha verde, y áreas en su superficie mucosa con alteración de la arquitectura vascular, señaladas con las flechas amarillas.

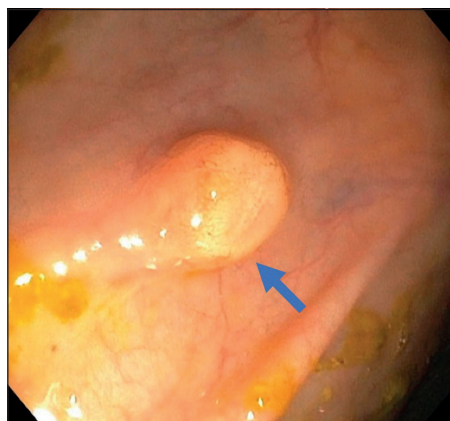


Figura 4. Colonoscopia del caso 2. Se observa en región cecal distal lesión elevada de 6 mm que se biopsia bajo resección con asa fría.

Cuando no hay afectación en los sitios habituales de diseminación, como el hígado o el peritoneo¹⁰, una lesión colónica podría representar un tumor primario sincrónico. La histopatología y la inmunohistoquímica son fundamentales para una caracterización precisa y una adecuada planificación terapéutica.

En nuestro primer caso, el diagnóstico de un adenocarcinoma en anillo de sello primario del colon fue particularmente desafiante. Este subtipo, típico del cáncer gástrico y excepcional en el colon¹¹, generó que se considerara erróneamente una invasión local desde el estómago, dando un mayor peso a características imagenológicas en contraposición a la endoscopia que hacían poco probable esta hipótesis. Tanto así, que en el plan quirúrgico discutido en comité y acordado con coloproctología, no se planteó una localización del tumor colónico con una nueva colonoscopia post-quimioterapia. Con estos errores sobre la mesa, el infrecuente escenario de sincronidad de este tipo de tumores debe levantarse como alarma ante cualquier hallazgo discordante. El cáncer de colon en este paciente respondió favorablemente a la terapia sistémica dirigida al tumor gástrico. Sin embargo, en estos casos, la terapia sistémica debe priorizar la neoplasia dominante. Desde el punto de vista quirúrgico, la resección simultánea de ambas neoplasias es la estrategia ideal cuando es factible.

En el segundo caso, empujado por las limitaciones locales de un acceso temprano a un estudio colonoscópico, se obtuvo un hallazgo tardío de lesiones colónicas que se asumió como un tumor sincrónico y que ante la envergadura de la cirugía programada se difirió en su resolución. Finalmente se reconoció como una metástasis colónica de origen gástrico sólo con el apoyo inmunohistoquímico, que fue determinante para confirmar el origen primario de la lesión.

Las metástasis colónicas del cáncer gástrico son excepcionales. Una revisión sistemática identificó sólo 26 casos en 24 estudios⁶. Estas lesiones suelen ser tumores mal diferenciados, con células en anillo de sello, ubicados en la submucosa o serosa del colon, y sin pólipos adenomatosos circundantes.

Desde un punto de vista fisiopatológico, la descamación de células tumorales de la neoplasia gástrica primaria podría explicar la diseminación intraluminal aislada en el colon. Reportes de casos han descrito implantes tumorales en el estómago y en sitios más distantes¹². Sin embargo, se requiere mayor evidencia para confirmar este mecanismo y su impacto clínico.

El hallazgo de una metástasis colónica en el

contexto de un cáncer gástrico es extremadamente infrecuente, lo que dificulta la definición de estrategias terapéuticas estandarizadas. En los últimos años, el rol de la cirugía en pacientes con enfermedad metastásica en contexto oligometastásico ha sido motivo de debate. Estudios como REGATTA han cuestionado el beneficio de la cirugía con intención curativa en estos escenarios, al no demostrar un impacto significativo en la supervivencia¹³. Sin embargo, ni este estudio ni otros ensayos recientes de relevancia¹⁴ han evaluado casos específicos como el nuestro, en los que el alcance sistémico de la enfermedad es incierto. La particularidad de las metástasis colónicas intraluminales plantea la interrogante de si su evolución pudiese diferir de la de otras metástasis convencionales. Esto abre la posibilidad de que el tratamiento quirúrgico tenga un rol en el control locorregional en casos seleccionados, en concordancia con el último consenso publicado¹⁵.

El manejo de tumores gástrico-colónicos simultáneos continúa representando un desafío clínico. Es fundamental considerar estos escenarios en el diseño de nuevos estudios que permitan profundizar en la comprensión de su biología tumoral y, con ello, optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

Conclusiones

La coexistencia de cáncer gástrico y lesiones colónicas simultáneas son escenarios infrecuentes, en cuya presencia se debe pensar tanto en tumores sincrónicos como metástasis. Su diferenciación, mediante clínica, análisis histológico e inmunohistoquímico, es esencial para guiar el tratamiento. Debido a su rareza, estos casos escapan a los enfoques terapéuticos convencionales y requieren decisiones clínicas individualizadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Taxonomía CRediT de contribución a la autoría

1. Conceptualización: José Luis Quezada
2. Curación de datos: Catalina San Martín
3. Análisis formal: Antonio Mercandino, José Luis Quezada.
4. Adquisición de fondos: No corresponde
5. Investigación: Antonio Mercandino
6. Metodología: José Luis Quezada
7. Administración del proyecto: José Luis Quezada
8. Recursos: No corresponde
9. Software: No corresponde
10. Supervisión: Antonio Mercandino.
11. Validación: Antonio Mercandino.
12. Visualización: Antonio Mercandino.
13. Redacción: Antonio Mercandino, Catalina San Martín C.
14. Redacción - revisión y edición: Antonio Mercandino, Catalina San Martín C, José Luis Quezada

Bibliografía

1. Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Prz Gastroenterol* [Internet]. 2019;14(1):26-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5114/pg.2018.80001>
2. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones y mortalidad por Tumor maligno del estómago (CIE-10: C16) [Internet]. deis.minsal.cl. 2017. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/>
3. Deng J-Y, Liang H. Clinical significance of lymph node metastasis in gastric cancer. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014;20(14):3967-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i14.3967>
4. Canadian Cancer Society's Steering Committee on Cancer Statistics. Canadian Cancer Statistics 2012. Canadian Cancer Society; [Internet]. 2012. p. 67. Disponible en: https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/statcan/CS2-37-2012-eng.pdf
5. Yang W-J, Zhao H-P, Yu Y, Wang J-H, Guo L, Liu J-Y, et al. Updates on global epidemiology, risk and prognostic factors of gastric cancer. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2023; 29(16):2452-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v29.i16.2452>
6. Fretwell VL, Kane EG, MacPherson S, Skaife P. Metastases from gastric cancer presenting as colorectal lesions: a report of two cases and systematic review. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2025;107(1):76-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1308/rcsann.2023.0023>
7. Marano L. Dual primary gastric and colorectal cancer: A complex challenge in surgical oncology. *World J Gastrointest Oncol* [Internet]. 2023;15(12):2049-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4251/wjgo.v15.i12.2049>
8. Campuzano N, Fernandez Trokhimtchouk T, Flores LF, Otanez ES, Guallasamin E. Synchronous gastric and colon cancer. *Cureus* [Internet]. 2023;15(11):e48437. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.48437>
9. Lin Y-J, Chen H-X, Zhang F-X, Hu X-S, Huang H-J, Lu J-H, et al. Features of synchronous and metachronous dual primary gastric and colorectal cancer. *World J Gastrointest Oncol* [Internet]. 2023;15(11):1864-73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4251/wjgo.v15.i11.1864>
10. Verstegen MH, Harker M, van de Water C, van Dieren J, Hugen N, Nagtegaal ID, et al. Metastatic pattern in esophageal and gastric cancer: Influenced by site and histology. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2020;26(39):6037-46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v26.i39.6037>
11. Park PY, Goldin T, Chang J, Markman M, Kundranda MN. Signet-Ring Cell Carcinoma of the Colon: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Oncol* [Internet]. 2015;8(3):466-71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000441772>
12. Gao B, Xue X, Tai W, Zhang J, Chang H, Ma X, et al. Polypoid colonic metastases from gastric stump carcinoma: A case report. *Oncol Lett* [Internet]. 2014;8(3):1119-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/ol.2014.2254>
13. Fujitani K, Yang H-K, Mizusawa J, Kim Y-W, Terashima M, Han S-U, et al. Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curable factor (REGATTA): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2016;17(3):309-18. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00553-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00553-7)
14. Al-Batran S-E, Lorenzen S, Riera J, Caca K, Mueller C, Stange DE, et al. Effect of chemotherapy/targeted therapy alone vs. chemotherapy/targeted therapy followed by radical surgical resection on survival and quality of life in patients with limited-metastatic adenocarcinoma of the stomach or esophagogastric junction: The IKF-575/RENAISSANCE phase III trial. *J Clin Oncol* [Internet]. 2024;42(17_suppl):LBA4001-LBA4001. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1200/jco.2024.42.17_suppl.lba4001
15. Kim TH, Uyama I, Rha SY, Bencivenga M, An J, Wyrwicz W, et al. Conversion Therapy for Stage IV Gastric Cancer: Report From the Expert Consensus Meeting at KINGCA WEEK 2024. *J Gastric Cancer* [Internet]. 2025; 25(1):133-52. Disponible en: [10.5230/jgc.2025.25.e9](http://dx.doi.org/10.5230/jgc.2025.25.e9)