

Metástasis colónicas tardías de carcinoma de ovario: reporte de dos casos y revisión de la literatura

José Ignacio Pitaco, Juan Pablo Santilli, Raúl García Iturralde, Yessica María Zavaleta, Miguel Angel Minetti
Sector de Coloproctología, Sanatorio de la Trinidad de Quilmes, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

Para citar:

Pitaco JI, Santilli JP, García Iturralde R, et al. Metástasis colónicas tardías de carcinoma de ovario: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Argent Coloproctol*. 2026;37(1). doi:10.46768/2wzf3n51

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/2wzf3n51>

Recibido: 25-06-2025

Aceptado: 17-11-2025

RESUMEN

Introducción: El cáncer de ovario se asocia a una alta mortalidad, con escasos avances terapéuticos en los últimos años. Presenta una alta tasa de diseminación peritoneal y recurrencia. Los implantes metastásicos colónicos solitarios son infrecuentes, presentan dificultades diagnósticas y no tienen un tratamiento definido.

Objetivo: Describir dos casos clínicos de metástasis colónicas tardías por carcinoma de ovario.

Métodos: Se presentan dos pacientes con antecedentes de cáncer de ovario tratadas quirúrgicamente, que desarrollaron metástasis colónicas a los 8 y 20 años del diagnóstico inicial.

Resultados: El diagnóstico se apoyó en estudios de imágenes, marcadores tumorales e inmunohistoquímica, destacándose el inmunofenotipo CK7+/CK20- como indicador de origen ovárico. El tratamiento quirúrgico con resección completa y linfadenectomía regional fue clave para el control de la enfermedad en ambas pacientes, quienes no presentan evidencia de recidiva local o a distancia luego de un seguimiento de 36 y 48 meses, respectivamente.

Conclusiones: El cáncer de ovario puede presentar metástasis solitarias a largo plazo. Las imágenes pueden mostrar características particulares que hacen sospechar la enfermedad, diferenciándola del cáncer primitivo de colon. El tratamiento quirúrgico consiste en la resección del órgano y la linfadenectomía regional.

Palabras clave: Cáncer de ovario, Metástasis colónica de cáncer de ovario, Metástasis tardía

Keywords: Ovarian cancer, Colonic metastasis of ovarian cancer, Late metastasis



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Yessica María Zavaleta:
yessizavaleta@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario es la séptima neoplasia maligna con gran letalidad y ha registrado escasos progresos en los resultados terapéuticos en las últimas tres décadas, ocasionando a nivel mundial aproximadamente 600.000 muertes por año. Alrededor del 70% presenta enfermedad diseminada a nivel peritoneal por extensión directa en el momento del diagnóstico y el 60% desarrolla recurrencia.¹

Las metástasis en colon son frecuentes en el contexto de diseminación intraperitoneal, las formas solitarias son mucho más raras y resultan excepcionales cuando aparecen varios años después del tratamiento inicial, como ocurriera en los dos casos que motivan esta presentación.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CASO CLÍNICO 1

Mujer de 66 años con antecedente de apendicectomía en la infancia, que a los 46 fue sometida a una anexohisterectomía total y omentectomía por cáncer de ovario. Realizó quimioterapia y radioterapia postoperatoria, ignorándose drogas y dosis empleadas. Durante 20 años realizó controles oncológicos sin recurrencia.

En contexto de una videocolonoscopia de rastreo de cáncer colorrectal en paciente de riesgo promedio, se identifica a 30 cm del margen anal un área de estenosis que impide el paso del endoscopio por compresión extrínseca. Los marcadores tumorales CA-125, CEA, y CA 19-9 fueron normales.

Se realizó una resonancia magnética (RNM) de alta resolución que mostró una formación hipodensa polilobulada en colon sigmoides de aspecto quístico/mucinoso sospechoso de implante peritoneal secundario al antecedente ovárico (Fig. 1).

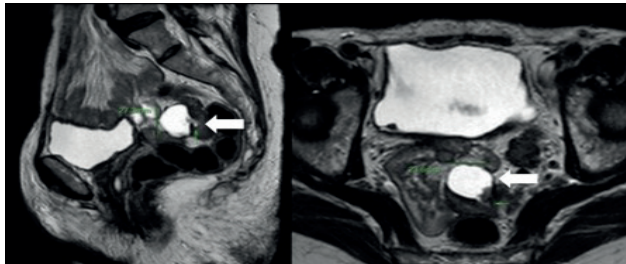


Figura 1: Caso 1. Resonancia magnética que muestra formación polilobulada en colon sigmoides, hiperintensa en T2, de aspecto quístico o mucinoso, con un sector sólido excéntrico hipermetabólico, sospechosa de implante peritoneal secundario al antecedente ovárico (flecha).

La colonoscopia virtual mostró una estenosis luminal producto de una compresión extrínseca ovoidea heterogénea con zonas hipodensas y calcificaciones, sin plano de clivaje con la pared del colon (Fig. 2).

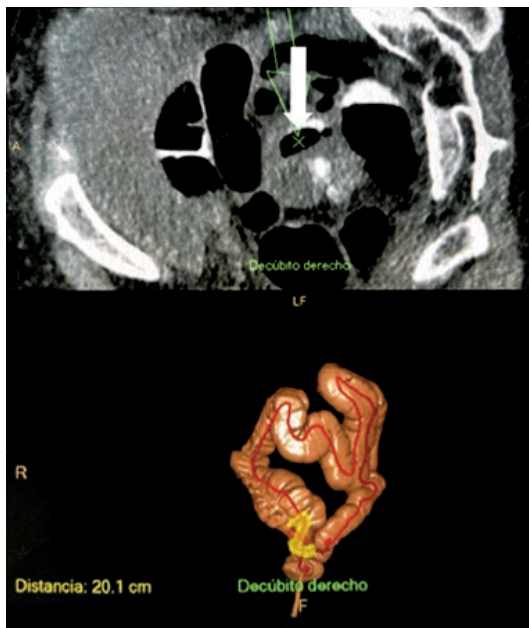


Figura 2: Caso 1. Colonoscopia virtual en la que se observa estenosis luminal producto de una compresión extrínseca ovoidea, heterogénea, con zonas hipodensas y calcificaciones, sin plano de clivaje con la pared del colon.

Se realizó una colectomía izquierda laparoscópica con linfadenectomía regional. La anatomía patológica informó una infiltración metastásica de carcinoma seroso de bajo grado histológico de origen ovárico, con dos ganglios linfáticos po-

sitivos. La inmunomarcación mostró positividad para CK7, CK20, p16 y receptores de estrógeno y progesterona, y negatividad para WT1.

Se le indicó tratamiento adyuvante con 4 sesiones de carboplatino, no pudiendo completarlo por intolerancia. A 48 meses de la cirugía no presenta evidencia de recurrencia.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 80 años, diabética, que a los 65 es sometida a una anexohisterectomía total y omentectomía por cáncer de ovario. Realizó adyuvancia con paclitaxel y carboplatino. Tres años más tarde, le detectaron un tumor de colon sigmoides por lo que se realizó una resección segmentaria de 5 cm de colon, biopsia de nódulo vesical y resección del epiplón residual. La anatomía patológica informó metástasis de ovario en colon, epiplón y un nódulo inflamatorio en la vejiga.

Un año más tarde presentó una adenopatía sobre arteria mesentérica inferior por lo que se realizó una nueva cirugía. La anatomía patológica confirmó nuevamente metástasis de adenocarcinoma de ovario.

Ocho años más tarde, presentó episodios de suboclusión intestinal por lo que realizó una videocolonoscopía en la que se halló una lesión que ocupaba el 90% de la luz a 15 cm del margen anal, cuya biopsia informó mucosa colónica normal. Los marcadores tumorales CEA, CA 19-9 y CA 125 fueron normales. La RNM evidenció una lesión sobre la pared del colon con presencia de adenopatías en mesorrecto. Se realizó una nueva laparotomía con resección de tumor de 5 cm en la unión recto-sigmoidea, con anastomosis primaria a 7 cm del margen anal. La anatomía patológica informó metástasis de carcinoma seroso de alto grado de ovario, con 2/14 ganglios positivos. La inmunomarcación mostró positividad para CK7, p16, PAX-8, WT1 y receptores de estrógeno y progesterona, y negatividad para CK20, p63 y cromogranina (Fig. 3).

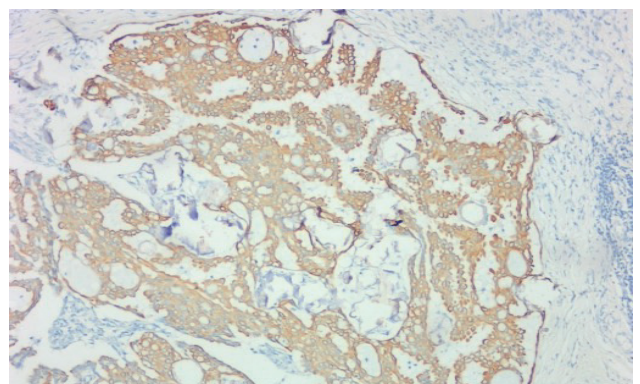


Figura 3: Caso 2. Inmunomarcación de la lesión metastásica. CK7 positivo.

Se indicó adyuvancia con paclitaxel y carboplatino, aunque debió suspender el tratamiento por leucopenia severa.

Meses más tarde, se realizó una tomografía con emisión de positrones (PET-TC) en la que se evidenciaron dos nódulos en región posterobasal de pulmón derecho, por lo que se realizó una lobectomía por videotoracoscopia. Nuevamente, la anatomía patológica confirmó que se trataba de metástasis de adenocarcinoma de ovario.

En el control alejado a 36 meses la paciente no presenta evidencia de recurrencia.

DISCUSIÓN

El carcinoma epitelial de ovario representa del 85 al 90% de los tumores malignos de ovario. Tiende a diseminarse por invasión directa, generando en ocasiones carcinomatosis peritoneal, lo que muchas veces lleva a la muerte por ascitis y obstrucción intestinal. Las metástasis por diseminación vascular son menos frecuentes (16%) y los órganos afectados suelen ser: pleura (33%), hígado (26%), pulmón (15%) y bazo.^o

Las metástasis solitarias en el colon corresponden al 1% de los tumores colorrectales. A menudo se diagnostican en pacientes con neoplasia procedente de pulmón, ovario, mama, próstata, riñón y melanoma. Las del ovario representan entre el 4 y el 6% de los casos y son más frecuentes en colon izquierdo, aunque han sido observadas también en el ciego.³⁻⁵

Las metástasis del colon se clasifican de acuerdo a la vía de diseminación en hemáticas, linfáticas y por contiguidad (implantes peritoneales). En este último caso, inicialmente se afecta la serosa del colon, seguida de infiltración de la pared muscular y finalmente de la mucosa. Las formas embólicas son extremadamente raras y ocurren por vía hemática o linfática. Zigelboim et al.⁶ informaron un caso de recurrencia de carcinoma epitelial de ovario como una lesión intestinal intraluminal, de forma polipoidea con preservación de la serosa; en consecuencia, el origen fue considerado como hematógeno por embolización en la red submucosa.

En los casos presentados, el mecanismo fisiopatológico de las metástasis fue la invasión peritoneal. La anatomía patológica confirmó la invasión de la pared colónica desde la serosa y subserosa sin compromiso mucoso.

Habitualmente, el periodo entre el diagnóstico del cáncer primario de ovario y el desarrollo de la metástasis colónica oscila entre 1 y 22 años con mediana de 9 años, siendo la edad promedio de 58,8 años.^{3,4} En nuestros casos, el intervalo libre de enfermedad fue muy prolongado lo que puede hacer que el diagnóstico sea más dificultoso. En la primera paciente el intervalo libre de enfermedad fue de 20 años, mientras que

en la segunda, luego de una metástasis en colon a los 3 años, el intervalo libre de recurrencia fue de 8 años.

La forma de presentación es similar a la del cáncer colorrectal. El antecedente de tratamiento por cáncer de ovario, independientemente del tiempo de evolución, debe hacer pensar en metástasis. La visualización directa durante la colonoscopia contribuye a la sospecha si existe lesión protuberante con la mucosa indemne.⁴

Los marcadores tumorales (CEA, CA 19-9 y CA 125) pueden ser útiles, aunque de ser normales no descartan la sospecha de metástasis.⁷ Las imágenes pueden orientar al diagnóstico, como lo observado en nuestras pacientes.

La distinción histológica entre adenocarcinoma primario de colon y metastásico de ovario puede resultar difícil. Los estudios inmunohistoquímicos de CK7 y CK20 son de ayuda. En el estudio de Loy et al.,⁷ un inmunofenotipo CK7 positivo/CK20 negativo fue 100% específico para diferenciar un carcinoma de ovario primario de un carcinoma de colon metastásico. Un inmunofenotipo CK7 negativo/CK20 positivo fue 99% específico para diferenciar un carcinoma de colon metastásico de uno ovárico. Aunque son menos específicas que la inmunotinción de CK, la positividad para CA-125, receptores de estrógeno y progesterona favorecen un carcinoma de ovario primario. Por el contrario, la positividad para MUC2 y CDX2 favorece un cáncer de colon primario.

La cirugía de citorreducción es el tratamiento usual en el cáncer avanzado de ovario, y, apoyados en este criterio, las metástasis solitarias han sido tratadas mediante resección segmentaria. Sin embargo, O'Hanlan et al.⁸ estudiaron 100 pacientes con resecciones intestinales por cáncer de ovario. Llamativamente, de los 33 pacientes resecados con mesenterio, el 70% tenían ganglios positivos. En ambos casos presentados hubo invasión ganglionar positiva, por este motivo, consideramos que el tratamiento debe incluir al menos 5 cm de resección longitudinal, tal como lo mencionan estos autores.

La supervivencia global del cáncer de ovario con metástasis en colon puede ser aceptable. Los resultados del estudio DESKTOP III demostraron una mayor supervivencia global cuanto mayor fue el intervalo hasta la primera recurrencia, en pacientes aleatorizadas a cirugía citorreductora secundaria. El beneficio en supervivencia se observó únicamente en aquellas con resección completa del tumor. En la actualidad, la selección adecuada de pacientes es fundamental, priorizando aquellas con alta probabilidad de lograr una resección completa. Entre los principales predictores de resecabilidad se incluyen: intervalo libre de platino >6 meses, buen estado general, resección completa en la cirugía inicial, ausencia de gran volumen ascítico (>500 mL), ausencia de lesiones irreseccables en las imágenes y ausencia de contraindicaciones quirúrgicas.⁹

CONCLUSIONES

Las metástasis solitarias y tardías del cáncer de ovario en colon y recto son infrecuentes incluso muchos años después del tratamiento inicial y requieren un alto índice de sospecha clínica. La colonoscopia, tomografía y resonancia magnética permiten identificar lesiones con características particulares, diferenciables del cáncer colorrectal primario. La inmunohistoquímica cumple un papel diagnóstico fundamental. En pacientes seleccionadas, la resección completa con linfadenectomía locoregional, seguida de tratamiento adyuvante, ofrece el mejor control oncológico y supervivencia prolongada.

Contribuciones: JIP: Investigación bibliográfica y actualización del tema.

JPS: Desarrollo y estudio de piezas de anatomía patológica.

RGI: Gestión y desarrollo de datos de pacientes.

YZ: Diseño, redacción y compaginación.

AMM: Asesoramiento científico y revisión.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Pitaco JI: <https://orcid.org/0000-0002-8450-0488>

Santilli JP: <https://orcid.org/0000-001-8165-2171>

Zavaleta YM: <https://orcid.org/0009-0004-5101-9024>

Minetti AM: <https://orcid.org/0000-0003-1235-6904>

REFERENCIAS

1. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA. Epidemiology of ovarian cancer: a review. *Cancer Biol Med.* 2017;14(1):9–32.
2. Mitra A. Ovarian cancer metastasis: a unique mechanism of dissemination. In: Xu K, ed. *Tumor Metastasis.* InTech; 2016:115–36.
3. Bhange SA, Bhansali M, Shaikh T, Ajgaonkar U. Colonic metastases 13 years after the primary ovarian cancer. *BMJ Case Rep.* 2019;12(7):e230127.
4. Aqsa A, Droubi S, Amarnath S, Haddad F, Deeb L. Colorectal Metastasis from Ovarian Neoplasm Mimicking Primary Colon Cancer. *Case Rep Gastroenterol.* 2021;15(1):41–46.
5. Slimani KA, Debbagh A, Torreis M, Sbitti Y, Errihani H, Ichou M. An Unusual Case of Rectal Metastasis from Ovarian Cancer. *Austin J Clin Case Rep.* 2016;3(4):1099.
6. Zigelboim I, Broaddus RR, Ramirez PT. Atypical sigmoid metastasis from a high-grade mixed adenocarcinoma of the ovary. *Gynecol Oncol.* 2004;94(3):850–3.
7. Loy TS, Calaluce RD, Keeney GL. Cytokeratin immunostaining in differentiating primary ovarian carcinoma from metastatic colonic adenocarcinoma. *Mod Pathol.* 1996;9(11):1040–4.
8. O'Hanlan KA, Kargas S, Schreiber M, Burrs D, Mallipeddi P, Longacre T, et al. Ovarian carcinoma metastases to gastrointestinal tract appear to spread like colon carcinoma: implications for surgical resection. *Gynecol Oncol.* 1995 Nov;59(2):200–6.
9. Colombo N, Sessa C, du Bois A, Ledermann J, McCluggage WG, McNeish I, et al. ESMO-ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease. *Ann Oncol.* 2019;30(5):672–705.