

## REPORTE DE CASOS

### Cáncer escamocelular de colon transverso: Reporte de caso

#### Transverse colon squamous cell cancer: Case report

Alicia Quiroga-Echeverri<sup>1</sup>, Luis Gabriel González-Pérez<sup>1</sup>, Isabel Cristina Durango<sup>1</sup>, Sergio Iván Hoyos<sup>2</sup>, Ana María Arango-Rivas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Oncología Clínica, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup>Grupo de Cirugía Hepatobiliar, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup>Medicina interna, Clínica AUNA, Medellín, Colombia.

Fecha de sometimiento: 20/05/2022

Fecha de aceptación: 01/08/2022

Disponible en internet: 29/06/2023

#### Abstract

Only 12% of patients diagnosed with colorectal cancer are under 50 years of age, and 37% of these are rectal tumors. The most common histological form of colon cancer is adenocarcinoma. However, rare histologies can be found in the colon and rectum. Squamous cell carcinoma of the colon is a rare tumor with an estimated incidence of less than 1 per 100,000 patients affected by colorectal tumors. The localized disease does not have a standard treatment approach, but a combination of surgery and chemotherapy with or without (neo)adjuvant radiotherapy is proposed. We describe the clinical case of a young adult patient with no relevant medical history, diagnosed with transverse colon squamous cell cancer who underwent surgery achieving negative oncologic margins. The patient presented with relapse in the small intestine managed with chemotherapy and surgery with a complete response to treatment.

**Keywords:** colonic neoplasms; carcinoma, squamous cell; drug therapy

#### Citación:

Quiroga-Echeverri A, González-Pérez LG, Durango IC, Hoyos SI, Arango-Rivas AM. Cáncer escamocelular de colon transverso: Reporte de caso. Rev Col Cancerol. 2023;27(2):260-4. <https://doi.org/10.35509/01239015.880>

#### Conflictos de interés:

Alicia Quiroga Echeverri ha sido *speaker* de MSD, Novartis, Takeda, Astrazeneca, J&J. Los otros autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

#### Correspondencia:

Alicia Quiroga-Echeverri

Grupo de Oncología Clínica, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Correo electrónico: [aquiroga@hptu.org.co](mailto:aquiroga@hptu.org.co)

#### Agradecimientos:

Doctora Marcela Riveros, Patóloga Hospital Pablo Tobón Uribe.

#### Resumen

Solo el 12% de los pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal son menores de 50 años de edad y de estos, el 37% corresponden a tumores de recto. El adenocarcinoma es la forma histológica más común del cáncer de colon. Sin embargo, se pueden encontrar histologías poco usuales en el colon y el recto. El carcinoma de células escamosas del colon es un tumor raro y se estima una incidencia inferior a 1 por cada 100 000 pacientes afectados por cáncer colorrectal. El tratamiento de la enfermedad localizada no tiene un estándar de manejo, pero se propone una combinación de cirugía y quimioterapia con o sin radioterapia neoadyuvante. Se describe el caso clínico de un paciente adulto joven con cáncer escamocelular de colon transverso que fue llevado a cirugía con resultado de márgenes oncológicos negativos. El paciente tuvo recurrencia de la enfermedad en el intestino delgado, la cual se trató con quimioterapia neoadyuvante más cirugía, con una respuesta completa al tratamiento.

**Palabras clave:** neoplasias del colon, carcinoma de células escamosas, quimioterapia

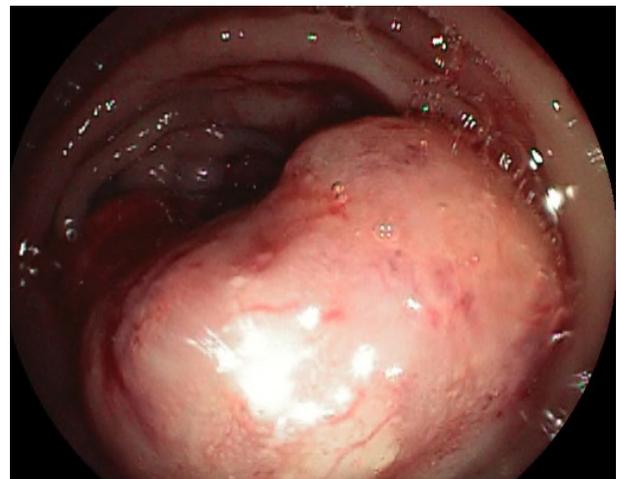
## Introducción

Los carcinomas de células escamosas (CCE) del tracto gastrointestinal surgen a menudo del esófago o del canal anal. Sin embargo, los CCE —o las histologías mixtas, como los adenoescamosos de colon y recto— son muy raros, representan el 0,10-0,25 de cada 1000 carcinomas colorrectales y su etiología es desconocida (1,2). En la actualidad no hay un estándar de manejo, por lo que el tratamiento, cuando la enfermedad está localizada, depende de una cirugía oncológica con resección del tumor primario y márgenes libres, con o sin quimioterapia neoadyuvante y, en ocasiones, radioterapia concomitante (5-fluorouracilo+mitomicinaC), al menos en tumores T3 y T4 con o sin compromiso ganglionar (2,3). Se presenta y analiza el caso clínico de un adulto joven, sin antecedentes de importancia, con cáncer escamocelular de colon transverso que fue llevado a cirugía con resultado de márgenes negativos, tuvo recurrencia de la enfermedad en el intestino delgado inicialmente irresecable, por lo que fue tratado con quimioterapia neoadyuvante. Posteriormente, por respuesta imagenológica parcial, se logró intervenir quirúrgicamente con resultado en el espécimen de respuesta completa al tratamiento.

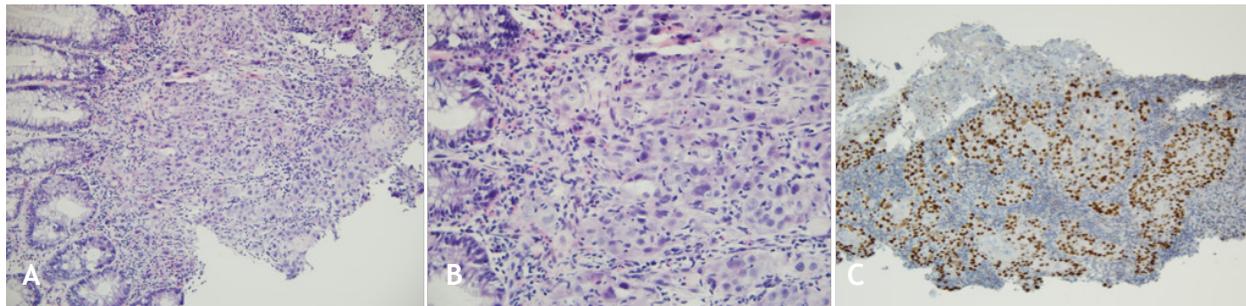
## Reporte de caso

Hombre de 19 años de edad con buen estado funcional, quien consultó por cuadro de dolor abdominal súbito manejado inicialmente como apendicitis aguda; después de la apendicectomía se le dio el alta con medicación de antiinflamatorios y analgésicos. Veinte días después regresó por cuadro de

hemorragia de vías digestivas bajas con anemización y alto requerimiento de soporte transfusional. Se le realizaron una endoscopia superior, sin evidencia de lesiones, y una colonoscopia, esta última con hallazgo de neoplasia en colon transverso con estenosis crítica del 90% (figura 1). Debido al sangrado, se le practicó una laparoscopia diagnóstica que requirió conversión a laparotomía por inestabilidad hemodinámica, en la cual se encontró un tumor en el colon transverso con sangrado profuso e invasión al yeyuno y a la cuarta porción del duodeno; además, se encontraron múltiples adenopatías regionales. Se hizo colectomía parcial del transverso y del colon descendente y resección parcial del yeyuno proximal y cuarta porción del duodeno. La patología informó carcinoma escamocelular de 6 cm con márgenes negativos y 0/17 ganglios comprometidos (figura 2).



**Figura 1.** Colonoscopia. Tumor de apariencia subepitelial, ulcerado, con sangrado masivo de colon transverso.



**Figura 2.** Imagen histológica de colon transverso que muestra fragmentos de mucosa colónica afectada por un carcinoma de alto grado, con características escamosas, que compromete extensamente la submucosa; también se distingue un área focal que muestra un carcinoma pobremente diferenciado (A y B). La inmunohistoquímica fue positiva para p40 (C) y CK5/6. Además, fue positiva focalmente para CK20, CDX-2 y Villina y negativa para CK7, GATA-3 y SALL4, lo que confirma carcinoma escamocelular y descarta otras neoplasias.

El paciente tuvo mejoría clínica global; se definió manejo adyuvante, extrapolado de otros tumores escamocelulares de tracto gastrointestinal, mediante quimioterapia con esquema 5-fluorouracilo y cisplatino, la cual se inició a los dos meses de la cirugía. Se le realizó una prueba de VIH la cual fue negativa y una tomografía PET-CT para buscar otro tumor primario, debido a la histología inusual en esta localización, la cual descartó enfermedad a distancia, pero evidenció actividad tumoral en segunda y tercera porción duodenal con una adenopatía adyacente (2 meses después de la cirugía). La nueva biopsia por endoscopia confirmó carcinoma escamocelular infiltrante. Además, el paciente presentó un nuevo episodio de sangrado digestivo anemizante; el grupo quirúrgico definió que la lesión no era resecable debido a que esta no tenía plano de clivaje con la vena cava inferior ([figura 3](#)). Se continuó el mismo plan terapéutico con el esquema de quimioterapia propuesto, con lo cual el paciente tuvo mejoría clínica global y resolución de la anemia. Las imágenes negativas previas para tumor en esta localización, la aparición de una adenopatía hipermetabólica, márgenes oncológicos negativos quirúrgicos y el nuevo episodio clínico de sangrado tumoral permitieron determinar que se trató de una recaída y no de una persistencia tumoral.



**Figura 3.** Resonancia abdominal contrastada: Lesión sólida en duodeno por recaída tumoral, con signos de extensión extramural en su margen posterior (flecha), sin plano de clivaje con vena cava inferior y disminución de su calibre (asterisco).

Después del sexto ciclo de quimioterapia, las imágenes de revaloración mostraron respuesta tumoral parcial. En la evaluación, el grupo de cirugía hepatobiliar definió que cumplía criterios de resecabilidad mediante pancreatoduodenectomía más anastomosis (cirugía de Whipple). En el

intraoperatorio se evidenció fibrosis severa, pero se logró resección completa del tumor con márgenes negativos. El informe final del espécimen quirúrgico evidenció una respuesta patológica completa, por lo cual se definió continuar observación. En tres años de seguimiento oncológico periódico, el paciente no ha presentado nuevas recaídas. El seguimiento clínico se realizó cada tres meses el primer año y posteriormente cada seis meses. El seguimiento endoscópico fue anual y el escanográfico se hizo semestral. El paciente no ha presentado ninguna secuela funcional o sintomática, a pesar de habersele practicado dos procedimientos mayores.

## Discusión

A pesar de que el cáncer de colon es una neoplasia bastante frecuente, los carcinomas escamocelulares puros de colon representan una rareza, son más comunes en la quinta década de la vida y usualmente aparecen en recto y colon sigmoides (65%). Debido a que tienen un alto potencial metastásico, el 30% se diagnostican con compromiso regional y el 40% con compromiso a distancia ([4](#)).

Siempre que se encuentra un tumor escamocelular de colon se debe descartar que no sea un sitio metastásico de otro origen primario; de ahí la importancia de hacer una estadificación exhaustiva con estudios endoscópicos, tomográficos y/o PET-CT ([2](#)). El diagnóstico se basa principalmente en la apariencia morfológica de la neoplasia que se corrobora con la inmunohistoquímica, la exclusión de un tumor escamoso primario en otro órgano, la ausencia de trayectos fistulosos cercanos y la ausencia de un carcinoma escamocelular de canal anal con extensión al recto, cuando esta es su localización ([2](#)).

Si bien su etiología no está del todo clara, algunas teorías se basan en la metaplasia escamosa del epitelio glandular resultante por irritación crónica en condiciones tales como la colitis ulcerativa, la radiación ionizante, parásitos ([5,6](#)) o influencia de los virus del papiloma humano ([7](#)). Otras hipótesis se sustentan en la diferenciación aberrante oncogénica de células madre pluripotenciales, la proliferación de células basales que se transforman en un linaje escamoso y la desdiferenciación escamocelular de adenomas y adenocarcinomas ([5](#)).

El pronóstico en estadios I y II es similar al de los adenocarcinomas, con una supervivencia del 85% a 5 años (3). Cuando la enfermedad tiene compromiso ganglionar o metastásico, el pronóstico es peor (6). Por lo tanto, los pacientes con estadios III y IV tienen una supervivencia del 23% y del 5% a 5 años, respectivamente (3).

Aunque el manejo farmacológico se extrapola de tumores escamocelulares de canal anal, no existe una directriz clara sobre cómo deben ser tratados estos pacientes y varía en función del estadio tumoral, principalmente. Una revisión sistemática de la literatura encontró 99 casos en los que más del 60% tenían localización en recto, y documentó cirugía abierta en el 95% de los pacientes. Además, el 21,4% y el 30,3% recibieron terapia neoadyuvante y adyuvante, respectivamente. Se desarrollaron complicaciones posoperatorias en el 31,3% de los pacientes, y el 6,1% fallecieron dentro del primer mes después de la operación (8).

Algunos estudios sugieren manejo no quirúrgico, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad de la cirugía, descritas entre el 1-7% y el 13-46%, respectivamente. La estrategia es similar a la que se usa en el manejo de pacientes con cáncer anal, en la cual la quimiorradioterapia es el tratamiento primario estándar y la cirugía se utiliza solo como rescate, debido a que el 60% de las recaídas locales o distantes suelen ocurrir dentro del primer o segundo año de seguimiento (9). El papel de las terapias oncológicas modernas puede mejorar aún más los resultados de la cirugía, teniendo en cuenta que la quimioterapia y la radioterapia neoadyuvantes han desarrollado una labor importante. Se desconoce cuáles son los pacientes que deben ser llevados a cirugía. Tampoco se conoce la técnica apropiada ni el momento óptimo del procedimiento, debido a que la evaluación de la respuesta al tratamiento, en una

patología tan infrecuente, es compleja. Sin embargo, la cirugía se sigue considerando una opción válida en estos pacientes (10,11).

Los medicamentos más frecuentemente usados corresponden a extrapolación del tratamiento de otros tumores escamocelulares, como el 5-fluorouracilo y mitomicina C o 5-fluorouracilo y cisplatino; sin embargo, en reportes de caso se han utilizado regímenes alternos de tratamiento en los que también han incluido el uso de capecitabina, raltitrexed/oxaliplatino y S-1 (12). En otro reporte de caso se documentó beneficio de otro régimen que incluye gemcitabina, oxaliplatino y capecitabina (12). Ante la falta de guías, se deben tener en cuenta las características particulares de cada paciente, la estadificación inicial y el manejo interdisciplinar para la elección del tratamiento.

En el caso presentado, el paciente tenía la localización menos usual, que es el colon transversal. Su edad era inferior a lo descrito, no tenía factores de riesgo y la histología no era mixta. Además, aunque infrecuente, debuta con una complicación (hemorragia de vías digestivas) que hace posible un diagnóstico más temprano y, por ende, un manejo oportuno. El paciente respondió favorablemente al tratamiento con quimioterapia con 5-fluorouracilo y cisplatino, el cual permitió practicarle una segunda resección quirúrgica en la que se encontró una respuesta patológica completa. Es decir, un desenlace subrogado de evolución favorable de esta patología. Si bien los carcinomas escamocelulares tienen un peor pronóstico que los adenocarcinomas, la ausencia de compromiso ganglionar (4) es uno de los factores positivos más importantes, pues es definitivo para una buena evolución, sumado a la excelente respuesta a la quimioterapia y tener la posibilidad de un control quirúrgico óptimo, como es el caso del paciente aquí descrito.

## Referencias

1. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, *et al.* Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(3):145-64. <https://doi.org/10.3322/caac.21601>
2. Dikshit V, Ali I, Patil C, Manerikar K, Mody P. Squamous cell carcinoma of colon-an etiopathological surprise. *J Gastrointest Cancer.* 2019;50(3):604-8. <https://doi.org/10.1007/s12029-018-0072-9>
3. Puga R, Ramia JM, de la Plaza R, Sabater C, García E. Carcinomas adenoescamosos y escamosos de colon y recto. *Gastroenterol Hepatol.* 2015; 38(4):283-5. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.018>
4. Okabayashi K, Hasegawa H, Ishii Y, Endo T, Kitagawa Y. Adenosquamous carcinoma of the sigmoid colon treated by the less invasive procedures of endoscopy and laparoscopy: report of a case. *Surg Today.* 2009;39(11):994-7. <https://doi.org/10.1007/s00595-009-3961-5>
5. Anagnostopoulos G, Sakorafas GH, Kostopoulos P, Grigoriadis K, Pavlakis G, Margantinis G, *et al.* Squamous cell carcinoma of the rectum: a case report and review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14(1):70-4. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00523.x>
6. Frizelle FA, Hobday KS, Batts KP, Nelson H. Adenosquamous and squamous carcinoma of the colon and upper rectum: a clinical and histopathologic study. *Dis Colon Rectum.* 2001;44(3):341-6. <https://doi.org/10.1007/BF02234730>
7. Dong Y, Wang J, Ma H, Zhou H, Lu G, Zhou X. Primary adenosquamous carcinoma of the colon: report of five cases. *Surg Today.* 2009;39(7):619-23. <https://doi.org/10.1007/s00595-008-3884-6>
8. Schizas D, Katsaros I, Mastoraki A, Karela NR, Zampetaki D, Lazaridis II, *et al.* Primary squamous cell carcinoma of colon and rectum: A systematic review of the literature. *J Invest Surg.* 2022;35(1):151-6. <https://doi.org/10.1080/08941939.2020.1824044>
9. Clark J, Cleator S, Goldin R, Lowdell C, Darzi A, Ziprin P. Treatment of primary rectal squamous cell carcinoma by primary chemoradiotherapy: should surgery still be considered a standard of care? *Eur J Cancer.* 2008;44(16):2340-3. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.07.004>
10. Shi J, Sun Y, Gao P, Song Y, Sun J, Chen X, *et al.* Basic characteristics and therapy regimens for colorectal squamous cell carcinoma. *Translat Cancer Res.* 2018;7(2):268-82. <https://doi.org/10.21037/tcr.2018.03.04>
11. Linardoutsos D, Frountzas M, Feakins RM, Patel NH, Simanskaite V, Patel H. Primary colonic squamous cell carcinoma: a case report and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;102(9):e1-e7. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0149>
12. Zhao S, Guo J, Sun L, Lv J, Qiu W. Gemcitabine-based chemotherapy in colon squamous cell carcinoma: A case report and literature review. *Mol Clin Oncol.* 2017;6(4):561-5. <https://doi.org/10.3892/mco.2017.1178>