

COLOPLASTIA CON SORPRESA

Ana Maria Soler Garrigós¹, Blanca Riesco Montes¹, Neus Cuadra Català¹, Gabriel Rodríguez Toboso², Veronica González Orozco¹.

¹Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

²Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: El cáncer colorrectal constituye la tercera neoplasia más frecuente de forma global (1.4 millón de casos/año) representa casi el 10% de todos los cánceres y a pesar del desarrollo de programas de prevención y de avances en los tratamientos continúa siendo la cuarta causa de muerte por cáncer (694000 muertes/año). En Europa y para ambos sexos en su conjunto, ocupó el tercer puesto después de próstata y mama.

Descripción: se describe un caso clínico de un varón de 54 años sin alergias medicamentosas que como antecedente de interés fue intervenido a los 4 años de edad de injerto de asa de intestino delgado sobre esófago, tras episodio de esofagitis cáustica. Remitido a Digestivo en Octubre 2017 por dolor retroesternal postprandial, sin síndrome constitucional con exploración física normal.

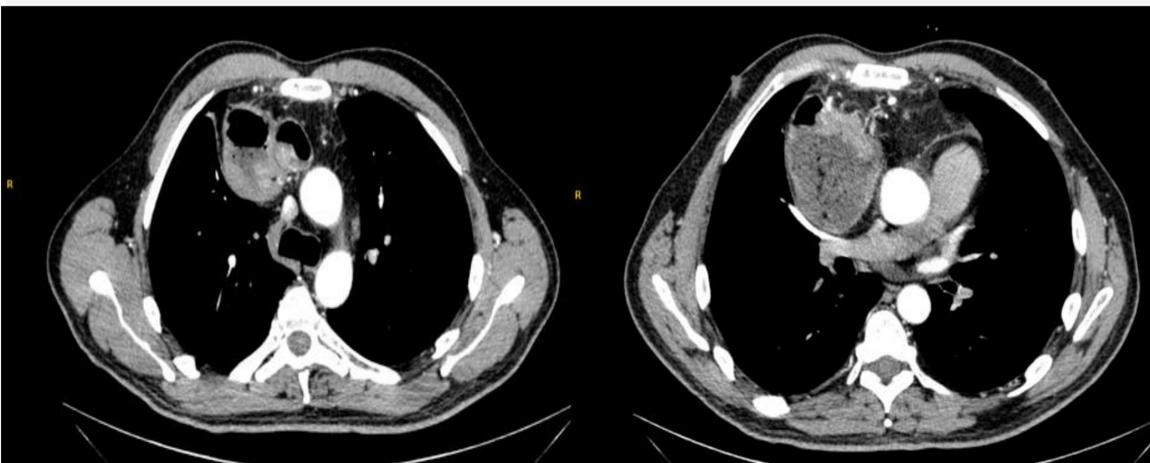
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Gastroscopia:

A 30cm de la arcada dental, engrosamiento vellositario, que se biopsia (adenoma tubular con displasia epitelial de alto grado focal).

Se alcanza un segmento colónico a 30 cm de la arcada, con una formación polipoidea voluminosa en el límite de anastomosis y su empate con el delgado que abarca 1/3 de la circunferencia colónica (Carcinoma intramucoso).

En el segmento colónico también se visualiza otro pólipo sesil diminuto a 40 cm (adenoma tubular).



TAC T-Abd-Pelvis: Cambios postquirúrgicos de plastia esofágica con neoplasia polipoidea proximal en borde izquierdo, y neoplasia estenosante en anastomosis distal, con infiltración del parénquima del segmento II hepático, y lesión de 25 mm en segmento III, compatible con metástasis (que se confirman por RM hepática). Adenopatías en espacio prevascular mediastínico de tamaño patológico (aprox. 1 cm), y adenopatías mesentéricas de hasta 25 mm, compatibles con afectación metastásica.

Colonoscopia: pólipo semipedunculado de 15 mm a nivel del transversal distal (a 50 cm del ano) (Adenoma tubular).

Comité Tumores

Gastroplastia y cirugía hepática con resección de 7 metástasis hepáticas (R0)

TUMOR PROXIMAL

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT2, sin invasión linfovascular ni perineural, con bordes respetados

TUMOR

adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra el parénquima hepático adherido, con invasión linfovascular de vasos pequeños, metástasis en 3 de los 50 gg aislados, con bordes libres. pT4N1b.

DISTAL

METASTASECTOMÍA

Se confirman por AP metástasis hepáticas Con mutación de KRAS: G12V

Actitud terapéutica tras cirugía

Se remite a Oncología tras diagnóstico de Adenocarcinoma de colon (2 tumores sincrónicos) sobre coloplastia esofágica tras esofagitis por cáusticos, pT4N1(3/50) M1(metástasis hepática múltiples) resecaadas.R0

TAC post-quirúrgico: nuevas metástasis hepáticas

Se plantea quimioterapia paliativa: inicia FOLFOX-Avastin

Conclusión: La importancia del caso radica en la necesidad de utilizar las pruebas complementaria más pertinentes para llegar al diagnóstico definitivo teniendo en cuenta siempre la sintomatología actual e indagar en los antecedentes del paciente, pues como en este caso el detalle de la coloplastia esofágica, fue vital para iniciar el estudio dirigido con una gastroscopia y llegar así al diagnóstico de una enfermedad común en un lugar atípico.