

Blanca Távara. Luis Felipe Sanchez. Mariam Rojas. Maria Luisa Garrido. Carmen Castañón.
Complejo Asistencial Universitario de León.
Servicio de Oncología Médica

Introducción

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte en España. Alrededor del 25% de pacientes debutan con metástasis. **Entre el 35 - 50% desarrollan metástasis hepáticas a lo largo de su enfermedad.** Presentamos una paciente con metástasis hepáticas irresecables de debut. La secuencia del manejo multidisciplinar es imprescindible para el adecuado abordaje. Se presenta este caso en el que se logró una respuesta completa mantenida.

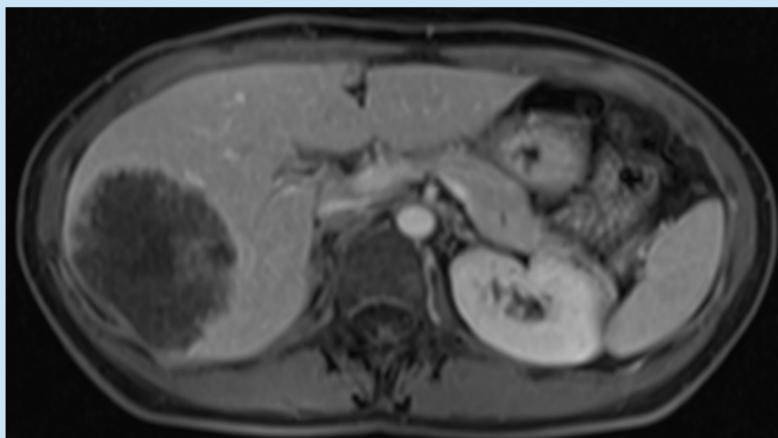
Resumen

Anamnesis

Mujer de 51 años, sin antecedentes médicos de interés. Inicia estudio por dolor en hipocondrio derecho de 2 meses de evolución.

Pruebas complementarias

- **Marcadores tumorales:** CEA 30, Ca 19.9 34.
- **Colonoscopia:** Pólipo a 8 cm de margen anal.
- **Biopsia de recto:** Adenocarcinoma bien diferenciado sobre adenoma vellosos que infiltra la submucosa.
- **Biología molecular:** KRAS mutado.
- **TC toracoabdominopelvico:** Metástasis hepáticas múltiples. Masa en recto proximal de 4 x 3.3 cm.
- **RMN pélvica:** Neoplasia de recto medio, estadio cT2N2b.
- **RMN hepática:** Ocupación masiva del parénquima hepático.
 - Segmento VI: 8,1 x 5,6 cm. Ocupa gran parte del lóbulo derecho.
 - Segmento IV-A: 5,6 x 4,5 cm.
 - Segmento III: 1,2 cm.



Corte axial de RM hepática en secuencia T-T2. Lesión hipertensa que ocupa gran parte en del segmento posterior de lóbulo derecho, mide 8,1 cm x 5,6 cm.

Diagnóstico

Adenocarcinoma de recto KRAS mutado estadio IV por metástasis hepáticas.

Evolución

Comité multidisciplinar: Tratamiento sistémico y en función de respuesta valorar rescate quirúrgico.

1. Quimioterapia de conversión: FOLFOX-Bevacizumab por 8 ciclos, con toxicidad neurológica residual grado 2.

Reevaluación: **Respuesta parcial mayor.**

Comité multidisciplinar: Abordaje inverso. Bipartición hepática en 2 tiempos.

2. Primer tiempo: Metastasectomía de 2 lesiones hepáticas (segmento IVA y III)

3. Segundo tiempo: Hepatectomía derecha ampliada.

Anatomía patológica: Metástasis de adenocarcinoma de colon. Grado de regresión tumoral > 50% de tumor residual.

4. Quimioterapia perioperatoria: 5FU por 4 ciclos.

(Se desestima Oxaliplatino por toxicidad neurológica residual y Bevacizumab por la intervención quirúrgica de alta complejidad).

Tratamiento del tumor primario.

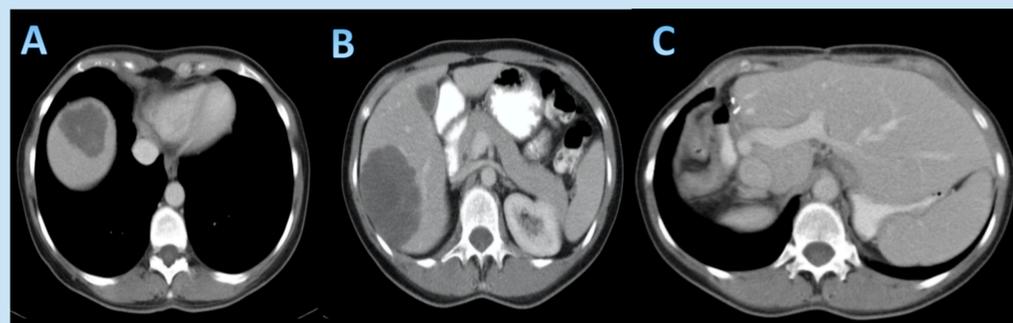
5. Quimioradioterapia neoadyuvante: 25 Gy con Capecitabina concomitante.

6. Resección anterior baja de recto.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma bien diferenciado ypT2 ypN1a (1/20). Grado 2 de regresión tumoral.

En pruebas de reevaluación no se evidencia enfermedad a distancia, por lo que se inicia seguimiento.

Actualmente se encuentra libre de enfermedad tras un seguimiento de 6 años.



TAC abdominal con contraste intravenoso: A) Lesión hepática en segmento IVA al diagnóstico. B) Lesión hepática en segmento VI y segmento III al diagnóstico. C) Hepatectomía derecha, con hipertrofia compensadora de los lóbulos caudado e izquierdo tras bipartición hepática.

Discusión

El manejo de las metástasis hepáticas colorrectales conlleva un desafío importante siendo esencial el abordaje multidisciplinar. Con ello conseguiremos seleccionar el mayor número de pacientes que puedan beneficiarse del rescate quirúrgico. Ante la gran respuesta obtenida, el abordaje quirúrgico inverso permitió afianzar la respuesta hepática. Esta secuencia daba más garantías para el tratamiento posterior del tumor primario, manteniendo el control a distancia de la enfermedad. El Bevacizumab asociado a poliquimioterapia con Oxaliplatino consiguió una regresión tumoral > 50%, que se correlaciona con largos intervalos libres de progresión y supervivencia.

Conclusión

FOLFOX y Bevacizumab consiguió una respuesta parcial mayor que permitió el rescate quirúrgico de una enfermedad inicialmente irresecable. Nuestro caso reafirma el valor de la combinación de los tratamientos locales y sistémicos logrando aumentar la supervivencia global. La secuencia del tratamiento decidida en comité permitió en este caso el óptimo abordaje. Esto se ha traducido en una larga y mantenida supervivencia.

Referencias

1. Vera R, González-Flores E, Rubio C, et al. Multidisciplinary management of liver metastases in patients with colorectal cancer: a consensus of SEOM, AEC, SEOR, SERVEI, and SEMNIM. Clin Transl Oncol. 2020;22(5):647-662.
2. Araujo RL, Gönen M, Herman P. Chemotherapy for patients with colorectal liver metastases who underwent curative resection improves long-term outcomes: systematic review and meta-analysis. Ann Surg Oncol. 2015;22(9):3070-3078.