Del 15 al 17 de diciembre de 2020 | 28 SIMPOSIO INTERNACIONAL AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DIGESTIVOS

Metástasis inusual en adenocarcinoma del tercio inferior de esófago

Mònica Aguiló [1] | Aleydis Pisa [2] | Jordi Alfaro [2] | Remei Blanco [2] | Emma Dotor [2]

[1] Residente de 3r año de Oncología Médica| [2] Adjunto de Oncología Médica. Consorci Sanitari de Terrassa.

Introducción

El adenocarcinoma de esófago habitualmente metastatiza en ganglios linfáticos, a nivel pulmonar, hepático y peritoneal. La presentación en otras localizaciones, es inusual, por lo que a continuación se expone un caso con metástasis muscular.

Descripción del caso

Hombre de 45 años, exfumador desde los 35 años. No enolismo.
Antecedentes de hipertensión arterial, síndrome de apnea obstructiva del sueño y fundoplicatura de Nissen. Diagnosticado de adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado del tercio inferior de esófago T3N1 por ecoendoscopia en 2016. Recibió quimioterapia con carboplatino y paclitaxel y radioterapia con intención preoperatoria (esquema CROSS).

En enero de 2017 se realiza esofaguectomía transhiatal con histología compatible con adenocarcinoma mucinoso grado 3, asociado a esófago de Barret, localizado en esófago distal; ypT3 N2 (5/9), con extensión extracapsular.

En setiembre de 2018, es valorado por clínica de dolor persistente en zona glútea izquierda con dificultad para la sedestación, sin antecedente de traumatismo. En la exploración destaca masa palpable de 2 cm a zona glútea izquierda interna.

Se realizó ecografía de partes blandas objetivándose masa hipoecoica de márgenes irregulares de 3 cm inespecífica. Resonancia magnética que objetivó lesión focal sólida nodular en músculo glúteo mayor izquierdo de 23 mm de márgenes espiculados. Ecografía con punción compatible con infiltración por adenocarcinoma (imagen 1). Perfil inmunohistoquímico compatible con la neoplasia primaria conocida. Células tumorales positivas para citoqueratinas AE1/AE3, citoqueratina 7 (imagen 2), focalmente positiva en CDX-2 y citoqueratina 20 negativa (imagen 3). HER-2/neu negativo.

Se solicita PET/TC para estudio de extensión previo a decisión terapéutica que muestra nódulos pulmonares hipermetabólicos sugestivos de metástasis, adenopatía hipermetabólica en el hilio pulmonar derecho de origen tumoral y lesión hipermetabólica en el glúteo izquierdo, que se corresponde con la lesión metastásica conocida (imagen 4).

Se valora como recidiva pulmonar, ganglionar hiliar y a nivel glúteo izquierdo y se propone quimioterapia paliativa esquema docetaxel, cisplatino y capecitabina que inicia en octubre de 2018; presenta buena evolución clínica con desaparición del dolor en región glútea tras primer ciclo. Presenta respuesta objetiva por PET/TC post 3 y 6 ciclos y se suspende el tratamiento por toxicidad ungueal, neurológica y constitucional.

En octubre de 2019, presenta reaparición del dolor y tumoración palpable a nivel de la región glútea izquierda. Se realiza PET/TC (imagen 5) que objetiva progresión pulmonar, ganglionar hiliomediastínica y se vuelve a visualizar la metástasis glútea conocida. Se propone de nuevo quimioterapia paliativa con docetaxel, cisplatino y capecitabina, precisando ajuste de dosis por toxicidad en 3º ciclo. Finaliza la QT en el 6º ciclo por toxicidad acumulada y de acuerdo con el paciente, manteniendo respuesta por PET/TC en abril de 2020.

En PET/TC de setiembre de 2020 se objetiva progresión adenopática hilio-mediastínica (posiblemente también infraclavicular izquierda) y metastásica pulmonar con clínica de tos persistente de 3 semanas de evolución, por lo que se propone de nuevo quimioterapia paliativa con docetaxel, cisplatino y capecitabina. Actualmente en curso de 3º ciclo (11/2020), presentando respuesta clínica tras 2 ciclos.

Imágenes

Imagen 1: Infiltración por adenocarcinoma en biopsia de músculo glúteo con tinción hematoxilina- eosina.

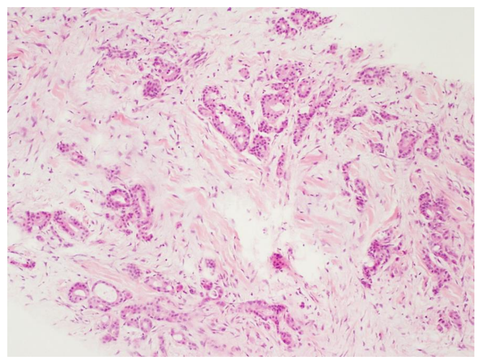


Imagen 2: Biopsia muscular con inmunohistoquímica positiva para citoqueratina 7.

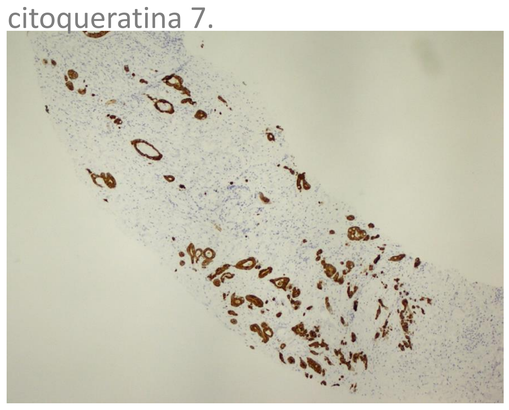


Imagen 3: Biopsia muscular con inmunohistoquímica negativa para citoqueratina 20.

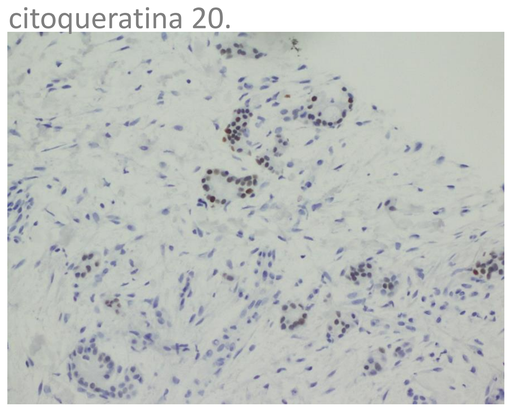
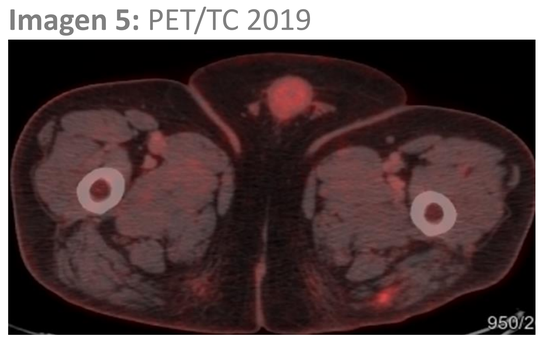


Imagen 4: PET/TC 2018

Imagen 5: PET/TC 2019



Discusión

En el momento del diagnóstico de recidiva se decidió inicio de quimioterapia paliativa con triple terapia con el objetivo de conseguir mejor tasa de respuesta, mayor supervivencia libre de progresión y supervivencia global.

Ante la recidiva clínica y radiológica que se ha repetido de forma anual, se decidió realizar el mismo esquema de quimioterapia paliativa (docetaxel, cisplatino y capecitabina) dada la buena respuesta y con buena tolerancia, a pesar de ajustar la dosis por toxicidad.

Bibliografía

- F. Lordick, C. Mariette, K. Haustermans, R. Obermannová, D. Arnold, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.

- P. van Hagen, M.C.C.M. Hulshof, J.J.B. van Lanschot. Preoperative Chemoradiotherapy for Esophageal or Junctional Cancer. N Engl J Med 2012;366:2074-84.

- Jaffer A. Ajani, Vladimir M. Moiseyenko, Sergei Tjulandin, Alejandro Majlis, Manuel Constenla, Corrado Boni, Adriano Rodrigues, Miguel Fodor, Yee Chao, Edouard Voznyi, Cindy Marabotti, and Eric Van Cutsem. Clinical Benefit With Docetaxel Plus Fluorouracil and Cisplatin Compared With Cisplatin and Fluorouracil in a Phase III Trial of Advanced Gastric or Gastroesophageal Adenocarcinoma: The V-325 Study Group.