

Metástasis intracanalicular como causa de ictericia obstructiva en cáncer colorrectal

Lucía Navarro ^{1,2,3}, Rocío Plaza ^{1,2,3}, Elizabeth Inga ^{1,2,3}, M^a José Ortiz ^{1,2,3}, Enrique Aranda ^{1,2,3}

1. Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España, 2. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), 3. Universidad de Córdoba (UCO).

INTRODUCCIÓN

La **ictericia obstructiva tumoral** puede producirse por múltiples procesos, siendo el conducto biliar un lugar infrecuente para desarrollar metástasis¹. La bibliografía es escasa, limitada a series de casos².

Un **margen quirúrgico afecto** tras la resección de metástasis hepáticas en pacientes con CCR se ha relacionado con mayor probabilidad de recidiva tumoral en la vía biliar³.

Presentamos el caso de un paciente con CCR metastásico RAS WT con un pronóstico desfavorable, por la presencia de metástasis intracanalicular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Varón de 59 años, **Abril 2018**: intervenido de adenocarcinoma de sigma moderadamente diferenciado **estadio IIA**, pT3pN0(0/12)M0, **sin otros factores de mal pronóstico**, iniciando seguimiento.
- **Septiembre 2020**: Ante elevación de CEA, se realiza TAC: **lesión lobulada 11x7cm en lóbulo hepático izquierdo** que afectaba a los segmentos I,II,III,IV y VIII (**Imagen 1**).

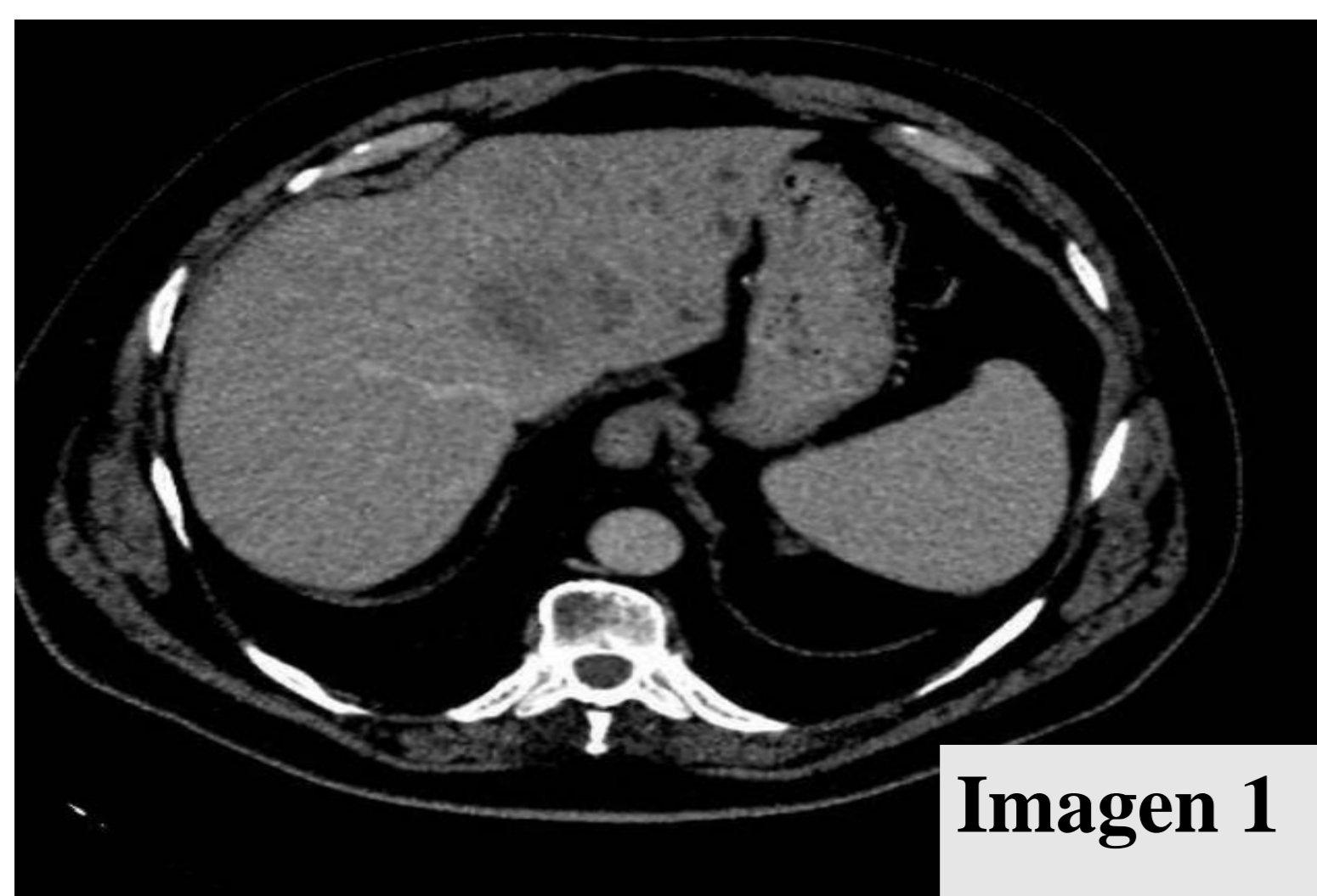


Imagen 1

Se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide realizar biopsia, compatible con adenocarcinoma de origen colorrectal, RAS/BRAF WT, MSS, es catalogado como **potencialmente resecable** por lo que inicia quimioterapia de conversión con FOLFOX-Panitumumab x6 ciclos, con estabilización.

➤ Febrero 2021: hepatectomía parcial, con grado de **regresión tumoral >50%** con **margen quirúrgico afecto**.

Continuó con quimioterapia sin antiEGFR, suspendiendo oxaliplatino por neurotoxicidad.

- **Mayo 2021**: **Ictericia indolora**, ingreso en planta.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Análíticamente: **Bilirrubina total 8mg/dl** a expensas de directa, GGT 650U/L, FA 450U/L, AST/ALT 250/180U/l.
- TAC abdomen (21.05.21): Sin lesiones focales hepáticas y **dilatación de la vía biliar** intrahepática izquierda con **ocupación del colédoco**.
- Colangio RMN biliar (1.06.21): Ocupación por material de partes blandas de la vía biliar con dilatación y afectación del conducto hepático común (**Imagen 2**).

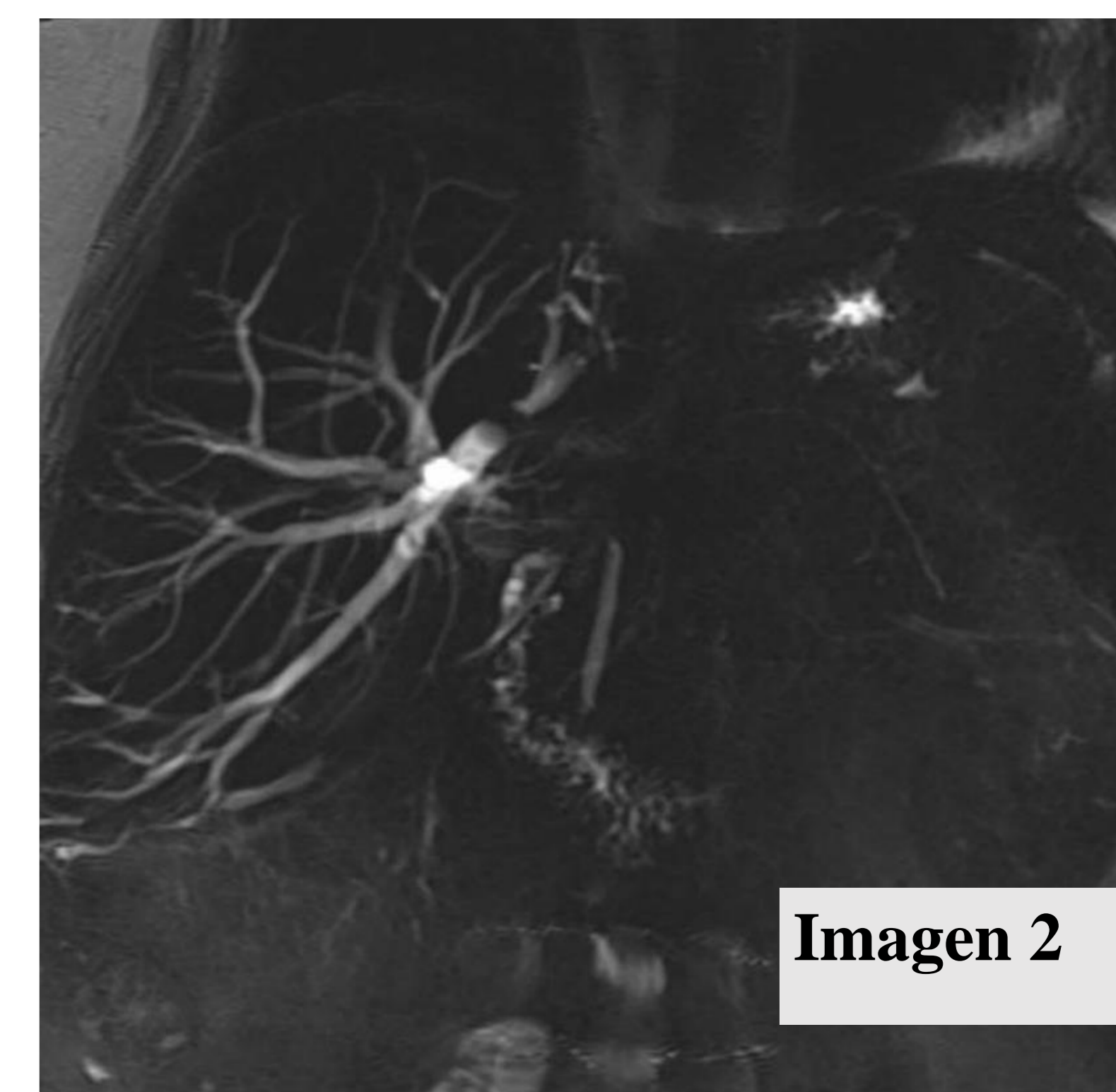


Imagen 2

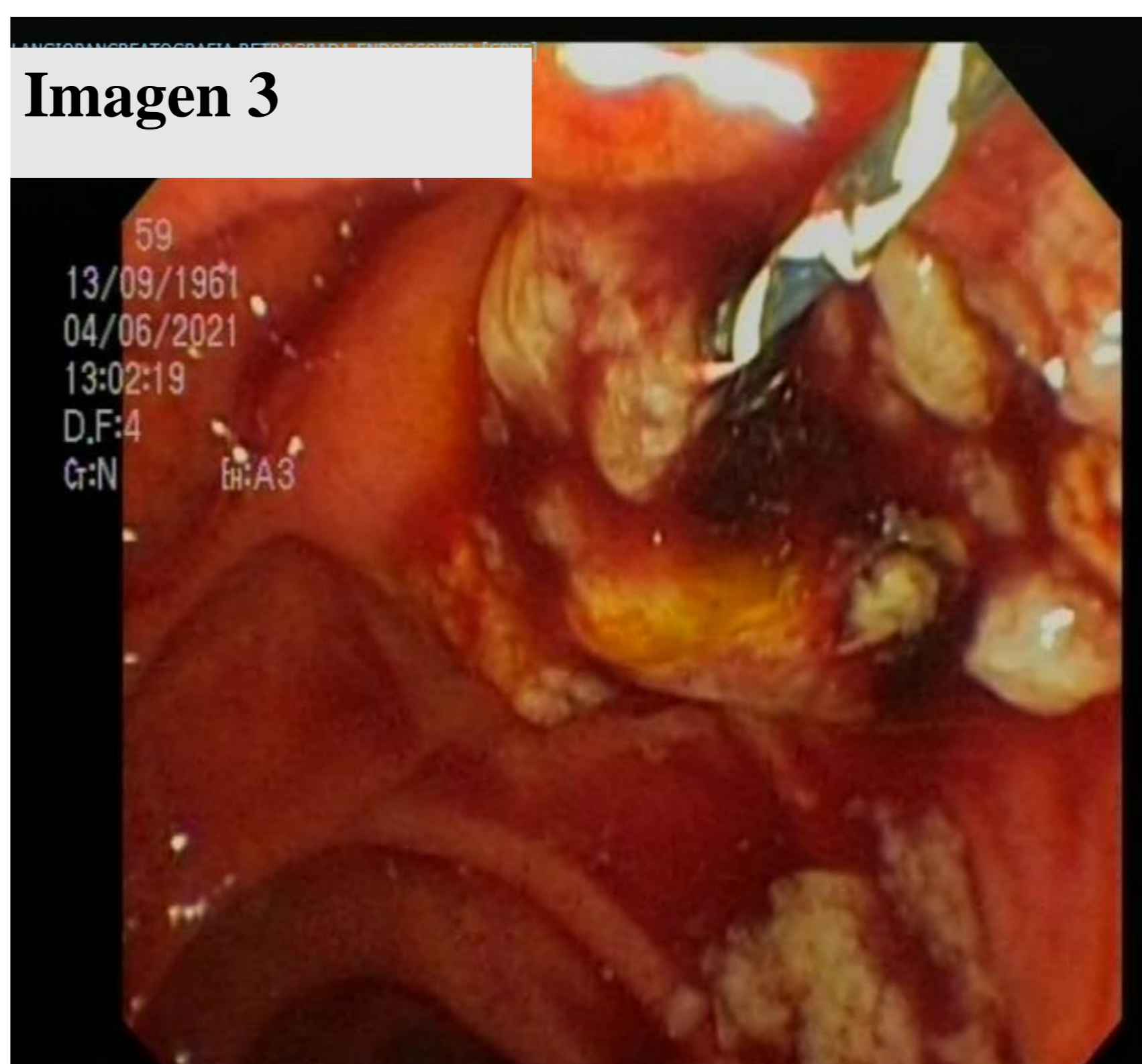
EXPLORACIÓN FÍSICA: ECOG 1, Ictericia mucocutánea, Resto sin hallazgos relevantes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Ocupación endoluminal por material postquirúrgico
- Microlitiasis biliar
- Progresión tumoral
- Colangiocarcinoma

CPRE: ocupación del colédoco por material carnosos, tomando biopsias y colocando prótesis metálica (**Imagen 3**), diagnóstico AP fue metástasis de origen colorrectal.

Imagen 3



TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Evolución favorable con normalización de enzimas hepáticas, colestasis y bilirrubina.

En espera de inicio de tratamiento, reingreso por empeoramiento clínico, ictericia y ascitis:

- Análítica: **Bilirrubina 10mg/dl** a expensas de directa.
- TAC abdomen: Nueva lesión focal hepática con **ocupación de conducto hepático común y radicales biliares** compatible con recidiva tumoral y signos de **carcinomatosis peritoneal**. Ante deterioro progresivo del estado general derivado a Paliativos falleciendo en pocas semanas por progresión tumoral.

DISCUSIÓN

La **invasión biliar** por metástasis CCR es una entidad **rara** que confiere **peor pronóstico**, más frecuente en pacientes con **margen afecto**⁴

En nuestro caso, la metastásica hepática exclusiva, el perfil molecular RAS/BRAF WT y el ECOG fueron considerados como factores de buen pronóstico, viéndose ensombrecido por la localización de la recidiva.

Importante analizar las pruebas diagnósticas, toma de biopsia para confirmación histológica y ante imposibilidad de resección quirúrgica, colocar prótesis que permita el drenaje de la vía biliar comprometida y la posibilidad de retomar tratamiento sistémico aunque en nuestro caso no fue posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tirapu de Sagrario MG, Baleato González S, García Figueiras R, et al: Intraductal biliary metastases from colorectal cancer: a report of two cases. Radiología.2014; 56: e34-e37.
2. Raquel A Latorre Fragua, Alba Manuel Vazquez, Yuri Rodrigues Figueria et al: Intrabiliary metastases in colorectal cancer: a systematic review. J Hepatobiliary Pancreat Sci 2019 Jul;26(7):270-280.
3. Sara Coppola, Nicola Zuchini, Fabrizio Romano et al: Colorectal liver metastasis with intrabiliary growth: case report and review of the literatura. Int J Surg Pathol. 2014 May;22(3):272-9.
4. Reijonen P, Österlund P, Isoniemi H et al: Histologically verified biliary invasion was associated with impaired liver recurrence-free survival in resected colorectal cancer liver metastases. Scand J Surg. 2019 Sep;108(3):201-209.