

CÁNCER DE COLON PARECE... PERO NO ES.

Ramón Aguado Noya, Ana Ruiz Casado, Antonio Sánchez Ruiz, Mariano Provencio Pulla, Lourdes Gutiérrez Sanz.

Servicio de Oncología Médica, H. U. Puerta de Hierro Majadahonda.



Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Comunidad de Madrid

Introducción: Se presenta el caso de un paciente con sospecha inicial de cáncer colorrectal diseminado y finalmente diagnosticado de un tumor infrecuente con un manejo completamente diferente.

Descripción: Varón de 48 años con antecedente de carcinoma indiferenciado nasofaríngeo tratado con quimiorradioterapia en 2012 sin evidencia de enfermedad y sin otros antecedentes de interés. Como antecedentes familiares, su madre falleció de un tumor cerebral y su padre de un mesotelioma peritoneal.

El paciente ingresa en noviembre de 2021 por suboclusión intestinal tras haber consultado en Urgencias por dolor abdominal, náuseas y estreñimiento. A la exploración presentaba un abdomen doloroso a la palpación sin semiología ascítica.

Como parte del estudio se realizó: TC abdominal, en la que se describía una estenosis del colon en ángulo esplénico con carcinomatosis peritoneal y ascitis; gastroscopia, sin hallazgos relevantes; y hasta tres colonoscopias, con evidencia de estenosis infranqueable a nivel del ángulo esplénico cuyas biopsias únicamente presentaban mucosa colorrectal sin evidencia de malignidad.

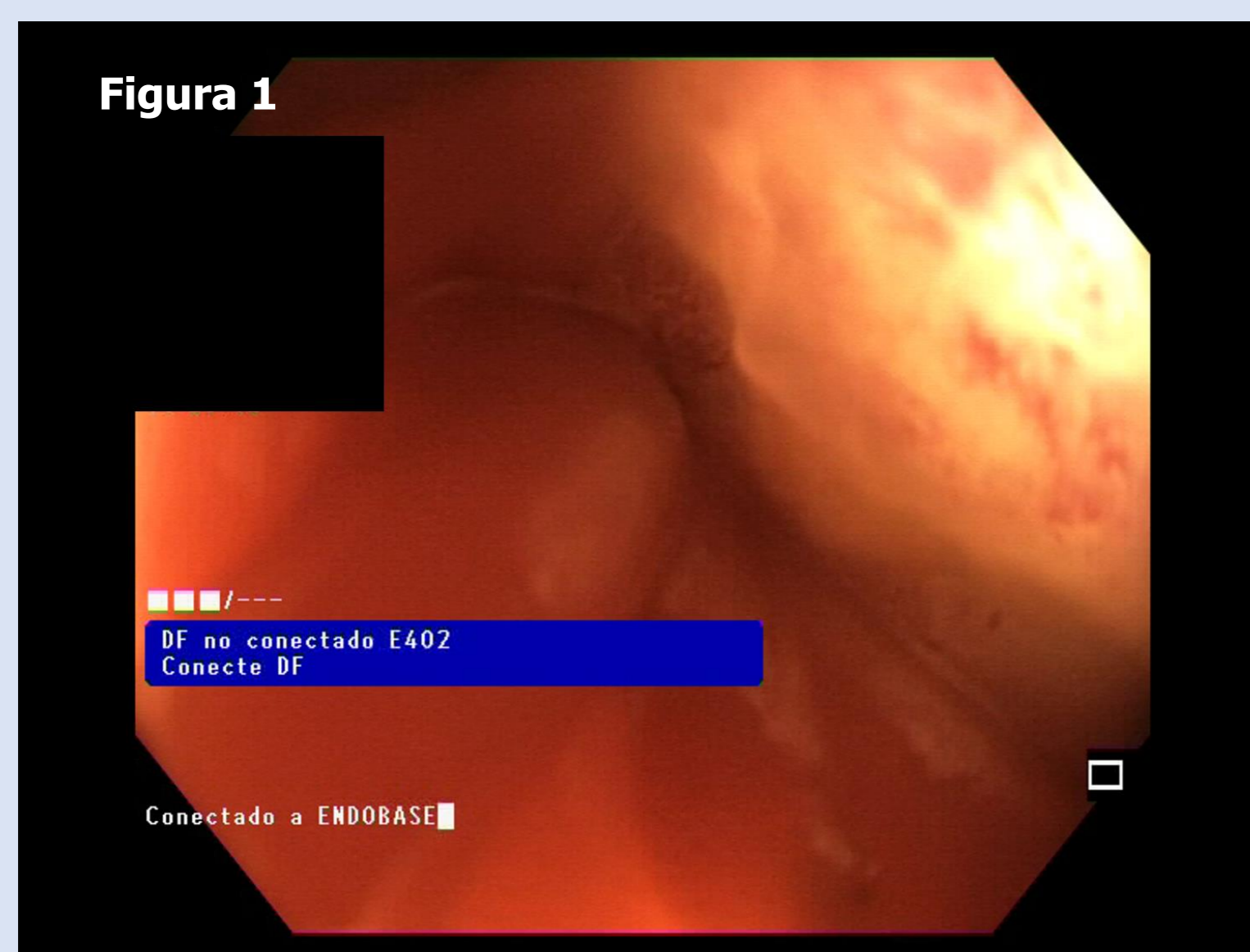


Figura 1: Colonoscopia en la que se objetiva estenosis infranqueable en el ángulo esplénico.

Figura 2: TC basal del paciente con evidencia de estenosis en ángulo esplénico del colon asociado a múltiples imágenes peritoneales sospechosas de implantes y abundante líquido ascítico de predominio en pelvis.

Con sospecha de cáncer colorrectal con metástasis peritoneales, se presentó en comité de tumores y se decidió realizar laparoscopia exploradora para confirmar el diagnóstico. Durante la intervención se objetivó una extensa carcinomatosis peritoneal con afectación de todos los cuadrantes e imposibilidad de explorar el colon izquierdo por bloqueo omental.

Se tomaron biopsias de la afectación peritoneal, describiéndose una proliferación mesotelial atípica con perfil inmunohistoquímico calretinina+, WT1+, CK5/6+, D2-40+ y pérdida de expresión nuclear para BAP1. El diagnóstico definitivo no fue de adenocarcinoma colorrectal como se sospechaba, si no de mesotelioma peritoneal de tipo epitelioide.

Con este diagnóstico y tras confirmar su irsecabilidad, se inició tratamiento sistémico con Carboplatino / Pemetrexed. Tras 4 ciclos, se reevaluó la enfermedad con evidencia de respuesta parcial, por lo que se solicitó valoración en centro experto en cirugía peritoneal.

Recibió 2 ciclos adicionales y finalmente fue intervenido en julio de 2022 mediante exenteración del hipocondrio izquierdo, omentectomía y citorreducción con administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).

A pesar de que la citorreducción se consideró completa, dada la alta carga de enfermedad se decidió continuar tratamiento sistémico con Pemetrexed de mantenimiento, encontrándose a día de hoy recibiendo y sin evidencia de enfermedad en el último estudio de reevaluación realizado en octubre de 2022.

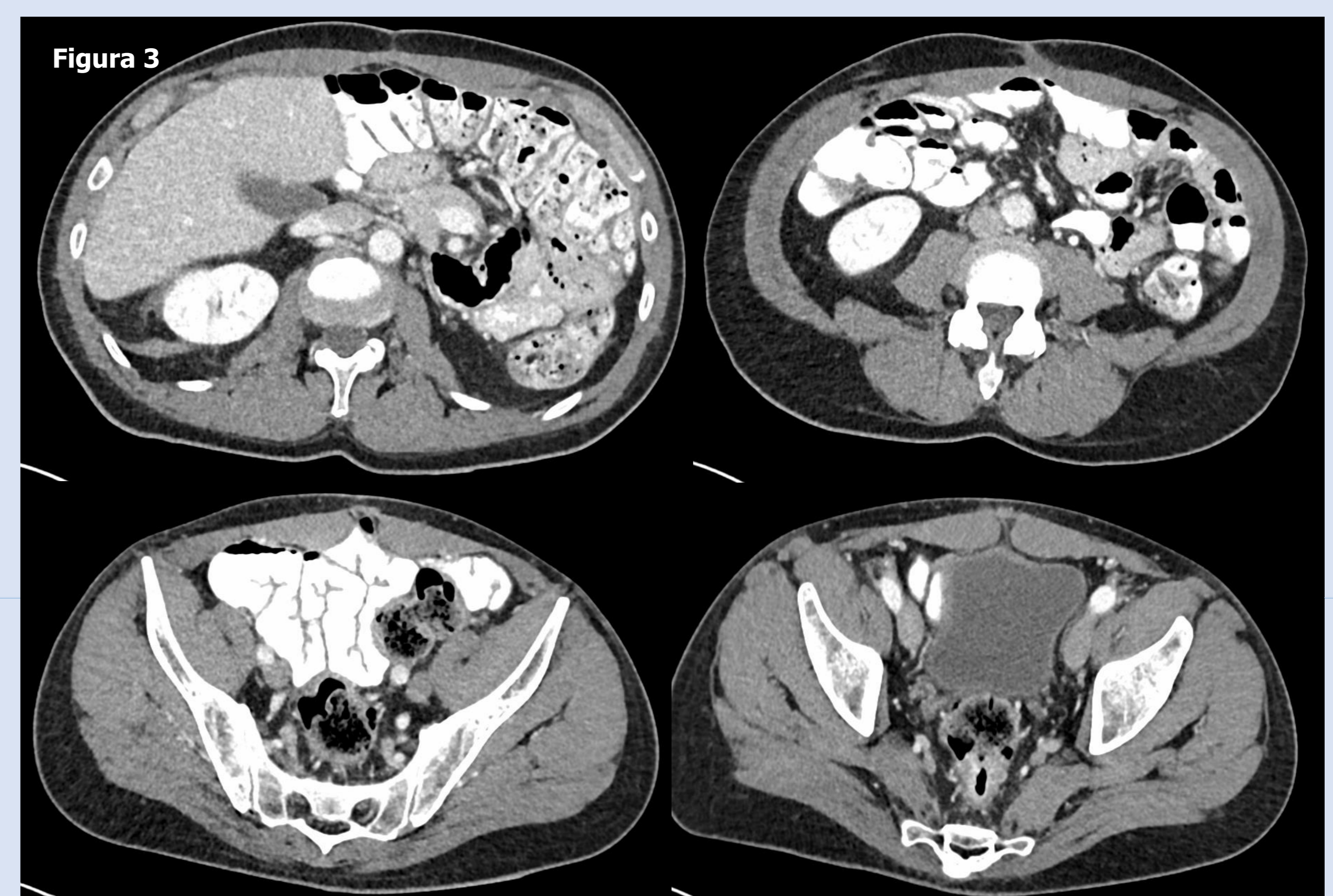


Figura 3: Último TC de reevaluación del paciente (octubre 2022) en la que tan sólo se objetivan cambios postquirúrgicos tras la cirugía citorreductora sin objetivar enfermedad peritoneal macroscópica.

Discusión: El mesotelioma es un tumor maligno e infrecuente de las serosas. Se estima que menos del 10-15% tienen un origen peritoneal y entre sus factores de riesgo destacan la exposición al asbesto, la radioterapia o la peritonitis crónica. Además, está descrita una forma hereditaria asociada a mutaciones en BAP1. Generalmente se disemina a través de la serosa, siendo infrecuente la afectación a distancia (1).

Dada su baja incidencia, su tratamiento no está estandarizado y se realiza en analogía al del mesotelioma pleural, siendo de elección la cirugía citorreductora con administración con HIPEC (2) y en caso de irsecabilidad la quimioterapia basada en Pemetrexed (3). A pesar de que actualmente la inmunoterapia es el nuevo estándar de tratamiento del mesotelioma pleural, en mesotelioma peritoneal de momento sólo hay datos preliminares, pero alentadores, de la combinación de Atezolizumab / Bevacizumab (4).

El interés de nuestro caso no solo reside en lo infrecuente del diagnóstico y las dudas iniciales, sino también en la probable asociación familiar dado el antecedente de su padre. A pesar de que se consideró la opción de realizar un estudio genético, dado que el paciente no tenía descendencia ni hermanos, finalmente no se llevó a cabo. Por último, cabe destacar la importancia del manejo de estos pacientes en centros expertos en cirugía peritoneal, ya que es probablemente el factor que más ha contribuido a la buena evolución del paciente.

Bibliografía:

- Kim J. Malignant peritoneal mesothelioma: a review. *Ann Transl Med.* 2017 Jun;5(11):236.
- Helm JH. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for malignant peritoneal mesothelioma: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Surgical Oncology.* 2015 May;22(5):1686-1693.
- García-Carbonero. Systemic chemotherapy in the management of malignant peritoneal mesothelioma. *Eur J Surg Oncol.* 2006 Aug;32(6):676-81.
- Raghav K. Efficacy, Safety, and Biomarker Analysis of Combined PD-L1 (Atezolizumab) and VEGF (Bevacizumab) Blockade in Advanced Malignant Peritoneal Mesothelioma. *Cancer Discov.* 2021 Nov;11(11):2738-2747.