

## ADENOCARCINOMA DE COLON TRATADO COMO METASTÁSICO CON HISTOLOGÍA DE METÁSTASIS COMPATIBLE CON LINFOMA LINFOCÍTICO

**Autores:** Alicia Gervás Peeters, Ana Sofia de Freitas Parreira Matos, Sandra Giménez Garrigues, Mónica Maria Guillot Morales, Pablo Luna Fra.  
Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario son Espases, Palma de Mallorca.

### INTRODUCCIÓN

El **cáncer de colon** es una de las causas más frecuentes de muerte por cáncer, siendo las lesiones hepáticas la afectación metastásica más frecuente y hasta un 25% de los pacientes presentan metástasis hepáticas al diagnóstico.

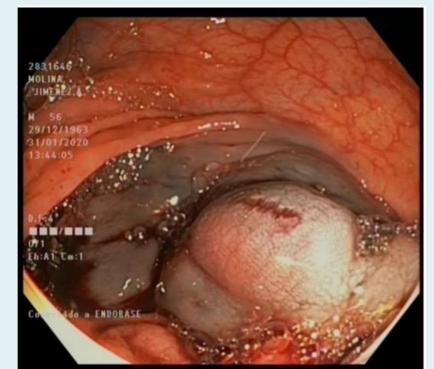
En ocasiones, los hallazgos histológicos de las lesiones hepáticas pueden no ser los esperados, y nos pueden hacer replantear el manejo de las mismas. Surge la duda de si una biopsia previa, en determinados casos, puede modificar la actitud terapéutica y evitar así tratamientos con elevada morbilidad.

### CASO CLÍNICO

Varón de 56 años, ECOG 0, sin alergias, exfumador (DTA 31 paq/año), exenolismo moderado y con antecedentes de virus hepatitis C diagnosticado tratado con ledipasvir/sofosbuvir en 2019, con CV indetectable.

#### Primer síntoma y diagnóstico

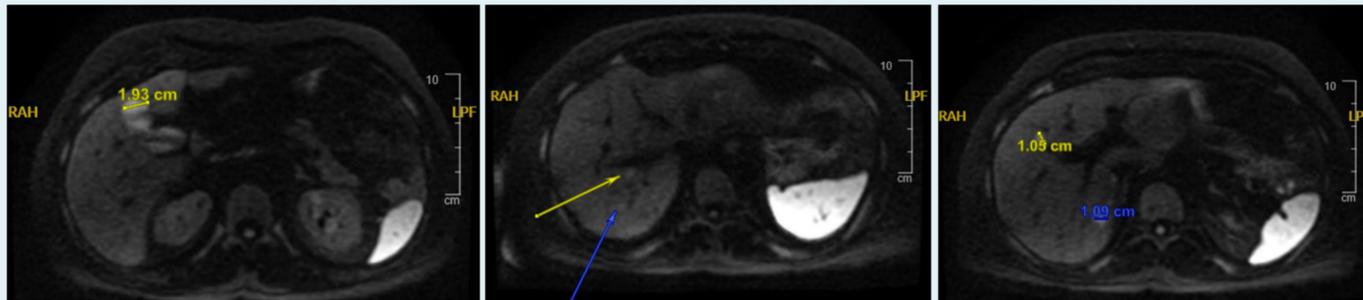
Se inicia estudio por SOH+ en diciembre/2019 y se diagnostica de **adenocarcinoma estenosante (imagen A) de ángulo esplénico** con lesiones hepáticas sugestivas de metástasis por TC.



**Imagen A:** Colonoscopia diagnóstica, a 60 cm de esfínter anal, lo que correspondería a colon izquierdo o ángulo esplénico presencia de lesión de aspecto neoplásica, friable y estenosante.

#### Primer tratamiento

Se **interviene quirúrgicamente** en marzo/2020, tratándose de un adenocarcinoma G2, pT4N1 (1/25 ganglios), sin perforación, márgenes libres, con invasión vasculolinfática y perineural, budding tumoral score alto, sin depósitos tumorales, MSS, sin mutaciones en KRAS, NRAS y BRAF, y CEA prequirúrgico dentro de la normalidad. Tras la cirugía se realiza RMN hepática que confirma LOES de pequeño tamaño en ambos lóbulos, las de mayor tamaño en lóbulos derechos (segmento V), sugestivas de metástasis (**imagen B**).



**Imagen B:** RMN hepática en la que se observan LOES pequeñas, la mayoría milimétricas en ambos lóbulos hepáticos, la de mayor tamaño en segmento V (de 1,93 cm, visible en primera imagen), sugestivas de metástasis al inicio.

#### Segundo tratamiento

Se comenta en comité multidisciplinar e inicia tratamiento con **quimioterapia** y posterior revaloración de reseccabilidad de las lesiones hepáticas. Recibe XELOX y, tras colocación de port-a-cath, continua tratamiento con FOLFOX 8C más, con buena tolerancia (hasta julio/2020), como toxicidades presenta neurotoxicidad y mucositis grado 1.

#### Tercer tratamiento

En RMN presenta estabilidad clínica de las lesiones hepáticas, se comenta nuevamente en comité, decidiéndose **hepatectomía** derecha en noviembre/2020 con embolización portal prequirúrgica. Se realiza ecografía intraoperatoria, objetivándose únicamente LOES derechas.

Los hallazgos histológicos informan de infiltración por **neoplasia linfoide B de bajo grado**, compatible con **linfoma linfocítico** (ausencia de metástasis de adenocarcinoma tras examen exhaustivo). Se comenta el caso con hematología, completándose el estudio con PET-TC sin evidencia de lesiones sospechosas y estudios analíticos anodinos, sin necesidad de tratamiento activo.

### DISCUSIÓN DEL CASO

El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cáncer en España y la segunda neoplasia con mayor incidencia. En torno a un 25-30% de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados, siendo las metástasis hepáticas la localización más frecuente, ensombreciendo el pronóstico si no se tratan de la forma adecuada (1,4). La secuencia óptima del tratamiento de las lesiones hepáticas debe ser individualizada, pudiéndose optar por tratamiento quirúrgico inicial o quimioterapia de inducción en aquellas reseccables o potencialmente reseccables (2,3), por ello el manejo multidisciplinar es fundamental.

En nuestro paciente, los hallazgos de anatomía patológica tras la hepatectomía, nos replantea la necesidad de biopsiar las lesiones hepáticas en determinados pacientes afectados de adenocarcinoma de colon.

Es raro diagnosticar un linfoma linfocítico incidental tras una hepatectomía en un paciente afecto de adenocarcinoma de colon, sin embargo, hay que plantear otras opciones diagnósticas en nuestros pacientes y más aún en aquellos pacientes con lesiones atípicas o antecedentes personales de infecciones como VHC (con mayor riesgo de neoplasias hematológicas por estimulación crónica de linfocitos B) (5,6,7).