

## PÓLIPO COLORRECTAL MALIGNO COMO ORIGEN DE ENFERMEDAD OLIGOMETASTÁSICA: IMPORTANCIA DE LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Y ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR.

Miguel Alcaraz<sup>1</sup>, Macarena Gómez<sup>1</sup>, Inés Gómez<sup>1</sup>, Fuensanta Aranda<sup>1</sup>, Elena Serrano<sup>1</sup>.  
Unidad de Gestión Clínica de Oncología Médica, Hospital de Mérida<sup>1</sup>.

### INTRODUCCIÓN

En nuestro medio, la implantación del programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) se ha traducido en un notable incremento del número de tumores diagnosticados en forma de pólipo maligno. Estos pólipos albergan focos de adenocarcinoma que se extienden hacia la submucosa (T1) y su incidencia a nivel europeo se estima en un 17%. La mayoría de estos tumores nunca metastatizará (riesgo de invasión linfática 6-16%)<sup>(1)</sup>. Este hecho, unido a la mejora del tratamiento endoscópico, hace que no siempre tengamos claro cuál es su abordaje óptimo<sup>(2)</sup>.

Con varias recaídas viscerales oligometastásicas y una supervivencia global (SG) de 7 años y medio, nuestro caso constituye un ejemplo de la importancia de una correcta estratificación del riesgo, así como del abordaje multidisciplinar de este tipo de tumores.

### CASO CLÍNICO

**Historia clínica:** Varón de 52 años que en colonoscopia (17/6/15) de cribado de CCR, muestra pólipo a 8cm del margen anal (MA) resecaado endoscópicamente. Ante hallazgo anatomopatológico de adenocarcinoma sobre pólipo, se realiza TAMIS hallándose dos focos de adenocarcinoma G2 en submucosa (Haggitt 4) con invasión vascular (IV). Valorado en comité multidisciplinar determinando resección anterior e ileostomía de protección en julio de 2015; no evidenciándose malignidad en pared intestinal pero sí en 1 de los 13 ganglios aislados.

**Exploración física.**

ECOG 0. Buen estado general.

**Pruebas complementarias.**

- Colonoscopia (17/6/15): Pólipo rectal a 8 cm del MA, vegetante, aspecto premaligno/maligno con leve sangrado.
- Analítica (22/6/15): normal.
- AP (22/6/15): Inestabilidad microsatélites negativa. Dos focos de adenocarcinoma (G2) en submucosa (Nivel 4, Sm2) con invasión vascular (IVL). Límites quirúrgicos libres.
- TC TAP (29/6/15): sin hallazgos de enfermedad a distancia.

**Diagnóstico.**

Adenocarcinoma G2 de recto medio pT1pN1(1/13)cM0, estadio IIIA. EMS

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

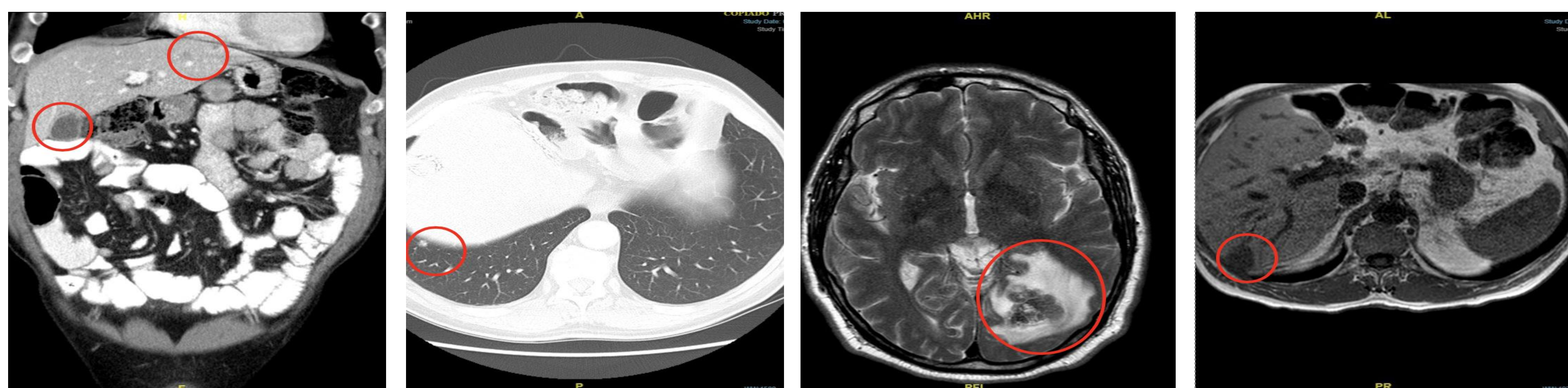
Tras cirugía, inicia QT adyuvante con esquema XELOX 3 ciclos con posterior QTRT de ciclo largo, finalizada en marzo de 2016.

Intervalo libre de enfermedad (ILE) de 9 meses, en diciembre de 2016 presenta recaída a nivel hepático oligometastásica. Perfil molecular KRAS mutado. Inicia tratamiento con FOLFIRI + Aflibercept con buena respuesta, realizándose metastasectomía en febrero de 2017 y completando 3 meses de adyuvancia.

En mayo de 2018 con un ILE de 15 meses, aparición de nódulo en LID sospechoso de malignidad. Se decide en comité multidisciplinar resección del mismo (20/07/2018) siendo compatible con metástasis. El paciente rechaza tratamiento adyuvante.

Con ILE de 13 meses, en agosto de 2019, aparición de lesión cerebral intervenida, confirmándose origen metastásico. Completa tratamiento local mediante SBRT que finaliza en octubre de 2019 e inicia quimioterapia con CPT-11 y Bevacizumab durante 4 meses.

En enero de 2021, con un ILE 16 meses, nueva lesión hepática única intervenida en febrero del 2021. Atendiendo a las preferencias del paciente, inicia Bevacizumab que mantiene en la actualidad sin datos de recidiva.



1º recaída hepática 2016

2º recaída pulmonar 2018

3º recaída cerebral 2019

4º recaída hepática 2021

ILE 20 meses hasta actualidad

### DISCUSIÓN

Actualmente, la estratificación del riesgo de los pólipos malignos se basa en criterios morfológicos, grado de diferenciación, IVL y profundidad<sup>(3)</sup>. En base a estos criterios en aquellos pólipos de bajo riesgo estaría indicado el seguimiento endoscópico sin necesidad de otras intervenciones. La actitud a seguir no está tan clara en los de intermedio y alto riesgo. En estos casos las guías ofrecen la posibilidad de vigilancia endoscópica, analítica y TC, versus cirugía<sup>(4)</sup>.

Nuestro caso se encuentra en ese pequeño porcentaje que tras cirugía oncológica se objetiva invasión ganglionar y posteriormente recae en varias ocasiones en forma de enfermedad oligometastásica. La correcta estratificación del riesgo y el abordaje multidisciplinar han permitido llevar a cabo un tratamiento individualizado; consiguiéndose así una SG superior a la esperada (7 años actualmente). Esto nos hace reflexionar sobre la posibilidad de estar infratratando a pacientes que, como el nuestro, presentan pólipos de alto riesgo en los que se opte por la opción de vigilancia intensiva.

Consideramos necesarios nuevos estudios prospectivos y bien diseñados que nos ayuden tanto en una estratificación del riesgo más completa como en la toma de decisiones; siempre abordadas desde una perspectiva multidisciplinar.

**Bibliografía.**

- 1 Naffouje SA, Lauwers G, Klapman J, Dam A, Pena L, Friedman M, Sanchez J, Dessureault S, Felder S. Malignant colon polyps: predicting lymph node metastasis following endoscopic excision. Int J Colorectal Dis. 2022 Feb;37(2):393-402. doi: 10.1007/s00384-021-04078-3. Epub 2022 Jan 10. PMID: 35001147.
- 2 Saraiva S, Rosa I, Fonseca R, Pereira AD. Colorectal malignant polyps: a modern approach. Ann Gastroenterol. 2022 Jan-Feb;35(1):17-27. doi: 10.20524/aog.2021.0681. Epub 2021 Dec 6. PMID: 34987284; PMCID: PMC8713339.
3. PROTOCOLO DE ACTUACION PARA LA EVALUACION DE UN POLIPO CON ADENOCARCINOMA. Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud. Versión 1.0. 10-10-2019.
4. Morini A, Annicchiarico A, De Giorgi F, Ferioli E, Romboli A, Montali F, Crafa P, Costi R. Local excision of T1 colorectal cancer: good differentiation, absence of lymphovascular invasion, and limited tumor radial infiltration ( $\leq 4.25$  mm) may allow avoiding radical surgery. Int J Colorectal Dis. 2022 Nov 5. doi: 10.1007/s00384-022-04279-4. Epub ahead of print. PMID: 36335216.