

Pérez García, Mirian Esther ¹; Carnerero Córdoba, Lidia ¹; Sequero López, Silvia ¹; Sevillano Tripero, Alberto Rafael ¹; González Astorga, Beatriz ¹.
¹ Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

INTRODUCCION

Nos encontramos ante un caso de cáncer de recto oligometastásico en el comprobaremos lo necesario e importante que es el abordaje multidisciplinar del paciente oncológico.

DESCRIPCION DEL CASO

❖ ANAMNESIS

Mujer de 55 años, sin antecedentes de interés. Estudiada por molestias a la defecación y metrorragia de varios meses de evolución. Buen estado general. ECOG 0. Exploración sin hallazgos patológicos.

❖ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

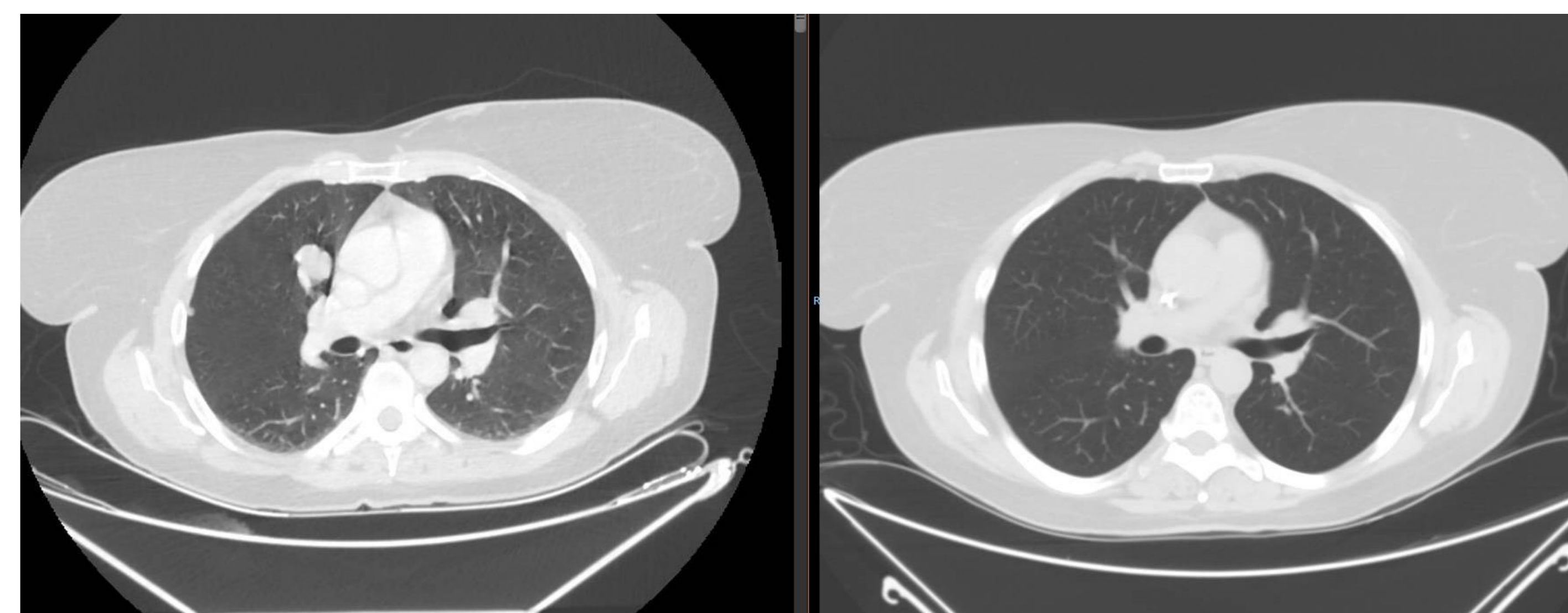
- Colonoscopia: neoformación excrecente entre 9-16 cm del margen anal que ocupa el 70% de la luz.
- Resonancia magnética pelvis: lesión de recto localmente avanzada con invasión de la fascia mesorrectal, cT3aN2Mx. En vulva y pared derecha vaginal lesión de 15mm inespecífica.
- Anatomía patológica del recto y vagina: adenocarcinoma tipo intestinal infiltrante. RAS mutado.
- TAC tórax-abdomen: neoplasia a nivel recto-sigma, nódulo pulmonar en lóbulo medio sugerente de metástasis. Sutiles lesiones líticas en columna lumbar. Nódulo de 15 mm en vulva derecha.

❖ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

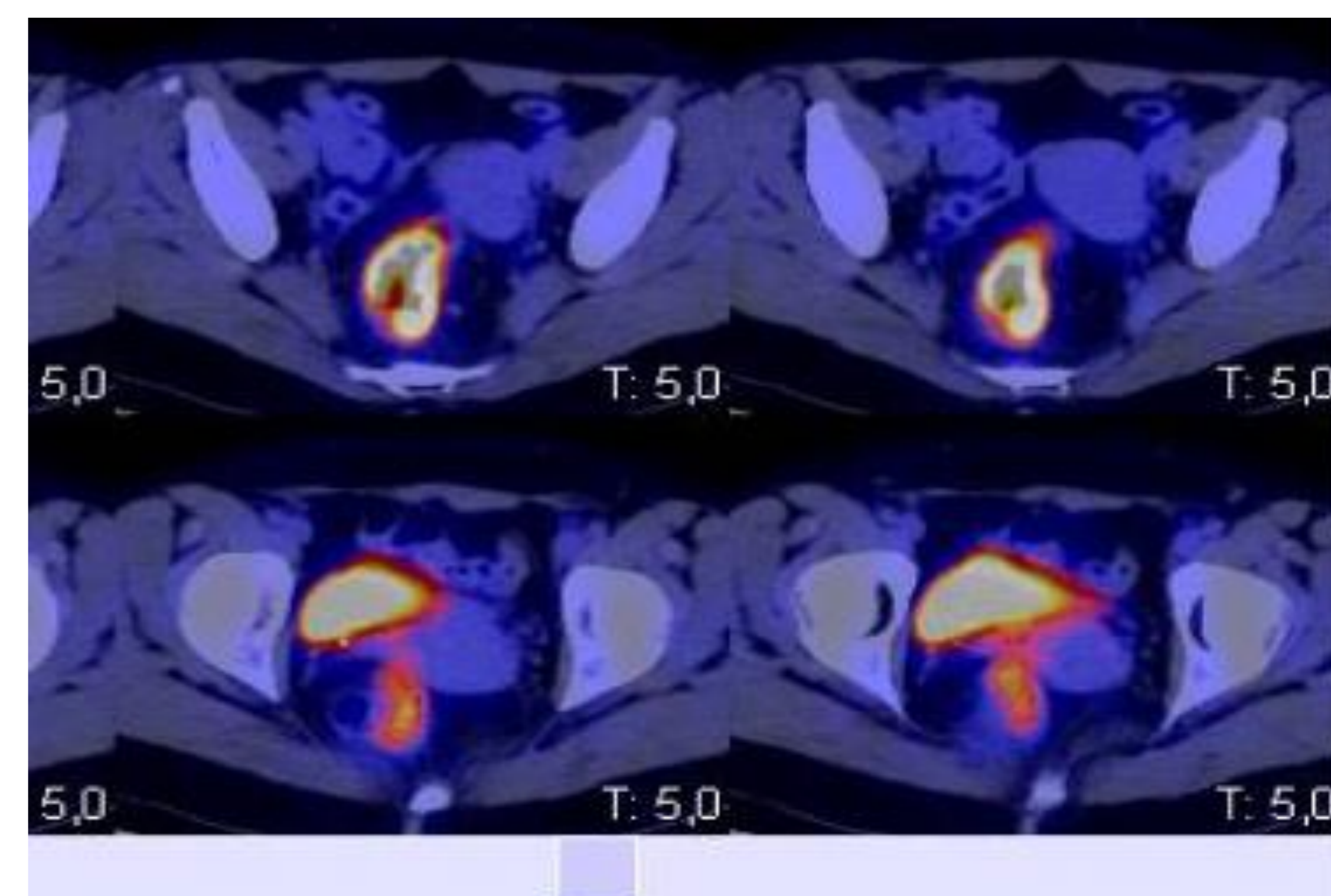
Tumor primario de recto con afectación metastásica confirmada a nivel de **vagina**. En **pulmón** presencia de otro nódulo sugerente de metástasis sin poder descartar un primario pulmonar. En columna lumbar (L2 y L4) lesiones líticas inespecíficas.

❖ TRATAMIENTO Y EVOLUCION

- ✓ **Comité Multidisciplinar**: inicia tratamiento de 1º línea para el cáncer de recto metastásico con Bevacizumab-FOLFOX. Buena respuesta clínica con cese de metrorragia tras el primer ciclo.
- ✓ En PET-TAC se descarta afectación ósea, confirma lesiones a nivel de vagina y pulmón.
- ✓ Reevaluación tras seis ciclos: regresión tumoral intermedia del recto, respuesta parcial de las lesiones de pulmón y vagina: **enfermedad oligometastásica** → se presenta de nuevo en Comité → RT de ciclo largo en recto junto con sobreimpresión en vagina y posterior cirugía del recto.
- ✓ Tras la RT se repitió RMN pélvica y TAC tórax: **respuesta completa de la lesión pulmonar y vaginal. Tumor recto cT2N0M0**.
- ✓ Cirugía mediante resección anterior de recto: AP: ypTxypN0, **respuesta completa patológica**. Se decide no realizar cirugía sobre la lesión vaginal ya que está en respuesta completa y conllevaría una exanteración pélvica. Posteriormente se presenta el caso en Cirugía Torácica, dado que la lesión ha desaparecido se decide seguimiento.
- ✓ La paciente completó FOLFOX por 6 meses y sin presencia de enfermedad en la actualidad.



Nódulo pulmonar antes y después del tratamiento con quimioterapia.



Lesión de recto y vagina en PET-TAC.

DISCUSION

- ❖ Existe evidencia sobre el beneficio en supervivencia global de la resección de las metástasis en cáncer de colon y la indicación o no de adyuvancia, si bien en el escenario del cáncer de recto no hay estudios randomizados y esto nos obliga a extrapolar los resultados que existen en colon.
- ❖ En enfermedad oligometastásica el objetivo es conseguir un buen control del tumor a nivel local (importancia conocida de la radioterapia a este nivel) y a distancia con quimioterapia para poder plantear cirugía de todas las lesiones.
- ❖ Son necesarios ensayos clínicos específicos en cáncer de recto para unificar protocolos y ofrecer la mejor opción terapéutica.
- ❖ La falta de éstos hace imprescindible la existencia de un Comité Multidisciplinar en el que se tomen las decisiones.

BIBLIOGRAFIA

1. R. Glynne-Jones et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 28 (Supplement 4): iv22–iv40, 2017.
2. E. Van Cutsem et al. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 25 (Supplement 3): iii1–iii9, 2014