

# CÁNCER COLORRECTAL: UN VIEJO DESCONOCIDO

Autores: Manuel Liroa, Beatriz Carnero, Alberto Carral, Ignacio Fernández, Elena Álvarez

Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo

**“LA VIDA ES UNA CARRERA LLENA DE OBSTÁCULOS PERO, CUANDO AL FIN LLEGAS A LA META, LO QUE TE GUSTARÍA ES SEGUIR DANDO VUELTAS, Y NO DESCANSAR”.**

R.G.F. La protagonista de esta historia

- Mujer, 51 años.
- Histerectomía + doble anexectomía por absceso ovárico.
- Hallazgo de masa rectal: adenoca g2 pT3N1 (1/6) M0, L1, V1, MMS. Perforado.
- Adyuvancia: CAPOX x 4 → RTP (45 Gy) + Capecitabina

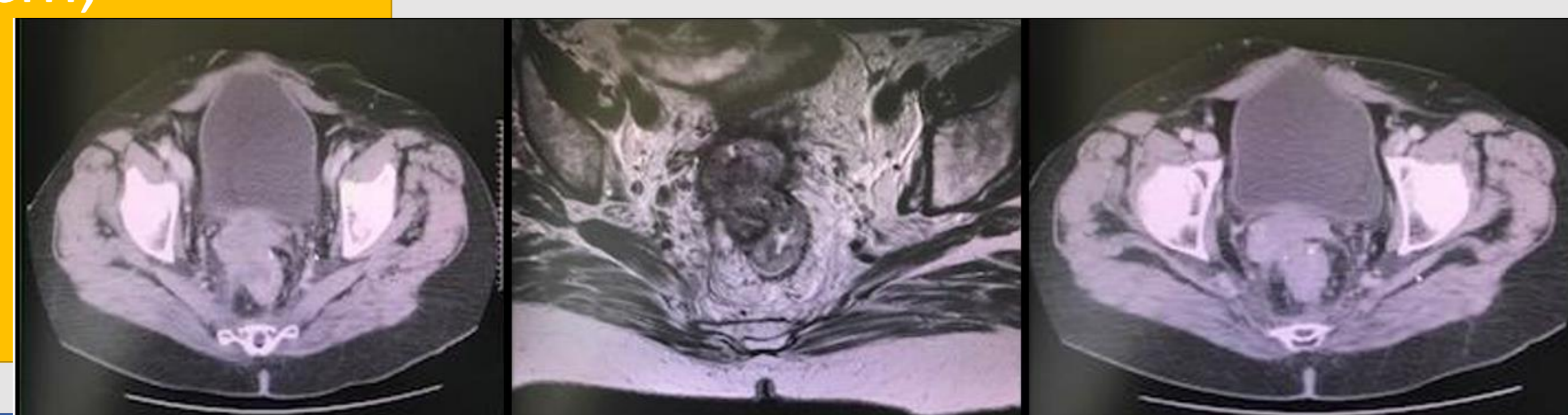
Nov 2011

- Hemicolectomía derecha por pólipo sésil serrado con Ca is + biopsia de implante peritoneal no conocido en el acto quirúrgico: metástasis de adenoca de colon.
- CAPOX x 6 .
- PET-TC normal.

Sept 2014  
(ILE 3m)

Sept 2013

- Recidiva confirmada en cúpula vaginal y masa pélvica irresecable de 8cm, abscesificada y fistulizada, sangrante.
- CPT11 x 2. Toxicidad digestiva g3. Progresión tumoral.
- Absceso y fístula clínicamente relevantes. TVP extensa y TEP.

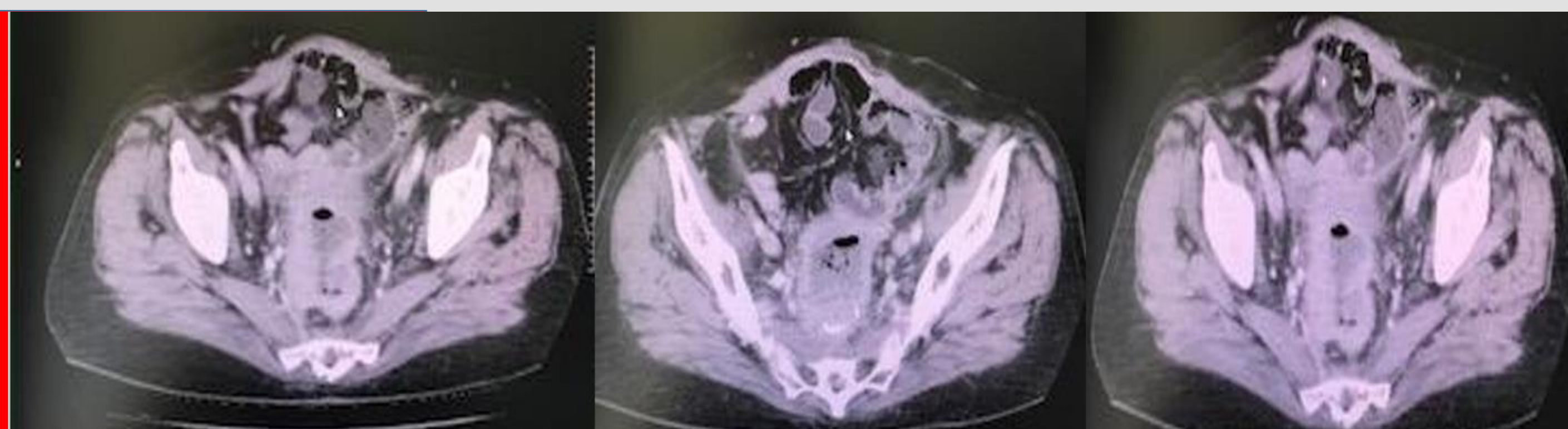


Feb 2015

- Anticoagulada HBPM y Septrin profiláctico.
- NRAS nativo. Capecitabina + Panitumumab x 16 ciclos (14 meses)
- Respuesta parcial
- Toxicidad cutánea g2, ungueal g3, trombopenia g2 y re-trombosis extensa.

Abril 2016

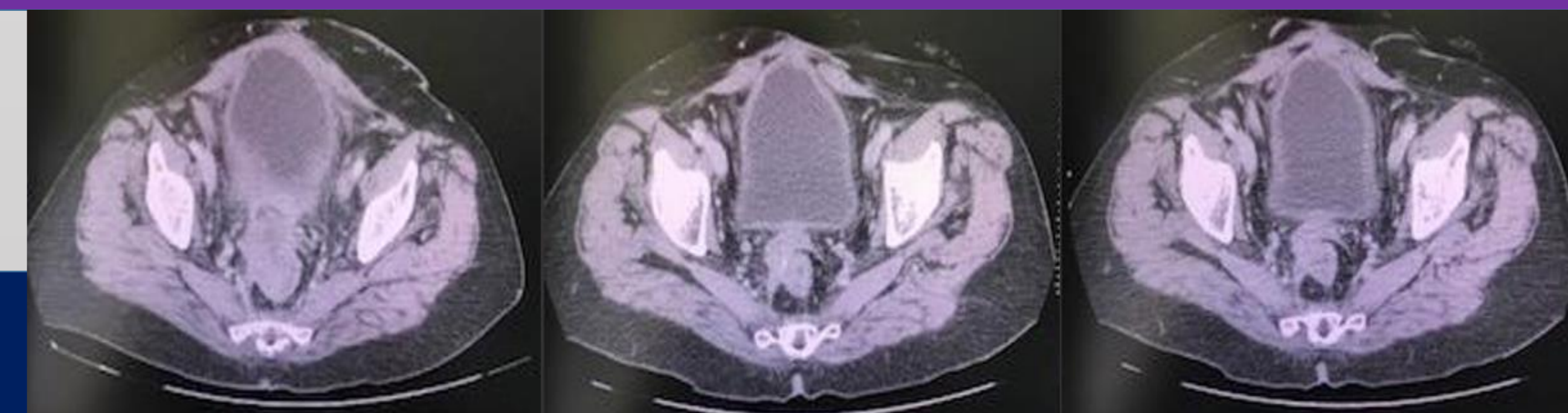
- Regorafenib durante 16 meses con RP RECIST.
- Dosis plena → descenso hasta 80mg → stop → reescalada a 160mg.
- Sdm posttrombótico. Oclusión intestinal por bridas.
- Trombopenia g3, hipotiroidismo, HTA g2, EPP g3 y astenia g3.



- TAS-102 4 meses, progresión.
- ECOG 2. Descanso de tratamiento 2 meses.

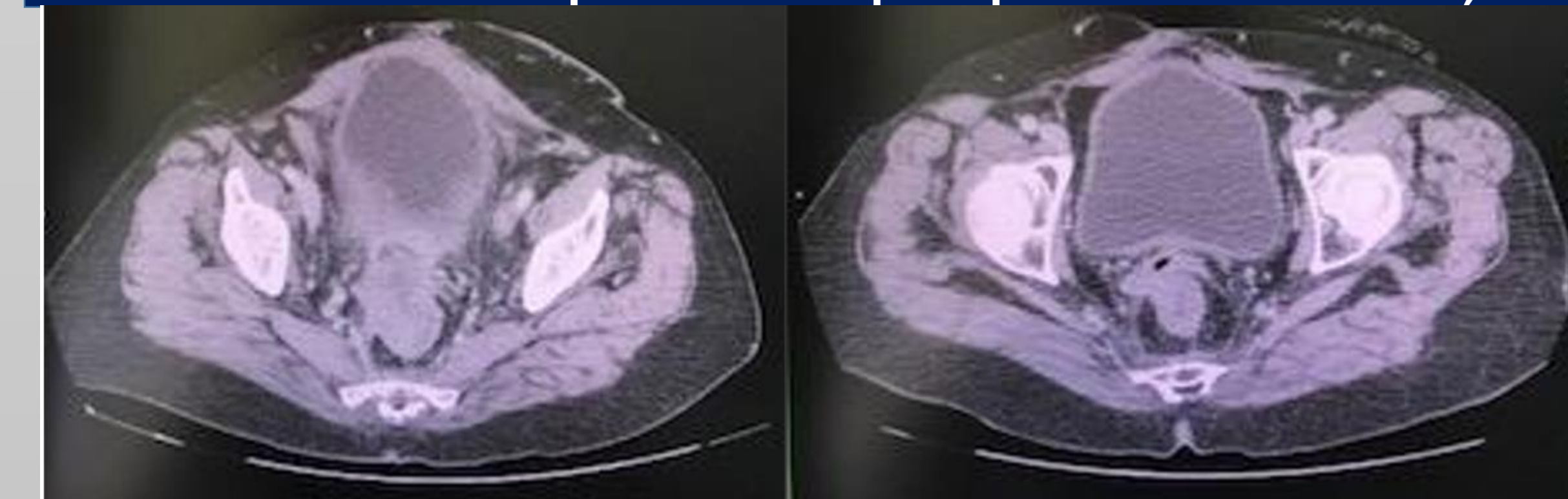
Agosto 2017

Dic 2018



- Capecitabina-Panitumumab x 12 meses, con RP RECIST
- EPP g2, cutánea g3.
- Descanso a petición propia 1.5 meses, retoma tratamiento 3 meses y progresión.

Sept 2019



- Demanda tratamiento pasado el verano, Capecitabina-Bevacizumab x 4 ciclos.
- Enfermedad estable RECIST. NO sangrado ni toxicidad

Dic 2019

**CONCLUSIONES:** necesitamos con urgencia implementar marcadores pronósticos y predictivos en la práctica diaria. Mientras tanto, ningún caso debe darse por perdido, ya que en medicina las sorpresas existen.

1) Martinelli E, Sforza V, Cardone C et al. Clinical outcome and molecular characterisation of chemorefractory metastatic colorectal cancer patients with long term efficacy of regorafenib treatment. ESMO Open 2017 Jul 29; 2(3):e000177  
2) Angeles A, Hung W, Cheung WY. Eligibility of real-world patients with chemo-refractory, K-RAS wild-type, metastatic colorectal cancer for palliative intent regorafenib monotherapy. Med Oncol. 2018 Jun 23;35(8):114.  
3) Adenis A, de la Fouchardiere C, Paule B et al. Survival, safety, and prognostic factors for outcome with Regorafenib in patients with metastatic colorectal cancer refractory to standard therapies: results from a multicenter study (REBECCA) nested within a compassionate use program. BMC Cancer. 2016 Jul 7; 16:412. Epub 2016 Jul 7.  
4) Van Cutsem E, Martinelli E, Cascinu S et al. Regorafenib for Patients with Metastatic Colorectal Cancer Who Progressed After Standard Therapy: Results of the Large, Single-Arm, Open-Label Phase IIIb CONSIGN Study. Oncologist. 2019 Feb;24(2):185-192.  
5) Taberero J, Lenz HJ, Siena S et al. Analysis of circulating DNA and protein biomarkers to predict the clinical activity of regorafenib and assess prognosis in patients with metastatic colorectal cancer: a retrospective, exploratory analysis of the CORRECT trial. Lancet Oncol. 2015 Aug;16(8):937-48.