

Doble metástasis hepática de doble neoplasia de colon: adenocarcinoma y tumor neuroendocrino



Double hepatic metastasis of double colon neoplasia: Adenocarcinoma and neuroendocrine tumour

La gran mayoría de las neoplasias colorrectales son adenocarcinomas. Por el contrario, es bastante infrecuente el hallazgo de un tumor neuroendocrino colorrectal, ya que este representa el 1% de las neoplasias colorrectales y el 4% de los tumores neuroendocrinos. Por otro lado, la presencia de metástasis hepáticas sincrónicas a neoplasias colorrectales es un hecho relativamente habitual, ya que hasta un 15-25% de los adenocarcinomas y un 40-50% de los neuroendocrinos colorrectales las presentan al diagnóstico¹. La agresividad de los tumores neuroendocrinos depende de diversos factores, como el grado de diferenciación, el tamaño tumoral, la clínica hormonal, el nivel de cromogranina A, el número de mitosis o el índice Ki-67². Aunque no existe un consenso global en la literatura en cuanto al manejo idóneo en estas situaciones, se considera que la resección simultánea de ambas lesiones (colorrectal y hepática) es una opción segura y factible siempre que el paciente no sea pluripatológico, o el procedimiento implique asociar una resección anterior baja o una hepatectomía mayor.

Presentamos el caso de una mujer de 77 años, en estudio por anemia crónica, en la que se descubre en una colonoscopia una neoplasia estenosante de colon transverso. En la TC se observó una lesión de 6 cm, estenosante, en el colon transverso, y otra de 5 cm en el ciego, en relación con posible mucocele apendicular no complicado. Además, se apreció una lesión hepática de 1,5 cm en el segmento 7 (fig. 1). La ecografía hepática intraoperatoria detectó otra posible metástasis en el segmento 2, de 0,5 cm. Se realizó hemicolectomía derecha oncológica y resección hepática de ambas lesiones. El informe anatomopatológico informó de un adenocarcinoma de 5 cm en el colon transverso y de un tumor neuroendocrino de 5 cm en el ciego. De los 13 ganglios resecaados se encontró afectación en 4 (2 por adenocarcinoma y 2 por neuroendocrino). Ambas lesiones hepáticas resultaron ser metástasis (una por adenocarcinoma y otra por neuroendocrino). El postoperatorio transcurrió sin incidencias y la paciente fue dada de alta al noveno día. Se realizó un Octreoscan® a los 3 meses de la cirugía de manera ambulatoria, junto con medición de 5-HIAA en orina, resultando ambas pruebas normales.

El seguimiento postoperatorio de los tumores neuroendocrinos con metástasis hepáticas debe ser estrecho debido a su alta tasa de recidiva. Se recomienda seguimiento con analítica y prueba de imagen cada 3-6 meses en G1/G2 y cada 2-3 meses en G3. Además, se debe realizar Octreoscan® o PET-TC con trazador especial (Dota0-Tyr3-Octreotate) a los 18-24 meses de seguimiento. En caso de que la cromogranina A se eleve dicha prueba debe adelantarse².

En cuanto al manejo de las neoplasias de colon con metástasis sincrónicas, cuando el tumor primario es asintomático y las metástasis son resecables, existe debate en



Figura 1 A. Tumor en el ciego. B. Tumor estenosante en el colon transverso. C. Lesión hepática.

cuanto a la aplicación de la quimioterapia antes o después de la cirugía. Una publicación de *Annals of Surgical Oncology*, de Araujo et al.³, mostró que no existían diferencias pronósticas entre ambos manejos. También existe conflicto con respecto a realizar la cirugía en uno o 2 tiempos: la cirugía en un tiempo asocia menor sangrado y menor estancia postoperatoria; por el contrario, la cirugía en 2 tiempos provoca una agresión al paciente y se desaconseja en pacientes de alto riesgo, en resecciones anteriores bajas y en hepatectomías amplias (3 o más segmentos)⁴.

Si el tumor es asintomático pero las metástasis son irresecables, se prefiere dar quimioterapia de entrada, de cara a intentar hacer las metástasis resecables. Sin embargo, cuando el tumor es sintomático (obstruido o perforado), el abordaje recomendado es la cirugía del tumor primario seguido de quimioterapia, pudiendo asociar la resección de las metástasis hepáticas en el mismo procedimiento en el caso de que sean resecables⁴. En este caso, dado que el tumor era sintomático, se decidió realizar la cirugía en un solo tiempo, ya que ambas metástasis requerían resecciones hepáticas mínimas, para así poder evitar un segundo procedimiento quirúrgico que pudiera incrementar el riesgo de morbilidad postoperatoria.

En el año 2016 se publicó un caso clínico donde se describía el hallazgo sincrónico de un adenocarcinoma y un neuroendocrino en el colon; sin embargo, no hemos podido encontrar otro caso con 2 lesiones sincrónicas de colon (una por adenocarcinoma y otra por neuroendocrino), con afectación linfática y metástasis hepáticas por parte de ambos tumores⁵. De este modo, presentamos uno de los primeros casos en la literatura en los que concurren de forma simultánea 2 neoplasias colorrectales cuyos orígenes histológicos son diferentes (adenocarcinoma y neuroendocrino), con respectivas metástasis hepáticas sincrónicas. En este caso, además, se describe la resección de las 2 neoplasias cólicas y de las 2 metástasis hepáticas en la misma intervención.

Bibliografía

- Mulder SA, Kranse R, Damhuis RA, de Wilt JH, Ouwendijk RJ, Kuipers EJ, et al. Prevalence and prognosis of synchronous colorectal cancer: A Dutch population-based study. *Cancer Epidemiol.* 2011;35:442-7.
- Pavel M, O'Toole D, Costa F, Capdevila J, Gross D, Kianmanesh R, et al. ENETS consensus guidelines update for the management of distant metastatic disease of intestinal, pancreatic, bronchial neuroendocrine neoplasms (NEN) and NEN of unknown primary site. *Neuroendocrinology.* 2016;103:172-85.
- Araujo R, Gonen M, Allen P, Blumgart L, DeMatteo R, Fong Y, et al. Comparison between perioperative and postoperative chemotherapy after potentially curative hepatic resection for metastatic colorectal cancer. *Ann Surg Oncol.* 2013;20:4312-21.
- Adam R, de Gramont A, Figueras J, Kokudo N, Kunstlinger F, Loyer E, et al. Managing synchronous liver metastases from colorectal cancer: A multidisciplinary international consensus. *Cancer Treat Rev.* 2015;41:729-41.
- Mohapatra S, Ibrarullah M, Mohapatra A, Baisakh MR. Synchronous adenocarcinoma and neuroendocrine carcinoma of the colon: A case report. *J Surg Case Rep.* 2016;3, 2016.

Francisco J. Tejero-Pintor*, José C. Sarmentero-Prieto, Martín Bailón-Cuadrado, José I. Blanco-Álvarez, Javier Sánchez-González, Rosalía Velasco-López, Paloma Rodríguez-Vielba y David Pacheco-Sánchez

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjtejeropintor@gmail.com

(F.J. Tejero-Pintor).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.05.004>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Utilidad de la colangiografía digital en el diagnóstico de la colangiopatía por IgG4 y en la exclusión de colangiocarcinoma



Usefulness of digital cholangioscopy for IgG4-related cholangitis diagnosis and cholangiocarcinoma exclusion

La colangiopatía por IgG4 es la manifestación extrapancreática más frecuente de la pancreatitis autoinmune (PAI) tipo 1 y ambas se engloban dentro de la enfermedad sistémica relacionada con IgG4¹. Se caracteriza por la aparición de estenosis biliares y la presentación más común es la ictericia obstructiva (70-80%)¹. El diagnóstico se realiza mediante sospecha clínica, pruebas de imagen, niveles séricos de IgG4 y análisis histológico²⁻⁴. Es importante descartar el origen neoplásico de las estenosis biliares, por lo que la colangiografía puede ser de gran utilidad, aunque existen pocos datos publicados al respecto⁵. El tratamiento con corticoides puede ayudar a confirmar el diagnóstico si se demuestra una remisión de la enfermedad².

Presentamos el caso de un paciente de 67 años, con clínica de 2 meses de heces esteatorreicas, saciedad precoz y adelgazamiento. En una tomografía computarizada se objetivó un páncreas «en salchicha» con un realce periférico en anillo. La imagen típica junto con una elevación de IgG4 sérica por encima de 2 veces el valor superior de normalidad (3.110 mg/l [80-1.400 mg/l]), confirmaron el diagnóstico de PAI tipo 1^{3,4} con insuficiencia pancreática exocrina asociada, por lo que se inició tratamiento con enzimas pancreáticas.

Tras permanecer 10 meses asintomático, consultó por epigastria de 3 días, coluria y pérdida de 5 kg de peso, con un aumento de enzimas de colestasis y transaminasas en la analítica. Tres semanas después, la clínica y la analítica habían mejorado, y los niveles de IgG4 eran normales (631 mg/l). Se realizó una colangiopancreatografía por resonancia magnética (RM) en la que se objetivó un conducto pancreático principal filiforme, una dilatación de la vía biliar intrahepática con ausencia de representación del conducto hepático común (CHC) y realce adyacente (fig. 1), sin poder descartar un colangiocarcinoma.

En la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se observaron varias estenosis con dilataciones en los conductos intrahepáticos y una estenosis filiforme en el CHC. En la citología se detectaron