



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-368 - RECAÍDA TARDÍA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA DE CÁNCER DE RECTO

Hernández Alonso, Ricardo; Soto Sánchez, Ana; Hernández Barroso, Moises; Pérez-Sánchez, Luis Eduardo; Díaz Jiménez, Nélida; Hernández Hernández, Guillermo; Barrera Gómez, Manuel Ángel

Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción: Las metástasis de adenocarcinoma intestinal a nivel prostático son infrecuentes, habiéndose descritos pocos casos en la literatura. Las neoplasias malignas primarias que pueden dar metástasis a nivel prostático incluyen el melanoma maligno, pulmón, estómago, pene y laringe. Presentamos un caso de metástasis prostática 5 años después de una amputación abdominoperineal extendida por un adenocarcinoma de recto.

Caso clínico: Paciente varón de 49 años, sin antecedentes de interés, diagnosticado de adenocarcinoma de recto distal en 2015 (T4N0M0), tratado con radio-quimioterapia neoadyuvante y posterior amputación abdominoperineal de recto extendida (ypT2N0). Tras ello, recibió adyuvancia con FOLFOX, administrándose 8 ciclos. En seguimiento presentó recaída pulmonar en 2016, realizándose metastasectomía y en 2019 se realiza lobectomía superior derecha y resección atípica izquierda con anatomía patológica en todos los casos de metástasis de adenocarcinoma enteroide. En 2020 refiere dolor pélvico de nueva aparición, por lo que se solicita Resonancia Magnética donde se evidencia un nódulo en la base del cuerpo esponjoso del lado izquierdo, que está en contigüidad con la próstata, de 16 mm, altamente sospechoso de malignidad y PET-TAC que confirma el aumento de captación metabólica de dicha lesión. Se realiza biopsia de la lesión objetivándose tejido fibromuscular infiltrado por adenocarcinoma inmunofenotípicamente compatible con origen colorrectal. En estudio inmunohistoquímico destaca: PSA-, CK20+, CDX2+. Además, en el último TAC se objetiva a nivel de sutura pulmonar nuevo nódulo sospechoso de malignidad. Ha recibido 5 ciclos de quimioterapia con esquema FOLFOX-Bevacizumab. En TAC de control se objetiva aumento de tamaño del nódulo pulmonar, que pasa a ser de 6 mm a 10 mm, sospechoso de malignidad. Se comenta el caso en comité multidisciplinar, decidiéndose tratamiento con irradiación ablativa/SBRT. Se solicitó nuevo TAC de control tras tratamiento con SBRT, donde se objetivaron datos de respuesta a nivel pulmonar y respuesta completa a nivel prostático, que se confirmaron con RMN de control.

Discusión: Las metástasis de tumores colorrectales en la glándula prostática son muy infrecuentes. El intervalo más largo recogido en la literatura, entre la finalización del tratamiento de un carcinoma colorrectal y la aparición de una metástasis a nivel prostático, es de 10 años. Los diagnósticos diferenciales del adenocarcinoma colorrectal, que se deben tener en cuenta, son el adenocarcinoma ductal prostático y el adenocarcinoma de vejiga. Para su diagnóstico debemos ayudarnos de una toma de biopsia de la lesión metastásica y de la realización de inmunohistoquímica de la muestra, donde presenta relevancia el marcador CDX2, que es un anticuerpo monoclonal para el factor de transcripción nuclear específico del epitelio intestinal y se encuentra presente en el 60-98% de los adenocarcinomas colorrectales primarios y secundarios, frente al 0% en los tumores prostáticos siendo clave en nuestro caso para establecer el

diagnóstico diferencial y el tratamiento más adecuado.