



ELSEVIER

# Gastroenterología y Hepatología

[www.elsevier.es/gastroenterologia](http://www.elsevier.es/gastroenterologia)


## CARTA CIENTÍFICA

### Metástasis quísticas de carcinoma colorrectal, un desafío diagnóstico



### Cystic liver metastases from colorectal cancer, a diagnostic challenge

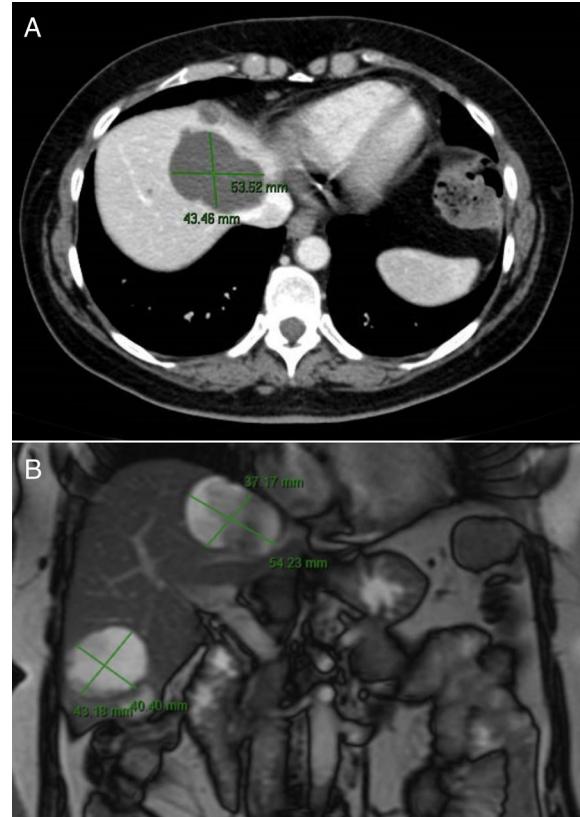
Las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal son la principal indicación de resección hepática en nuestro medio, presentándose entre un 50-75% de los pacientes en la evolución de la enfermedad. La presentación de la enfermedad como metástasis quísticas es extremadamente infrecuente, constituyendo el 1,8% de las metástasis de este origen, y alcanzar un diagnóstico preoperatorio definitivo continúa siendo un reto. La correcta caracterización y posterior aplicación de un tratamiento oncoquirúrgico apropiado optimiza el pronóstico, consiguiendo hasta un 40% de supervivencia a los 5 años<sup>1</sup>.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 50 años intervenida de adenocarcinoma de colon sigmoide estadio IIB (T4N0M0), que no completó el tratamiento adyuvante con XELOX por un fenómeno de hipersensibilidad al oxaliplatino.

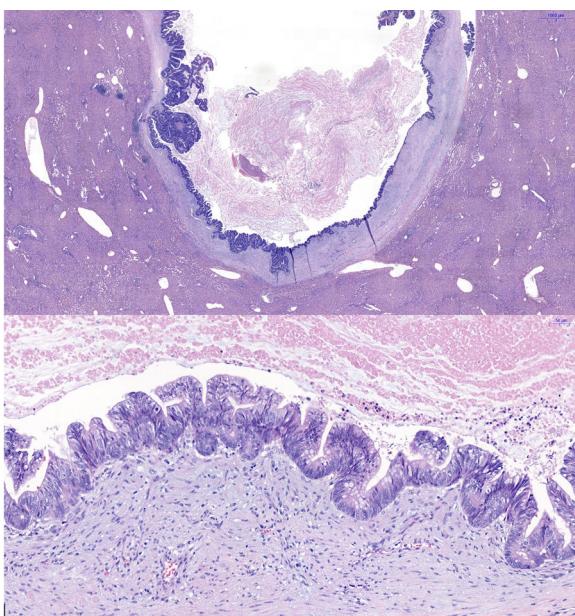
Transcurridos 2 años de la intervención comienza con una elevación de CEA y Ca19.9, por lo que se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) dinámica de hígado (fig. 1A), que evidencia 5 lesiones quísticas de nueva aparición con septos finos y calcificaciones sugestivas de cistoadenomas, sin datos de malignidad. La lesión de mayor tamaño se encontraba en el segmento VIII, de 5,3 × 4,3 cm en el plano axial, con impronta sobre las venas suprahepáticas izquierda y media; el resto de lesiones se encontraban en los segmentos V, III, IVa y VIII, con unas dimensiones de 5,1 × 4,6 cm, 1,9, 1,7 y 1,6 cm en el plano axial, respectivamente.

En la resonancia magnética nuclear (RMN) (fig. 1B), se evidencian las mismas lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 sugestivas de quistes, salvo las localizadas en los segmentos V y VIII que en fase poscontraste tienen captación del borde periférico posterior, compatibles con cistoadenocarcinomas.

En la PET/TAC se describe una lesión hepática metabólicamente positiva y sugestiva de malignidad en el segmento VIII, así como varias lesiones quísticas hepáticas de baja probabilidad de malignidad.



**Figura 1** A)TAC abdominal (fase portal). Se muestran múltiples lesiones quísticas con septos finos en su interior, algunas de ellas con calcificaciones. La mayor de ellas se localiza en el segmento VIII, en la confluencia de las venas suprahepáticas con la vena cava, con dimensiones de 5,3 × 4,3 cm en plano axial. Asocia un trastorno de la perfusión hepática que interesa a los segmentos VIII y IVa. La lesión en el segmento V presenta dimensiones de 5,1 × 4,6 cm. El resto de lesiones se localizan en el segmento III de 1,9 cm, en el segmento IVa de 1,7 cm y en el segmento VIII de 1,6 cm. B) RNM hepática. Se muestran lesiones hepáticas hipointensas en T1 e hiperintensas en T2, sugestivas de quistes, siendo las de mayor tamaño las localizadas en los segmentos VIII y V, algunas presentan septos finos internos y focos de hiperintensidad de señal en T1 en relación con el contenido proteico/hemático.



**Figura 2** Corte histológico. El análisis anatopatológico definitivo de la muestra presenta parénquima hepático infiltrado por múltiples tumoraciones quísticas uniculares de contenido necrótico, rodeado por estroma desmoplásico y tapizado por epitelio tumoral con características histológicas de adenocarcinoma de origen intestinal (seudoestratificación, hipercromatismo, anisocariosis y presencia de polo secretor mucoso).

Ante la falta de certidumbre diagnóstica, y la variable estrategia terapéutica que puede conllevar, se decide en comité multidisciplinar de tumores digestivos realizar una biopsia hepática de la lesión del segmento V que constató parénquima hepático sin evidencia de malignidad. Con este resultado, se decide realizar una biopsia hepática quirúrgica. Durante la intervención se evidencia un hígado macroscópicamente normal y se realiza ecografía intraoperatoria que confirma las lesiones hepáticas descritas en las pruebas de imagen previas. Se realiza biopsia de la lesión localizada en el segmento III y en el segmento V, con informe de anatomía patológica intraoperatorio de «neoplasia quística mucinosa con displasia de alto grado, sin evidencia de carcinoma invasivo», por lo que se decide realizar resecciones atípicas de todas las lesiones (fig. 2).

El postoperatorio cursó con complicaciones postoperatorias leves (Clavien Dindo grado 1), sin insuficiencia hepática según el International Study Group of Liver Surgery. La anatomía patológica definitiva reveló la presencia de metástasis quísticas hepáticas de carcinoma colorrectal. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento sistémico quimioterápico, sin evidencia de recidiva local o sistémica.

La presentación quística de las metástasis de cáncer colorrectal es excepcional, y supone un reto diagnóstico y terapéutico, siendo especialmente difícil en lesiones menores de 15 mm. El aspecto quístico que presentan las lesiones puede ser atribuido a un rápido crecimiento tumoral acompañado de un insuficiente aporte arterial, que lleva a una necrosis central simulando lesiones quísticas en las pruebas de imagen. Además, el subtipo histológico del

adenocarcinoma mucinoso intestinal se ha relacionado con la aparición de este tipo de lesiones<sup>2</sup>.

Cuando aparecen lesiones hepáticas quísticas múltiples, el principal objetivo debe ser descartar el origen metastásico de un tumor primario localizado en colon, mama, riñón, ovario, melanoma o tumor carcinoide. En el caso de lesiones únicas, el diagnóstico diferencial debe hacerse fundamentalmente con el cistoadenoma y el cistoadenocarcinoma<sup>3</sup>.

Las metástasis quísticas hepáticas de cáncer colorrectal en la ecografía se manifiestan como lesiones con centro necrótico y focos de hemorragia, de bordes heterogéneos y mal definidos con paredes irregulares y vascularización anómala, así como con nódulos murales o septos. En la TAC suelen mostrarse como lesiones hipodensas con captación periférica de contraste en la fase arterial, presentando una sensibilidad del 72% con una alta tasa de falsos negativos (16%).

El uso de contrastes hepatoespecíficos como el ácido gadoxético en la RMN ha probado mejorar el diagnóstico de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal con respecto a la TAC en estudios multicéntricos realizados en los últimos años, mejorando la estrategia quirúrgica, así como los resultados oncológicos a medio y largo plazo<sup>4</sup>. El PET/TAC es considerado un método sensible para la detección de las lesiones.

El uso reciente de ecografía con contraste (CEUS) ha mejorado la caracterización de estas lesiones mostrándolas como lesiones con hipercaptación periférica en anillo e hipovascularización central con necrosis y septos en fase arterial, al que sigue un fenómeno de lavado con realce en fase portal<sup>5</sup>.

A pesar de la mejoría en la caracterización radiológica de las lesiones quísticas hepáticas, las metástasis quísticas del cáncer colorrectal son extremadamente infrecuentes. La aparición de estas lesiones de nueva aparición en pacientes con antecedentes de cáncer colorrectal obliga a descartarlas; no obstante, el diagnóstico definitivo continúa siendo un desafío que en ocasiones solo se solventará mediante el estudio histológico, bien mediante biopsia percutánea o quirúrgica.

## Bibliografía

1. Jang H, Lim H, Lee W, Lee S J, Yun JY, Choi D, et al. Small Hypoattenuating Lesions in the Liver on Single-phase Helical CT in Preoperative Patients With Gastric and Colorectal Cancer: Prevalence Significance, and Differentiating Features. *J Comput Assit Tomogr*. 2002;26:718-24, <http://dx.doi.org/10.1097/0004728-200209000-00009>.
2. Sugawara Y, Yamamoto J, Yamasaki S, Shimada K, Kosuge T, Sakamoto M. Cystic liver metastases from colorectal cancer. *J Surg Oncol*. 2000;74:148-52, [http://dx.doi.org/10.1002/1096-9098\(200006\)74:2<148::AID-JSO13>3.0.CO;2-N](http://dx.doi.org/10.1002/1096-9098(200006)74:2<148::AID-JSO13>3.0.CO;2-N).
3. Del Poggio P, Buonocore M. Cystic tumors of the liver: A practical approach. *World J Gastroenterol*. 2008;14:3616-20, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.14.3616>.
4. Zech CJ, Korpraphong P, Huppertz A, Denecke T, Kim MJ, Tanomkiat W, et al., VALUE study group. Randomized multicentre trial of gadoxetic acid-enhanced MRI versus conventional MRI or CT in the staging of colorectal cancer liver metastases. *Br J Surg*. 2014;101:613-21, <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.9465>.
5. Corvino A, Sandomenico F, Venanzio S, Corvino F, Tafuri D, Catalano O. Morphological and dynamic evaluation of

complex cystic focal liver lesions by contrast-enhanced ultrasound: Current state of the art. *J Ultrasound*. 2019;22:251–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s40477-019-00385-2>.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [fieroaguilaralberto@gmail.com](mailto:fieroaguilaralberto@gmail.com)  
(A. Fierro Aguilar).

Alberto Fierro Aguilar\*, María Dolores Casado Maestre,  
Sergio Cerrato Delgado, María Jesús Castro Santiago,  
Alejandro Caro Romero y José Manuel Pacheco García

*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*