

Cartas al Director

Metástasis esplénica metacrónica de cáncer de colon. Presentación de un caso infrecuente

Palabras clave: Bazo. Metástasis. Cáncer de colon.

Key words: Spleen. Metastasis. Colon cancer.

Sr. Director:

Las metástasis esplénicas en el cáncer de colon son realmente infrecuentes siendo inferior a la decena el número de casos publicados en la literatura anglosajona (1). Suelen aparecer en el contexto de una carcinomatosis peritoneal o de la afectación de otros órganos vecinos y otras metástasis a distancia. Teóricamente, las características anatómicas e histológicas del bazo, así como su función inmunológica lo protegerían de la presencia de metástasis en el cáncer colorrectal. En otras ocasiones se trata de una invasión por contigüidad en los casos de cáncer de ángulo esplénico de colon transverso.

Durante el seguimiento, las metástasis del bazo se pueden detectar por elevación del antígeno carcinoembrionario (CEA) y TAC (2), así como con el uso de la ecografía abdominal y de pruebas de imagen como la PET (3).

El tratamiento de las metástasis esplénicas del cáncer colorrectal consiste en la realización de la esplenectomía (4), habiéndose mostrado un aumento en la supervivencia en ausencia de diseminación a otros órganos en los resultados mostrados por Weathers (5). El abordaje de la esplenectomía por vía laparoscópica se ha mostrado como una técnica segura y con importantes ventajas en el caso de patología benigna, no mostrando mayor morbimortalidad que la esplenectomía abierta en patología maligna (6).

Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 57 años de edad sin antecedentes personales que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución. Se realiza

TAC de urgencias donde se detecta plastrón inflamatorio a nivel de colon izquierdo con presencia de líquido libre. La laparotomía tiene como hallazgo una tumoración de sigma que infiltra ovario y trompa uterina izquierda, realizándose hemicolectomía izquierda con realización de colostomía terminal y salpingooforectomía izquierda. El estudio anatomopatológico es de un adenocarcinoma bien-moderadamente diferenciado que afecta a la grasa regional y al mesoovario y 20 ganglios linfáticos todos negativos (T4 N0 M0). El estudio de TAC postoperatorio es negativo y los marcadores tumorales son normales a los seis meses de la intervención. En la TAC realizada un año después de la intervención se detectan dos imágenes nodulares (Fig. 1) en bazo así como elevación del CEA. Se realiza PET que detecta 2 focos hipermetabólicos a nivel esplénico.

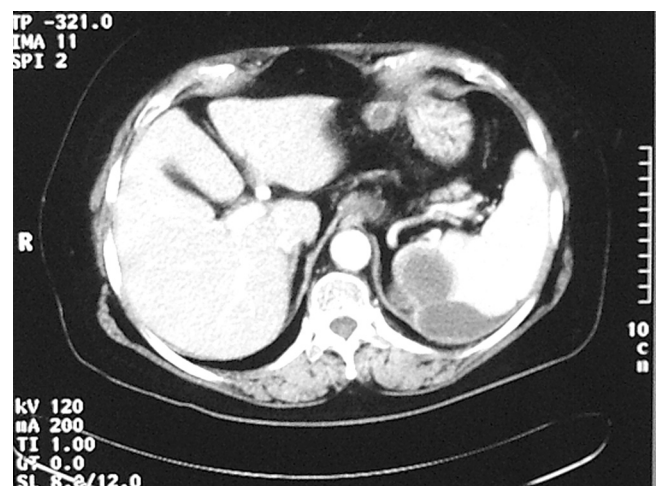


Fig. 1.- Tomografía axial computerizada mostrando lesiones nodulares en el bazo.

La paciente recibe un total de 24 ciclos de quimioterapia (oxaliplatino-degramon). Durante el tratamiento quimioterápico la paciente presenta trombosis venosas profundas en ambos

Tabla I. Casos recogidos en la bibliografía

Ref.	7	8	9	10	11	5	6	12	13	14	15	1	El nuestro
Edad (años)	69	72	81	72	62	74	33	65	62	51	55	73	57
Sexo	Masc.	Masc.	Fem.	Fem.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Masc.	Masc.	Fem.	Fem.	Fem.
Tumor 1º	R	S	C	S	D	S	S	A	S	S	S	S	S
Diferenciación	Mod.	Adeno	Adeno	Adeno	Mucin.	Pobre	Mod	Mod	Bien	Bien	M	M	Bien
Estadio Dukes	C	C	C	B	C	B	C	C	C	C	C	b	C
Intervalo (meses)	53	48	30	132	12	24	3	33	23	72	18	72	12
Síntomas	Pérdida de peso	CEA↑	CEA↑	CEA↑	CEA↑	CEA↑	CEA↑	CEA↑	No	TAC	CEA↑	CEA↑	TAC, CEA↑ PET
Tamaño (cm)	18x15x12	7x9	n.d.	3x3x3	4x4	9,5x8,5x4,8	3,5x3,5	5x5	3x3x3	n.d.	n.d.	n.d.	2 x 3 x 4 1 x 1 x 2
Solitario/múltiple	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Solitario	Doble
CEA (ng/ml)	Normal	106	6,5	223	n.d.	23,4	15,7	14,9	2,5	n.d.	n.d.	n.d.	110
Tratamiento	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía	Esplenectomía
Pronóstico (meses)	84 muerto	6 muerto	12 vivo	66 muerto	14 vivo	12 vivo	12 vivo	18 vivo	19 vivo	n.d.	n.d.	n.d.	12 vivo

*C: ciego; R: recto; S: sigma; D: colon descendente. + n.d.: no hay datos.

miembros inferiores que requieren colocación de filtro de vena cava inferior. Se realiza esplenectomía laparoscópica para el tratamiento de las metástasis esplénicas. La esplenectomía laparoscópica se realiza según la técnica habitual con colocación de 4 trócares siguiendo el reborde costal izquierdo en su límite inferior y con la paciente en decúbito supino lateralizada hacia la derecha, no siendo una contraindicación para la realización de la misma la cirugía abdominal previa ni la presencia de una colostomía terminal. Se realiza la extracción de la pieza por minilaparotomía en hipocondrio izquierdo con bolsa extractora. En la anatomía patológica se confirma la presencia de metástasis de adenocarcinoma de colon.

Actualmente, un año después de la esplenectomía, la paciente continúa en tratamiento quimioterápico aunque presenta progresión de dos nódulos pulmonares y elevación del antígeno carcinoembrionario, así como signos radiológicos en la TAC de infiltración tumoral a nivel de la pared abdominal. Habiendo sido rechazada la cirugía de resección de las metástasis pulmonares por progresión de la enfermedad abdominal, estando actualmente la paciente en tratamiento quimioterápico.

Las metástasis esplénicas en el cáncer de colon son muy infrecuentes y más aún encontrarlas de forma aislada. En la tabla I se presentan los casos recogidos en la literatura anglosajona hasta el año 2001.

En el seguimiento del cáncer colorrectal hay que tener en cuenta la presencia de las metástasis esplénicas, para ello tienen gran importancia detectar la elevación de los niveles séricos de CEA y la realización periódica de TAC o cuando exista una elevación del CEA. En casos dudosos es de gran ayuda la realización de una tomografía por emisión de positrones (PET), del mismo modo que se ha usado en los casos dudosos de metástasis hepáticas o de recidivas tras ablación de las mismas (16).

Existe consenso en que el tratamiento de la metástasis esplénica aislada es la esplenectomía asociada o no a quimioterapia según el protocolo que se siga con el tumor primario, aunque no existe ningún trabajo en la bibliografía con suficiente evidencia científica para afirmar que la esplenectomía es el tratamiento de las metástasis esplénicas y que este reporta una mayor supervivencia, las series recogidas en la bibliografía,

aunque con escaso número de pacientes así lo sugieren (1). La supervivencia tras la esplenectomía en los casos de cáncer colorrectal con metástasis esplénica varía entre los 6 meses y 7 años (6). Actualmente es aceptada la esplenectomía como tratamiento de la metástasis esplénica, dado que es una intervención que no supone una elevada morbimortalidad y que no es difícil técnicamente, pudiéndose abordar por vía laparoscópica, considerándose actualmente como un índice de conversión aceptable por debajo del 5%. La esplenectomía laparoscópica en la patología benigna del bazo presenta mejores resultados que la esplenectomía abierta (6), y es cada vez más aceptado el tratamiento laparoscópico de la patología hematológica maligna del bazo (17), aunque debido a al escaso número de casos no es posible afirmar lo mismo con certeza en el caso de las metástasis esplénicas del cáncer colorrectal.

En nuestra opinión es fundamental para la detección de estas metástasis la realización periódica de marcadores tumorales (CEA y Ca 19,9), TAC abdominal y en casos de dudas diagnósticas la realización de una PET. El diagnóstico precoz es de gran importancia dado que parece que la esplenectomía en ausencia de otras metástasis a distancia sí aumenta la supervivencia como así muestra la serie presentada por Weathers (5). Una vez diagnosticadas se debe realizar una esplenectomía que en nuestra opinión puede ser realizada por vía laparoscópica, no siendo una contraindicación la cirugía abdominal previa ni la enfermedad maligna.

L. Lobato, J. Pérez-Lara, F. J. Moreno y H. Oliva

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de Antequera. Málaga

Bibliografía

- Genna M, et al. Metachronous splenic metastasis of colon cancer. A case report. *Minerva Chir* 2003; 58 (6): 811-4.
- Kim JC, Jeong CS, Kim HC, Yu CS, Kang GH, Lee MG. Isolated

- splenic metastasis from colorectal carcinoma: a case report. *J Korean Med Sci* 2000; 15 (3): 355-8.
3. Tutt TA, Plunkett SF, Barrington MD. The role of positron emission tomography in the management of colorectal cancer. *Colorectal Disease* 2004; 6 (1): 2.
 4. Induhara R, Vogt D, Levin HS, Church J. Isolated splenic metastases from colon cancer. *South Med J* 1997; 90 (6): 633-6.
 5. Weathers BK, Modesto VL, Gordon D. Isolated splenic metastasis from colorectal carcinoma: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1999; 42 (10): 1345-8.
 6. Burch M, Misra M, Phillips EH. Splenic malignancy: a minimally invasive approach. *Cancer J* 2005; 11 (1): 36-42.
 7. Dunbar WH, Bearhs OH, Morlock CG. Solitary splenic metastasis incidental to rectal carcinoma. *Mayo Clin Proc* 1969; 44: 40-5.
 8. Waller RM, Fajman WA. An unusual cause of an isolated, focal splenic defect demonstrated by liver-spleen scintigraphy. *Clin Nucl Med* 1982; 7: 5-6.
 9. Slavin JD Jr, Matthews J, Spencer RP. Splenectomy for splenic metastasis from carcinoma of the colon. *Clin Nucl Med* 1986; 11: 491-2.
 10. Thomas SM, Fitzgerald JB, Pollock RE, Evans DB. Isolated splenic metastasis from colon carcinoma. *Eur J Surg Oncol* 1993; 19: 485-90.
 11. Mariprize KS, Berry AR. Solitary splenic metastasis from colorectal carcinoma. *Br J Surg* 1997; 84: 70.
 12. Miller NJ, Milton GW. An experimental comparison between tumor growth in the spleen and liver. *J Pathol Bacteriol* 1965; 90: 515-21.
 13. Okuyama, Takashi, Oya, Masatoshi, Ishikawa, Hiroshi. Isolated splenic metastasis of sigmoid colon cancer: a case report. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2001; 31 (7): 341-5.
 14. Place RJ. Isolated colon cancer metastasis to the spleen. *Am Surg* 2001; 67 (5): 454-7.
 15. Cavallaro A, Modugno P, Specchia M, Pontenza AE, Loschiavo V, Colli R, et al. Isolated splenic metastasis from colon cancer. *J Exp Clin Cancer Res* 2004; 23 (1): 143-6.
 16. Wiering B, Ruers TJ, Oyen WJ. Role of FDG-PET in the diagnosis and treatment of colorectal liver metastases. *Expert Rev Anticancer Ther* 2004; 4 (4): 607-13.
 17. Torelli P, et al. Laparoscopic splenectomy for hematological diseases. *Surg Endosc* 2002; 16 (6): 965-71. Epub 2002 Feb 28.