

A Piedra<sup>1</sup>, B Martín-Cullell<sup>1</sup>, V Fusté<sup>2</sup>, A Virgili<sup>1</sup>

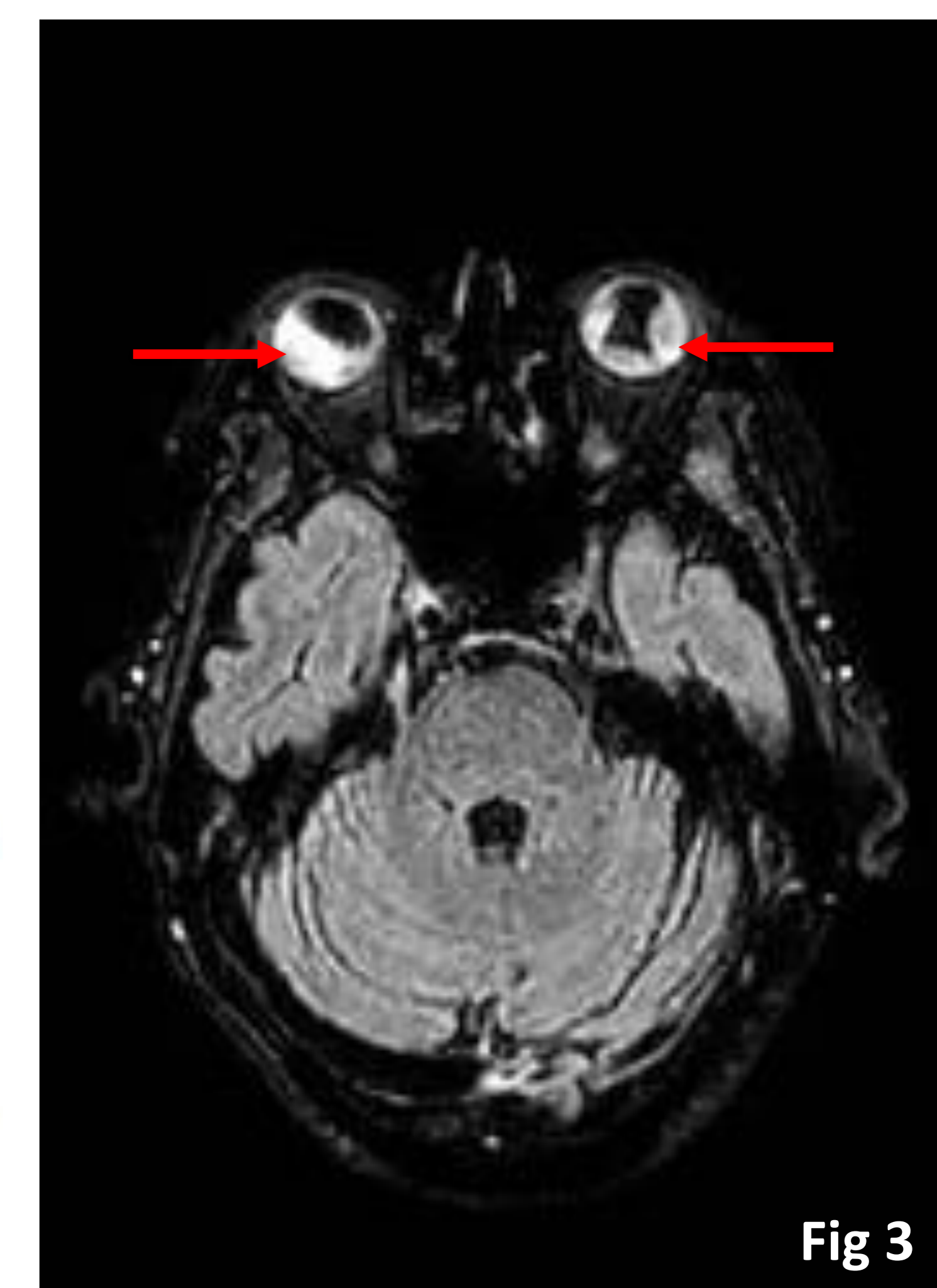
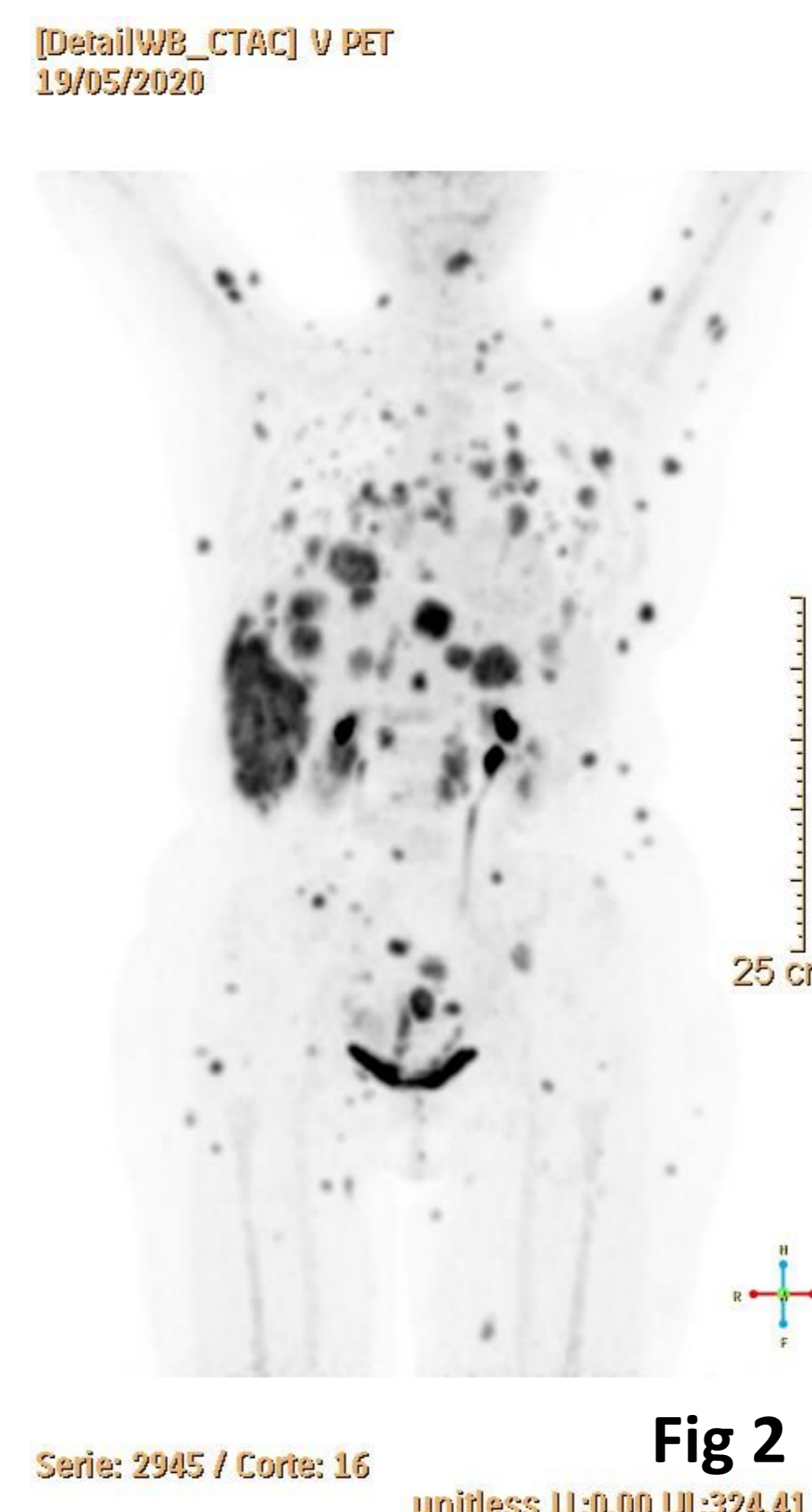
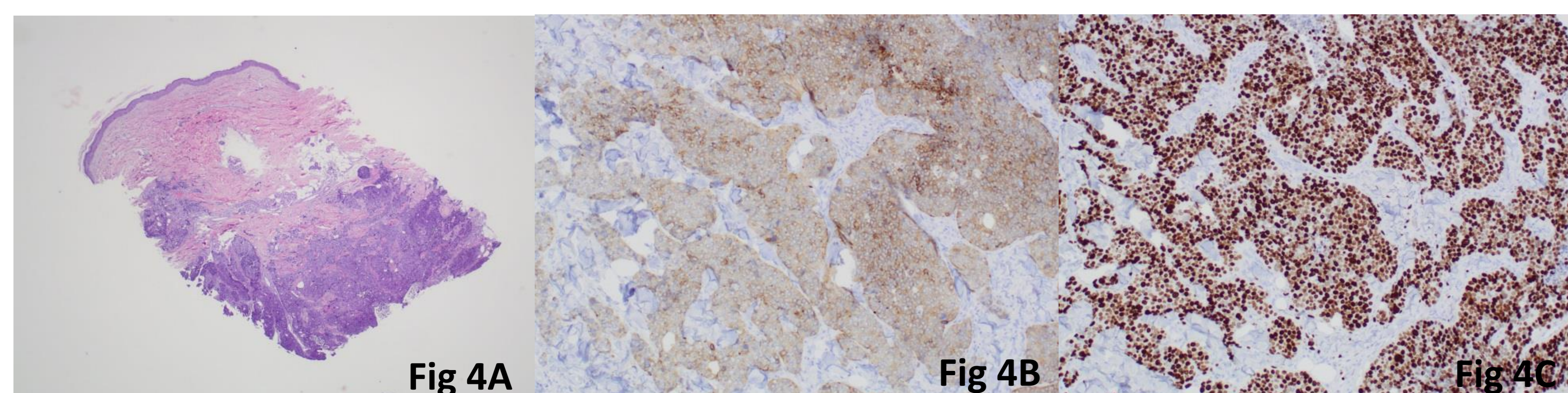
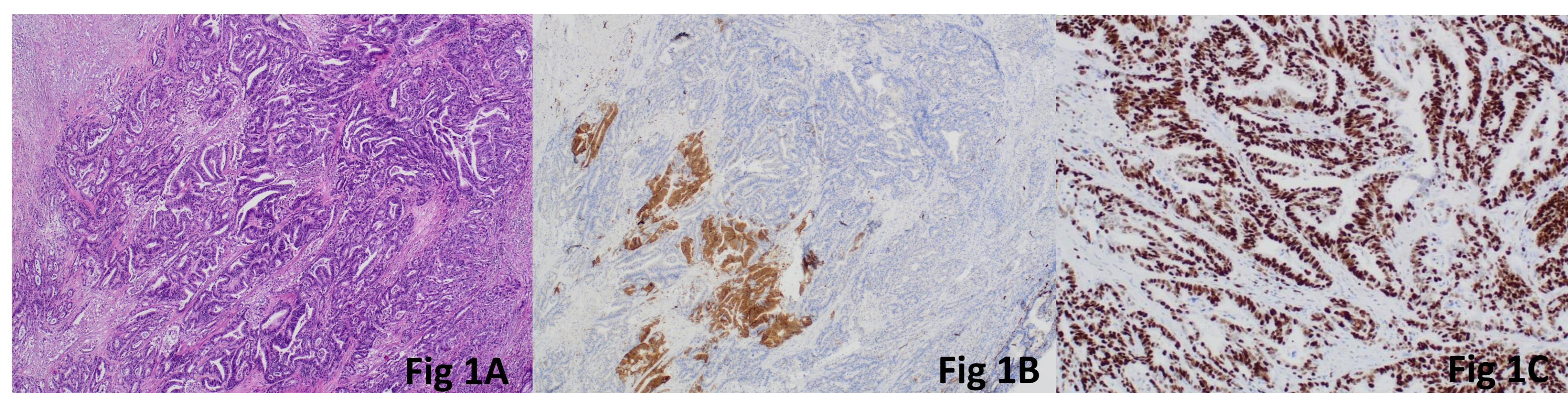
<sup>1</sup> Servicio de Oncología Médica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau <sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

## HISTORIA CLÍNICA

- Paciente mujer de 68 años con antecedentes personales de triple neoplasia metacrónica (mama derecha en 1998, mama izquierda en 2007, linfoma folicular en 2011), en remisión completa. En Abril de 2019, en PET-TC de control de linfoma, se evidencia una **lesión hipermetabólica en unión recto-sigmoidea**, sugestiva de neoplasia. Se realiza videocolonoscopia con toma de biopsias mostrando la Anatomía Patológica (AP) un **adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado**. La Resonancia Magnética (RM) confirma neoplasia de recto a 93 mm de margen anal cT3cN2b EMVI positivo (4). CEA 19.7 µg/L. El estudio de extensión descarta diseminación a distancia.
- En Julio de 2019, la paciente inicia quimioterapia neoadyuvante con capecitabina 825/m<sup>2</sup>/12h. La RMN de valoración de respuesta muestra TRG grado 4 (mínima fibrosis). Negativización de CEA prequirúrgico (2.5µg/L). En Septiembre de 2019, se realiza resección anterior baja + exéresis total del mesorrecto con ileostomía de protección. La AP (**ver Figura 1**) informa de un **adenocarcinoma de recto medio moderadamente diferenciado con focos de diferenciación neuroendocrina (20%)** en tinción H&E (A). Estudio inmunohistoquímico mostró tinción de sinaptofisina en un 20% (B), con un índice de proliferación (Ki67) del 90% (C). Posteriormente, recibe 7 ciclos de quimioterapia adyuvante según esquema FOLFOX6m.
- En Mayo de 2020, acude por **pérdida de visión bilateral** y síndrome tóxico que condiciona ingreso en Oncología Médica. Análíticamente destaca elevación de CEA 18 µg/L, CA 19.9 482,1 kUI/L, enolasa neuronal específica (NSE) 67,9 µg/L y Cromogranina A 151,5 ng/mL.
- Exploración física: ECOG PS 2. Se realiza **fondo de ojo** con desprendimiento de retina exudativo bilateral subtotal con masas múltiples subretinianas en ambos ojos.

## EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

- Durante el ingreso, se realiza **OCT macular**, que muestra **masas coroideas sugestivas de metástasis con desprendimiento de retina exudativo**. Se realiza **PET-TC (ver Figura 2)**, que muestra signos de **enfermedad metastásica extensa** con afectación adenopática supra e infradiaphragmática, hepática, pulmonar, ósea, muscular, en partes blandas y en ambas coroides, coincidente con sospecha clínica de **invasión tumoral de coroides**, así como en recto (SUV máx 13.94), sugestivo de persistencia del proceso neoproliferativo conocido. En **RMN cerebral**, se confirma diseminación metastásica difusa supra e infratentorial. En secuencia FLAIR (**ver Figura 3**), aumento de volumen en región coroidea de ambos globos oculares, con presencia de tejido con señal hiperintensa, sugestivos de **M1 coroideas con desprendimiento coroideo bilateral asociado**.
- Valorado el caso como **progresión multiorgánica rápidamente progresiva atípica**, se decide **biopsia de lesión subcutánea**, mostrando la AP (**ver Figura 4**) **metástasis cutánea de carcinoma neuroendocrino** de probable origen rectal en tinción H&E (A). Estudio inmunohistoquímico mostró expresión de sinaptofisina (B), con un índice de proliferación (Ki67) del 99% (C). No se objetivó componente de adenocarcinoma. Se valora como **desdiferenciación a carcinoma neuroendocrino de adenocarcinoma de recto** y se decide **RT coroidea bilateral** (20 Gy/5 fracciones) e inicio de quimioterapia esquema carboplatino-etopósido. Pese a tratamiento, la paciente presenta deterioro clínico y analítico progresivo, que impide continuar con tratamiento oncológico activo. Finalmente, la paciente fallece en Julio de 2020.



## DISCUSIÓN

- Los órganos más frecuentes de metastatización de adenocarcinoma colorrectal comprenden el hígado (77%), peritoneo (25%) y los pulmones (22%)<sup>1</sup>, siendo muy infrecuentes las metástasis intraoculares.
- Los tratamientos utilizados en metástasis coroideas varían: radioterapia paliativa, Bevacizumab intravítreo (lesiones de pequeño tamaño<sup>2</sup>) o enucleación (en afectación ocular muy extensa)<sup>1</sup>.
- Nos encontramos ante una paciente con un adenocarcinoma de recto que tras realizar quimioterapia neoadyuvante, cirugía y quimioterapia adyuvante, presenta **progresión multiorgánica con metástasis bilateral de coroides** a los 13 meses del diagnóstico, con biopsia de una de las metástasis subcutáneas compatible con **desdiferenciación neuroendocrina del tumor**.
- El tiempo de supervivencia tras la diseminación a distancia fue de 2 meses, sin presentar respuesta a radioterapia local ni a quimioterapia sistémica.

## REFERENCIAS

1. Cruzado-Sánchez D, Saavedra-Mejía LA, Tellez WA, Maquera-Torres G, Serpa-Frias S. Metastatic Intraocular Tumor Due to Colorectal Adenocarcinoma: Case Report and Literature Review. J Ophthalmic Vis Res 2020;15:565–570.
2. Lin, C.-J., Li, K.-H., Hwang, J.-F., & Chen, S.-N. (2009). The effect of intravitreal bevacizumab treatment on choroidal metastasis of colon adenocarcinoma—case report. Eye, 24(6), 1102–1103.
3. Hawaja MR, Minturn JT, Spittler AJ, Chiorean EG. Ocular metastasis of colorectal cancer: An uncommon presentation of a common malignancy. Hematol Oncol Stem Cell Ther. 2015 Dec;8(4):176-80.
4. Miyamoto H, Kurita N, Nishioka M, Ando T, Tashiro T, Hirokawa M, Shimada M. Poorly differentiated neuroendocrine cell carcinoma of the rectum: report of a case and literal review. J Med Invest. 2006 Aug;53(3-4):317-20.
5. Song LJ, Yuan L. Comparative analysis of colorectal mixed adenoneuroendocrine carcinoma and adenocarcinoma with neuroendocrine differentiation: a population-based study. Int J Clin Exp Pathol. 2019 Mar 1;12(3):922-932.
6. Shields, C. L., Shields, J. A., Gross, N. E., Schwartz, G. P., & Lally, S. E. (1997). Survey of 520 Eyes with Uveal Metastases. Ophthalmology, 104(8), 1265–1276. doi:10.1016/s0161-6420(97)30148-1

## CONTACTO

[apiedra@santpau.cat](mailto:apiedra@santpau.cat)