

## Metástasis Hepática Sincrónica de ADC Colorrectal

Alfredo Alejandro Monsalve , Silvia Rossana Rojas Gómez , María Isabel Ramírez López , Braandon Ramírez 

Autor de Correspondencia: Alfredo Alejandro Monsalve Correo Electrónico: [alfredo512m@gmail.com](mailto:alfredo512m@gmail.com)

Afiliación

### Resumen

**Introducción:** es bien sabido que el cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes a nivel mundial y su sospecha clínica es uno de los mayores detonantes para realizar estudios endoscópicos. En sus etapas avanzadas es un hallazgo frecuente la metástasis hepática. Sin embargo, se considera infrecuente la presentación de metástasis sincrónica ausencia de signos, síntomas o hallazgos imagenológicos sugestivos de lesión primaria en esta etapa de la enfermedad, lo que complica la determinación de dicha lesión primaria y dificulta el tratamiento. **Caso clínico:** paciente masculino de 52 años de edad quien consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a pérdida de peso y síntomas de distress postprandial asociados a masa palpable en cuadrante superior izquierdo, siendo llevado a endoscopia digestiva superior observando compresión extrínseca gástrica, por lo que es llevado a tomografía computarizada abdominopélvica contrastada, en la que se observa lesión hepática de gran tamaño con múltiples lesiones satélites en ausencia de clínica sugestiva de alguna lesión primaria, por lo que se toma biopsia por trucut arrojando resultados para ADC de colon corroborados por inmunohistoquímica. Se realiza colonoscopia en la que se observa lesión a nivel de colon sigmoides, por lo que es remitido a servicio de oncología donde recibe protocolo FOLFOXIRI + Avastin por 6 meses logrando mejoría imagenológica y endoscópica. **Conclusiones:** En el diagnóstico de cáncer colorrectal siempre se ha tomado en cuenta la clínica y paraclínica para establecer la necesidad de estudios endoscópicos y otras herramientas de tamizaje. Ante la ausencia de esta y en el escenario de lesiones hepáticas se debe tener en cuenta como alternativa la toma de biopsia hepática como una medida para agilizar el diagnóstico y brindar un tratamiento dirigido y oportuno.

**Palabras clave:** Sincrónico, Asintomático, Cáncer Colorrectal, Tomografía.

### Synchronous Liver Metastasis from Colorectal Adenocarcinoma

#### Abstract

**Introduction:** Colorectal cancer is one of the most prevalent malignancies worldwide, and its clinical suspicion is a major trigger for endoscopic evaluation. In advanced stages, liver metastases are frequently observed. However, the occurrence of synchronous metastases in the absence of signs, symptoms, or imaging findings suggestive of a primary lesion is uncommon, complicating the identification of the primary tumor and thus hindering appropriate treatment. **Case Presentation:** A 52-year-old male presented with abdominal pain in the epigastric and right hypochondriac regions, accompanied by weight loss and postprandial distress. On physical examination, a palpable mass was noted in the left upper quadrant. Upper gastrointestinal endoscopy revealed extrinsic gastric compression. A contrast-enhanced abdominopelvic CT scan showed a large hepatic lesion with multiple satellite nodules, but no evidence of a primary lesion. A liver trucut biopsy was performed, revealing features consistent with colorectal adenocarcinoma, confirmed by immunohistochemistry. Colonoscopy identified a lesion in the sigmoid colon. The patient was referred to the oncology department and treated with a FOLFOXIRI + Avastin regimen for six months, resulting in clinical, imaging, and endoscopic improvement. **Conclusions:** In the diagnostic approach to colorectal cancer, clinical and paraclinical findings typically guide the use of endoscopic and screening tools. In their absence, particularly in the presence of hepatic lesions, liver biopsy should be considered to expedite diagnosis and enable timely, targeted therapy.

**Keywords:** Synchronous, Asymptomatic, Colorectal cancer, CT Scan.

### Introducción

El Cáncer colorrectal es en la actualidad el tercer cáncer más frecuente a nivel mundial con una prevalencia de 13-18.5 por cada 100000 habitantes y una mortalidad estimada de 6.1 por cada 100000 habitantes en nuestro país.<sup>1, 2</sup> Se debe considerar que las neoplasias de colon son de crecimiento lento el cual se estima en un periodo de 15 – 20 años antes del desarrollo de enfermedad metastásica, lo cual confiere una ventana de acción en materia de prevención y tamizaje.<sup>3-8</sup>

La sospecha diagnóstica se orienta con base en los síntomas que pueden ser subdivididos hacia característicos de colon derecho o izquierdo según los signos y síntomas evidenciados. Se consideran lesiones con buena respuesta a la quimioterapia aun en etapas avanzadas.<sup>4,8</sup>

Se ha descrito que hasta un 30% de los pacientes presentan metástasis hepática, siendo esta a su vez la lesión neoplásica más frecuente a nivel hepático. El diagnóstico de MT distante suele estar directamente relacionada con un detrimento en la sobrevida del paciente a corto plazo con amplia variedad en sus características morfológicas.<sup>9-12</sup>

Cómo citar este artículo: Monsalve AA, Rojas Gómez SR, Ramírez López MI, Ramírez B. Metástasis hepática sincrónica de ADC colorrectal. Rev Gen. 2025;79(3):149-154. doi:10.61155/gen.v79i3.742.

Estas se clasifican según su tiempo de diagnóstico en: Sincrónicas: antes de la lesión primaria o en los primeros 6 meses posterior al diagnóstico de esta, Metacrónica temprana: 6-12 meses posterior al diagnóstico de la lesión primaria, Metacrónica tardía: más de 12 meses posterior al diagnóstico de la lesión primaria.<sup>12-14</sup>

No existe una epidemiología clara pero si existen trabajos en los que se concluye como una condición infrecuente la cual complica el proceso diagnóstico ante la ausencia de datos clínicos para el planteamiento de un potencial tumor primario en el cual la biopsia hepática juega un papel fundamental.<sup>15, 16</sup>

El tratamiento se considera de enfoque multidisciplinario entre los que se describe la resección a nivel hepática en pro de lograr márgenes libres de lesión, existiendo otras opciones como la quimioembolización transarterial, terapias ablativas y siendo la más utilizada actualmente la quimioterapia neoadyuvante.<sup>17-20</sup>

## Caso Clínico

Paciente masculino de 49 años de edad, natural y procedente del estado Mérida quien refiere enfermedad actual hace 9 meses caracterizado por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo asociado a pérdida de peso cuantificada en 15 kg en 3 meses, sin antecedentes personales, familiares u oncológicos de importancia. a la exploración funcional refiere síntomas dispépticos dados por saciedad precoz y distensión postprandial, asociados a regurgitación y pirosis en los últimos 3 meses. Sin cambios de patrón evacuatorio. Acude a consulta con signos vitales: PA 140/90 Fc: 112 LPM, FR: 20 RPM, destaca al examen físico vaciamiento de fosas temporales asociado a masa abdominal palpable que compromete ambos hipocondrios, epigastrio y flanco derecho.

Ante la sintomatología y condiciones descritas es ingresado planteando probable neoplasia gástrica por lo que se solicita paraclínica inicial sin hallazgos significativos (**Tabla 1**) y se decide preparar para gastroscopia evidenciando Moniliasis esofágica KODSI II, Compresión extrínseca en cuerpo y fundas gástrico, Gastropatía crónica antral y Duodenopatía erosiva.

**Tabla 1.** Paraclínica de ingreso en la que destacan enzimas hepáticas discretamente elevadas y hemoglobina índices hematimétricos sin alteraciones

Laboratorios Iniciales				
	28/09/23		29/09/23	
Hb	18.3 g/dl		HIV y VDRL	Neg
HCT	54%	45%	HCV y Anticore	Neg
VCM	88.5 fL	90.9 fL	Urea	22 mg/dl
HCM	30 pg	29.6 pg	Creat	0.6 mg/dl
Leu	8700/mm <sup>3</sup>	6800/mm <sup>3</sup>	TGO	107 U/L
SN	70%	58%	TGP	65 U/L
Lin	24%	34%	Prot	6.4 g/L
PLT	340000/mm <sup>3</sup>	283000/mm <sup>3</sup>	Alb	4.1 g/L

Se realiza ultrasonido abdominal evidenciando múltiples lesiones hepáticas (**Figura 1**).

Ante hallazgos ultrasonograficos se decide realizar tomografía computarizada en la que se evidencian múltiples lesiones hepáticas hipodensas comprometiendo lóbulo hepático izquierdo con lesiones satélites hacia lóbulo derecho sin evidenciar lesión en otro órgano (**Figura 2**), por lo que es llevado a biopsia hepática por trucut por servicio de cirugía general.

Se toman multiples muestras en segmento IVa hepatico, arrojando resultado histopatologico de lesión neoplásica metastásica, con diferenciación glandular de tipo adenocarcinoma, perdida de la relación núcleo-citoplasma, y mitosis atípicas de citoplasma eosinofílico. Embolización tumoral presente.

Concluye adenocarcinoma moderadamente diferenciado de crecimiento al estroma, con embolización tumoral y presencia de necrosis. Ante dichos hallazgos se realiza inmunohistoquímica arrojando Inmunoreacción citoplasmática para CK20 y Nuclear CDX2 sugestivas de metástasis por adenocarcinoma colorrectal.

**Figura 1** Ultrasonido abdominal en el que se observa hígado de patrón heterogéneo a expensas de lesiones de aspecto hiperecogénico a predominio central, sin alteración del detalle vascular, porta o vías biliares.



**Figura 2.** Tomografía computarizada con contraste oral e IV evidenciando Hígado aumentado de tamaño, Con múltiples lesiones hipodensas que realzan en fase arterial, siendo la de mayor tamaño en LHI con múltiples lesiones satélites en LHD, se evidencia circulación nutricia y realce periférico en fase venosa con escaso lavado en fase portal

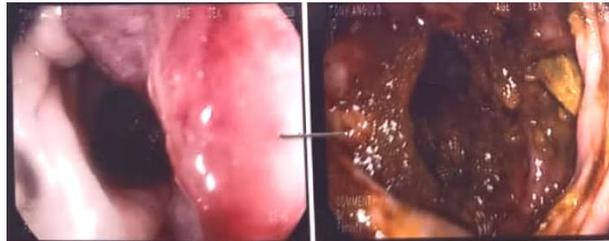


Ante dichos hallazgos paciente es llevado a colonoscopia donde se evidencia lesión ocupante de espacio en colon sigmoides (**Figura 3**).

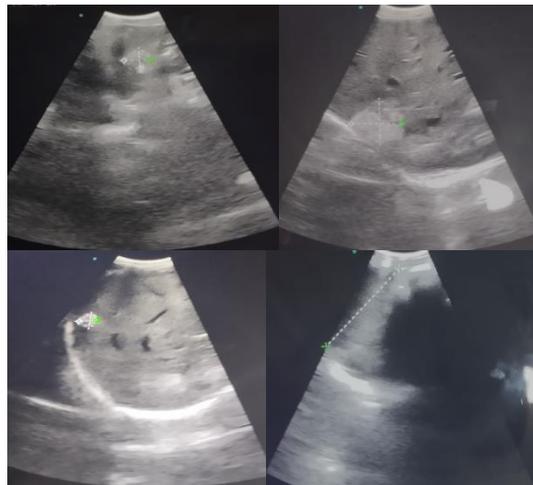
Paciente es remitido a oncología médica donde definen inicio de quimioterapia con Oxaliplatino 100 mg + Irinotectan 200 mg + 5 Fluoruracilo 600 mg + Bevacizumab 200 mg c/15 días (Protocolo FOLFOXIRI + Avastin) cumpliendo 12 ciclos de quimioterapia.

Paciente quien presenta mejoría clínica expresada en desaparición de masa abdominal palpable así como síntomas dispépticos previamente descritos, se realiza rastreo ecográfico evidenciando disminución significativa de tamaño de las lesiones (**Figura 4**).

**Figura 3.** Colonoscopia: a nivel de colon sigmoides se observa lesión mamelonante, ulcerada que ocupa 60% de la circunferencia y 80% de la luz y dificulta paso de instrumento, se concluye estudio como TU de colon sigmoides, resto de colonoscopia normal



**Figura 4.** Colonoscopia: a nivel de colon sigmoides se observa lesión mamelonante, ulcerada que ocupa 60% de la circunferencia y 80% de la luz y dificulta paso de instrumento, se concluye estudio como TU de colon sigmoides, resto de colonoscopia normal



## Discusión

De acuerdo a lo evidenciado en este caso, es de destacar la evolución clínica del paciente considerando su consulta en un estadio avanzado de enfermedad, sin evidenciar signos, síntomas, hallazgos paraclínicos y/o imagenológicos que pudiesen sugerir una lesión primaria, lo cual es una presentación infrecuente en las neoplasias de colon.

A pesar de no existir una epidemiología clara para esta situación, se puede tomar como referencia el trabajo de *Kanemitsu et Al.* En el cual en su ensayo multicéntrico tomando como población pacientes con ADC colorrectal metastásico asintomático, se encontraron un total de 165 casos en un periodo de 7 años en contraste con la incidencia

anual de cáncer colorrectal en Japón que actualmente oscila los 150 casos por 100.000 habitantes.<sup>15</sup>

La decisión de toma de biopsia hepática se puede considerar crucial para la resolución de este caso, lo cual es acorde con lo expresado en reportes de caso como *Malone et Al.* en el cual la biopsia hepática y la inmunohistoquímica tuvieron un rol clave en el diagnóstico temprano y posterior tratamiento de la lesión primaria.<sup>16</sup>

Adicionalmente, es de destacar la evolución favorable en relación al esquema quimioterápico FOLFOXIRI + Avastin, lo cual es cónsono con lo evidenciado en el estudio FORBES citado en la revisión de *Antoniotti et Al.* En la cual se destaca la mejoría en la sobrevida con este esquema de tratamiento, así como mayor logro de ausencia de evidencia de enfermedad.<sup>19, 20</sup>

## Conclusiones

En el diagnóstico de cáncer colorrectal siempre se ha tomado en cuenta la clínica y paraclínica para establecer la necesidad de estudios endoscópicos y otras herramientas de tamizaje. Ante la ausencia de esta y en el escenario de lesiones hepáticas se debe tener en cuenta como alternativa la toma de biopsia hepática como una medida para agilizar el diagnóstico y brindar un tratamiento dirigido y oportuno.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

---

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 30/10/2024

Fecha de revisión: 12/03/2025

Fecha de aprobación: 18/05/2025

---

## Referencias

1. Sawicki T, et al. A review of colorectal cancer in terms of epidemiology, risk factors, development, symptoms and diagnosis. *Cancers* (Basel). 2021;13(9):2025. doi:10.3390/cancers13092025.
2. von Mühlbrock C, Berger Z, Villasmil MA. Cáncer colorrectal. *Rev GEN*. 2020;74(1):10–8.
3. Roshandel G, Ghasemi-Kebria F, Malekzadeh R. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and prevention. *Cancers* (Basel). 2024;16(8):1530. doi:10.3390/cancers16081530.
4. Weisiger RA, Bilhartz LE. *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: review and assessment*. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2020.
5. Demb J, et al. Red flag signs and symptoms for patients with early-onset colorectal cancer. *JAMA Netw Open*. 2024;7(5):e2413157. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.13157.
6. Del Giudice ME, Vella ET, Hey A, Simunovic M, Harris W, Levitt C. Systematic review of clinical features of suspected colorectal cancer in primary care. *Can Fam Physician*. 2014;60(8):e405–15. PMID: 25122831; PMCID: PMC4131977.
7. Hossain MS, et al. Colorectal cancer: a review of carcinogenesis, global epidemiology, current challenges, risk factors, preventive and treatment strategies. *Cancers* (Basel). 2022;14(7):1732. doi:10.3390/cancers14071732.
8. Clark JW, Sanoff HK. Patient education: treatment of metastatic colorectal cancer (Beyond the Basics). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-metastatic-colorectal-cancer-beyond-the-basics>.
9. Shin AE, Giacotti FG, Rustgi AK. Metastatic colorectal cancer: mechanisms and emerging therapeutics. *Trends Pharmacol Sci*. 2023;44(4):222–36. doi:10.1016/j.tips.2023.01.003.
10. Qiu M, et al. Pattern of distant metastases in colorectal cancer: a SEER-based study. *Oncotarget*. 2015;6(36):38658–66. doi:10.18632/oncotarget.6130.
11. Botella ER. Evaluación radiológica de las metástasis hepáticas. *Dialnet*. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8644103>
12. Freitas PS, et al. Imaging evaluation of the liver in oncology patients: a comparison of techniques. *World J Hepatol*. 2021;13(12):1936–55. doi:10.4254/wjh.v13.i12.1936.
13. Reboux N, et al. Incidence and survival in synchronous and metachronous liver metastases from colorectal cancer. *JAMA Netw Open*. 2022;5(10):e2236666. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.36666.
14. Kow AW. Hepatic metastasis from colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol*. 2019;10(6):1274–98. doi:10.21037/jgo.2019.08.06.
15. Kanemitsu Y, et al. Primary tumor resection plus chemotherapy versus chemotherapy alone for colorectal cancer patients with asymptomatic, synchronous unresectable metastases (JCOG1007; iPACS): a randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2021;39(10):1098–107. doi:10.1200/JCO.20.02447.
16. Malone M, Bray C, Liu XS. Diagnosis of the primary tumor site in the case of liver metastatic carcinoma. *Cureus [Preprint]*. 2022. doi:10.7759/cureus.26782.

17. Guo M, et al. Neoadjuvant chemotherapy for colorectal liver metastases: a contemporary review of the literature. *World J Gastrointest Oncol.* 2021;13(9):1043–61. doi:10.4251/wjgo.v13.i9.1043.

18. Zhou H, Liu Z, Wang Y, Wen X, Amador EH, Yuan L, et al. Colorectal liver metastasis: molecular mechanism and interventional therapy. *Signal Transduct Target Ther.* 2022;7(1):1–15. doi:10.1038/s41392-022-00922-2.

19. Antoniotti C, Vetere G, Cremolini C. FOLFOXIRI plus bevacizumab in the treatment of metastatic colorectal cancer patients with unresectable liver metastases. *Ann Transl Med.* 2022;10(18):952. doi:10.21037/atm-22-3656.

20. Leal F, Ferreira FP, Sasse AD. FOLFOXIRI regimen for metastatic colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Colorectal Cancer.* 2017;16(4):215–25. doi:10.1016/j.clcc.2017.03.012.