



Artículo especial

Estrategias en el tratamiento de las metástasis hepáticas sincrónicas del cáncer de colon y recto

Strategies in the treatment of synchronous hepatic metastases of colon and rectal cancer

Gervasio Salgado Mijaiel*

* Cirugía Coloproctológica, Hospital Ruber Internacional. Madrid, España.

RESUMEN

Las decisiones y estrategias adoptadas por los equipos multidisciplinares en tumores de colon y recto con presencia sincrónica de metástasis hepáticas son abordadas con detalle mediante propuestas estructuradas para saber cuál de ellas deberá ser tratada en primera intención. Así la pregunta primero se postula en relación al hígado o al colon. Éstas son las respuestas a la pregunta.

Palabras clave: metástasis, hepáticas, sincrónicas.

ABSTRACT

The decisions and strategies adopted by multidisciplinary teams in colon and rectal tumors with synchronous presence of liver metastases are addressed in detail and structured proposals to know which of them should be treated in first intention, so the question is postulated in relation to the liver or colon first. These are the answers to the question.

Keywords: metastasis, hepatic, synchronic.

INTRODUCCIÓN

Ciertos hallazgos apoyan el concepto de que la ubicación del tumor primario debe considerarse como un factor pronóstico en el cáncer colorrectal sincrónico, y enfatizan su implicación para la práctica clínica.

Creemos que los estudios en curso y varios ensayos futuros sobre el efecto de la quimioterapia deben estratificarse según la ubicación del tumor primario, ya que es probable que afecte la respuesta terapéutica.

La mayor parte de las decisiones y estrategias adoptadas por los equipos multidisciplinares en tumores de colon y recto con presencia de metástasis hepáticas sincrónicas

engloban sus características según su localización, ya sea en el cáncer de colon o en el cáncer de recto. De esta manera se tienen dos escenarios principales:

1. **Metástasis sincrónicas en el cáncer de colon.** Es imprescindible tener en cuenta los siguientes conceptos:
 - a. Si la lesión durante el examen colonoscópico es atravesable o no por el endoscopio, y en ausencia de perforación del tubo digestivo o sangrado importante, la quimioterapia inicial y la realización de un reestadije de la valoración del nivel de respuesta de la metástasis sincrónica y la presencia

Recibido: diciembre 2021. Aceptado: febrero 2022.

Correspondencia: **Gervasio Salgado Mijaiel**

E-mail: gervasio@salgadocolorectal.org

Citar como: Salgado MG. Estrategias en el tratamiento de las metástasis hepáticas sincrónicas del cáncer de colon y recto. Rev Mex Coloproctol. 2023; 19 (1): 33-35. <https://dx.doi.org/10.35366/111804>



o ausencia de enfermedad maligna extrahepática nos llevará a postular el concepto de «el hígado primero» (*liver first* en inglés).

- b. Si la localización y número de metástasis sincrónicas lo permiten, realizar una hepatectomía simple o las llamadas «anatómicas» nos llevará a postular el concepto de «el hígado primero» (*liver first* en inglés), acción seguida de la resección del tumor primario a partir de la sexta semana de la primera intervención.
- c. Proceder a la resección del tumor primario de colon y de las metástasis sincrónicas durante la misma cirugía, sobre todo en casos de ausencia de enfermedad extrahepática. Puede haber excepción si se requieren hepatectomías anatómicas complejas, la resección colónica se realiza con incidencias técnicas, si hay morbilidad preoperatoria o complicaciones descritas como incidentes menores.
- d. En todos los casos en que la lesión colónica tiene riesgo de obstrucción inminente, se encuentra ya obstruida (*Figura 1*), perforada o presenta sangrado importante, preconizamos la resección y/o la confección de un estoma, de acuerdo con la situación clínica del paciente, seguida de quimioterapia y reestadiaje, lo que nos lleva a postular el concepto de «el colon primero» (*large bowel first = colon first* en inglés).

Como se mencionó con anterioridad, la mayor parte de las decisiones y estrategias adoptadas por los equipos multidisciplinares en tumores de recto con presencia de metástasis hepáticas sincrónicas engloban ciertas características según la localización,

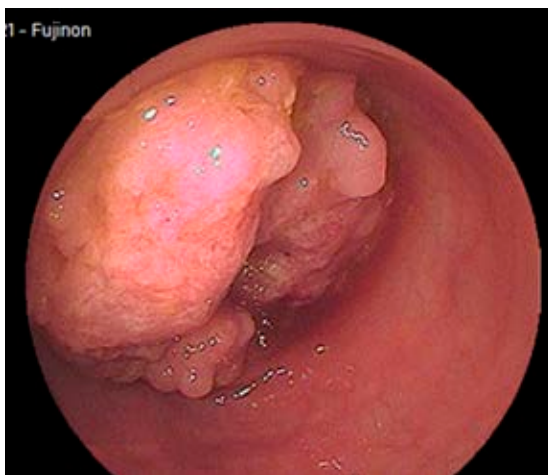


Figura 1: Lesión tumoral estenosante y obstructiva de colon izquierdo (con P. Wutrich).



Figura 2: Metástasis hepática de cáncer de recto (<https://www.slideserve.com/blanca/metastasis-hepaticas>).

en los casos de metástasis sincrónicas deben tener en cuenta los siguientes conceptos:

2. Metástasis sincrónicas en cáncer de recto.

- a. Proceder con quimio-radioterapia (es posible valorar la administración de un ciclo corto de radioterapia).
- b. Determinar el nivel de respuesta de las metástasis sincrónicas y del tumor primario, así como la ausencia de enfermedad extrahepática.
- c. Proceder con la resección inicial de todas las lesiones metastásicas de tipo sincrónico, si se encuentra indicado, en función del número y distribución metastásica.
- d. Deberá evaluarse la administración de una quimioterapia de consolidación, y proceder a la extirpación del tumor primario en función de la evaluación endoscópica inicial, de la evaluación radiológica también inicial y de las características biológicas según el nivel de respuesta, lo que nos llevará a postular el concepto de «el hígado primero» (*liver first* en inglés) (*Figura 2*).

CONCLUSIONES

Estamos convencidos de que la ubicación del tumor primario se identifica como un factor pronóstico independiente para la supervivencia relativa.¹ Además, la frecuencia de diferentes sitios metastásicos varía según la ubicación del tumor primario. Estos resultados apoyan la idea de «el hígado primero» o de «el colon primero», por lo que deben considerarse entidades separadas.

Es muy probable que la explicación de las diferencias en la supervivencia según la ubicación del tumor primario

sea multifactorial. Una parte de esta explicación es la diferencia en los sitios metastásicos, como se ha observado en relación con la ubicación del tumor primario.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones epidemiológicas previas que indican una relación entre la localización del tumor primario y la localización metastásica.²⁻⁴ Publicaciones recientes^{1,5} añaden información valiosa, ya que las publicaciones previas están limitadas por el tamaño de la muestra relativamente pequeño, porque agrupan las metástasis metacrónicas y las sincrónicas, o por la ausencia de información de varios sitios de metástasis.

Las diferencias en los sitios de metástasis pueden explicarse por varias hipótesis: en primer lugar está la hipótesis de «la semilla y el suelo», que establece que las metástasis tumorales tienen una preferencia por órganos específicos (p. ej., el hígado), basada en las interacciones entre las células tumorales y su microambiente.^{1,6} Nuevos conocimientos como las firmas de genes metastásicos y las interacciones tumor-estroma a nivel molecular han refinado aún más esta hipótesis.^{7,8} Algunos estudios de autopsia que incluyeron más de 1,500 pacientes con cáncer de colon metastásico, demostraron las diferencias significativas en los síntomas metastásicos entre los subtipos histológicos con mayor tasa de metástasis peritoneal así como múltiples sitios de metástasis tanto para el adenocarcinoma mucinoso como para el carcinoma de células en «anillo de sello».

Las diferencias en los sitios metastásicos podrían ser en parte responsables de las diferencias en la supervivencia entre ubicaciones de tumores primarios. En el cáncer de colon se observaron con mayor frecuencia metástasis peritoneales que se asocian con una supervivencia deficiente. Las metástasis hepáticas que potencialmente pueden tratarse con intención curativa, son definitivamente más prevalentes en el cáncer de colon que en el cáncer de recto.^{2,5,6}

Recientemente, la información brindada por los estudios de Brouwer y Goey, conocidos por ser datos de alta calidad y de un registro completo, evidencia varias limitaciones que deben abordarse: la principal limitación es el carácter retrospectivo, como en la mayoría de los estudios basados

en la población, y la ausencia de información sobre ciertas características del paciente y del tumor.^{7,8}

REFERENCIAS

1. Brouwer NPM, van der Kruijssen DEW, Hugen N et al. The impact of primary tumor location in synchronous metastatic colorectal cancer: differences in metastatic sites and survival. *Ann Surg Oncol*. 2020; 27 (5): 1580-1588.
2. van Erning FN, Elferink MA, Bos AC, Lemmens VE. RE: primary tumor location as a prognostic factor in metastatic colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2015; 107 (9): djv203.
3. van Gestel YR, de Hingh IH, van Herk-Sukel MP et al. Patterns of metachronous metastases after curative treatment of colorectal cancer. *Cancer Epidemiol*. 2014; 38 (4): 448-454. doi: 10.1016/j.canep.2014.04.004.
4. Loupakis F, Yang D, Yau L et al. Primary tumor location as a prognostic factor in metastatic colorectal cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2015; 107 (3): dju427. doi: 10.1093/jnci/dju427.
5. Price TJ, Beeke C, Ullah S et al. Does the primary site of colorectal cancer impact outcomes for patients with metastatic disease? *Cancer*. 2015; 121 (6): 830-835. doi: 10.1002/cncr.29129.
6. Goey KK, Lam-Boer J, de Wilt JH, Punt CJ, van Oijen MG, Koopman M. Significant increase of synchronous disease in first-line metastatic colorectal cancer trials: Results of a systematic review. *Eur J Cancer*. 2016; 69: 166-177.
7. Ribatti D, Mangialardi G, Vacca A. Stephen Paget and the 'seed and soil' theory of metastatic dissemination. *Clin Exp Med*. 2006; 6 (4): 145-149. doi: 10.1007/s10238-006-0117-4.
8. Loree JM, Pereira AAL, Lam M et al. Classifying colorectal cancer by tumor location rather than sidedness highlights a continuum in mutation profiles and consensus molecular subtypes. *Clin Cancer Res*. 2018; 24 (5): 1062-1072. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-17-2484.

Conflicto de intereses: declaro que no hay ningún conflicto de intereses.

Financiamiento: declaro que no hubo ninguna percepción económica.