

DISNEA Y TOS PERSISTENTE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA NEOPLASIA DE COLON EVOLUCIONADA

Pizarro Romero, Gregorio ^a; Pérez Garrido, Cristina ^a; Azpillaga Maggi, Diego ^a; López-Marina, Víctor ^b; Pizarro Egea, Irene ^a; Girona Amores, Alfonso ^a
EAP Badalona-6 Llefia ^a; CAP Piera ^b. ICS. Barcelona.

Introducción

Más del 20% de los pacientes con cáncer colorectal (CCR) tienen metástasis en el momento del diagnóstico (estadio IV) y una tasa de supervivencia del 6% a los 5 años. Hígado y pulmón son los órganos más afectados. Las nuevas quimioterapias y Ac. monoclonales han reducido la morbimortalidad asociada.

Descripción sucinta del caso

Mujer de 57 años, sin antecedentes. Consulta por disnea progresiva y tos irritativa desde hace 2 meses, asociado a cuadro constitucional y pérdida de 4 kg de peso. **Exploración:** Oximetría 95%, auscultación cardio-respiratoria: crepitantes en bases. **Análítica:** Colesterol: 292 mg/dl, resto normal **RX de Tórax:** Patrón intersticial bilateral y difuso. Nódulo de 9 mm en lóbulo superior derecho. **TC Toracoabdominal:** Proceso neoproliferativo en apéndice cecal que contacta con el uréter derecho con estenosis e hidronefrosis secundaria. Múltiples nódulos pulmonares y hepáticos por metástasis. Adenopatías mesentéricas y mediastínicas tumorales. Estudio Hospital. **Fibrocolonoscopia:** Formación vegetante en fondo de saco del ciego. **Estudio mutaciones KRAS exón 2-3-4WT, NRAS exón 2-3-4 WT, BRAF: No mutado (exón 15).** Tratamiento: Asociación de FOLFIRI (5-Fluoruracilo, Leucovorina, Irinotecan) y Cetuximab

Estrategia práctica de actuación

El cribado poblacional mediante la detección de sangre oculta en heces o colonoscopia disminuye la incidencia y mortalidad del CCR metastásico. **Clínica:** síntomas según la localización del tumor primario y de las metástasis a distancia: dolor abdominal, rectorragia, cambios del hábito intestinal, anemia, anorexia y pérdida de peso. **Tratamiento:** Es paliativo, orientado a mejorar los síntomas, retrasar la progresión del tumor y reducir el tamaño de las metástasis. Esquemas de quimioterapia en combinación (FOLFOX o FOLFIRI) en asociación con un anticuerpo monoclonal (bevacizumab y cetuximab), con tasas de respuesta en el 50% de los pacientes y supervivencia media mayor de 24 meses

Bibliografía

[KEY WORDS: Colorectal cáncer, Pulmonary metastases, Metastatic colorectal cáncer]

1. Meyerhardt JE, Mayer RJ. Systemic therapy for colorectal cancer. N Engl J Med. 2005;352:476-87
2. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, et al. Colorectal cancer. Lancet. 2010;375:1030-47
3. Wolpin BM, Mayer R. Systemic Treatment of Colorectal Cancer. Gastroenterology. 2008;134:1296-310
4. García-Carbonero R, Gómez-España MA, Casado-Sáenz E, et al. SEOM clinical guidelines for the treatment of advanced colorectal cáncer. Clin Transl Oncol. 2010;12:729-34

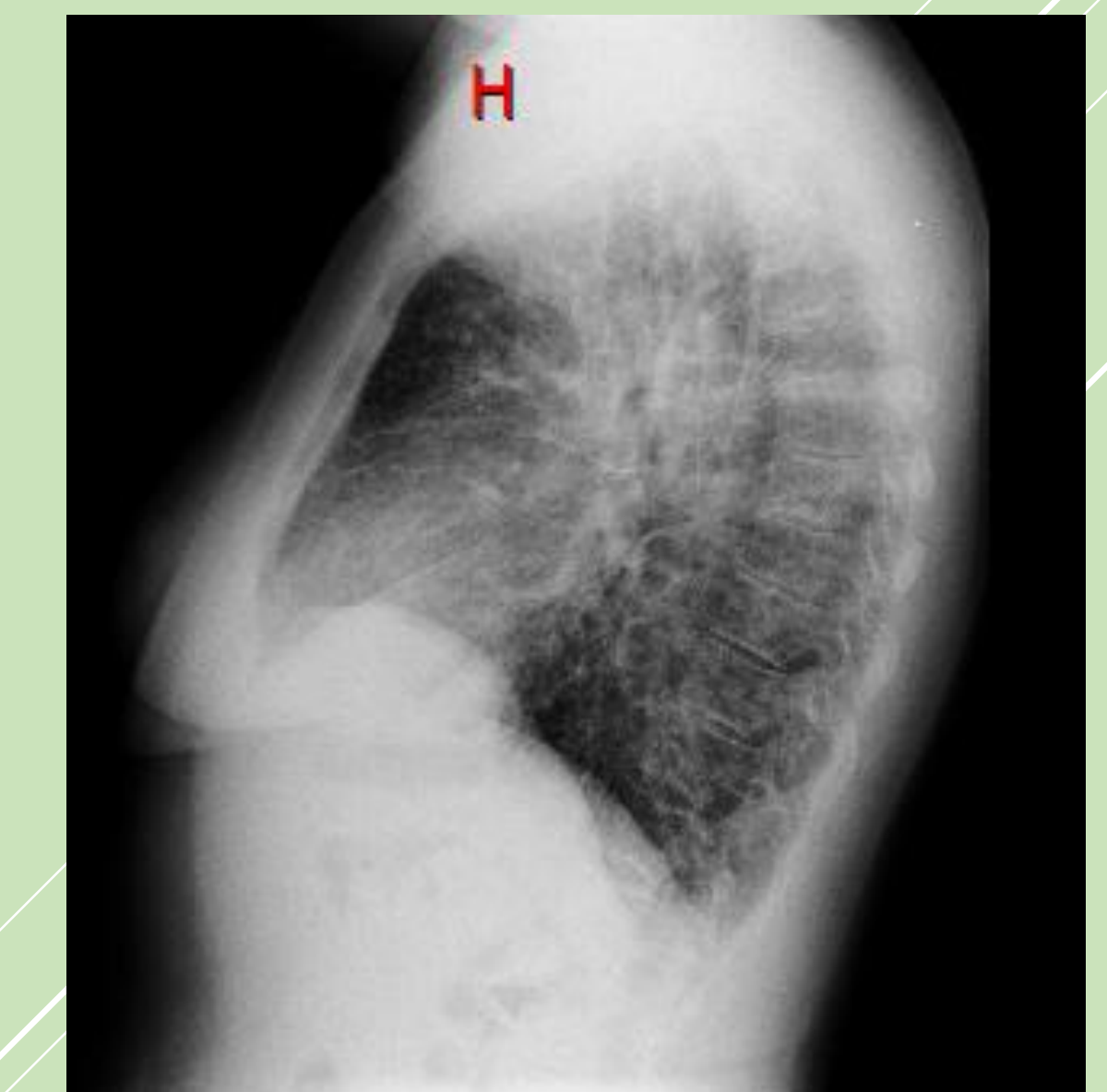
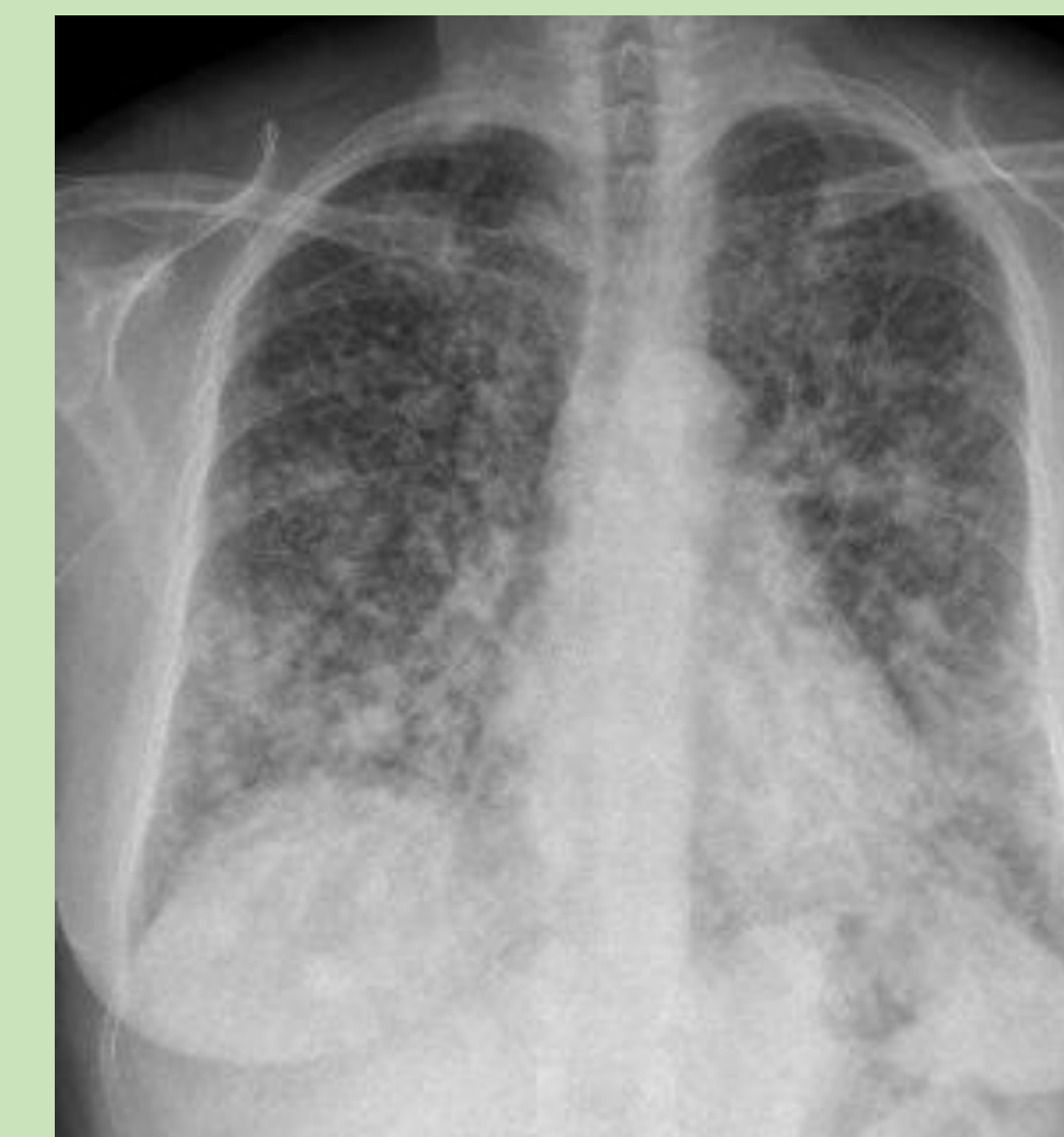


Fig. 1 RX Tórax F y P: Patrón intersticial reticulonodular bilateral. Múltiples imágenes nodulares bilaterales compatibles con metástasis pulmonar en suelta de globos

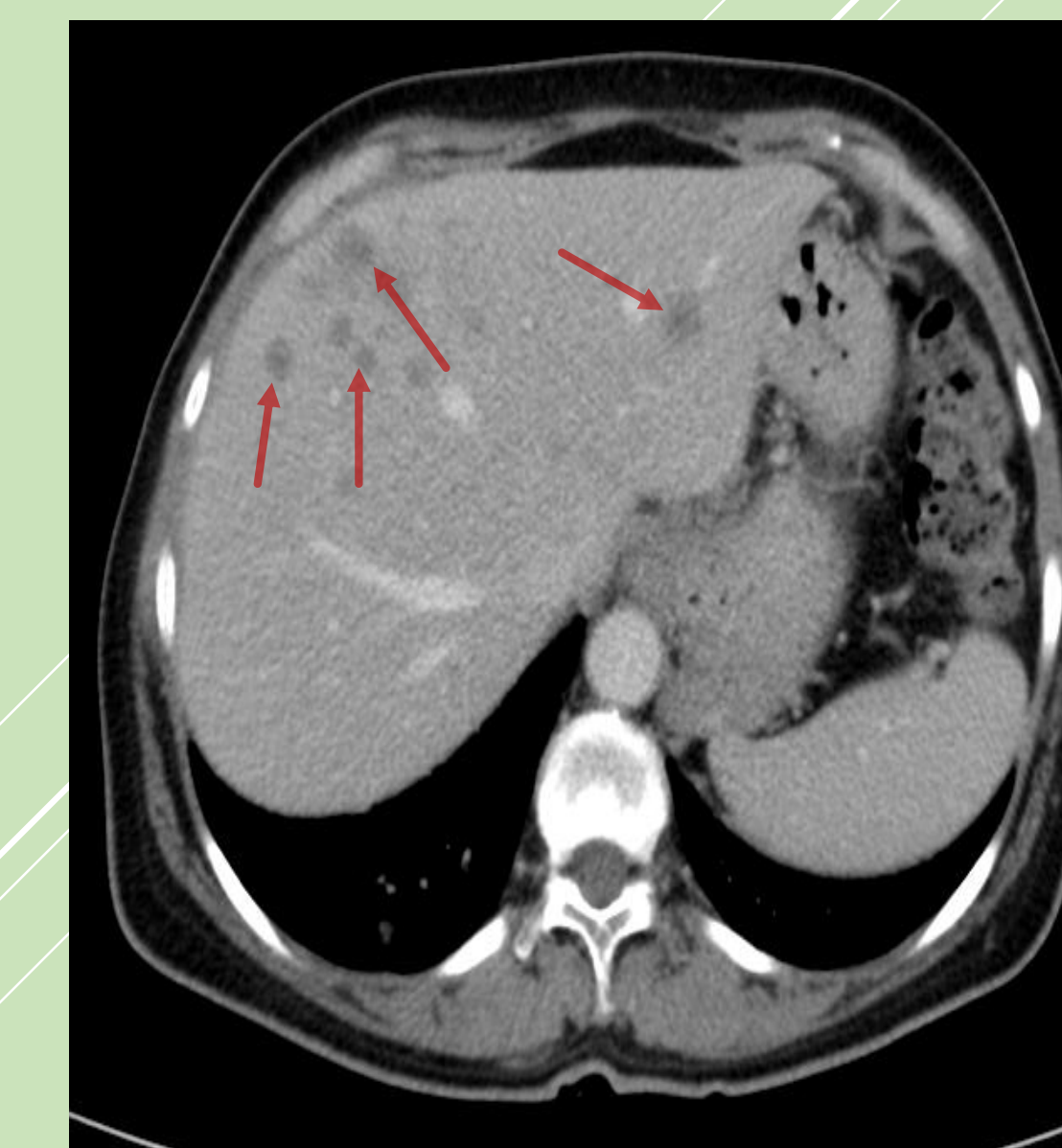


Fig 2 TC de Abdomen: Múltiples lesiones hepáticas hipodensas de distribución bilobar sugestivas de metástasis hepáticas



Fig. 3 TC de Tórax: Múltiples nódulos pulmonares sólidos de distribución bilateral sugestivos de metástasis pulmonar. Engrosamiento de septos del intersticio pulmonar por linfangitis carcinomatosa