

Carcinoma medular de colon: Hallazgos en TC y correlación radio-patológica

Julián García
Javier Sainz
Luis Sarria De Toledo
Raquel Larrosa
Pilar Estrada
Rocio Bermúdez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Introducción

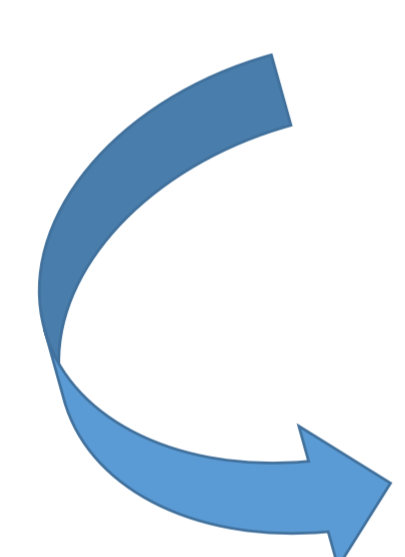
El **carcinoma medular de colon (CMC)** es un subtipo histológico de adenocarcinoma introducido en la clasificación del 2010 de la OMS (anteriormente se clasificaba dentro de los adenocarcinomas indiferenciados).

- *Epidemiología:*

- 0,03% del total de CCR.
- Incidencia de 3.47 tumores por cada 10 millones de personas al año.
- Más frecuente en **mujeres**.
- Pico de edad: **70 años**.
- Mejor pronóstico que otros

- *Etiopatogenia:*

- Carcinogénesis por defectos de reparación en el ADN por **inestabilidad de los microsatélites**.



- Producción de neoantígenos tumorales con activación de los linfocitos T CD8.

- *Histopatología:*

- Tumores poco diferenciados de crecimiento **sólido** con escaso componente glandular y marcado sustrato inflamatorio reactivo (Fig. 1).
- Crecimiento **expansivo** a diferencia del crecimiento infiltrativo del adenocarcinoma convencional (Fig 2).

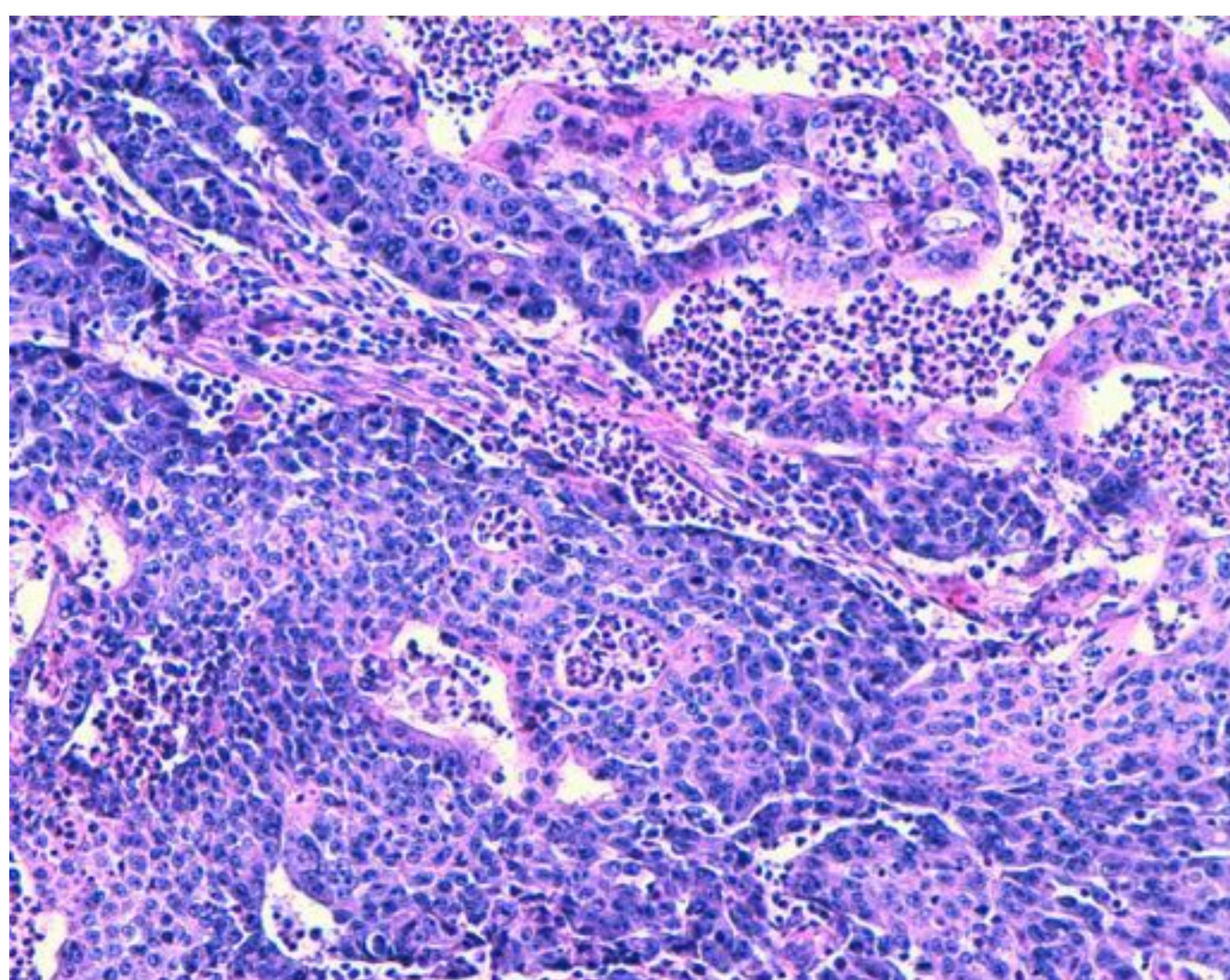


Figura 1

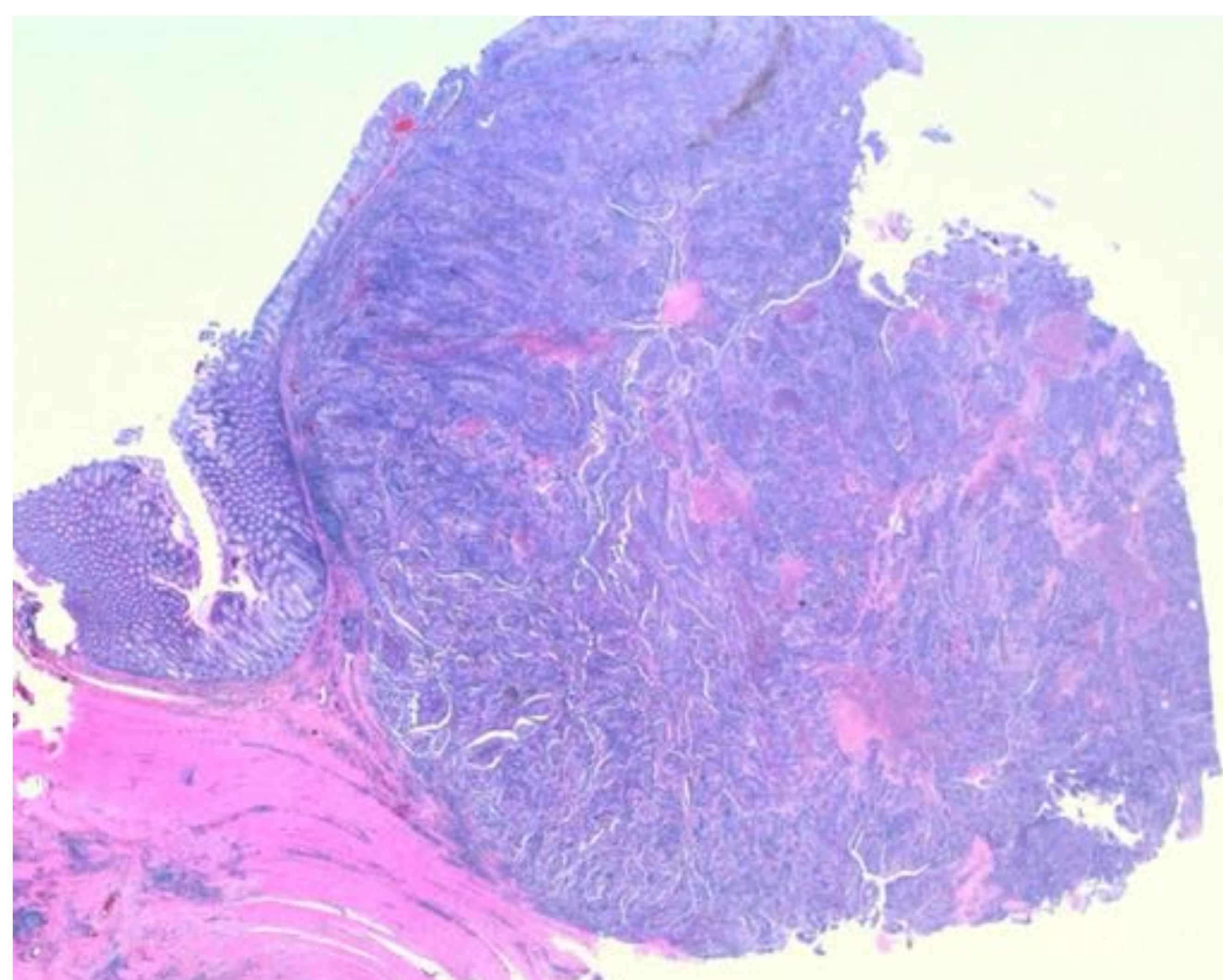


Figura 2

Material y métodos

- **Objetivo:** Describir los principales hallazgos radiológicos del carcinoma medular de colon (CMC) y comparar sus características con otros adenocarcinomas de colon no medulares (ACNM).
- **Muestra:**
 - Revisión retrospectiva de **15 TC** de CMC con confirmación histológica operados entre los años 2011 y 2019.
 - Como grupo de control se seleccionaron 20 adenocarcinomas convencionales de colon derecho recogidos de manera consecutiva durante el primer trimestre del año 2018.
- **Variables:**
 - Localización
 - Tamaño
 - Afectación de la grasa pericólica
 - Afectación nodal
 - Morfología (vegetante, estenosante o tipo masa)*
 - Densidad tumoral postcontraste (UH en valores absolutos y relativos, Fig.3)
 - Estudio de concordancia entre **dos radiólogos** (radiólogo residente y subespecialista en radiología abdominal) para la clasificación de los tumores según su morfología.

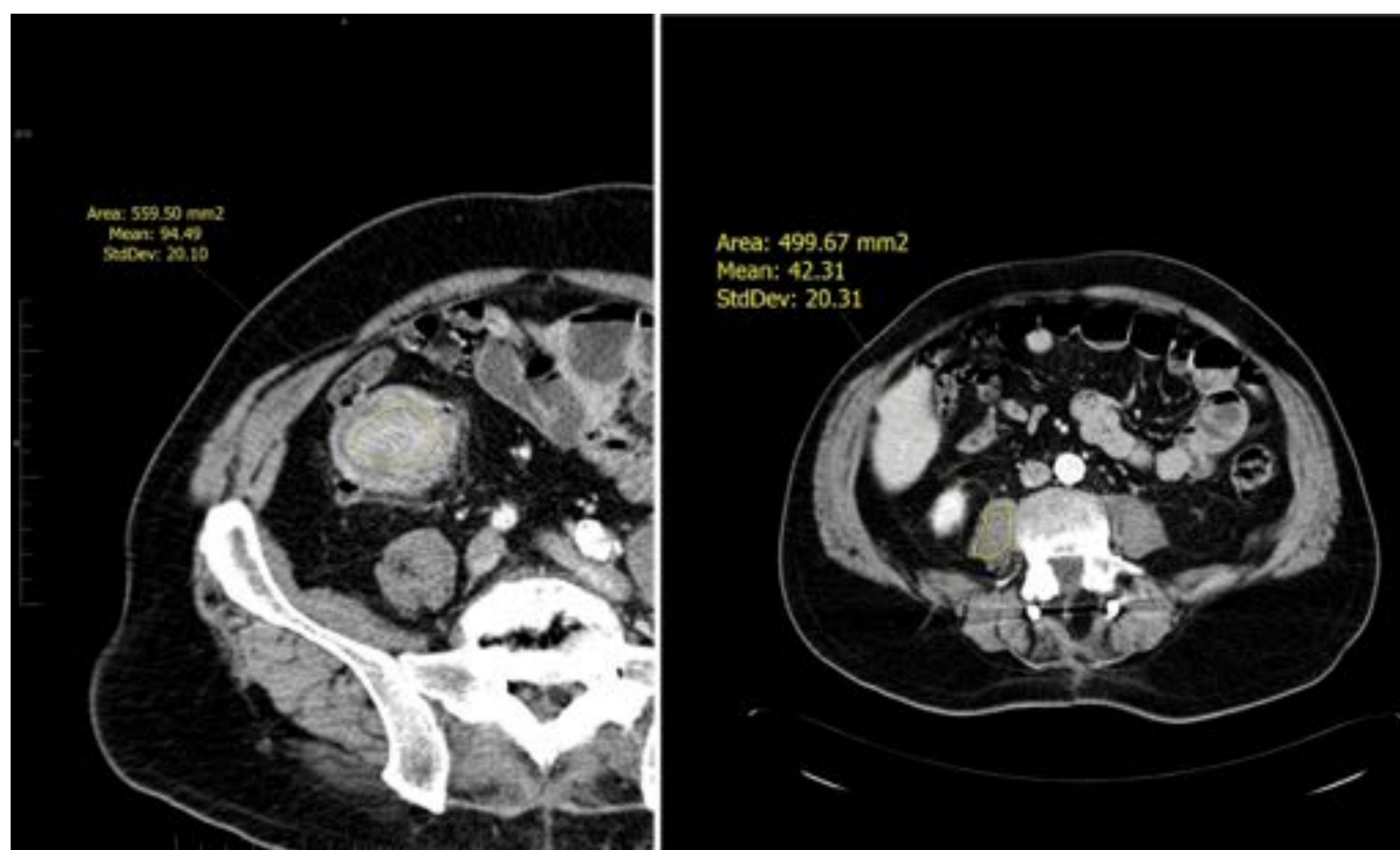
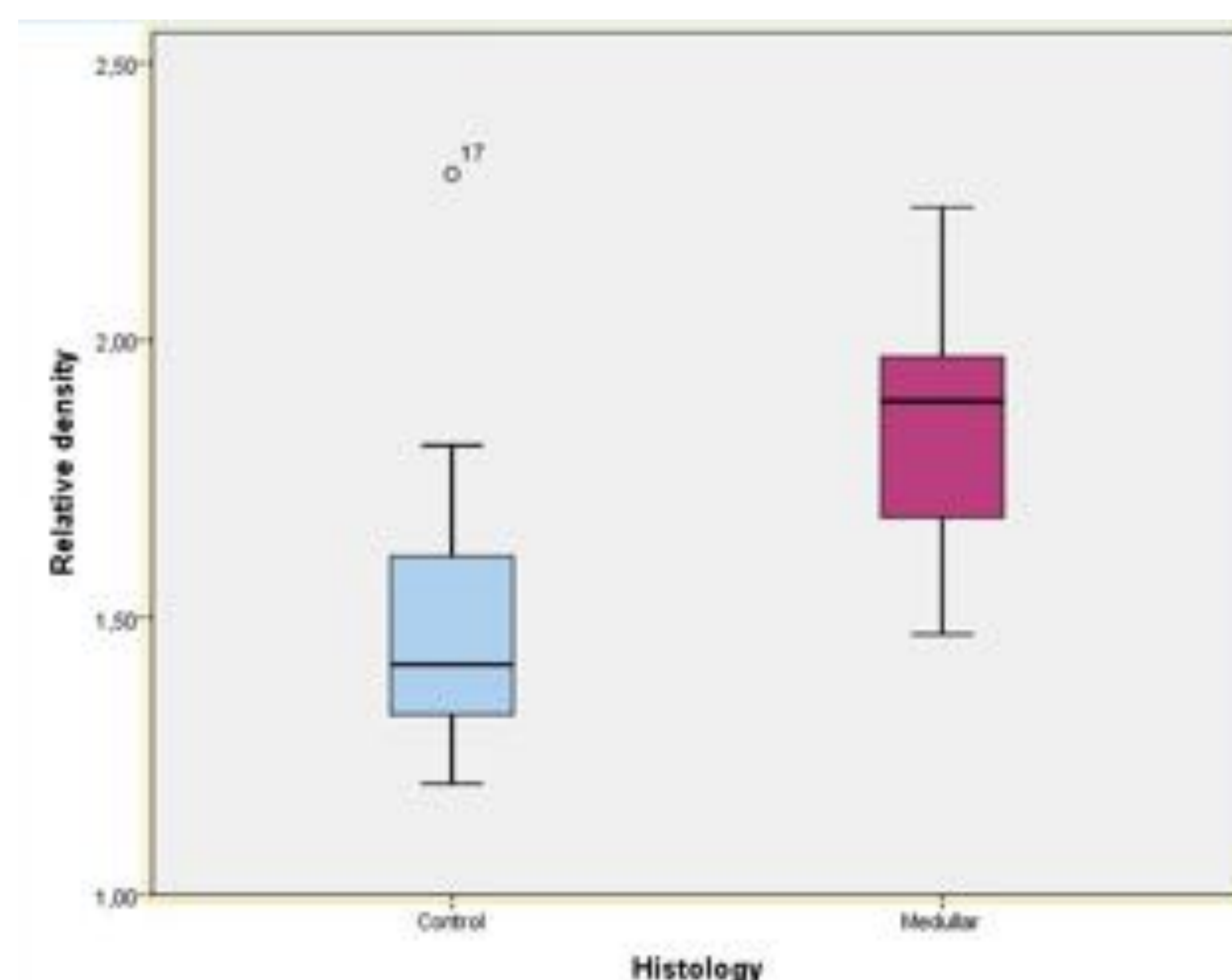


Fig.3:

Ca. Medular de ciego con morfología vegetante. Obtención de HU tumorales y de la musculatura paravertebral a nivel de L3 mediante ROI manual. La densidad tumoral postcontraste relativa se calcula utilizando un ratio entre las HU del tumor y las de la musculatura paravertebral.

Resultados

- *Localización:*
 - **100%** de los CMC localizados en **colon derecho** con predilección por el **ciego** (73%).
- *Tamaño:*
 - Tamaño medio de los CMC mayor que el del grupo control (5,1 cm vs 4cm).
- *Afectación ganglionar:*
 - La mayoría de los CMC no presentaron afectación nodal (23% vs 73%)
- *Afectación de la grasa pericólica:*
 - El 40% de los CMC presentaron afectación de la grasa pericólica respecto al 50% del grupo control.
- *Densidad tumoral postcontraste ($p < 0,0001$):*
 - El CMC presentó mayor captación de contraste respecto al GC
 - *Densidad absoluta:* **98 UH** vs 86 UH
 - *Densidad relativa:* **1.84** vs 1.5



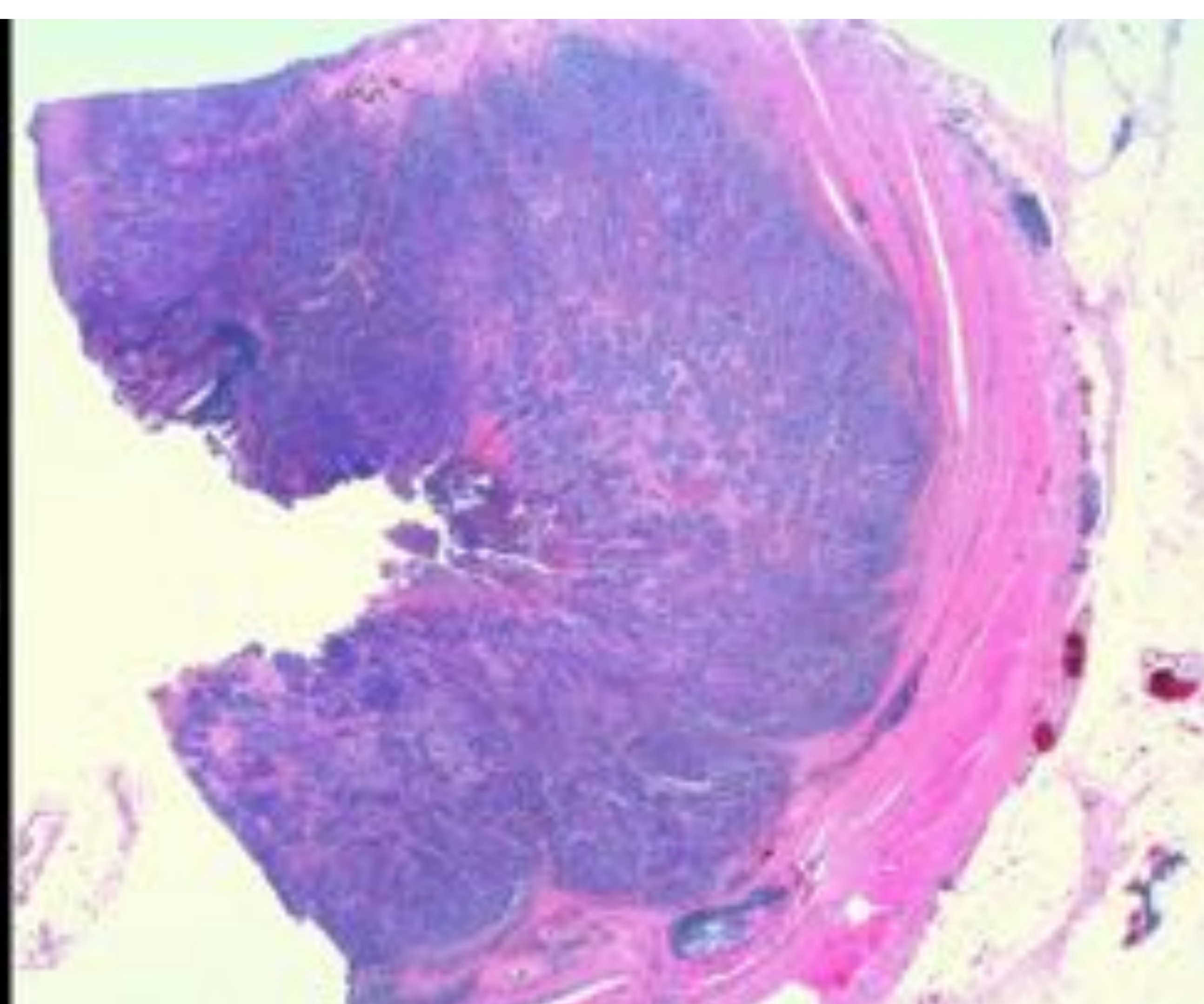
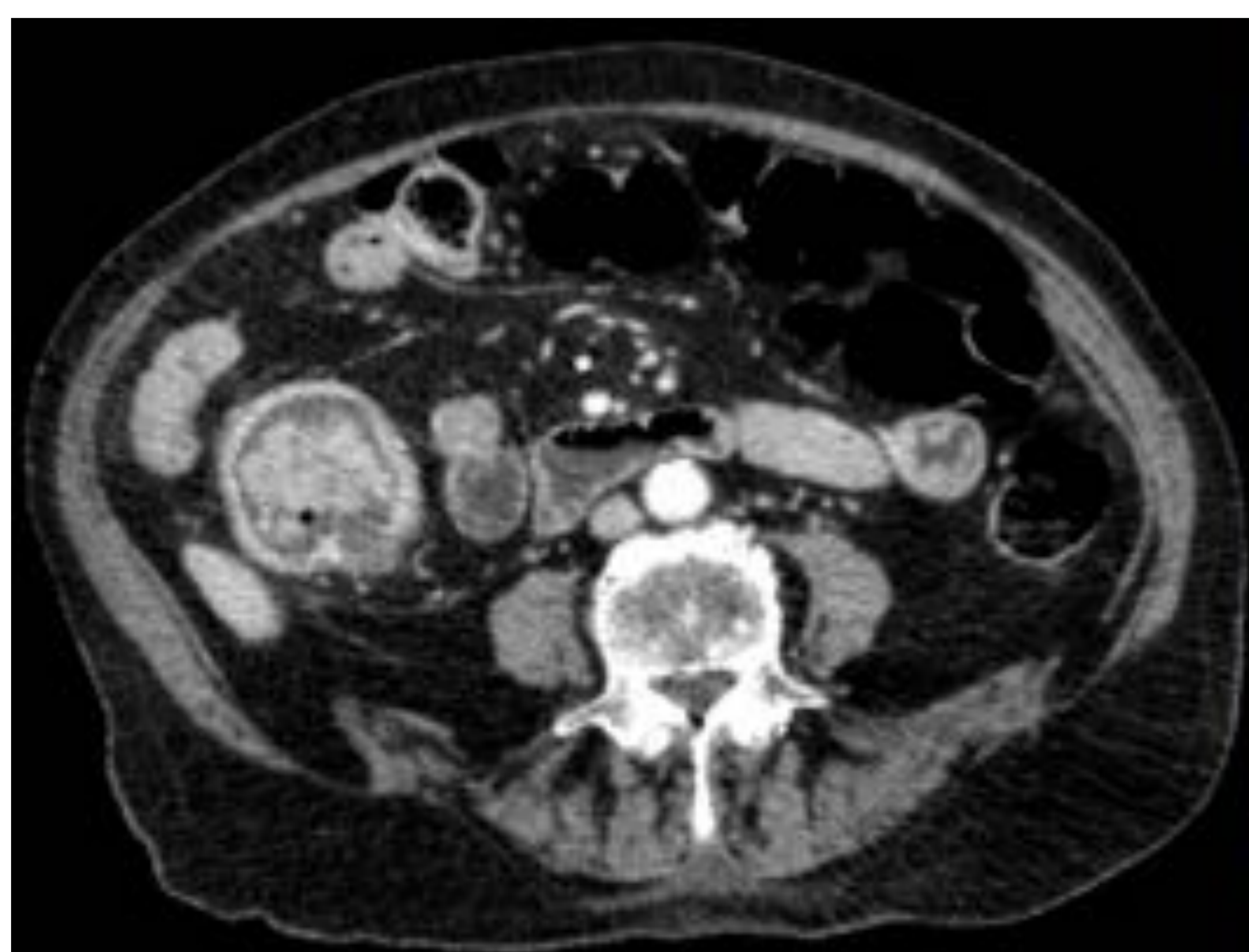
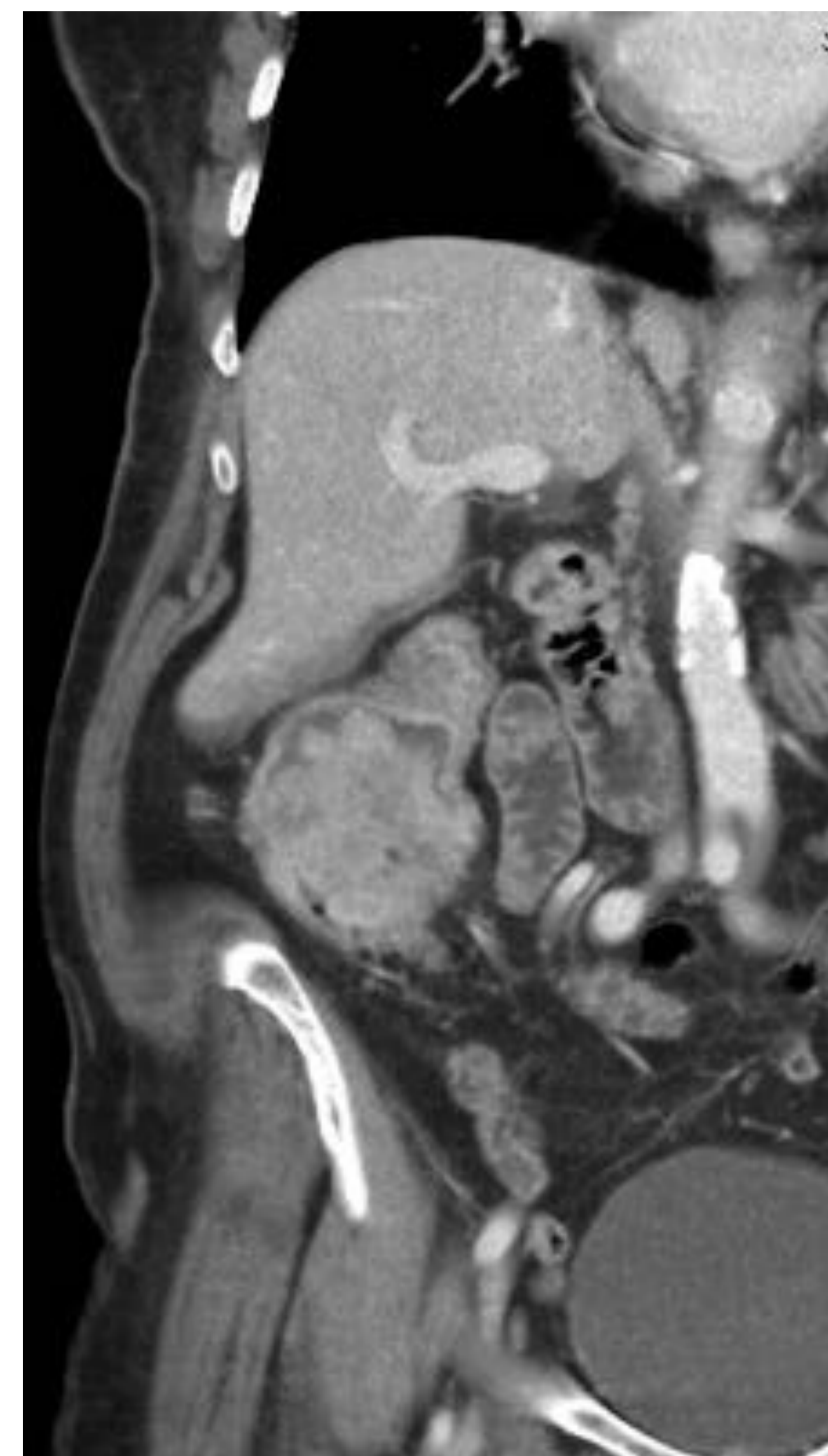
- *Morfología ($p > 0.05$):*

• 33% vegetante (5% GC) • 27% tipo masa (45% GC) • 40% Estenosante (50% GC)



Conclusiones:

- El carcinoma medular de colon es un subtipo de adenocarcinoma de colon muy **infrecuente** con unas características histológicas particulares, algunas de ellas pueden presentar una traducción radiológica.
- Son tumores que asientan preferentemente en **el colon derecho**, con especial predilección sobre el ciego.
- A pesar de su tamaño es rara la diseminación ganglionar presentando un pronóstico favorable.
- De manera característica, este subtipo histológico presenta un marcado **infiltrado inflamatorio intraepitelial**. Este hecho podría explicar la mayor avidéz en la captación de contraste respecto a otros tipos de adenocarcinomas de colon.
- Su patrón de crecimiento es **expansivo**, presentando mayor tendencia a adoptar morfologías **vegetantes** o tipo **masa**.



Bibliografía:

- Friedman K, Brodsky AS, Lu S, Wood S, Gill AJ, Lombardo K, Yang D, Resnick MB. Medullary carcinoma of the colon: a distinct morphology reveals a distinctive immunoregulatory microenvironment. *Mod Pathol*. 2016 May;29(5):528-41. Epub 2016 Mar 11.
- Thirunavukarasu P, Sathaiah M, Singla S, Sukumar S, Karunamurthy A, Pragatheeshwar KD, Lee KK, Zeh H 3rd, Kane KM, Bartlett DL. Medullary carcinoma of the large intestine: a population based analysis. *Int J Oncol*. 2010 Oct;37(4):901-7. PubMed PMID: 20811712
- Knox RD, Luey N, Sioson L, Kedziora A, Clarkson A, Watson N, Toon CW, Cussigh C, Pincott S, Pillinger S, Salama Y, Evans J, Percy J, Schnitzler M, Engel A, Gill AJ. Medullary colorectal carcinoma revisited: a clinical and pathological study of 102 cases. *Ann Surg Oncol*. 2015 Sep;22(9):2988-96.
- Ko EY, Ha HK, Kim AY, Yoon KH, Yoo CS, Kim HC, Kim JC. CT differentiation of mucinous and nonmucinous colorectal carcinoma. *AJR Am J Roentgenol*. 2007 Mar;188(3):785-91. Pyo JS, Sohn JH, Kang G. Medullary carcinoma in the colorectum: a systematic review and meta-analysis. *Hum Pathol*. 2016 Jul;53:91-6. Mar 19. Review