

Respuesta a la carta al Editor

Response to letter to the Editor

Laura Rodríguez, MD,¹ William Otero, MD,² Fabio Grosso, MD,³

¹ Médica, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Profesor Titular de Medicina, Unidad de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

³ Internista, Oncólogo Clínico, Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Fecha recibido: 05-09-18
Fecha aceptado: 06-09-18

Bogotá, septiembre 5 de 2018

Apreciado señor editor:

Agradecemos mucho el interés de los doctores Baracaldo y Melo sobre nuestro artículo de revisión, *Cáncer metastásico con primario desconocido. Una revisión*, publicado en la Revista (1).

Estamos de acuerdo con las anotaciones realizadas por ellos con respecto a complementar la **Tabla 5**, en la cual se incluyen probables tumores primarios según la positividad o negatividad de CK7 y CK20. Sin embargo, es necesario hacer las siguientes precisiones: 1. En caso de marcación CK7+/CK20-, debe tenerse en cuenta la posibilidad de primarios ginecológicos (2). 2. Si es CK7-/CK20+, debe tenerse en cuenta la posibilidad de carcinoma de células de Merkel; si bien es una enfermedad poco frecuente, puede debutar en un 10 % a un 20 % de los casos como cáncer de primario desconocido (3). 3. Por tratarse de CK7-/CK20-, deben considerarse dentro de las opciones cáncer renal, carcinoma hepatocelular, carcinoma escamocelular, carcinomas neuroendocrinos y tumor de células germinales (2). 4. Si la marcación es CK7+/CK20+, se debe tener en cuenta la posibilidad de cáncer de estómago (4), aunque no es una causa usual de primario desconocido. Sobre decir que, en Colombia, la dispepsia en un paciente mayor de 35 años amerita una endoscopia de vías digestivas altas.

Si bien el cáncer de intestino delgado (5), vejiga (6), apéndice (7), tiroides (8), mesotelioma (9), glándula salival, esófago y carcinoma mucinoso de pulmón (10) pueden tener perfiles de CK7 y 20 que pudieran incluirse en la **Tabla 5**, son una causa poco frecuente de cáncer metastásico con primario desconocido (en los que la lesión primaria no es identificada a pesar de un enfoque diagnóstico estandarizado), que es el tema de nuestra revisión.

Adicionalmente de acuerdo con los hallazgos de cada caso, podrán solicitarse marcadores de inmunohistoquímica no incluidos en esta revisión (calretinina, EMA, queratina 34 Beta E12, E-cadherina, CD117, inhibina, caldesmon, calponina, osteocalcina, CD99, entre otros). El propósito de nuestra revisión es describir los aspectos generales de la inmunohistoquímica en el abordaje de los tumores metastásicos con primario desconocido. La profundización sobre la inmunohistoquímica es un tema absolutamente extenso, sobre el cual existen tratados (11, 12).

Nuevamente agradecemos los pertinentes comentarios de los doctores Baracaldo y Melo, destacando, adicionalmente, que el enfoque y el manejo de los tumores con primario desconocido es complejo e implica la participación de varios especialistas; entre estos, el patólogo es fundamental. Nos complace el interés de estos jóvenes patólogos en este escenario porque han destacado que un buen patólogo es fundamental y decisivo en estos casos. Para nuestro medio sería deseable y relevante tener disponibilidad de los diferentes inmunomarcadores en laboratorios de referencia.

REFERENCIAS

1. Rodríguez L, Otero W, Grosso F. Cáncer metastásico con primario desconocido. *Rev Col Gastroenterol*. 2018;33(2):134-44. doi: 10.22516/25007440.254.
2. Tomuleasa C, Zaharie F, Muresan MS, Pop L, Fekete Z, Dima D, et al. How to Diagnose and Treat a Cancer of Unknown Primary Site. *J Gastrointest Liver Dis*. 2017;26(1):69-79. doi: 10.15403/jgld.2014.1121.261.haz.
3. Schmerling RA, Casas JG, Cinat G, Ospina FEG, Kassuga LEBP, TlahuelJLM, et al. Burden of Disease, Early Diagnosis, and Treatment of Merkel Cell Carcinoma in Latin America. *J Glob Oncol*. 2018;(4):1-11. doi: 10.1200/JGO.18.00041.
4. Kubeček O, Laco J, Špaček J, Petera J, Kopecký J, Kubečková A, et al. The pathogenesis, diagnosis, and management of metastatic tumors to the ovary: a comprehensive review. *Clin Exp Metastasis*. 2017;34(5):295-307. doi: 10.1007/s10585-017-9856-8.
5. Halfdanarson TR, McWilliams RR, Donohue JH, Quevedo JF. A single-institution experience with 491 cases of small bowel adenocarcinoma. *Am J Surg*. 2010;199(6):797-803. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.05.037.
6. Warda E, Mazurkiewicz T, Gronowska S. [Characteristics and diagnosis of neoplastic metastasis to bones]. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol*. 1990;55(3):231-6.
7. Cortina R, McCormick J, Kolm P, Perry RR. Management and prognosis of adenocarcinoma of the appendix. *Dis Colon Rectum*. 1995;38(8):848-52.
8. Xu B, Scognamiglio T, Cohen PR, Prasad ML, Hasanovic A, Tuttle RM, et al. Metastatic thyroid carcinoma without identifiable primary tumor within the thyroid gland: a retrospective study of a rare phenomenon. *Hum Pathol*. 2017;65:133-9. doi: 10.1016/j.humpath.2017.05.013.
9. Yamaki M, Noriyuki T, Takei D, Takemoto Y, Saito R, Yonehara S. [Mesothelioma of Unknown Primary Site with Resection of Mediastinal Lymph Node Metastasis]. *Kyobu Geka*. 2015;68(11):941-3.
10. Chu PG, Chung L, Weiss LM, Lau SK. Determining the site of origin of mucinous adenocarcinoma: an immunohistochemical study of 175 cases. *Am J Surg Pathol*. 2011;35(12):1830-6. doi: 10.1097/PAS.0b013e3182299c25.
11. Martín-Lacave I, García-Caballero T. Atlas de inmunohistoquímica: caracterización de células, tejidos y órganos normales. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos; 2012. p. 1-448.
12. Dabbs DJ. *Diagnostic Immunohistochemistry*. 5.ª edición. Pittsburg: Elsevier; 2019. p. 1-944.