

Cirugía laparoscópica en una sola etapa en cáncer de colon con metástasis hepática sincrónica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú

One staged laparoscopic surgery of colon cancer with liver metastasis in the Guillermo Almenara Hospital, Lima, Peru

Juan José Núñez Ju^{1a}, Cesar Carlos Coronado^{3b}, Eduardo Anchante Castillo^{1c},
Javier Sandoval Jauregui^{2c,3d}, José Arenas Gamio^{5e}

¹ Servicio de Cirugía de Hígado y Vías biliares, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

² Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

³ Departamento de Cirugía General, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

⁴ Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

^a Cirujano oncólogo, ^b Médico residente, ^c Cirujano asistente, ^d Jefe de Departamento, ^e Médico asistente

Recibido: 09-07-2015 Aprobado: 31-08-2015

RESUMEN

Reportamos el caso de un paciente a quien se le diagnosticó cáncer de colon sigmoide asociado a metástasis hepática en el segmento III. El paciente fue sometido a cirugía laparoscópica donde se realizó la resección de colon sigmoide y metastasectomía hepática en un solo acto quirúrgico. El resultado anatómo-patológico evidenció adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado en colon sigmoide, además metástasis de adenocarcinoma tubular en hígado. Se obtuvieron resultados quirúrgicos oncológicos adecuados con bordes libres de neoplasia, cirugía R0, T3N0M1 estadio IV. Después de los resultados quirúrgicos óptimos es manejado por oncología para recibir tratamiento adyuvante. Presentamos aquí la secuencia de hechos y una revisión de la literatura.

Palabras clave: Cáncer colorrectal; Metástasis de la neoplasia; Laparoscopia (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

We report a patient who was diagnosed sigmoid colon cancer associated with liver metastases in segment III. The patient underwent laparoscopic surgery where the sigmoid colon resection and hepatic metastasectomy were performed in a "one staged" surgical procedure. The pathological results showed moderately differentiated tubular adenocarcinoma in sigmoid colon, tubular adenocarcinoma metastases also in liver. Oncological surgical results were obtained with free edges of neoplasia, R0 Surgery, T3N0M1. After the optimal surgical results, the patient is handled by oncology for adjuvant treatment. We report here the sequence of events and a review of the literature.

Key words: Colorectal cancer; Neoplasm metastasis; Laparoscopy (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal metastásico es un importante tópico de salud pública y en los últimos 20 años se han registrado grandes avances en el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y sistémico. Se estima que unas 136 830 personas en los Estados Unidos fueron diagnosticadas de cáncer colorrectal en el 2014^(1,2).

Aproximadamente el 20% de pacientes diagnosticados de CCR tienen además enfermedad hepática sincrónica, que representa una indicación para tratamiento sistémico neoadyuvante (quimioterapia o agentes biológicos) en casos de enfermedad no resecable hepática; e indicación quirúrgica en casos de enfermedad resecable hepática para realizar resección de la metástasis y resección del tumor primario colorrectal. Por lo tanto es necesario realizar un correcto plan quirúrgico en ambas afecciones^(1,2).

Actualmente, se han establecido parámetros para tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal tomando en consideración la conferencia realizada en enero del año 2012 sobre Consenso en Manejo Multidisciplinario de las Metástasis Hepática por Cáncer Colorrectal entre la Asociación Americana de Hígado, Páncreas y Vía Biliar (AHPBA), la Sociedad de Cirugía Oncológica (SSO), y la Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario (SSAT)⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino 73 años con antecedentes médicos: hipertensión arterial, asma bronquial, tuberculosis pulmonar hace 20 años con tratamiento completo. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía convencional hace 50 años. Cirugía de hiperplasia benigna de próstata hace 7 años.

Citar como: Núñez Ju JJ, Coronado CC, Anchante Castillo E, Sandoval Jauregui J, Arenas Gamio J. Cirugía laparoscópica en una sola etapa en cáncer de colon con metástasis hepática sincrónica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara, Lima, Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2016;36(1):66-70.

El paciente refiere desde hace 2 años presentar dolor en hipogastrio, asociado a deposiciones con rasgos de sangre, motivo por el cual acude a hospital de su localidad donde se le realizó colonoscopia diagnosticándose neoplasia maligna de colon sigmoides (julio 2014), acudiendo a nuestro hospital con dicho diagnóstico para completar estudio y recibir tratamiento.

Se le realizó exámenes auxiliares: CEA 30 ng/ml (VN: 0-10 ng/ml). Hb: 8.9 gr/dl (VN: 11-13 gr/dl), microcitosis. Leucocitos 6330 (VN: 4000 – 10000)

Colonoscopia: A los 18 cm del margen anal se observa lesión proliferativa circunferencial que compromete más del 80% de la luz, algunas zonas con necrosis y duras a la toma de biopsias. Conclusión: neoplasia maligna de colon sigmoides. Anatomía patológica (AP): adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

En la TAC abdomino pélvica se evidencia: 1) Engrosamiento concéntrico de las paredes del colon sigmoides sugestivos de proceso neofornativo primario. 2) Imagen de aspecto nodular en segmento III del parénquima hepático sugestivo de secundarismo, dicha tumoración mide 6x3 cm.

En la resonancia magnética de hígado se evidencia hallazgos compatibles con nódulo metastásico de 6x3 cm de diámetro, en segmento III, probablemente en relación a antecedente del paciente. (Figura 1).

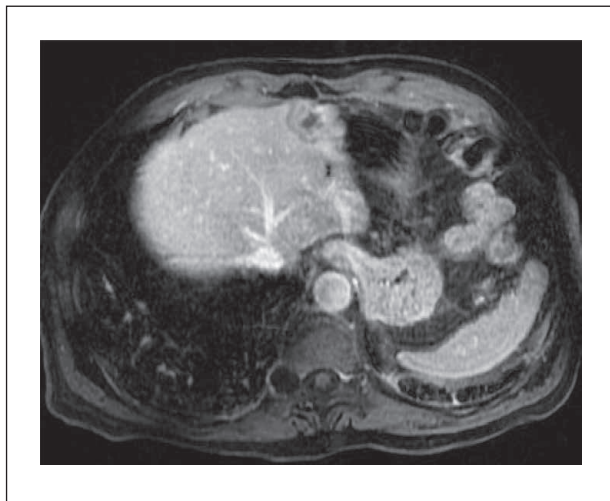


Figura 1. Imagen de Resonancia, en la que se evidencia la tumoración hepática metastásica en segmento III.

Se le realizó PET/CT de cuerpo entero: 1) Lesión hiper-metabólica circunferencial en la pared de la región rectosigmoidea, en relación con lesión neofornativa activa de alto grado. 2) Lesión nodular hiper-metabólica con signos de necrosis en el segmento III del hígado, en relación a secundarismo. 3) No se observan otras lesiones hiper-metabólicas sugestivas de

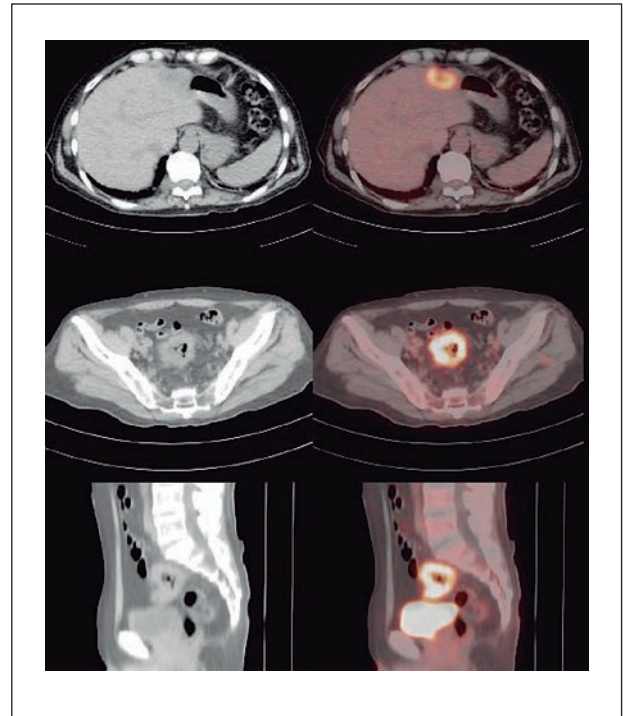


Figura 2. Imagen de PET/CT en donde se demuestra la lesión primaria en colon Sigmoides y la lesión secundaria hepática.

secundarismo en el resto del parénquima hepático ni el resto de los órganos evaluados (Figura 2).

Al examen: funciones vitales estables, palidez de piel y mucosas +/+++, abdomen blando depresible leve dolor a la palpación en hipogastrio y mesogastrio, no masas palpables.

Diagnóstico preoperatorio: neoplasia maligna de colon sigmoides T3N0M1, metástasis hepática segmento III.

Diagnóstico postoperatorio: neoplasia maligna de colon sigmoides T4bN0M1 con metástasis hepática en segmento III.

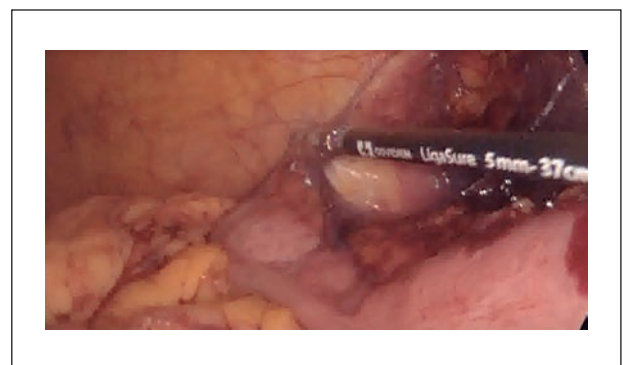


Figura 3. Liberación de parietocolico izquierdo de colon sigmoide.

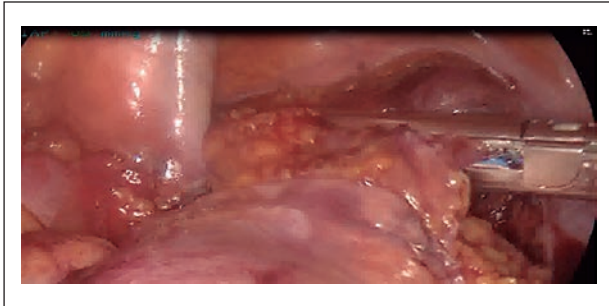


Figura 4. Sección de colon sigmoides.



Figura 5. Metástasis de segmento II – III, con resección laparoscópica usando radiofrecuencia.

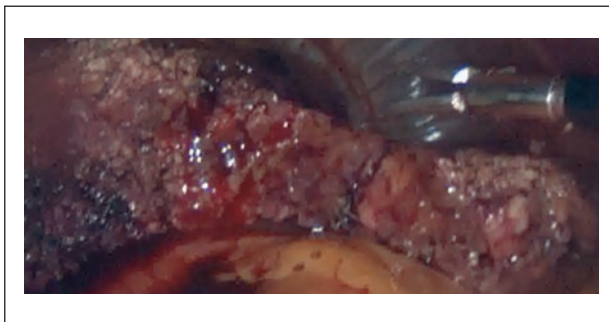


Figura 6. Metastasectomía en una sola etapa laparoscópica.

Cirugía realizada: proctosigmoidectomía laparoscópica + resección ileal + anastomosis ileo-ileal laterolateral + anastomosis colorrectal laparoscópica asistida + metástasectomía en segmento III hepático por vía laparoscópica + dren tubular Jackson Pratt (2) (Figuras 3, 4, 5 y 6).

Hallazgos: 1) Colon sigmoides con tumoración de 10x8x7 cm a 30 cm de línea pectinea que compromete toda la circunferencia colónica y que infiltra a la ileal en 30 cm de válvula ileocecal. Resección R0. 2) Metástasis hepática de 6x4x3 cm en segmento III hepático con borde libre.

Durante su evolución postoperatoria recibe manejo de dolor, funciones vitales estables. Diuresis adecuada. PO3: elimina flatos. Drenajes serohemáticos en disminución. Herida operatoria en buen estado. PO4: tolera líquidos vía oral. PO6: Inicia dieta blanda y realiza deposiciones. PO7: alta con indicaciones.

Informe anatomopatológico

Colon sigmoides: Adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, infiltrante y ulcerado. La neoplasia infiltra la pared del colon y recto hasta la subserosa. Se observa invasión vascular, linfática y venosa. No se observa invasión perineural. Bordes de sección proximal, distal y radial libres de neoplasia. Ganglios regionales libres de neoplasia (0/12). El colon no neoplásico presenta diverticulosis. Se observa además segmento de intestino delgado con fibrosis de la serosa libre de neoplasia (Figura 7).

pTNM: T3N0M1. Estadio IV.

Hígado: Metástasis de adenocarcinoma tubular a hígado, lesión mide 6x4x3 cm. Bordes de sección libres de neoplasia (Figura 7).

Colon recto – donas: Segmentos de colon y recto sin evidencia de malignidad (Figura 8).

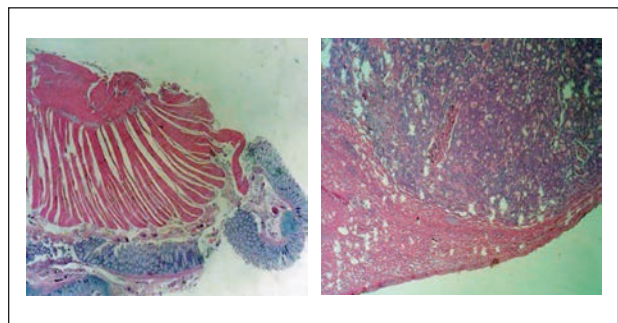


Figura 7. Anatomía patológica (AP) de colon sigmoides. AP de hígado libre de neoplasia.

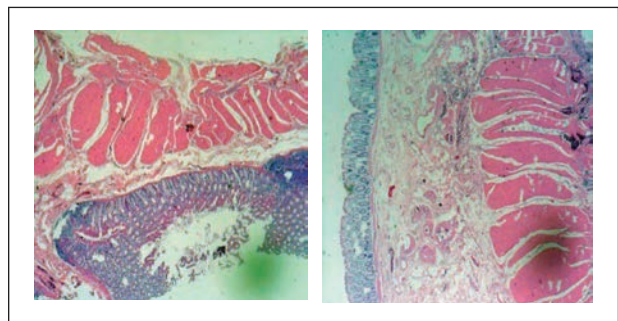


Figura 8. Anatomía patológica: Bordes de colon y recto libres de neoplasia.

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal metastásico es un importante tópicó de salud pública y en los últimos 20 años se han registrado grandes avances en el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y sistémico. Se estima que unas 136 830 personas en los Estados Unidos fueron diagnosticadas de cáncer colorrectal en el 2014 ^(1,2).

Aproximadamente el 20% de pacientes diagnosticados de CCR tienen además enfermedad hepática sincrónica, que representa una indicación para tratamiento sistémico neoadyuvante (quimioterapia o agentes biológicos) en casos de enfermedad no resecable hepática; e indicación quirúrgica en casos de enfermedad resecable hepática para realizar resección de la metástasis y resección del tumor primario colorrectal. Por lo tanto es necesario realizar un correcto plan quirúrgico en ambas afecciones ^(1,2).

Actualmente, se han establecido parámetros para tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal tomando en consideración la conferencia realizada en enero del año 2012 sobre consenso en manejo multidisciplinario de las metástasis hepática por cáncer colorrectal entre la Asociación Americana de Hígado, Páncreas y Vía Biliar (AHPBA), la Sociedad de Cirugía Oncológica (SSO), y la Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario (SSAT) ⁽³⁾.

El tratamiento quirúrgico persigue dos objetivos: paliación de los síntomas y la intención curativa. Siguiendo estos objetivos podemos encontrarnos en diferentes escenarios dependiendo si el tumor primario es sintomático o no sintomático y la metástasis es resecable o no resecable; el tratamiento de cada caso debe ser multidisciplinario y personalizado. El presente caso trata de un tumor primario de colon sigmoides sintomático y resecable siguiendo los principios oncológicos y la metástasis hepática única resecable.

El tiempo óptimo para realizar la cirugía con fines curativos de enfermedad sincrónica colorrectal y metastásica en hígado ha sido motivo de debate, si es que debe realizarse un abordaje clásico (primero el tumor primario y luego la metástasis), un abordaje reverso (primero el tratamiento de la metástasis y luego el tumor primario) o un abordaje conjunto o en una sola etapa (tratamiento del tumor primario y de la metástasis hepática en una sola cirugía) ⁽⁴⁾.

En referencia a lo anteriormente descrito se definen dos diferentes esquemas de abordaje propuestos en centros experimentados: 1) En etapas, que consiste en dos cirugías diferidas en el tiempo y 2) En una sola etapa ("one stage procedure") que permite una resección radical en una sola cirugía para el cáncer colorrectal y la metástasis hepática como se presenta en el caso en estudio, teniendo en cuenta la edad del paciente, comorbilidades y el tamaño de la cirugía, es decir si es una cirugía mayor o no ⁽⁵⁾.

La resecabilidad oncológica en cirugía colorrectal se encuentra actualmente bien definida y en el caso de un tumor primario colorectal (CCR) con metástasis hepática sincrónica es factible realizar un abordaje

mínimamente invasivo con resultados oncológicos de metástasis hepática similares a cirugía abierta.

Estudios multicéntricos internacionales han comparado ambos tipos de abordajes evidenciando similitud en resultados a largo plazo y resultados equivalentes en tasas de morbimortalidad. Capusotti y col. demostraron que el abordaje en dos etapas conlleva más morbimortalidad por mayor incidencia de complicaciones post operatorias y por lo tanto de hospitalización prolongada ⁽⁶⁻⁸⁾.

Debido a que la resección del cáncer colorrectal por vía laparoscópica es considerada ideal por su mínima invasión y mayor celeridad en la recuperación del paciente, es que se ha propuesto la resección de la metástasis hepática por esta vía. Muchos estudios han demostrado seguridad en el abordaje en una sola etapa por vía laparoscópica, manteniendo además los mismos resultados terapéuticos que en la cirugía convencional como se presenta en este caso. El abordaje laparoscópico permite una menor estancia postoperatoria y alta hospitalaria temprana con un rápido retorno a las actividades normales del paciente. Además la injuria en la pared abdominal resulta en disminución de la incidencia de hernias incisionales ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Este reporte de caso permite evidenciar el resultado de una cirugía oncológica del tumor primario y de la metástasis con intención curativa de cáncer colorrectal y metástasis hepática sincrónica por vía laparoscópica con resultados oncológicos adecuados y postoperatorios óptimo ^(12,13).

Desde el punto de vista quirúrgico, el abordaje laparoscópico fue posible en este paciente debido a que se planeó realizar una resección colónica estandarizada de colon sigmoides con una anastomosis segura y una resección hepática menor que comprometía un segmento hepático ^(14,15). De esta manera se obtuvo una recuperación rápida y alta sin complicaciones. Posteriormente el paciente paso a evaluación por el Servicio de Oncología Médica para recibir terapia adyuvante.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayo SC, Pulitano C, Marques H, Lamelas J, Wolfgang CL, de Saussure W, et al. [Surgical management of patients with synchronous colorectal liver metastasis: a multicenter international analysis](#). J Am Coll Surg. 2013;216(4):707-16.
2. Fernandez FG, Drebin JA, Linehan DC, Dehdashti F, Siegel BA, Strasberg SM. [Five-year survival after resection of hepatic metastases from colorectal cancer in patients screened by positron emission tomography with F-18 fluorodeoxyglucose \(FG-PET\)](#). Ann Surg. 2004;240(3):438-47.

3. Adams RB, Aloia TA, Loyer E, Pawlik TM, Taouli B, Vauthey JN, et al. Selection for hepatic resection of colorectal liver metastases: expert consensus statement. *HPB (Oxford)*. 2013;15(2):91-103.
4. Memon MA, Beekingham IJ. Surgical resection of colorectal liver metastases. *Colorectal Dis*. 2001;3(6):361-73.
5. Tomlinson JS, Jarnagin WR, DeMatteo RP, Fong Y, Kornprat P, Gonen M, et al. Actual 10-year survival after resection of colorectal liver metastases defines cure. *J Clin Oncol*. 2007;25(29):4575-80.
6. Abu Hilal M, Di Fabio F, Abu Salameh M, Pearce NW. Oncological efficiency analysis of laparoscopic liver resection for primary and metastatic cancer: a single-center UK experience. *Arch Surg*. 2012;147(1):42-8.
7. Abu Hilal M, Underwood T, Zuccaro M, Primrose J, Pearce N. Short-and medium-term results of totally laparoscopic resection for colorectal liver metastases. *Br J Surg*. 2010;97(6):927-33.
8. Abu Hilal M, Di Fabio F, Teng MJ, Lykoudis P, Primrose JN, Pearce NW. Single-center comparative study of laparoscopic versus open right hepatectomy. *J Gastrointest Surg*. 2011;15(5):818-23.
9. Abu Hilal M, McPhail MJ, Zeidan B, Zeidan S, Hallam MJ, Armstrong T, et al. Laparoscopic versus open left lateral hepatic sectionectomy: a comparative study. *Eur J Surg Oncol*. 2008;34(12):1285-8.
10. Farges O, Jagot P, Kistetter P, Marty J, Belghiti J. Prospective assessment of the safety and benefit of laparoscopic liver resections. *J Hepatobiliary Pancreatol Surg*. 2002;9(2):242-8.
11. Mala T, Edwin B, Gladhaug I, Fosse E, Søreide O, Bergan A, et al. A comparative study of the short-term outcome following open and laparoscopic liver resections of colorectal metastases. *Surg Endosc*. 2002;16(7):1059-63.
12. Tanaka K, Shimada H, Matsuo K, Nagano Y, Endo I, Sekido H, et al. Outcome after simultaneous colorectal and hepatic resection for colorectal cancer with synchronous metastases. *Surgery*. 2004;136(3):650-9.
13. de Santibañes E, Lassalle FB, McCormack L, Pekolj J, Quintana GO, Vaccaro C, et al. Simultaneous colorectal and hepatic resections for colorectal cancer: postoperative and longterm outcomes. *J Am Coll Surg*. 2002;195:196-202.
14. Weber JC, Bachellier P, Oussultzoglou E, Jaeck D. Simultaneous resection of colorectal primary tumor and synchronous liver metastases. *Br J Surg*. 2003;90(8):956-62.
15. Zhang HZ, Dong SX, Zhou ZX, Zhao P, Shao YF. [Simultaneous liver and colorectal resection for synchronous colorectal liver metastasis]. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 2007;45(13):902-4. [Article in Chinese]

Correspondencia: Juan José Núñez Ju
 Servicio de Cirugía de Hígado y Vías Biliares, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
 Av. Grau 800. La Victoria. Lima, Perú.
 E-mail: juanjo960120@hotmail.com