

Hemicolectomía derecha más duodenopancreatectomía cefálica en cáncer de colon localmente avanzado

Right hemicolectomy and cephalic pancreaticoduodenectomy for locally advanced colon cancer

Rubén Balmaceda, Marcelo Jorquera, Emmanuel Muñoz, Jorge Bufaliza, Diego Bertani

Servicio de Cirugía General, Hospital "Luis C. Lagomaggiore", Mendoza, República Argentina.

Correspondencia: Rubén Balmaceda. Correo electrónico: rubenbalmaceda1@hotmail.com

Introducción

En la Argentina, el cáncer colorrectal es el tercero en frecuencia luego del cáncer de mama y próstata, y representa el 10,5% del total de los cánceres diagnosticados. El 5-22% de los cánceres colorrectales tienen invasión de órganos vecinos al momento del diagnóstico, porcentaje que asciende hasta el 28% en el caso particular de los tumores de colon derecho. La realización de una resección multivisceral R0 ofrece a estos pacientes una sobrevida a 5 años de 40-61%, similar a la de los tumores T3 correctamente tratados.²

La invasión duodeno-pancreática se encuentra entre un 8-10% de los tumores de colon derecho T4b.⁴ El tratamiento recomendado para estos pacientes es la resección en bloque de colon con duodeno-páncreas; si bien ha demostrado un incremento en la morbilidad posoperatoria, la mortalidad a 30 días es similar.²

El objetivo de nuestro trabajo es la presentación de un caso de resección colónica y duodeno-pancreática en un paciente con adenocarcinoma de colon T4b.

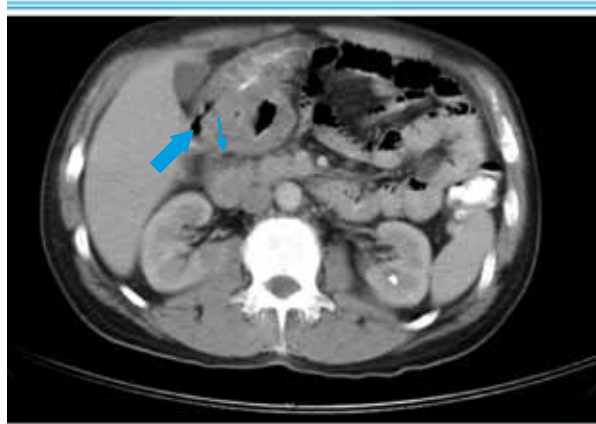
Caso clínico

Paciente masculino de 55 años que consulta por anemia microcítica y enterorragia de 3 meses de evolución asociadas a dolor abdominal posprandial. Refiere además pérdida de peso de 14 kg en 2 meses. Se realiza videocolonoscopia que informa lesión mamelonada, irregular, de aspecto infiltrante, de 4 cm de diámetro en pared del ciego. La biopsia de dicha lesión informa adenoma vellosos con displasia de alto grado, con focos aislados sugestivos de invasión. Se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax y abdomen donde se visualiza un engrosamiento parietal del colon transverso cercano al ángulo hepático, que se extiende hacia el mesocolon con áreas líquidas en su interior, sin invasión de órganos vecinos (Fig. 1). Los marcadores tumorales fueron negativos.

Se decide resección colónica laparoscópica. En la semiología abdominal se constata tumor de colon transverso con compromiso del mesocolon. Se realiza abordaje medial donde se observan adherencias firmes de la lesión a la cabeza del páncreas (Fig. 2). Ante este hallazgo intraoperatorio se decide conversión, se convoca a cirujano hepatobiliopancreático y se realiza operación de Whipple clásica en bloque con hemicolectomía derecha con anastomosis primaria (Fig. 3).

Recuperación posquirúrgica en UTI, pase a sala común a las 24 horas y alta al séptimo día. Presentó como única complicación retardo en el vaciamiento gástrico que requirió la reinstalación de sonda nasogástrica y resolución con tratamiento médico.

FIGURA 1



Tomografía computarizada de abdomen con contraste oral e intravenoso. Se observa engrosamiento de la pared del colon transverso (flecha gruesa) con prolongación hacia el mesocolon, donde se halla en relación con la cabeza pancreática (flecha delgada)

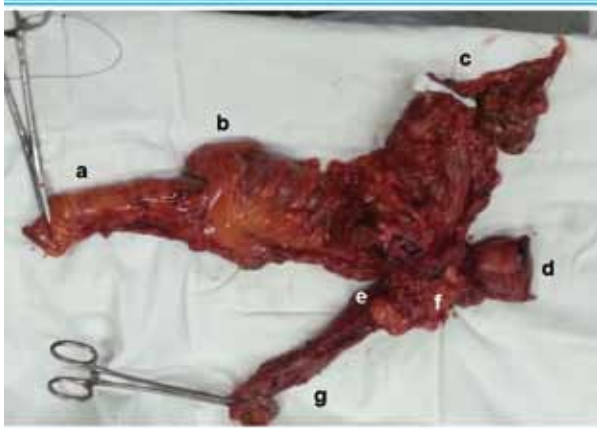
Recibido el
06 de diciembre de 2013
Aceptado el
30 de junio de 2014

FIGURA 2



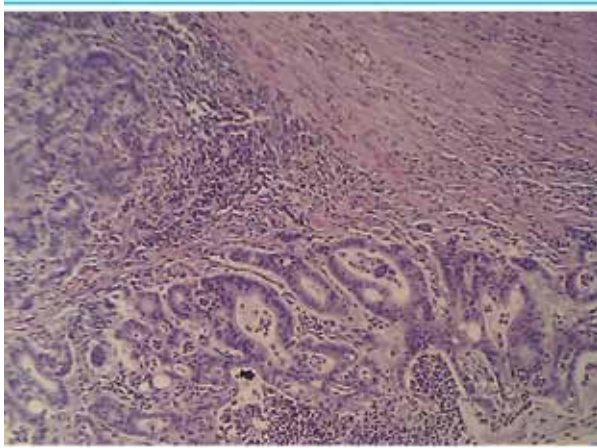
Imagen laparoscópica: no existe plano de disección entre el tumor (flecha gruesa) y la cabeza pancreática (flecha fina)

FIGURA 3



Pieza quirúrgica que incluye: a) íleon terminal, b) colon derecho, c) 2/3 de colon transversal, d) antro-píloro, e) duodeno, f) cabeza de páncreas y vena porta

FIGURA 4



Corte histológico de pieza quirúrgica donde se observa adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado (H-E 100x)

La anatomía patológica informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Fig. 4) con invasión de la glándula pancreática y la pared duodenal (pT4b) y 2 ganglios positivos de 15 aislados (pN1b). Estadío IIIC. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y en tratamiento adyuvante con esquema FOLFOX.

Discusión

El cáncer colorrectal es una enfermedad frecuente y casi un tercio de los pacientes se encontrarán en estadios localmente avanzados al momento del diagnóstico. La invasión duodeno-pancreática es infrecuente y algunos autores los consideran irresecables.⁵ Si bien la resección R0 de dichas lesiones ofrece a los pacientes buenos resultados oncológicos con supervivencia a 5 años comparable a la de pacientes con tumores T3, la resección multivisceral plantea un desafío técnico a los cirujanos colorrectales y causa un franco aumento de la morbilidad.^{2,4}

Los pacientes con cáncer de colon con invasión duodeno-pancreática suelen presentarse con un cuadro clínico similar al de aquellos con tumores T3.⁵ En la serie de Kapoor y cols.,¹ el 90% se presentó con anemia y el 82% con dolor abdominal, ambos síntomas presentes en nuestro paciente. Menos frecuentes son la presencia de diarrea por fístula duodeno-colónica y episodios de pancreatitis por obstrucción del conducto de Wirsung.

La TC de abdomen tiene una sensibilidad del 60-89% para detectar invasión duodenal y del 11-20% para la invasión pancreática, por lo cual habitualmente es un hallazgo intraoperatorio.

La presencia de adherencias macroscópicas del tumor al duodeno o páncreas no siempre implica invasión histológica, en tanto que podría corresponder a la reacción inflamatoria peritumoral hasta en un 40% de los casos.¹ Sin embargo, en el trabajo de Zhang y cols.,⁵ el 93% de estos pacientes tuvo invasión tumoral en la anatomía patológica. Es por esto que consideramos que las adherencias deben ser interpretadas como tumorales y realizar la resección en bloque con el objetivo de conseguir una resección R0.

Los intentos de disección de las mencionadas adherencias han demostrado un aumento en la tasa de recidiva local de hasta un 100% y una disminución de la supervivencia comparados con los pacientes resecados en bloque.²

Algunas publicaciones recientes como la de Paquette y cols.² sugieren que la realización de la resección duodeno-pancreática acompañando a la colectomía aumenta la tasa de complicaciones y la estadía hospitalaria con respecto a la colectomía sola. La complicación más frecuente en dichas series fue la fístula pancreática, seguida del retardo del vaciamiento gástrico. Nuestro paciente presentó como única

complicación un retardo en la evacuación gástrica.

La resección en bloque de colon más duodenopáncreas en el cáncer de colon derecho localmente avanzado es una operación con morbilidad aceptable

que ofrece posibilidades de curación a estos pacientes.³ Sin embargo, creemos que el éxito terapéutico depende de la presencia de un equipo multidisciplinario entrenado en el tratamiento de esta patología.

Referencias bibliográficas

1. Kapoor S, Das B, Pal S, Sahni P, Chattopadhyay TK. En bloc resection of right-sided colonic adenocarcinoma with adjacent organ invasion. *Int J Colorectal Dis.* 2006 Apr;21(3):265-8. Epub 2005 Jun 7.
2. Paquette IM, Swenson BR, Kwaan MR, Mellgren AF, Madoff RD. Thirty-day outcomes in patients treated with en bloc colectomy and pancreatectomy for locally advanced carcinoma of the colon. *J Gastrointest Surg.* 2012 Mar;16(3):581-6.
3. Park S, Lee YS. Analysis of the prognostic effectiveness of a multivisceral resection for locally advanced colorectal cancer. *J Korean Soc Coloproctol.* 2011 Feb;27(1):21-6.
4. Perysinakis I, Nixon A, Katopodi A, Tzirakis E, Georgiadou D, Avlonitis S, Margaris I. Long term survival after right hemicolectomy and pancreaticoduodenectomy for locally advanced colonic cancer: Case report. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(7):206-7.
5. Zhang J, Leng JH, Qian HG, Qiu H, Wu JH, Liu BN, Li CP, Hao CY. En bloc pancreaticoduodenectomy and right colectomy in the treatment of locally advanced colon cancer. *Dis Colon Rectum.* 2013 Jul;56(7):874-80.