



P-297 - METÁSTASIS CUTÁNEA METACRÓNICA DE CÁNCER DE VESÍCULA SOBRE INCISIÓN QUIRÚRGICA: ABORDAJE TERAPÉUTICO

M. Jiménez Toscano, D. Vega Menéndez, L. Vega López, S. Linacero Martín, E. Celi Altamirano, E. Colas, P. Hernández Granados, P. Jiménez Almonacid, B. Fernández Escudero, P. Dujovne Lindenbaum y A. Quintans Rodríguez

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: Es conocida en la actualidad la posibilidad de metástasis cutáneas tras una cirugía oncológica, tanto laparoscópica (port-site metástasis) como abierta, con una incidencia de hasta un 15%. Por otro lado, la metástasis cutánea del cáncer de vesícula, ya sea sincrónica o metacrónica, presenta una baja incidencia entre el 0,7-9%, apareciendo principalmente en el tórax y en el abdomen. El tratamiento de la lesión cutánea, en ambos casos, consiste en la exéresis completa con márgenes libres, y ha de ser adaptado al lugar de aparición de la misma. La aparición de lesiones metastásicas cutáneas supone un factor de mal pronóstico reduciendo la supervivencia media de 7,5 meses. Presentamos un caso clínico donde se combinan ambos sucesos.

Caso clínico: Presentamos un varón de 60 años, con antecedentes personales de hepatitis B, enolismo crónico y pancreatitis de origen biliar. Tras el diagnóstico de colelitiasis y pólipos adenomatosos múltiples en la vesícula se decide colecistectomía cuatro años antes realizándose un abordaje laparoscópico, que precisó reconversión tras objetivarse hepatomegalia con abundante circulación colateral así como pólipos vesiculares que tapizaban todo el fundus y cuerpo vesicular y que hicieron sospechar patología neoplásica. Tras confirmarse el diagnóstico de adenocarcinoma de vesícula T1b se decidió seguimiento dados los antecedentes clínicos. Tras cuatro años de seguimiento, y estando el paciente asintomático, se objetivó una elevación de los marcadores tumorales con un CEA de 12,8 ng/ml y un antígeno CA 19.9 de 174,2 U/ml. Se realizó un PET-TAC donde apareció captación a nivel de la herida quirúrgica compatible con miositis. Se decide realizar ecografía abdominal donde se objetivó una lesión subcutánea a nivel de cicatriz subcostal derecha de 2 cm con PAFF compatible con metástasis. Tras una laparoscopia exploradora para descartar diseminación intrabdominal de la enfermedad, se procede a la extirpación en bloque (de la lesión, que en el momento de la cirugía ya medía 4 cm, con todo el espesor de la pared abdominal) con márgenes circunferenciales libres. El defecto posterior se reparó con una malla physiomesh de 20 × 15 cm intrabdominal. Tras 4 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático sin nuevos datos de recidiva.

Discusión: Es imprescindible un seguimiento estrecho y prolongado en pacientes con cáncer de vesícula dado su potencial de metastatizar. En el seguimiento no debemos olvidar realizar una exploración cuidadosa de las incisiones quirúrgicas ante el riesgo de ser lugar de asentamiento de células tumorales. A pesar de la reducción en la esperanza de vida tras la aparición de estas lesiones, el único tratamiento curativo es la exéresis con márgenes libres.