



P-374 - RESECCIÓN MULTIVISCERAL EN LA CIRUGÍA DEL ADENOCARCINOMA COLÓNICO LOCALMENTE AVANZADO TRAS FRACASO DE LA NEOADYUVANCIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

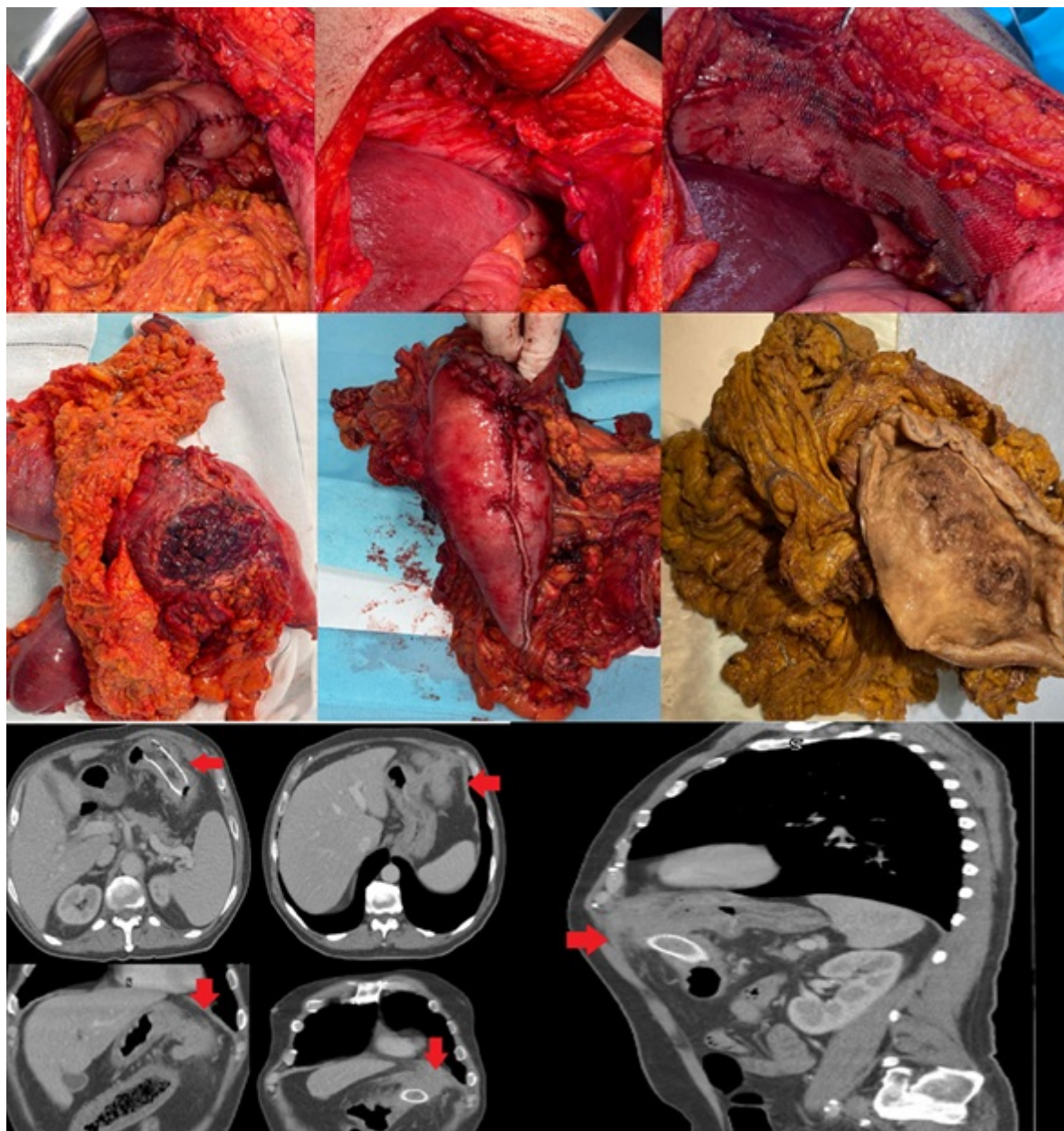
Gemio del Rey, Ignacio Antonio; de la Plaza Llamas, Roberto; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhog; García Friginal, Jaime; Fra López, María

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres, según GLOBOCAN (Organización Mundial de la Salud). Las tasas de incidencia y mortalidad son considerablemente más altas en hombres que en mujeres, con una incidencia general del 4%. La cirugía es la única posibilidad curativa para el CCR localizado, siendo el objetivo la extirpación completa del tumor, el pedículo vascular principal y las áreas de drenaje linfático del segmento colónico afecto. Aproximadamente el 10% de los pacientes con CCR presentan invasión de órganos contiguos o adherencias inflamatorias al diagnóstico. La resección en bloque de las estructuras contiguas está indicada si existe adherencia/infiltración del tumor en cualquier órgano.

Caso clínico: Varón de 59 años, sin antecedentes, que en estudio de síndrome constitucional es diagnosticado por colonoscopia de adenocarcinoma estenosante en ángulo esplénico. Se realizó TAC *body* identificándose tumoración de gran tamaño que presentó infiltración de pared abdominal izquierda, diafragma izquierdo y curvatura mayor gástrica, con posible carcinomatosis peritoneal. Se realizó gastroscopia, que confirmó con biopsias la infiltración transmural gástrica por adenocarcinoma de origen colónico. Se descartaron tumoraciones sincrónicas con colonoTAC y metástasis a distancia con PET. Se descartó carcinomatosis mediante laparoscopia de estadificación, con citología de lavado peritoneal negativa. Se presentó en Comité de Tumores, proponiéndose la realización de terapia neoadyuvante con FOLFOX. Recibió 9 ciclos, sin regresión tumoral, y presentando cuadro de obstrucción aguda de colon que requirió endoprótesis. Ante esta situación y siendo el tumor resecable, se realizó tras prehabilitación multimodal abordaje laparotómico. Se procedió a realizar hemicolectomía izquierda oncológica, gastrectomía tubular y resección diafragmática de 10 × 8 cm en monobloque, que incluyó parte del pericardio. AP confirmó intraoperatoriamente márgenes libres. Se cubrió el defecto pericárdico con grasa pericárdica, se realizó cierre primario diafragmático y se colocó malla de Dynamesh IPOM. Anastomosis colocolica manual biplano. El paciente precisó soporte vasoactivo las primeras 48 horas, siendo dado de alta hospitalaria el 11.º día posoperatorio (Clavien Iva + II, CCI 47,3).



Discusión: La resección multivisceral se asocia con mejor control local y mejor supervivencia global, que estimada a cinco años fue del 70,8% en algunos estudios. No se debe alterar el plano de adherencia entre el tumor y los órganos afectados, ya que entre el 34% y el 84% de estas adherencias son malignas y la transección empeora el pronóstico. No hay consenso en cuanto a qué pacientes son adecuados para la terapia neoadyuvante en lugar de la cirugía inicial. Puede indicarse en tumores localmente avanzados con márgenes quirúrgicos potencialmente comprometidos. La NCCN lo contempla en pacientes con enfermedad ganglionar voluminosa o cáncer de colon clínico T4b. En nuestro caso, se decidió realizar neoadyuvancia para evitar el compromiso de los márgenes de resección. A pesar de ello, el tratamiento neoadyuvante no fue efectivo. En estos casos se hace fundamental el seguimiento evolutivo estrecho de la efectividad del tratamiento neoadyuvante. Si se objetiva ausencia de mejoría o incluso progresión, debe intervenir al paciente antes de que la enfermedad sea irreseccable.