



VC-097 - ADENOCARCINOMA DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO: DISECCIÓN DE LA FASCIA PÉLVICA LATERAL DE DOBLE SISTEMA URETERAL IZQUIERDO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Merino García, María del Mar; García Pérez, Blanca; Afanador Rodríguez, María; Moriano Azabal, José Pablo; López Fernández, Concepción; Carmona Agúndez, María; Jiménez Redondo, José Luis; Gallarín Salamanca, Isabel María

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal es el segundo más frecuente en España siendo un 10-20% localmente avanzado. En el 5-10% de los casos infiltra órganos urológicos. El tratamiento de elección del carcinoma de recto es la resección quirúrgica con escisión completa del mesorrecto (ECM) precedido de neodyuvancia en casos localmente avanzados. En ocasiones, es necesario la resección total o parcial de órganos adyacentes afectados para conseguir márgenes quirúrgicos libres.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 68 años con antecedentes quirúrgicos de histerectomía con doble anexectomía que presenta adenocarcinoma infiltrante de la unión rectosigma (cT4aN2b) localmente avanzado con sospechas radiológicas de carcinomatosis peritoneal. Tras la quimioterapia neoadyuvante (FOLFOX), presenta fiebre en posible relación con implante tumoral abscesificado decidiéndose laparoscopia exploradora en la que se objetiva tumor en la unión rectosigmoidea adherido a asas de intestino delgado con implante adyacente que engloba colon sigmoide proximal a la tumoración, doble sistema ureteral izquierdo y vejiga. Al descartarse carcinomatosis peritoneal, se decide intervención quirúrgica programada. El servicio de Uroología realiza tutorización de doble sistema ureteral izquierdo y uréter derecho. Se observa tumoración de la unión rectosigmoidea localmente avanzada que engloba íleon en dos puntos próximos. Se realiza sección del íleon proximal y distal para extirpación en bloque con la tumoración. Liberación completa del ángulo esplénico mediante abordaje medial suprapancreático. Sección de VMI y AMI en su raíz, respetando ACI. Abordaje del mesosigma de medial a lateral. Liberación del mesorrecto posterior y lateral derecho y apertura de la reflexión peritoneal. Sección de la fascia pélvica izquierda lateral al plano de entrada de la ECM y liberación de vasos gonadales proximalmente. Se inicia la cistectomía realizando una cistotomía en la cúpula vesical distal a la tumoración. Disección y ligadura de los vasos gonadales izquierdos, que junto con la fascia pélvica extirpada nos permite continuar el plano de disección para liberar la tumoración del doble sistema ureteral izquierdo, vasos hipogástricos izquierdo y nervio hipogástrico superior. Posteriormente, identificación y ligadura de la arteria vesical superior. Completamos la cistectomía parcial comprobando que los meatus están libres y liberación del implante del muñón vaginal realizando vaginectomía parcial. Sección del mesorrecto y del recto medio con endograpadora 60 mm con dos cargas. Se observa el

interior vesical con los meatos libres y sistemas ureterales conservados. Posteriormente, extracción de pieza a través de laparotomía media infraumbilical que incluye tumoración de la unión rectosigmoidea con asa de íleon e implante adherido a mesorrecto superior infiltrando vejiga, fascia pélvica lateral y muñón vaginal. Cierre de vejiga y de muñón vaginal con sutura continua. Anastomosis termino-terminal con CEEA-28. Finalmente, se realiza ileostomía de protección. La paciente presentó buena evolución posquirúrgica. En la anatomía patológica, se describe adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado sin invasión linfovascular ni perineural, ypT3ypN0 (0/44). El implante peritumoral se describe como reacción gigantocelular con respuesta completa.

Discusión: Los comités multidisciplinares cobran gran importancia en el cáncer colorrectal localmente avanzado para un correcto enfoque terapéutico. Al igual que, en casos de respuesta clínica, un equipo quirúrgico especializado asegura mejores resultados.