



VC-083 - METÁSTASIS ESPLÉNICA SINCRÓNICA DE ADENOCARCINOMA DE COLON: ESPLENECTOMÍA ROBÓTICA

Merino García, María del Mar; García Pérez, Blanca; Palacios Monroy, José Luis; Ruiz Iglesias, Pablo Eulalio; Moreno Pajuelo, Sofía; Valle Rodas, María Elisa; Jiménez Redondo, José Luis; Gallarín Salamanca, Isabel María

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: Las metástasis aisladas esplénicas en el cáncer colorrectal son excepcionales. Diagnosticamos esta rara entidad clínica, que, tras valoración multidisciplinar, se decide abordaje quirúrgico de la lesión primaria y de la metástasis esplénica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 83 años sin antecedentes de interés con una prueba de sangre oculta en heces positiva. Se completa el estudio con una colonoscopia en la que se objetiva lesión neoplásica en colon ascendente. En el TC de extensión, se describe dicha lesión y ganglios menos de 1 cm agrupados en mesenterio adyacente (cT3N1) y una lesión esplénica inespecífica de 13 mm. Debido a estos hallazgos, se solicita PET-TC que describe la neoplasia en colon ascendente (SUVmax 14,20) y la lesión esplénica con SUVmax 13,99 siendo altamente sugestiva de malignidad. Tras presentarse el caso en el comité multidisciplinar, se decide intervención quirúrgica: hemicolectomía derecha y esplenectomía mediante abordaje robótico. En nuestro centro disponemos de da Vinci modelo Xi. En primer lugar, se aborda el colon ascendente, se realiza neumoperitoneo y se colocan cuatro trócares robóticos alineados desde hipogastrio hasta hipocondrio izquierdo (tres de 8 mm y uno de 12 mm), el robot entra por la derecha del paciente y la anatomía fijada es el abdomen inferior. Se lleva a cabo una hemicolectomía derecha con escisión completa del mesocolon. Posteriormente, se colocan dos trócares robóticos adicionales alineados con los previos desde hipocondrio derecho hasta fosa ilíaca izquierda. Se cambia la posición del robot entrando por la izquierda del paciente y se realiza nuevo *target*. Abordaje desde una incisión polar inferior, seccionando el peritoneo hasta apertura de la transcavidad de los epiplones que permite visualizar la cola pancreática. Liberación del ángulo esplénico del colon con sección de los ligamentos esplenocólico y gastroesplénico hasta polo superior con sección de los vasos cortos usando *Vessel Sealer*. Posterior identificación y disección de pedículo esplénico y sección del mismo con endograpadora de 60 mm tras separar la cola pancreática. Liberación del resto de fijaciones externas. Extracción del bazo en *endobag* vía Pfannestiel. La paciente tuvo una buena evolución posquirúrgica. En la anatomía patológica, se confirma adenocarcinoma de colon ascendente pT4apN2a(6/21)pM1a, G3, invasión linfovascular e invasión perineural presente y lesión esplénica compatible con metástasis. La paciente recibió adyuvancia con capecitabina. A fecha de hoy, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

Discusión: Las metástasis en el cáncer colorrectal son inusuales, siendo más frecuente su aparición

de forma metacrónica. El diagnóstico suele ser incidental en pruebas de imagen, aunque se ha descrito que niveles elevados de CEA podrían estar relacionados, ya que existe un descenso del mismo tras la esplenectomía. Se recomienda el PET-TC para justificar la esplenectomía en lesiones esplénicas con antecedente de carcinoma colorrectal en ausencia de otras lesiones metastásicas. La esplenectomía es la mejor opción terapéutica para la metástasis esplénica aislada y probablemente la única posibilidad de curación radical. El abordaje robótico aporta una estabilidad y precisión que nos permite realizar una disección con total control vascular para minimizar al máximo el riesgo de sangrado.