



O-169 - INNOVANDO EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL CON METÁSTASIS HEPÁTICAS: DE LAS INTERVENCIONES CLÁSICAS SECUENCIALES AL TRATAMIENTO SIMULTÁNEO TOTALMENTE LAPAROSCÓPICO.

Perfecto Valero, Arkaitz; Serrano Hermosilla, Clara; Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Prieto Calvo, Mikel; Gastaca Mateo, Mikel; García González, José María; Valdivieso López, Andrés; Colina Alonso, Alberto

Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Barakaldo.

Resumen

Objetivos: Clásicamente siempre se intervenía el cáncer colorrectal (CCR) antes que las metástasis hepáticas (MH). Posteriormente surgieron las “terapias inversas”, que otorgaban prioridad a la resección de las MH. Actualmente existe una tendencia de tratamiento simultáneo (TS) del CCR y las MH en cirugías no excesivamente agresivas, siempre que sea factible realizar resecciones R0 y garantizar suficiente remanente hepático. No existen otras contraindicaciones absolutas para el TS, aunque debería desconsiderarse cuando se requieran hepatectomías mayores, resecciones anteriores de recto bajas/ultrabajas o anastomosis coloanales. Un 20-25% de CCRs presenta MH al diagnóstico. Hasta el 50-60% de ellas son teóricamente resecables, pero más de 2/3 no serán candidatos a cirugía radical. En estos, se plantean la radiofrecuencia (RF) y las microondas (MW) como alternativas a la resección, presentando menor radicalidad oncológica pero mucha menor morbilidad. Una correcta selección de los candidatos a TS muestra aumentos de supervivencia, a pesar de que la propia presentación sincrónica sea factor de mal pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo. 14 casos de TS entre mayo/2016 y diciembre/2017, con seguimiento hasta mayo/2018.

Resultados: 6 “abiertos”/combinados”: 4 mujeres, 3 hombres. Media 70 años (rango 49-85). ASA: 3 III, 1 II, 2 I. CCRs: 3 rectos (1 recibió neoadyuvancia) 2 derechos, 1 izquierdo (recibió neoadyuvancia). MH: 8 en estudio prequirúrgico (cinco únicas, uno 4), 8 en eco-intraoperatoria. Tratamiento mediante 1 MW, 1 RF, 4 metastasectomías (3 únicas, 1 cuádruple; 1 con Pringle de 7'). Complicaciones en 2 casos: Fuga biliar con pseudoaneurisma de arteria hepática izquierda en paciente hemofílico, y fuga anastomótica. Tiempo quirúrgico medio: 5h:04', en 5 se intervinieron primero las MH. Tiempo medio de estancia (excluyendo complicados): 7,75 días. Sin evidencia de progresión en 4 (66,66%). Progresión en 2 (hepática; y peritoneal, hepática y pulmonar), ambos tratados con quimioterapia. 2 Exitus de causa no oncológica: ACV transcurridos 5 meses, y fracaso multiorgánico transcurridos 3 meses. 8 totalmente laparoscópicos: 5 mujeres, 3 hombres. Media 59,8 años (rango 45-81). ASA: 3 III, 3 II, 2 I. CCRs: 3 rectos (2 recibieron neoadyuvancia), 3 sigmas, 1 izquierdo, 1 ciego. MH: 11 en estudio prequirúrgico (seis únicas, uno 2, uno 3), 15 en eco-intraoperatoria (+4*). Tratamiento mediante 3 RF y 6 metastasectomías (4 únicas, 1 triple, 1 cuádruple; 2 con Pringle de 40' y 25+35'). Los 2 casos con Pringle presentaron complicaciones: Colección subcapsular, y fuga anastomótica. Tiempo quirúrgico medio: 4h:15', en 7 se intervinieron primero las MH. Tiempo medio de estancia (excluyendo complicados): 5,2 días, todos fastrack. Sin evidencia de progresión en 6 (75%). Los 2 casos con detección intraoperatoria de más MH* presentaron progresión hepática (25%),

ambos obtuvieron rescate con intención curativa, 0% mortalidad a fecha actual.

Conclusiones: El TS del CCR y las MH es técnicamente posible sin elevar la morbimortalidad. Los pacientes más favorables pueden intervenirse totalmente vía laparoscópica, presentando menor tiempo quirúrgico (-48') y estancia media (-2,5 días). A priori presenta buenos resultados oncológicos: recidiva en 4/14 (28, 57%). Los Pringle prolongados parecen predisponer a complicaciones. El hallazgo intraoperatorio de más MH parece predisponer a progresión tumoral.