

posterior, y esternotomía cuando su ubicación es anterior. Algunos autores¹ especifican que la esternotomía debe ser utilizada en los casos en los que se ha realizado previamente una tiroidectomía cervical, o bien si se trata de un carcinoma invasivo, o un bocio ectópico. Si es posible, hay quien prefiere llevar a cabo un enfoque cervical en casos seleccionados^{2,3}. Sin embargo, el futuro va en la dirección de los procedimientos mínimamente invasivos, por lo que la resección de bocios ectópicos mediastínicos por cirugía toracoscópica, y robótica mediante da Vinci también ha sido descrita^{4,5}. Desde 2005^{6,7}, se han publicado varios artículos sobre el abordaje uniportal en el tórax, hasta llegar a realizar, recientemente, resecciones pulmonares mayores por una única incisión^{8,9}. Pero no hemos podido encontrar el uso de un solo puerto en las resecciones por VATS de esta enfermedad. En nuestro caso, el cuarto espacio intercostal dio una mejor exposición y acceso a la región apical y la línea axilar anterior permitió optimizar la visualización del paramediastino superoposterior. El toracoscopio de 30° no fue necesario: se utilizó un toracoscopio de 0° para una resección más intuitiva y fácil. Hemos preferido un procedimiento uniportal, ya que una de las ventajas sobre la cirugía multipuerto es que solo está involucrado un espacio intercostal, permitiendo menor dolor postoperatorio¹⁰. Y, en la misma línea de reducción del dolor, preferimos utilizar un solo tubo de 20 Fr para disminuir el trauma en los tejidos blandos con respecto a otros tubos más grandes. La estancia hospitalaria fue muy corta y no hubo complicaciones. Por otro lado, el uso de plásticos para proteger la puerta es bien conocido, existen empresas con versiones caras y económicas del mismo producto. La forma más básica y económica es la esterilización de «bolsas de plástico para sándwiches». Pero, nuestra idea de recortar el mango de luz y usarlo para proteger el puerto es un recurso de acceso fácil, puesto que está en el quirófano, que nos proporcionó una óptica limpia y maximizó la eficiencia.

En conclusión, la resección toracoscópica por único puerto para bocios ectópicos mediastínicos es otra opción a valorar a la hora de definir un abordaje, puesto que, tal y como hemos descrito, es posible y nos permitió una estancia hospitalaria corta, sin impedir el uso de recursos a su través.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Perrot M, Fadel E, Mercier O, Farhamand P, Fabre D, Mussot S, et al. Surgical management of mediastinal goiters:

When is a sternotomy required? Thorac Cardiovasc Surg. 2007;55:39-43.

2. Walz PC, Iwenofu OH, Essig GF. Ectopic mediastinal goiter successfully managed via cervical approach: Case report and review of the literature. Head Neck. 2011. Doi: 10.1002/hed.21920.
3. Santini M, Fiorello A, di Lieto E, di Crescenzo VG, D'aniello G, Vicidomini G, et al. Surgical strategies in cervico-mediastinal goiters. Minerva Chir. 2006;61:221-9.
4. Grondin SC, Buenaventura P, Luketich JD. Thoracoscopic resection of an ectopic intrathoracic goiter. Ann Thorac Surg. 2001;71:1697-8.
5. Bodner J, Fish J, Lottersberger AC, Wetscher G, Schmid T. Robotic resection of an ectopic goiter in the mediastinum. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2005;15:249-51.
6. Rocco G, Khalil M, Jutley R. Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery wedge lung biopsy in the diagnosis of interstitial lung diseases. J Thorac Cardiovasc Surg. 2005;129:947-8.
7. Rocco G, Romano V, Accardo R, Tempesta A, la Manna C, la Rocca A, et al. Awake single-access (uniportal) video-assisted thoracoscopic surgery for peripheral pulmonary nodules in a complete ambulatory setting. Ann Thorac Surg. 2010;89:1625-7.
8. Gonzalez-Rivas D, Paradela M, Fieira E, Velasco C. Single-incision video-assisted thoracoscopic lobectomy: Initial results. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012;143:745-7.
9. Gonzalez-Rivas D. Lobectomy: V.A.T.S. surgical evolution from conventional vats to uniportal approach. ScientificWorldJournal. 2012;2012:780842.
10. Jutley RS, Khalil MW, Rocco G. Uniportal vs standard three-port VATS technique for spontaneous pneumothorax: Comparison of post-operative pain and residual paraesthesia. Eur J Cardiothorac Surg. 2005;28:43-6.

Elisabet Arango Tomás*, Carlos Baamonde Laborda, Francisco Javier Algar Algar y Ángel Salvatierra Velázquez

Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eli_piano@hotmail.com (E. Arango Tomás).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.013>

Colectomía y nefrectomía simultánea en tumores sincrónicos

Simultaneous colectomy and nephrectomy in synchronic tumours



El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes, tanto en varones como en mujeres, ocupan la cuarta causa de muerte por cáncer en nuestro medio. A su vez,

el cáncer renal representa el 2% de todos los tumores del organismo, siendo el carcinoma de células renales (CR) el más frecuente¹.

Tabla 1 – Casos clínicos

Paciente	1	2	3	4
Edad	63	67	71	62
Sexo	V	V	V	V
Diagnóstico	Neoplasia sigma a 18 cm de MA + masa renal polo superior izquierdo (6 × 4 cm)	Neoplasia de sigma a 21 y 38 cm de MA + poliposis colónica + neoplasia renal derecha (8 × 7 cm) e izquierda (3 cm)	Neoplasia de recto a 9 cm de MA + neoplasia renal izquierda (5 cm)	Tumor ureteral derecho + neoplasia de colon derecho
Cirugía	Sigmoidectomía + nefrectomía izquierda	Nefrectomía parcial izquierda por retroperitoneoscopia (1 ^{er} tiempo) Colectomía subtotal + heminefrectomía derecha (2.º tiempo)	RAB + nefrectomía izquierda	Nefroureterectomía derecha + hemicolectomía derecha ampliada
Sangrado intraoperatorio	0 cc	900 cc	–	300 cc
Tiempo operatorio	300 min	420 min	–	360 min
Días de estancia hospitalaria	6	12	12	30
Morbilidad	0	0	0	Absceso intraabdominal
AP tumor colon	ADC moderadamente diferenciado TNM pT4N0	3 ADC infiltrantes + 1 ADC <i>in situ</i> + múltiples tubulovelloso TNM pT3, pT2, pT1, pTis	ADC moderadamente diferenciado TNM pT3 N0	ADC infiltrante + 1 adenoma vellosos + adenomas tubulares múltiples TNM pT2 N0
AP tumor renal	Carcinoma renal papilar tipo II TNM pT1bNx	Carcinoma renal quístico (izquierdo) TNM pT1 Carcinoma renal de células claras (derecho) TNM pT3	Carcinoma renal papilar tipo II	Carcinoma ureteral de células transicionales TNM pT3 Nx
ADC: adenocarcinoma; AP: anatomía patológica; RAB: resección anterior baja.				

La presentación sincrónica de CR y CCR es excepcional, con una prevalencia que oscila entre el 0,03 y el 4,85%². Con la utilización sistemática de pruebas de imagen no invasivas como la tomografía computarizada (TC), se ha incrementado el diagnóstico de tumores renales asintomáticos. Esto favorece que se diagnostiquen de forma subclínica, en estadios tempranos de la enfermedad³.

En la actualidad, el abordaje laparoscópico del CCR y de las CR están bien establecidos, sin embargo, la realización simultánea de una colectomía y nefrectomía parcial ha sido lograda de forma anecdótica. A continuación presentamos 4 casos clínicos, que se encuentran reflejados en la [tabla 1](#).

La asociación entre el CCR y las CR es poco habitual. No existe una correlación, excepto en los llamados síndromes hereditarios, como el de Lynch, aunque ninguno de nuestros pacientes cumplía criterios.

En nuestra serie se ha realizado abordaje ipsilateral y también contralateral, el cual planteaba mayores dificultades técnicas, como el cambio en la posición de los trocates y del paciente. Uno de ellos fue diagnosticado de neoplasia de colon y doble neoplasia renal, no descrito hasta ahora^{2,4-7}. En este caso, se realizó primero la nefrectomía parcial izquierda por retroperitoneoscopia, con intención de mantener virgen la cavidad peritoneal para la siguiente intervención. Esta vía de abordaje no era aconsejable en el tumor derecho, dado su gran tamaño, que lo hacía técnicamente más complejo (especialmente debido a que la renorrafia por vía retroperitoneal resulta más complicada por la falta de espacio y

triangulación). Días después se realizó la colectomía subtotal laparoscópica en decúbito supino, cambiándose a decúbito lateral izquierdo para la nefrectomía parcial derecha. A pesar del tamaño tumoral, debido al antecedente quirúrgico en el riñón contralateral, se planteó una cirugía conservadora de nefronas, con intención de preservar la función renal ([fig. 1](#)).

La mayoría de nuestros pacientes presentaron un postoperatorio sin complicaciones, excepto el último caso en el que aparecieron abscesos intraabdominales, sospechándose una posible dehiscencia anastomótica. Se manejó con tratamiento conservador y evolucionó favorablemente.

Así pues, una de las ventajas es poder tratar al mismo tiempo 2 neoplasias, de este modo, en caso de aparecer complicaciones postoperatorias no se retrasa el tratamiento de una de ellas. Además, el tratamiento simultáneo evita un segundo procedimiento anestésico y disminuye el trastorno ocasionado al paciente y familiares, al evitar un segundo ingreso, siendo una opción más costo-efectiva.

Por contra, la cirugía combinada en 2 órganos diferentes, plantea dificultades en la táctica. El abordaje sincrónico supone una agresión biológica mayor que la realización de 2 intervenciones por separado, alargando la estancia hospitalaria. Sin embargo, es posible sobre todo, cuando ambos procedimientos son sencillos, como ha sido documentado en otras series^{8,9,10}, o cuando se practica en un centro hospitalario de alto nivel con recursos para el manejo satisfactorio.

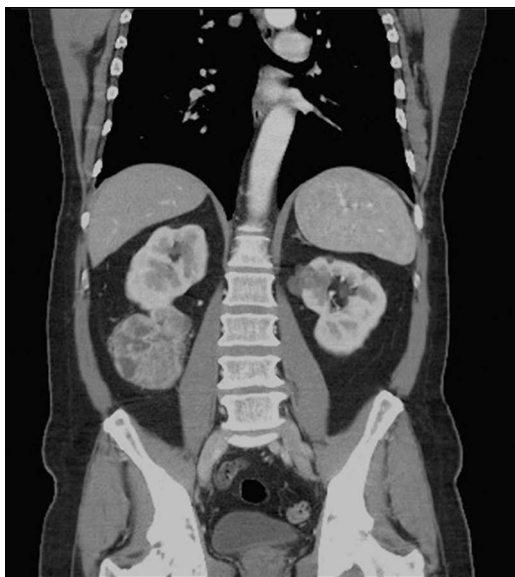


Figura 1 – Tomografía computarizada abdominopélvica. Corte coronal donde se aprecia una masa sólida dependiente del polo renal inferior derecho de 8 x 7 cm y otra lesión de 3 cm en el polo renal superior izquierdo.

Así pues, el tratamiento simultáneo laparoscópico de neoplasias de origen renal y colónico es factible y reproducible. La mayor ventaja de esta opción técnica es que permite tratar al mismo tiempo ambas lesiones, y de este modo evitar el retraso que se produciría si se intervinieran de forma secuencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jensen C, Riffo R, Martínez N, Valenzuela A. Simultaneous presentation of renal cell and colorectal cancer. *Rev Chil Cir.* 2007;59:212-6.
2. Veenstra GM, Fossion LM, de Laet K, Luijten AA. Synchronous laparoscopic radical nephrectomy left and contralateral right hemicolectomy during the same endoscopic procedure. *ISRN Surg.* 2011;2011:179456.
3. Castellanos-Hernández H, Solares-Sánchez ME, Sánchez-Turati JG, Martínez-Cervera PF, Chanona-Vilchis G,

- Pérez-Montiel D., Jiménez-Ríos MA. Resección orgánica múltiple en cáncer renal. *Rev Mex Urol.* 2012;72:131-5.
4. Fazzin M, Dellachiesa L, Resta G, Bandi M, Marino S, Anania G. One-stage laparoscopic procedure for a patient with bilateral colorectal tumours and renal carcinoma. *G Chir.* 2013;34:132-4.
5. Ng SS, Lee JF, Yiu RY, Li JC, Leung KL. Synchronous laparoscopic resection of colorectal and renal/adrenal neoplasms. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2007;17:283-6.
6. Napolitano C, Santoro GA, Valvano L, Salvati V, Martorano M. Simultaneous totally laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic left hemicolectomy for synchronous renal and sigmoid colon carcinoma: Report of a case. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21:92-3.
7. Kim SH, Park JY, Joh YG, Ho HE. Simultaneous laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic sigmoidectomy for synchronous renal cell carcinoma and colonic adenocarcinoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2004;14:179-81.
8. Cheung TT, Poon RT. Synchronous resections of primary colorectal tumor and liver metastasis by laparoscopic approach. *World J Hepatol.* 2013;5:298-301.
9. Demuro JP. Simultaneous acute cholecystitis and acute appendicitis treated by a single laparoscopic operation. *Case Rep Surg.* 2012;2012:575930.
10. Pozo F, Giganto F, Rodrigo L. Non-complicated cholelithiasis associated with GERD. Results of combined laparoscopic surgery in low risk patients. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:237-45.

Ana Belen Martin Arnau^{a,*}, Carolina Ochoa Vargas^b,
Jose Antonio Peña Gonzalez^b
y Eduardo María Targarona Soler^a

^aServicio de Cirugía General,
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^bServicio de Urología, Fundación Puigvert, Barcelona,
España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belen_marar@hotmail.com
(A.B. Martin Arnau).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.04.006>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.