

Metástasis cutánea perineal de adenocarcinoma tras cirugía de cáncer colorrectal

Carlos Placer, José Luis Elósegui, Idoia Irureta, José Andrés Mujika, Ignacio Goena y José M. Enríquez Navascués
Sección de Cirugía Colorrectal. Departamento de Cirugía. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Resumen

La aparición de metástasis cutáneas en el curso del cáncer colorrectal es un hecho excepcional, sobre todo en ausencia de lesiones viscerales. Presentamos el caso de una mujer de 50 años de edad intervenida de una neoplasia de colon sigmoideo T3N0M0, con resección de una metástasis ovárica a los 12 meses. Fue reintervenida tras 14 meses por recidiva local anastomótica. Cuatro meses tras la cirugía, presentaba lesión nodular ulcerada en periné por metástasis de adenocarcinoma. Tras cirugía local agresiva, la paciente fue dada de alta al quinto año.

Se plantea la necesidad de un correcto manejo del muñón rectal o anal mediante lavado con povidona yodada durante las anastomosis instrumentales.

Palabras clave: *Metástasis cutánea. Cáncer colorrectal. Cirugía colorrectal.*

PERINEAL CUTANEOUS METASTASES FROM ADENOCARCINOMA AFTER SURGERY FOR COLORECTAL CANCER

The development of cutaneous metastases in the context of colorectal cancer is exceptional, especially in the absence of visceral lesions. We present the case of a 50-year-old woman who underwent surgery for a T3N0M0 tumor in the sigmoid colon, with resection of ovarian metastases at 12 months. Reoperation was performed 14 months later for local anastomotic recurrence. Four months after surgery, a nodular ulcerated lesion was observed in the perineum due to metastases from adenocarcinoma. Aggressive local surgery was performed and the patient has presented no recurrences after a 5-year follow-up.

We discuss the need for correct management of the rectal or anal stump (through the use of iodine povidone wash solution) during instrumental anastomoses.

Key words: *Cutaneous metastases. Colorectal cancer. Colorectal surgery.*

Introducción

La aparición de metástasis cutáneas en el contexto de un carcinoma colorrectal ocurre en menos del 4% de los pacientes, pero en ausencia de lesiones viscerales –tanto tumor primario como otras metástasis– es excepcional y su pronóstico suele ser sombrío¹. Presentamos un caso tratado quirúrgicamente con éxito a largo plazo.

Caso clínico

Mujer de 50 años de edad, intervenida 3 años antes de un adenocar-

cinoma de colon sigmoideo T3N0M0 mediante sigmoidectomía asistida por laparoscopia. Un año después se detectó una masa en ovario izquierdo, que se extirpó por laparotomía, con resultado de metástasis de adenocarcinoma. Tras 14 meses se diagnosticó recidiva local en zona anastomótica colorrectal con afección ureteral izquierda e hidronefrosis secundaria. La paciente fue reintervenida y se logró una nueva exéresis con reanastomosis colorrectal y reimplantación ureterovesical. A los 4 meses de la última intervención, la paciente notó una tumoración en la región perineal; el resultado de la biopsia fue metástasis de adenocarcinoma, y se planteó como alternativa una resección abdominoperineal. La paciente acudió a nuestro centro para solicitar una segunda opinión. Presentaba un tumoración cutánea y subcutánea ulcerada, de unos 3 cm de diámetro en la vertiente posterior del introito vaginal (fig. 1). La exploración bimanual mostraba una tumoración regular, sin aparente infiltración de la pared vaginal, rectal ni del aparato esfinteriano. El CEA y la colonoscopia fueron normales. Se realizó una tomografía computarizada abdominopelviana y una ecografía endoanal, en las que no se apreció afección esfinteriana. La manometría anal no evidenció hallazgos patológicos.

Con el diagnóstico de metástasis cutánea de adenocarcinoma de colon por posible implante quirúrgico, se recomendó una exéresis local, y se practicó la extirpación de la lesión con un margen aproximado de 2 cm, incluyendo la pared vaginal posterior y la pared muscular rectal, así como parte del aparato esfinteriano. Se tomaron 6 biopsias intraopera-

Correspondencia: Dr. C. Placer.
Apdo. 1.690. 20080 San Sebastián. Guipúzcoa. España.
Correo electrónico: 943313762@terra.es

Manuscrito recibido el 8-5-2006 y aceptado el 27-6-2006.



Fig. 1. Lesión nodular ulcerada en piel perineal, cercana al introito vaginal.

torias de márgenes de resección (informadas como sin afección tumoral). Se llevó a cabo una reconstrucción directa con reparación de pared vaginal y rectal, aparato esfinteriano y plastia cutánea mediante colgajo cutáneo de avance. El informe de la pieza evidenció una metástasis cutánea de adenocarcinoma bien diferenciado con márgenes quirúrgicos libres (fig. 2). El postoperatorio fue satisfactorio y no ha presentado recidiva, alteración de la continencia ni dispareunia tras 60 meses de seguimiento.

Discusión

Las metástasis cutáneas de los tumores de colon y recto son un hecho extremadamente raro en ausencia de lesiones viscerales. Se han barajado varias hipótesis, pero la implantación de células durante la cirugía parece ser la causa más plausible¹. Parece que la manipulación rectal durante la realización de anastomosis colorrectales instrumentales podría favorecer el implante de células viables, sobre todo si no se realiza un lavado previo a la construcción de la anastomosis del muñón anal o rectal². La viabilidad de las células exfoliadas del tumor ha sido motivo de controversia; sin embargo, los trabajos del grupo de Umpleby han confirmado este hecho³. Existen

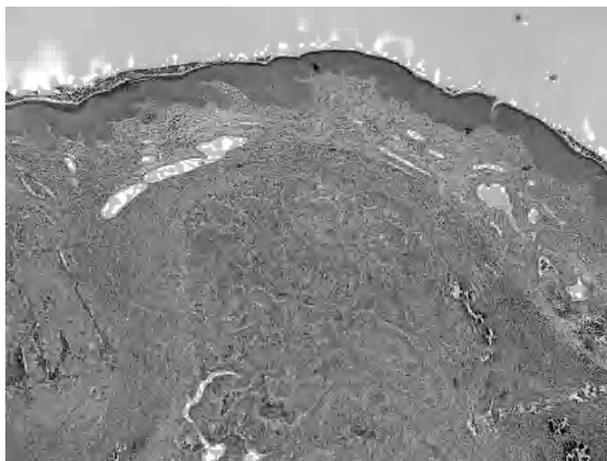


Fig. 2. Infiltración metastásica de adenocarcinoma en piel perineal (hematoxilina-eosina).

pruebas experimentales que indican la posibilidad de implantación y crecimiento de tales células tan sólo en presencia de lesiones en el canal anal o la piel perineal, por lo que se debería tenerlas en cuenta a la hora de la manipulación quirúrgica con aparatos de sutura mecánica^{4,5}. No parece que haya diferencias entre las lesiones polipoideas o las ulceradas, pero sí entre las diferentes soluciones que emplear⁶.

Algunos trabajos dan mayor importancia al efecto volumen y recomiendan lavados con más de 500 ml de solución⁷. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos recomienda⁸ el empleo de agentes citotóxicos, tales como la povidona yodada al 5% o el alcohol de 40°. No obstante, el efecto citotóxico in vitro no es completo in vivo y la presencia de sangre podría alterar dicho efecto^{9,10}.

Aun sin estudios controlados al respecto, hay pruebas suficientes para realizar un correcto lavado del muñón rectal previo a la realización de la anastomosis⁶. Nuestro grupo, tras liberar el tumor, realiza un pinzamiento distal a la lesión, con pinza, grapa o sutura mecánica, lavado por ano a través de sonda tipo Pezzer con una solución de povidona yodada al 5% durante 3 min, con posterior aclarado salino. Cierre del muñón rectal o anal con grapadora por debajo del pinzamiento previo, es decir en zona lavada, y posterior anastomosis mecánica transuteral. La generalización de la laparoscopia ha hecho que esta maniobra caiga en el olvido; sin embargo, es de fácil ejecución mediante pinza laparoscópica. Actualmente, la casi nula incidencia de esta complicación también podría asociarse a la generalización de las técnicas de radioterapia preoperatoria y de cirugía con control visual directo.

Bibliografía

1. Scott NA, Taylor BA, Wolff BG, Lieber MM. Perianal metastasis from a sigmoid carcinoma –Objective evidence of a clonal origin. Report a case. *Dis Colon Rectum*. 1988;31:68-70.
2. Gerstch P, Bauer HU, Koof R, Madden GJ, Altemart HJ. Malignant cells are collected on circular staplers. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:238-41.
3. Umpleby HC, Fermor B, Symes MO, Williamson CN. Viability of exfoliated colorectal carcinoma cells. *Br J Surg*. 1984;71:659-63.

4. McGregor JR, Galloway DJ, McCulloch P, George WD. Anastomotic suture materials and implantation metastasis: An experimental study. *Br J Surg*. 1989;76:331-4.
5. Hubens J, Lafullarde T, Van-Marck E, Vermeuler P, Hubens A. [Implantation of colon cancer cells on intact and damaged colon mucosa and serosa: An experimental study in the rat]. *Acta Chir Belg*. 1994;94:258-62.
6. Jenner DC, De Boer WB, Clarke G, Lewitt MD. Rectal washout eliminates exfoliated malignant cells. *Dis Colon Rectum*. 1998;41:1432-4.
7. Sayfan J, Averbuch F, Koltum L, Benyamin N. Effect of rectal stump washout on the presence of free malignant cells in the rectum during anterior resection for rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:1710-2.
8. Umpleby HC, Williamson RC. The efficacy of agents employed to prevent anastomotic recurrence in colorectal carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl*. 1984;66:192-4.
9. Docharty JG, McGregor JR, Purdie CA, Galloway DJ, O'Dwyer PJ. Efficacy of tumoricidal agents in vitro and in vivo. *Br J Surg*. 1995;82:1050-2.
10. Basha G, Penninckx F, Yap P. Influence of blood components and faeces on the vitro cancericidal activity of povidone iodine. *Br J Surg*. 1998;85:534-7.

