

5. Rakovich G, Ferraro P, Therasse E, Duranceau A. Preoperative embolization in the management of a mediastinal paraganglioma. *Ann Thorac Surg.* 2001;72:601-3.
6. Wikinski JA, Salgueiro C. La arteria de Adamkiewicz y su papel en la irrigación medular. Una actualización bibliográfica basada en internet. *Rev Argent Anestesia.* 2003;61:170-81.
7. Lochowski MP, Brzeziński D, Kozak J. Videothoracoscopy in the treatment of benign neurogenic tumours of the posterior mediastinum. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne.* 2014;9:315-8.

Carlos Alberto Rombolá^{a*}, Vanesa Crespo García del Castillo^b,
María Dolores García Jiménez^a, Marta Genovés Crespo^a y
Emilio García Blázquez^c

^aServicio de Cirugía Torácica, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General La Mancha Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carrombola@hotmail.com (C.A. Rombolá).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.06.005>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Aneurisma de aorta abdominal y cáncer colorrectal sincrónico. ¿Cambios en el tratamiento?☆



Abdominal aorta aneurysm and synchronous colorectal cancer. Changes in treatment?

La presencia sincrónica del aneurisma de aorta abdominal (AAA) y del cáncer colorrectal (CCR) es rara, con una incidencia estimada entre el 0,49-2% de los casos de AAA^{1,2}. Existen diversas opciones terapéuticas, pero aún no disponemos de un protocolo establecido y aceptado.

Presentamos un varón de 83 años, con hipertensión arterial, cardiopatía isquémica revascularizada percutáneamente 9 años antes, y enfermedad de Paget. Acudió a urgencias por un cuadro de oclusión intestinal y en la tomografía axial computarizada (TAC) se objetivó neoplasia oclusiva de colon descendente con metástasis hepáticas en los segmentos IV-VIII y VII, y AAA infrarrenal de 6,4 cm asintomático (fig. 1). Ante la estabilidad clínica del paciente se realizó colocación de *stent* en colon, con resolución de la clínica oclusiva y posterior exclusión endovascular del AAA mediante endoprótesis aorto-bi-ilíaca con anclaje en ambas arterias ilíacas comunes (C3[®] Excluder[®], Gore[®] Medical) percutánea, sin incidencias ni endofugas (fig. 2). A los 10 días se realizó hemicolectomía izquierda con resección de metástasis hepáticas. El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones a los 3 meses y angio-TC de control, sin hallazgos patológicos.

A pesar de la baja incidencia de la presencia sincrónica de estas enfermedades, 0,49-2% de los casos de AAA^{1,2}, el CCR representa el 50% de los cánceres asociados a AAA³ y entre el 9-13% de las neoplasias a nivel abdominal⁴. Su incidencia está en aumento por el envejecimiento poblacional y presencia de factores de riesgo comunes. Aun así su tratamiento continúa planteando múltiples controversias.

Tras confirmar la posibilidad de intervención del CCR, según su estadificación TNM⁵, se plantea la necesidad de intervención del AAA. Desde la publicación de Szilagyi et al.⁶, en 1967, nos guiamos por el aumento del riesgo de rotura del AAA asociado a la realización de la laparotomía secundario a la lisis del colágeno inducida por la propia intervención, la depleción nutricional y la disección quirúrgica, estimada entre el 6-11%, especialmente si el AAA es mayor de 5 cm^{1,2,5}. De esta manera se recomienda ser más estrictos en la indicación del tratamiento del mismo, reduciendo el diámetro establecido en la población general de 5,5 cm⁷, o incluso independientes de este¹. La mayoría de los autores coinciden en tratar el AAA en primer lugar si es sintomático, aunque estos casos son escasos.

Baxter et al.⁸ abogan por el tratamiento del AAA, en primer lugar si es de más de 5 cm. Pero observaron un importante retraso en el tratamiento del CCR, 122 días de media, esperando mejorar los resultados con el desarrollo de las técnicas endovasculares. Lin et al.⁴, posteriormente, coinciden en este plan y defienden la exclusión endovascular del AAA (EVAR), en los casos infrarrenales, debido al descenso significativo que observaron en la pérdida sanguínea intraoperatoria, estancia hospitalaria y retraso en el tratamiento del CCR, así como la mayor supervivencia a 48 meses. Shalhoud et al.¹ también defienden la realización de EVAR, si las características anatómicas son las apropiadas, pero recomiendan el tratamiento en primer lugar del AAA en mayores de 6 cm al observar ausencia de complicaciones de los menores. Plantean además la colocación previa de un *stent*

☆ Trabajo presentado en las 24 Jornadas Internacionales de Coloproctología.

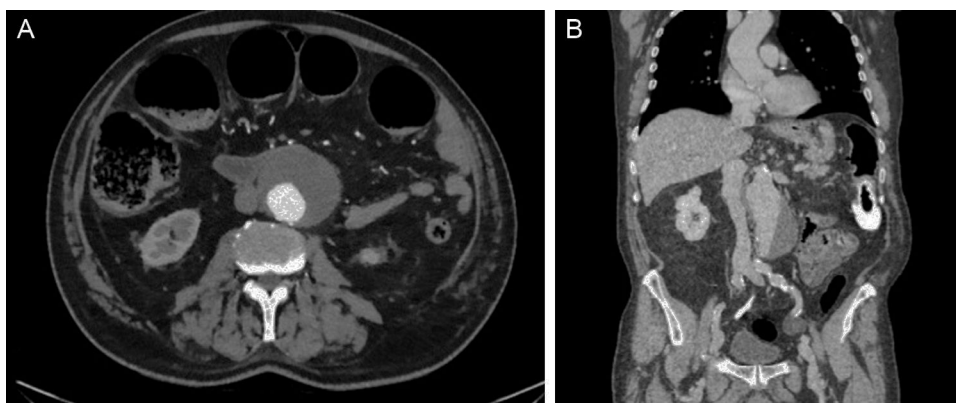


Figura 1 – Imagen de la TAC observándose AAA a nivel infrarrenal y dilatación del colon por neoplasia oclusiva de colon descendente (A: corte axial, B: corte coronal).

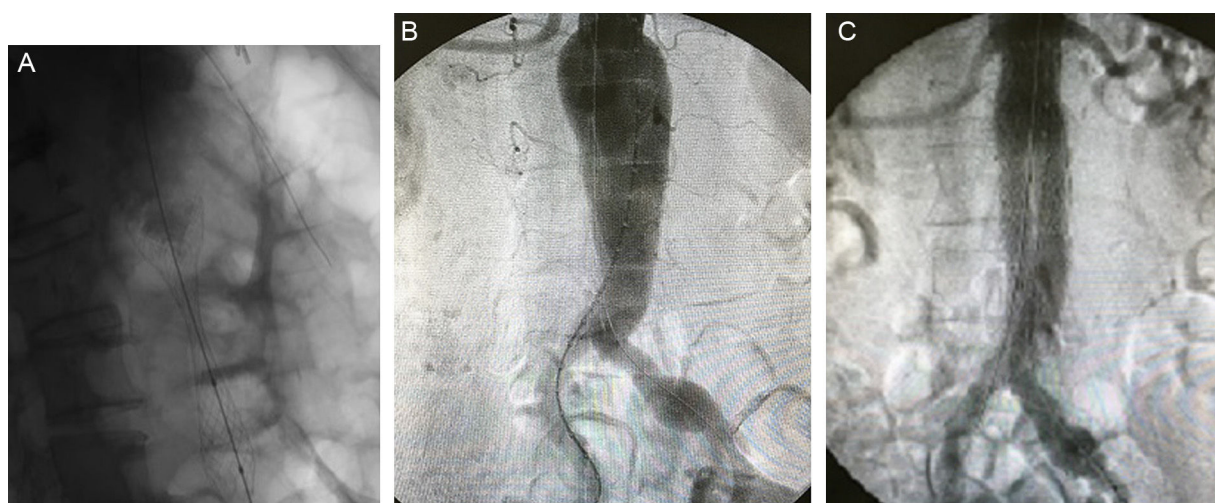


Figura 2 – A) Imagen de control tras la colocación de stent a nivel de colon descendente. B) Imagen intraoperatoria de AAA infrarrenal. C) Imagen intraoperatoria tras la realización de EVAR con endoprótesis aorto-bi-ilíaca con correcta exclusión aneurismática.

para el tratamiento provisional del cáncer en caso de ser oclusivo si el AAA es > 6 cm, reduciendo así el riesgo de rotura e infección protésica respecto a una resección quirúrgica abierta. En nuestro caso realizamos este plan debido a la estabilidad clínica del paciente, lo que nos permitió realizar EVAR y posterior resección de CCR con buena evolución del paciente.

Porcellini et al.⁹ compararon el tratamiento mediante cirugía abierta y EVAR en estos pacientes, también observaron descensos significativos de la tasa de mortalidad y morbilidad (34 vs. 0,0% y 21 vs. 8%, respectivamente). Entre las posibles complicaciones registradas del EVAR encontramos trombosis de rama, por lo que se recomiendan prótesis con la máxima flexibilidad posible y, aunque no parece mayor el riesgo de colitis isquémica que con la cirugía abierta, mantener al menos una hipogástrica permeable ya que la arteria mesentérica inferior quedará ocluida. Descartar siempre dicho cuadro antes de la resección del CCR⁵. Para los pacientes con aneurismas yuxtarenales, pararenales o toraco-abdominales se comienzan a utilizar endoprótesis con fenestraciones y ramificaciones.

La realización de una única intervención para el tratamiento de ambas enfermedades, de manera combinada, también se plantea como opción técnica. Las principales desventajas reseñables son el prolongado tiempo quirúrgico y el teórico aumento del riesgo de contaminación e infección^{1,2,9}, con una mortalidad asociada elevada (46-65%)^{1,5}. Aunque Minicozzi et al.³ no observaron un incremento en mortalidad (4,2%), tasa de reintervención (3,3%) o infección protésica (0,0%) tras la cirugía combinada, la mayoría recomiendan reservarla para casos seleccionados como AAA de gran tamaño o sintomático asociado a CCR complicado con compromiso vital que requieran intervención urgente⁵, ya que se asocia una mortalidad de hasta el 13%¹⁰. Actualmente se plantea la opción de la realización de EVAR junto a resección del CCR en el mismo acto con buenos resultados aunque pocos casos publicados.

En nuestro paciente octogenario, con cáncer de colon metastásico y AAA infrarrenal asociado, el abordaje con stent permitió resolver el cuadro agudo de obstrucción intestinal y facilitó el tratamiento precoz del AAA con EVAR, y posteriormente del cáncer colónico con cirugía abierta. Este abordaje

estadiado podría ser de elección para esta compleja población de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shalhoub J, Naughton P, Lau N, Tsang JS, Kelly CJ, Leahy AL, et al. Concurrent colorectal malignancy and abdominal aortic aneurysm: A multicentre experience and review of the literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2009;37:544-56.
2. Eliescu A, Bratucu E. The management of colon cancer in case of coexistence with an abdominal aortic aneurysm. *Chirurgia.* 2012;107:785-90.
3. Minicozzi A, Veraldi GF, Sboarina A, Lombardo F, Osmani H, Scudo G, et al. One stage or two stage treatment of colorectal cancer associated to abdominal aortic aneurysm: Morbidity and mortality. *Minerva Chir.* 2012;67:453-7.
4. Lin PH, Barshes NR, Albo D, Kougias P, Berger DH, Huynh TT, et al. Concomitant colorectal cancer and abdominal aortic aneurysm: Evolution of treatment paradigm in the endovascular era. *J Am Coll Surg.* 2008;206:1065-73.
5. Bali C, Matsagas M, Harissis H, Lagos N, Kappas AM. Management of synchronous abdominal aortic aneurysm and complicating colorectal cancer. *Vascular.* 2006;14:119-22.
6. Szilagyi DE, Elliott JP, Berguer R. Coincidental malignancy and abdominal aortic aneurysm: Problems of management. *Arch Surg.* 1967;95:402-12.
7. Moll FL, Powell JT, Fredrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of abdominal aortic aneurysms. Clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2011;41:S13.
8. Baxter NN, Noel AA, Cherry K, Wolff BG. Management of patients with colorectal cancer and concomitant abdominal aortic aneurysm. *Dis Colon Rectum.* 2002;45:165-70.
9. Porcellini M, Nastro P, Bracale U, Brearley S, Giordano P. Endovascular versus open surgical repair of abdominal aortic aneurysm with concomitant malignancy. *J Vasc Surg.* 2007;46:16-23.
10. Amato B, Esposito G, Serra R, Compagna R, Vigliotti G, Bianco T, et al. One-step mini-invasive treatment of abdominal aortic-iliac aneurysm associated with colo-rectal cancer. *Int J Surg.* 2014;12 Suppl. 2:S193-6.

Irene M. López Arquillo*, Jorge Vidal Rey y
Jose Manuel Encisa de Sá

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Álvaro
Cunqueiro, Vigo, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenearquillo@hotmail.com
(I.M. López Arquillo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.06.003>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los
derechos reservados.

Presentación de un caso de metástasis en pene de carcinoma rectal



A case report of penile metastases from rectal carcinoma

La enfermedad metastásica en el pene es un caso inusual. En una gran serie de autopsias realizadas en el Royal London Hospital en 623 pacientes que fallecieron a causa de neoplasias malignas secundarias del tracto genitourinario, únicamente cinco de ellas se hallaban localizadas en el pene¹. Esta situación clínica representa un estadio avanzado de la neoplasia primaria, siendo el resultado general generalmente malo. Las localizaciones más frecuentes del tumor primario son la vejiga (34,7%), la próstata (29,8%), el colon recto-sigmoide (15,7%), y el riñón (6,5%).² Se han reportado pocos casos de metástasis en el pene de cáncer colorrectal³⁻⁶. Presentamos un caso de metástasis en el pene de cáncer rectal. Se obtuvo consentimiento escrito del paciente para el uso científico de las imágenes obtenidas.

Un varón de 70 años de edad fue ingresado en el hospital con dolor de pene desde hacía cuatro meses, y disfunción mingitoria. Tenía historia pasada, ocho años atrás, de cáncer de próstata tratado con radioterapia, quimioterapia y hormo-noterapia, sin evidencia de recidiva de la enfermedad durante

el seguimiento postoperatorio rutinario. Treinta meses antes fue diagnosticado de cáncer rectal, siendo sometido a quimioterapia coadyuvante, resección abdominoperineal laparoscópica asistida por robot (procedimiento de Miles), colostomía y quimioterapia adyuvante. No se administró radioterapia debido al tratamiento radioterapéutico pélvico anterior de alta dosis que le había sido administrado para el cáncer de próstata. El examen patológico de la muestra de cáncer rectal reveló un adenocarcinoma diferenciado infiltrado en la grasa perirectal (pT3), con margen radial de 0,3 cm y perineural y vascular. Los 20 ganglios linfáticos extirpados resultaron negativos en cuanto a metástasis (N0).

El examen físico reveló endurecimiento doloroso a lo largo de la diáfnisis peneana, y úlceras en el glande. El análisis bioquímico reflejó incremento progresivo de los niveles séricos de CEA, de 2,3 ng/mL a 10,9 ng/mL, durante los últimos ocho meses. La ecografía de pene reveló masas heterogéneas en ambos cuerpos carnosos, con interrupción de la túnica albugínea. Además, se detectaron tres masas uretrales