



Caso Clínico

Persistencia de enfermedad metastásica ganglionar de cáncer colorrectal con resección en bloque y colocación de injerto aortoiliaco

Persistence of lymph node metastatic disease from colorectal cancer with bloc resection and bi-aortoiliac graft placement

Elías Gallardo Navarro¹, Paola Andrea Rojas Guevara², Francisco Mario García Rodríguez¹, Diego Frutos-Colin², Gerardo Martínez Reveles²

Servicios de ¹Cirugía Oncológica y ²Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Español. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: el pronóstico del cáncer de colon está relacionado con el grado de penetración del tumor a través de la pared intestinal y con la infiltración ganglionar en el momento de la cirugía. Se reporta poca experiencia en cuanto al tratamiento quirúrgico de persistencia o recidivas locoregionales a ganglios paraaórticos con afectación de la aorta abdominal.

Caso clínico: mujer que presenta persistencia locoregional del cáncer colorrectal con afectación aortoiliaca. Se plantea una estrategia de tratamiento quirúrgico interdisciplinario con intención curativa, con la colocación de un injerto vascular bifurcado y conseguir la resección R0 con la supervivencia libre de enfermedad.

Discusión: los pacientes con persistencia de la enfermedad metastásica requieren un abordaje quirúrgico abierto con el objetivo de lograr una resección R0. En el caso de presentarse infiltración local de estructuras a órganos adyacentes, se recomienda la resección radical en bloque. Estos procedimientos más complejos se asocian con una mayor morbilidad. Sin embargo, los beneficios asociados con la eliminación de la metástasis a ganglios paraaórticos deben considerarse frente al riesgo de morbilidad quirúrgica.

Palabras clave:

Persistencia locoregional de cáncer colorrectal. Ganglios paraaórticos. Injerto aorta biiliaco. Metástasis.

Abstract

Introduction: the prognosis of colon cancer is related to the degree of tumor penetration through the intestinal wall and lymph node infiltration at the time of surgery. Little experience is reported regarding the surgical treatment of persistence or locoregional recurrences to para-aortic nodes with involvement of the abdominal aorta.

Case report: woman presenting with locoregional persistence of colorectal cancer with aortoiliac involvement. An interdisciplinary surgical treatment strategy with curative intent is proposed, with the placement of a vascular graft bifurcated and achieving R0 resection with disease-free survival.

Discussion: patients with persistent metastatic disease require an open surgical approach, with the goal of achieving an R0 resection. In the case of local infiltration of structures to adjacent organs, radical en bloc resection is recommended. These more complex procedures are associated with greater morbidity. However, the benefits associated with removal of para-aortic lymph node metastasis must be weighed against the risk of surgical morbidity.

Keywords:

Locoregional persistence of colorectal cancer. Paraaortic nodes. Bi-iliac aortic graft. Metastasis.

Recibido: 10/07/2023 • Aceptado: 24/07/2023

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Gallardo Navarro E, Rojas Guevara PA, García Rodríguez FM, Frutos-Colin D, Martínez Reveles G. Persistencia de enfermedad metastásica ganglionar de cáncer colorrectal con resección en bloque y colocación de injerto aortoiliaco. *Angiología* 2024;76(1):48-52

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00550>

Correspondencia:

Elías Gallardo Navarro. Servicio de Cirugía Oncológica. Hospital Español. Avda. Ejército Nacional Mexicano, 613. Granada, Miguel Hidalgo. 11520 Ciudad de México, México
e-mail: gallardo18e@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del cáncer colorrectal es la cirugía radical que incluye la extirpación completa del tumor con márgenes negativos y la resección de los ganglios metastásicos hasta el origen de los territorios vasculares correspondientes por riesgo de persistencia de la enfermedad. El tratamiento dependerá de varios factores, entre los que se incluyen la ubicación y la extensión ganglionar, así como del estado general de salud del paciente. El 30 % van a producirse a nivel local, el 60-80 % de las recurrencias ocurren en el plazo de dos años después de la cirugía y más del 90 %, en los siguientes 5 años (1,2).

El objetivo de la cirugía inicial es conseguir márgenes quirúrgicos libres de enfermedad, es decir, resección R0. Para obtener márgenes libres de enfermedad pueden ser necesarias intervenciones agresivas. Estas últimas dependen de la región en la que se encuentre la persistencia. Se realiza una resección completa con un margen ideal de ganglios linfáticos retroperitoneales, que debe ser negativo, lo que hace que el tratamiento de la persistencia y la recidiva de los ganglios linfáticos paraaórticos sean controvertidas. El reconocimiento de estos factores de manera temprana puede ayudar a determinar una vigilancia posoperatoria adecuada.

En el presente caso, nuestro objetivo fue establecer una estrategia de tratamiento quirúrgico interdisciplinario para la persistencia de enfermedad metastásica en ganglios linfáticos paraaórticos que compromete la bifurcación aórtica.

Caso clínico

Mujer de 67 años de edad que presenta persistencia local del cáncer colorrectal con afectación aortoiliaca. Cuenta con antecedente de adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado de recto sigmoides en el 2021, por lo que se sometió a sigmoidectomía laparoscópica mano asistida y disección ganglionar de mesocolon. El análisis anatómico patológico informó de un adenocarcinoma infiltrante de bajo grado, moderadamente diferenciado (G2), que infiltra el tejido adiposo y la serosa, con invasión perineural y vascular, afectación ganglionar (2/15)

positiva para metástasis de adenocarcinoma, sin invasión ni ruptura capsular, con márgenes circunferenciales (radiales) positivos a neoplasia, con margen distal y proximal, que resultaron libres de enfermedad. Posteriormente la paciente fue sometida a 12 ciclos de quimioterapia adyuvante a base de 5-fluorouracilo y oxaliplatino. A los 2 años de seguimiento (2023) se detectó en la tomografía por emisión de positrones de control una adenomegalia con actividad hipermetabólica en la bifurcación aórtica e ilíaca izquierda que sugería la persistencia ganglionar retroperitoneal.

Posteriormente se realizó una tomografía abdominal (Fig. 1) en la que solo se evidenció adenomegalia ya descrita, por lo que se consideró a la paciente candidata a cirugía, que consistió, junto con el servicio de cirugía vascular, en laparotomía paramedia y resección de la aorta infrarrenal e ilíacas comunes derecha e izquierda y colocación de injerto aortoiliaco de 6 x 12 mm + linfadenectomía paracaval. Se realizó una disección por planos hasta llegar al retroperitoneo con abordaje transabdominal por parte del servicio de oncocirugía. Durante la disección no se encontró fibrosis, pese a la cirugía laparoscópica previa de la paciente, pero se observó que el conglomerado ganglionar estaba fuertemente adherido a la pared de la aorta, que invadía más allá de la túnica media. Dentro del conglomerado se encontraba el uréter izquierdo, que pudo liberarse sin complicaciones. Se le pidió al servicio de anestesiología pasar a 4500 unidades de heparina (calculándolo a 80 U/kg) antes de colocar el pinzamiento proximal en aorta. A la hora se pasaron a 1000 unidades más de heparina. Posteriormente se realizó control vascular proximal con cinta umbilical y se realizó la disección de la arteria ilíaca derecha e izquierda. Se realizó la resección en bloque del tercio distal de la aorta abdominal infrarrenal y bifurcación aórtica e ilíacas comunes (Figs. 2 y 3). Se mandó a estudio patológico transoperatorio, que reportó márgenes libres. Se realizó venografía con sutura de politetrafluoroetileno CV6 no absorbible de afluyente de la vena cava inferior infrarrenal y de la cara anterior de la vena ilíaca común derecha. Se realizó anastomosis término terminal con sutura vascular Prolene 3-0 doble armada de porción aórtica con injerto de dacrón de 6 x 12 mm impregnado de plata aortobi-

ilíaca (Figs. 4 y 5) y anastomosis término terminal de injerto porción ilíaca con ilíaca derecha e izquierda, respectivamente. A continuación, se verificó la permeabilidad del injerto, sin presencia de fugas. En el posoperatorio se ajustó el tratamiento anticoagulante a base de heparina no fraccionada al tiempo de tromboplastina parcial (TTP) cada 6 horas, man-

teniéndose entre 46 a 60 segundos. Se dio de alta a los 8 días de estancia hospitalaria en adecuadas condiciones con anticoagulación oral a base de rivaroxabán de 20 mg cada 24 horas, con pulsos distales palpables. En el seguimiento de la paciente a los 10 y a los 30 días y a los tres meses de la operación no se observaron complicaciones.

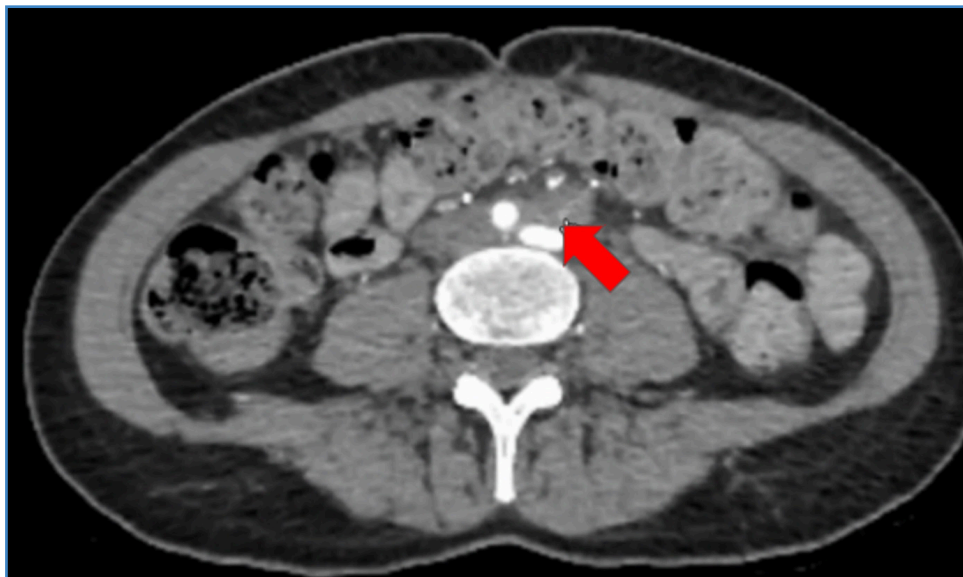
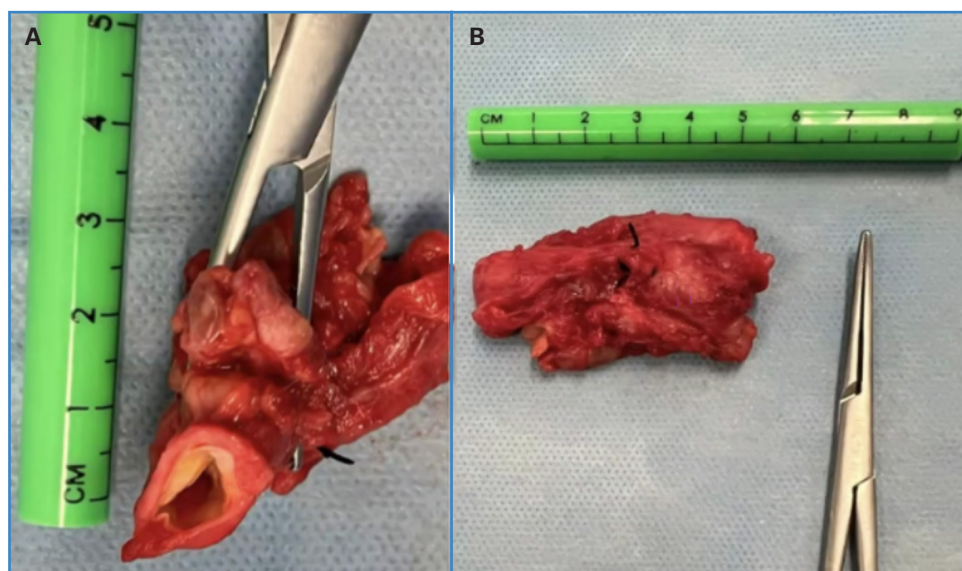
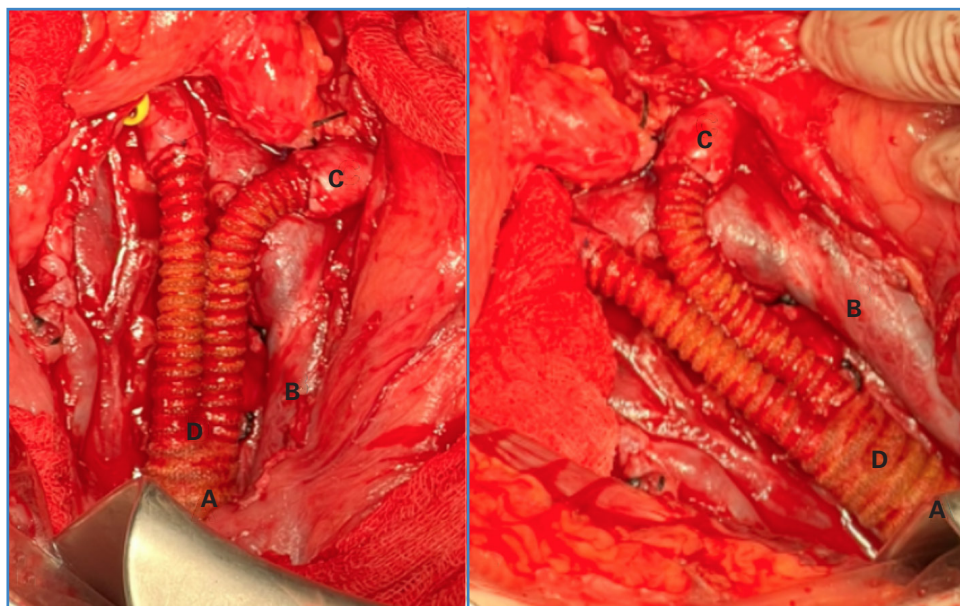


Figura 1. Tomografía abdominal con medio de contraste intravenoso con hallazgo de lesión retroperitoneal en la bifurcación aortoiliaca sospechosa de recidiva neoplásica.



Figuras 2 y 3. A. Producto de resección de bifurcación aórtica. Dos segmentos de vasos de gran calibre de 3 cm y de 3,5 cm de longitud por 1 cm de diámetro con paredes de color gris amarillento, calcificadas y cubiertas por tejido fibroadiposo, indurado. B. Ganglios paraaórticos y paracavales; tejido amorfo de aspecto fibroadiposo que mide 3,0 x 2,0 x 0,7 cm.



Figuras 4 y 5. Imágenes intraoperatorias en las que pueden observarse: A. Aorta abdominal infrarrenal. B. Vena de la cava inferior. C. Arterias ilíacas proximales. D. Bypass aortoiliaco realizado con prótesis de dacrón Hemashield Platinum de 12 mm.

DISCUSIÓN

El papel terapéutico de la disección de ganglios linfáticos paraaórticos no se ha establecido completamente; sin embargo, la literatura reciente apoya la resección quirúrgica de los ganglios linfáticos paraaórticos metastásicos, aunque debe tenerse en cuenta que los pacientes de estas series fueron altamente seleccionados. La tomografía por emisión de positrones con f-fluorodesoxiglucosa se establece ahora como una parte estándar de la evaluación de todos los pacientes con cáncer colorrectal persistente o recidivante, en particular aquellos que pueden ser candidatos para un enfoque de manejo multimodal potencialmente curativo, y se utiliza para planificar posibles resecciones curativas de cánceres colorrectales persistentes (3-5).

En general, los pacientes con persistencia de la enfermedad metastásica requieren un abordaje quirúrgico abierto, con una meticulosa adherenciólisis para evitar lesiones inadvertidas. El objetivo de la cirugía de rescate es lograr una resección R0. En el caso de presentarse infiltración local de estructuras a órganos adyacentes o regiones ganglionares con invasión a grandes estructuras, se recomienda la resección radical en bloque, como sucede en este caso.

Estas operaciones radicales e invasivas generalmente requieren la participación de otras especialidades, como cirugía vascular, para obtener asistencia con la resección y la reconstrucción que involucran a vasos retroperitoneales importantes. Estos procedimientos más complejos se asocian con una mayor morbilidad. Sin embargo, los beneficios asociados con la eliminación de la metástasis a ganglios paraaórticos deben considerarse frente al riesgo de morbilidad quirúrgica. Se reporta poca experiencia en cuanto al tratamiento quirúrgico de persistencia o recidivas locorregionales a ganglios paraaórticos con afectación de la aorta abdominal. Únicamente encontramos casos aislados. Sin embargo, nuestro caso se trató quirúrgicamente de forma similar al caso de Giulia Vitiello (6), en el que se realizó un *bypass* aórtico-biliíaco con prótesis de dacrón término-terminal, con adecuados resultados en el posoperatorio inmediato. El injerto sintético de dacrón, nombre médico que se le da en vez de polietileno tereftalato, es un tejido que presenta dos direcciones principales de hilado: en forma longitudinal al tubo y otra en dirección circunferencial, que se agrupan en tiras de 20 a 54 cada una y están recubiertas por un sellante, ya sea colágeno o albúmina, entre otros. Presentan mayor porosidad, lo que promueve el anclaje

al tejido adyacente (7,8). Además, su estructura de doble terciopelo impregnada de colágeno bovino facilita la prevención de la formación temprana de trombos luminales y la reacción tisular en los sitios de anastomosis. Deben aplicarse principios quirúrgicos estrictos cuando se tratan resecciones radicales de estructuras anatómicas importantes, como el tratamiento suave de los tejidos o la hemostasia meticulosa, y encontrar opciones que faciliten un intento de procedimiento quirúrgico radical curativo. Cuando la persistencia o la recurrencia oncológica se identifican de manera temprana, la cirugía curativa puede realizarse con resultados adecuados y ofrecer la mejor posibilidad de supervivencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gagnière J, Dupré A, Chabaud S, Peyrat P, Meeus P, Rivoire M. Retroperitoneal nodal metastases from colorectal cancer: Curable metastases with radical retroperitoneal lymphadenectomy in selected patients. *Eur J Surg Oncol*. 2015 Jun;41(6):731-7.
2. Thomas E Read MD, Matthew G Murch MD, et al. Locoregional Recurrence and Survival after curative resection of adenocarcinoma of the colon. *J AM Coll Surg* 2002; 195:39-40.
3. Elferink MA, Visser O, Wiggers T, et al. Prognostic factors for locoregional recurrences in colon cancer. *Ann Surg Oncol* 2012;19:220.
4. Shibata D, Paty P, Guillem J, Wong W, Cohen A. Surgical management of isolated retroperitoneal recurrences of colorectal carcinoma. *Dis Colon Recto*. 2002; 45:795-801.
5. Kim YI, Park IJ, Park JH, Kim TW, Ro JS, Lim SB, Yu CS, Kim JC. Management of isolated para-aortic lymph node recurrence after surgery for colorectal cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2020 Mar;98(3):130-138.
6. Vitiello G, B. Soto Carricas, Martínez C, Eduardo Pérez Soler. Resección de la bifurcación aórtica en el tratamiento de la recidiva locoregional del cáncer colorrectal. *Cirugía Española* 2022;100: 177-179.
7. Sakamoto K, Takahashi M, Takahashi R, Kawano S, Kawai M, Sugimoto K, Kamiyama H, Kojima Y, Okuzawa A, Tomiki Y. Repeated laparoscopic resection of extra-regional lymph node metastasis after laparoscopic radical resection for rectal cancer. *J Minim Access Surg*. 2018 Apr-Jun;14(2):146-148.
8. Watanabe T, Itabashi M, Shimada Y, Tanaka S, Ito Y, Ajioka Y, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2010 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2012; 17: 1-29.