

# Resección multiorgánica en adenocarcinoma de colon T4. Informe de un caso

Dr. Luis F Oñate-Ocaña,\* Dr. Roberto Herrera-Goepfert,\*\* Dr. Vincenzo Aiello-Crocifoglio,\*  
Dr. Ricardo Mondragón-Sánchez,\* Dr. Juan Manuel Ruiz-Molina\*

\* Departamento de Gastroenterología. \*\* Departamento de Patología. Instituto Nacional de Cancerología. México D.F.

Correspondencia: Dr. Luis F. Oñate-Ocaña. Departamento de Gastroenterología. Instituto Nacional de Cancerología. San Fernando 22, Colonia Toriello Guerra. México D.F. 14000. México. Teléfono y Fax: (52) 56 28 04 64. Dirección electrónica: lonate@dfi.telmex.net.mx.

Recibido para publicación: 24 de junio de 1999

Aceptado para publicación: 26 de noviembre de 1999

**RESUMEN Introducción:** el cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar entre las neoplasias del tubo digestivo en México. Se presenta frecuentemente en etapas localmente avanzadas o con enfermedad metastásica. Por ello, nos enfrentamos a menudo con la difícil decisión de intentar una resección multiorgánica o tratar al paciente de modo paliativo. **Objetivo:** informar un caso de cáncer de colon con invasión multiorgánica tratado con resección quirúrgica y revisar brevemente la información publicada al respecto. **Material clínico:** varón de 43 años con melena y pérdida de peso. Por colonoscopia se demostró masa de colon transverso y por gastroscopia se encontró infiltración hasta la mucosa gástrica. Por TAC se demostró infiltración a bazo y páncreas. Se realizó colectomía derecha radical extendida, gastrectomía total radical, pancreatectomía distal, esplenectomía y adrenalectomía izquierda como resección en bloque. Recibió tratamiento adyuvante y está vivo, asintomático y sin actividad tumoral 12 meses después de la resección, con buena calidad de vida. **Conclusión:** la resección multiorgánica como tratamiento del adenocarcinoma de colon T4 se justifica en casos bien seleccionados. La morbilidad y mortalidad resultante de este procedimiento puede ser elevada, y por ese motivo debe evaluarse individualmente en cada caso, y de ser posible la resección debe llevarse a cabo.

**Palabras clave:** adenocarcinoma de colon, tumores T4, resección multiorgánica, colectomía radical.

## ANTECEDENTES

El cáncer de colon ocupa el segundo lugar entre las neoplasias malignas del aparato digestivo en México.<sup>1</sup> En la mayoría de los casos se presenta como enfermedad en etapas localmente avanzadas o con me-

**SUMMARY Background:** Colorectal cancer is the second among gastrointestinal malignancies in Mexico. Locally advanced disease or metastatic lesions are frequently found. To resect or not such a tumor is a difficult decision. **Objective:** To report a case of colon cancer with multivisceral invasion resected and to review the published information. **Clinical material:** A 43 year-old Mexican male with rectal bleeding and weight loss with a tumor located in transverse colon with direct invasion to stomach. CT scan demonstrated invasion to spleen and pancreas. En-bloc radical-extended right colectomy, total gastrectomy, distal pancreatectomy, splenectomy and left adrenalectomy was performed. Adjuvant chemotherapy was used. At 12-month follow-up he is asymptomatic, without neoplastic activity and with good quality of life. **Conclusion:** An aggressive multiorganic resection in T4 colorectal tumors is justified in selected cases. The high morbidity and mortality of these procedures must be evaluated individually, and if permissive must be performed.

**Key words:** Colorectal adenocarcinoma, T4 tumors, multiorganic resection, radical colectomy.

tástasis a distancia, en las que solamente se puede ofrecer un tratamiento paliativo con expectativa de vida limitada.

Como ocurre con otras neoplasias del aparato digestivo, la resección quirúrgica radical es la única opción para lograr una curación.

Es frecuente que los pacientes presenten tumores adheridos a estructuras adyacentes, como al peritoneo parietal, a retroperitoneo o a cualquiera de las vísceras abdominales.<sup>2</sup> Es en estos casos, en los que se opta por la resección en bloque del tumor y las estructuras afectadas o se puede considerar al tumor como irresecable. La decisión suele ser difícil, porque la resección quirúrgica es la única opción de curación, y por otro lado, la morbimortalidad quirúrgica es alta.<sup>2</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de cáncer de colon con invasión multivisceral, tratado con resección quirúrgica y hacer una breve revisión de la información publicada a la fecha, en un intento por justificar una conducta agresiva.

### MATERIAL CLÍNICO

Sujeto masculino de 43 años de edad con antecedente de un tío paterno y padre fallecidos por cáncer de colon. Se presenta en el Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México con un cuadro clínico de dos meses de evolución, caracterizado por astenia y adinamia asociadas con ardor epigástrico, pérdida de 8 kg de peso y melena. Se encontró con Karnofsky de 80%, peso de 46 kg, caquexia, sin masa palpable en el abdomen. Los exámenes de laboratorio mostraron hemoglobina en sangre de 9.1 g/dL con patrón microcítico-hipocrómico, seralbúmina de 3.3 mg/dL y antígeno carcinoembrionario de 11.7 ng/mL (valor de referencia < 10). En la colonoscopia se observó una lesión excrecente y circunferencial, con oclusión de 80% de la luz y localizada en colon transverso a 10 cm del ángulo esplénico. La gastroscopia



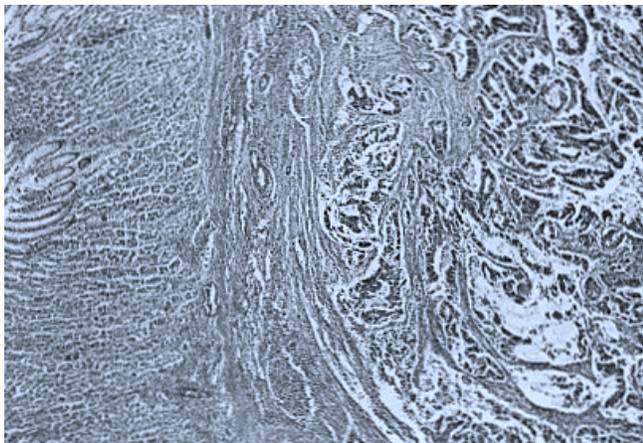
**Figura 1.** Tomografía axial computada del paciente que muestra una gran lesión dependiente del colon transverso con invasión a estómago a nivel de curvatura mayor. En este corte se aprecia invasión a la cápsula del bazo.

mostró efecto de compresión extrínseca en curvatura gástrica mayor, con la presencia de varias úlceras pequeñas alrededor de otra central de 1 cm de diámetro con una probable fístula cologástrica. El ultrasonido endoscópico no demostró adenopatías peritumorales y se corroboró la infiltración transparietal a estómago.

Las biopsias endoscópicas de estómago y colon fueron informadas como adenocarcinoma poco diferenciado. La tomografía axial computada de abdomen se muestra en la figura 1. Se realizó hemotransfusión y se usó nutrición parenteral total preoperatoria, interviniéndose quirúrgicamente en agosto de 1998. Se realizó hemicolectomía derecha radical extendida incluyendo el ángulo esplénico, gastrectomía total con linfadenectomía D1, pancreatectomía distal al borde anterior de la vena mesentérica superior, esplenectomía y adrenalectomía izquierda en bloque. La evolución trans y posoperatoria fue satisfactoria, y no requirió de cuidados intensivos. Se presentó neumotórax



**Figura 2.** Pieza quirúrgica que muestra colon derecho y transverso, estómago y bazo. No se aprecia el páncreas ni la glándula suprarrenal izquierda porque la vista es anteroposterior.



**Figura 3.** Imagen microscópica teñida con hematoxilina y eosina que muestra la neoplasia infiltrando la pared del estómago hasta la mucosa.

secundario a punción subclavia que fue resuelto con tubo de toracostomía. La pieza quirúrgica se muestra en la *figura 2*. El estudio histopatológico demostró adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon transversal, con invasión hasta la mucosa gástrica. Se encontraron adherencias fibrosas a páncreas y bazo, y los 13 ganglios linfáticos resecados no tenían metástasis.

Se consideró como T4, NO, MO, etapa II o como etapa B<sub>3</sub> (Dukes-MAC). Un corte microscópico se aprecia en la *figura 3*. Se administró quimioterapia adyuvante a base de 5-fluorouracilo y ácido folínico semanal. Durante su vigilancia presentó diarrea, pérdida de peso y empeoramiento de su estado nutricional, haciéndose el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina que fue tratada con enzimas pancreáticas. En abril de 1999 se realizó colonoscopia y una nueva TAC abdominal, no encontrándose datos de actividad. En agosto de 1999 se le encuentra asintomático, con 70 kg de peso y con índice de Karnofsky de 100%.

## DISCUSIÓN

Un caso aislado no puede considerarse como justificación para realizar resecciones multiorgánicas. Sin embargo, se ha reportado que el cáncer colorrectal se presenta adherido a órganos adyacentes en ausencia de metástasis a distancia del 6 al 12% de los casos.<sup>3-5</sup> Y se ha informado que los pacientes sometidos a resección en bloque del tumor, junto con los órganos a los que se encontraba adherido, presentaron supervivencia de 49 a 55% a cinco años. Esta cifra es comparable a la de los pacientes con tumores T3.<sup>6</sup> Pero los pacientes a los que se realizó una separación de las adherencias tumorales para hacer solamente una colectomía radical, tuvieron supervivencia del 17 al 23% a 5 años.<sup>3,4</sup> (*Cuadro 1*).

En 60% de los casos de tumores T4, no hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales, como en el caso que reportamos.<sup>5</sup> En estas circunstancias, la supervivencia a 5 años es del 70%,<sup>5</sup> y de hecho, la presencia de metástasis en ganglios linfáticos es el factor pronóstico más importante en resecciones multiorgánicas exitosas. Cuando hay metástasis ganglionares la supervivencia es menor<sup>6</sup> y en estos casos se puede justificar una cirugía conservadora con menor morbilidad.

La presencia macroscópica de adherencias de un tumor colorrectal hacia otro órgano, no indica necesariamente invasión microscópica, porque se confirma por medio del estudio histopatológico en 55% de los casos.<sup>3</sup> Las adherencias pueden corresponder a la respuesta inflamatoria local producida por la infiltración neoplásica hasta la serosa del colon o puede producirse por infiltración auténtica hasta el órgano o estructura adyacente. El pronóstico es favorable en los casos en los que el patólogo solamente encuentra adherencias inflamatorias.<sup>7</sup> En este paciente se demostró la invasión neoplásica a través de la pared gástrica, porque se demostró adenocarci-

### CUADRO 1

#### RESUMEN DE LA INFORMACIÓN PUBLICADA SOBRE RESECCIÓN MULTIORGÁNICA EN CARCINOMA COLORRECTAL

Artículo número	Años	Frecuencia de invasión multiorgánica	n	Invasión demostrada por histopatología	Invasión a ganglios linfáticos	Mortalidad quirúrgica	Sv. a 5 años
3	1969-1983	121/1918 (6.3%)	121	55%	43%	12%	49%
4	1975-1979	43/452 (9.5%)	41	–	39%	0	61%
5	1950-1990	– (12%)	857	51%	41%	7.8%	40%
6	1987-1991	94/1346 (6.9%)	94	–	50%	5%	39%
7	1972-1993	–	120	69%	45.7%	3.5%	50%

noma infiltrante en las biopsias gástricas. Contamos con esta información desde el preoperatorio y por ese motivo, se planificó la resección multiorgánica preparando al paciente con alimentación parenteral.

El número de órganos involucrados y la extensión de la cirugía requerida para controlar totalmente la neoplasia, son puntos importantes que pueden obligar a suspender el procedimiento después de hacer la evaluación operatoria inicial. Se ha reportado una frecuencia de reseabilidad de 59% y mientras mayor es el número de órganos o estructuras adyacentes invadidas, se reduce la posibilidad de resección exitosa.<sup>7</sup>

La decisión de resecar una neoplasia de estas características debe tomar en cuenta diversos factores. Sin duda que el aspecto más importante es la etapa clínica. En un paciente con metástasis hepáticas o peritoneales, no se justifica una resección que amenace la vida cuando se deja enfermedad residual. Sin embargo, debe considerarse en cada caso el papel paliativo que puede tener una cirugía resectiva que alivie una perforación, obstrucción o sangrado.

La edad del paciente y la comorbilidad asociada pueden condicionar importantemente la morbimortalidad operatoria, que se reporta entre 6 y 22% en resecciones multiorgánicas y de 1 a 13% en colectomías sin resección multiorgánica.<sup>2</sup>

En tumores T3 con ganglios positivos o en tumores T4 (con o sin ganglios positivos) se debe usar tratamiento adyuvante y por ese motivo se utilizó en el presente caso.<sup>8</sup>

El tratamiento neoadyuvante o la radioterapia intraoperatoria son controversiales, no existen estudios comparativos hasta el momento que permitan justificar su uso rutinario. El paciente no reunió los criterios de Amsterdam para considerar el diagnóstico de cáncer de colon familiar no asociado a poliposis.

El tiempo de seguimiento de 12 meses es corto y todavía existe la posibilidad de que se presente recurrencia. Sin embargo, el enfermo ha tenido supervivencia con calidad de vida satisfactoria, con lo que se puede decir que se logró el objetivo de la operación.

## CONCLUSIÓN

La resección multiorgánica debe considerarse en todos los pacientes con adenocarcinoma colorrectal localmente avanzado con infiltración a órganos o estructuras adyacentes aun en presencia de metástasis ganglionares, ya que esta conducta representa la única opción de curación y debe intentarse únicamente en casos bien seleccionados.

## REFERENCIAS

1. Secretaría de Salud. Estómago en el: *Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México*. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Cancerología, y Asociación Mexicana de Patólogos, AC México 1997;77-81.
2. Gordon PH. Malignant neoplasm of the colon. In: Gordon PH, Nivatvongs S, editores. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. St. Louis: Quality Medical Publishing 1992: 549.
3. Gali FP, Tonak J, Altendorf A. Multivisceral resections in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 337-341.
4. Hunter JA, Ryan JA, Schultz P. In bloc resection of colon cancer adherent to other organs. *Am J Surg* 1987; 154: 67-71.
5. Lopez MJ, Monafó WW. Role of extended resection in the initial treatment of locally advanced colorectal carcinoma. *Surgery* 1993; 1113: 365-372.
6. Poeze M, Houbiers JG, van de Velde CJ, Wobbes T, von Meyenfeldt MF. Radical resection of locally advanced colorectal cancer. *Br J Surg* 1995; 82: 1386-1390.
7. Rowe VL, Frost DB, Huang S. Extended resection for locally advanced colorectal carcinoma. *Ann Surg Oncol* 1997; 4: 131-136.
8. Luna-Pérez P, Reyes-Huelga A, Rodríguez-Coria DF, Medrano R, González-Macouzet J. Cáncer Colorrectal. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62: 175-183.