

# METÁSTASIS HEPÁTICA SINCRÓNICA DE CÁNCER COLORRECTAL

## SYNCHRONOUS LIVER METASTASES OF COLORECTAL CANCER

Ramírez Sotomayor, Julio<sup>\*</sup>; Ferreira, Miguel<sup>\*\*</sup>; Pfingst, Carlos<sup>\*\*\*</sup>; Benza Bareiro, Alejandra<sup>\*\*\*</sup>; González, Mercedes<sup>\*\*\*</sup>

### RESUMEN

El cáncer colorrectal representa 9,7% de todos los cánceres con 1,4 millones de nuevos casos diagnosticados cada año en el mundo. 19-31% de los pacientes desarrollan metástasis hepáticas de cáncer colorrectal y 23-38% desarrollan enfermedad extrahepática<sup>1</sup>. 5-25% se presentarán de forma sincrónica y 25-40% serán metacrónicas<sup>2</sup>. La resección quirúrgica es el único tratamiento potencialmente curativo, en el caso de las metástasis sincrónicas, se debate si se deben reseccionar simultáneamente, antes o después del tumor primario<sup>3-4</sup>.

**Palabras clave:** carcinoma colorrectal, metástasis hepática, sincrónica, metacrónica.

### ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) accounts for 9.7% of all cancers with 1.4 million new cases diagnosed each year. 19–31% of CRC patients develop colorectal liver metastases, and 23–38% develop extra-hepatic disease<sup>1</sup>. 15-25% will be presented synchronously and 25-40% will metachronously<sup>2</sup>. Surgical resection is the only potentially curative treatment and, in the case of synchronous metastases, the debate is whether to resect simultaneously, before or after the primary tumor<sup>3-4</sup>.

**Key words:** colorectal cancer, liver metastases, synchronous, metachronous.

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma colorrectal es el tercer cáncer más común a nivel mundial y presenta la segunda tasa de mortalidad más alta de entre todos los cánceres. El hígado es el lugar más frecuente a la hora de localizarse las metástasis de este cáncer<sup>5</sup>.

Actualmente aumentan los grupos que optan por una cirugía simultánea del primario y de las metástasis si se cumplen algunas condiciones: que no haya enfermedad extrahepática; que

las metástasis puedan ser reseccionadas por el mismo abordaje que el tumor primario; que se pueda hacer una resección R0 dejando un volumen aceptable de hígado sano; que el cirujano sea experto y que el paciente no presente comorbilidad importante<sup>4</sup>.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 49 años de edad, cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal generalizado tipo cólico, inicio brusco, cede parcialmente con la ingesta de analgésicos comunes, acompañado de detención de heces y gases de horas de evolución que ceden espontáneamente y luego se sigue de episodios diarreicos.

**ABDOMEN:** Se palpa tumoración de 5 x 5 cm en fosa iliaca izquierda e hipogastrio.

TAC con contraste informa hígado de dimensiones aumentadas con múltiples nódulos distribuidos por el parénquima de ambos lóbulos hepáticos. Engrosamiento circunferencial de las paredes del sigmoides distal (tumor primario). La colonoscopia informa a 30-35 cm del ano se observa tumoración que abarca toda la circunferencia de la pared con estrechez. Anatomía patológica: adenocarcinoma infiltrante moderadamente diferenciado (Grado 2).

Durante el acto quirúrgico se decide realizar sigmoidectomía radical más metastasectomía del segmento III más ligadura de la vena porta derecha donde se constata una tumoración estenosante del colon sigmoides más múltiples metástasis hepáticas en hígado derecho y segmento III.

La paciente retorna al mes con control tomográfico, que informa hígado de tamaño aumentado, parénquima con múltiples formaciones nodulares de contorno irregular, hipodensas, por lo que se decide realizar la hepatectomía derecha donde se constata hígado aumentado de tamaño con múltiples metástasis hepáticas.

\* Jefe de Servicio.

\*\* Jefe de Sala.

\*\*\* Jefe de Guardia.

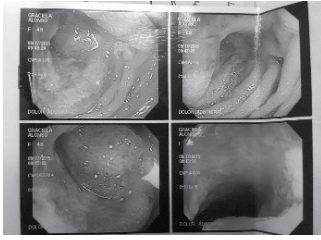
\*\*\*\* Residente de segundo año.

Servicio de Cirugía General. Hospital Nacional de Itauguá.

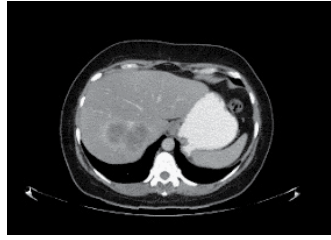
Autora correspondiente: Dra. Ma. Alejandra Benza Bareiro - Dirección: 18 de Julio casi Pizarro 2223 (Asunción- Paraguay)- Tel: +595981936523 - E-mail: alebenza@gmail.com

Artículo recibido: 10/11/2016

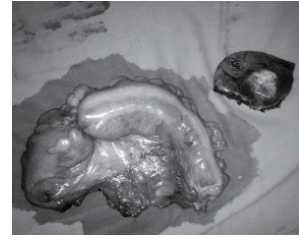
Artículo aceptado: 21/11/2016



**FIG. 1.** Colonoscopia. (foto archivo de la autora).



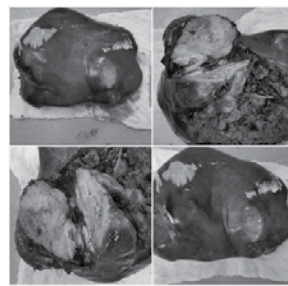
**FIG. 2.** TAC previa a la primera cirugía. (foto archivo de la autora).



**FIG. 3.** Pieza operatoria. Primer tiempo. (foto archivo de la autora).



**FIG. 4.** TAC previa a la segunda cirugía. (foto archivo de la autora).



**FIG. 4.** Pieza operatoria, segundo tiempo. (foto archivo de la autora).

## DISCUSIÓN

El curso natural del carcinoma colorrectal desarrollará metástasis en el hígado hasta el 50% de los pacientes<sup>5</sup>.

La metástasis en el hígado es uno de los factores más críticos en el pronóstico de los pacientes con cáncer colorrectal. Se ha encontrado que la incidencia de metástasis hepática sincrónica es aproximadamente 20-25%, pero el momento óptimo de la resección quirúrgica sigue siendo controvertido<sup>6</sup>.

Las tasas de supervivencia a cinco años después de la resección de metástasis hepáticas por carcinoma colorrectal son cercanas al 25%. Las recidivas ocurren en dos tercios de los pacientes después de la cirugía. La selección de los pacientes que probablemente se beneficiarán de la cirugía sigue

siendo controvertida y subjetiva<sup>7</sup>.

Según estudios clínicos, la quimioterapia neoadyuvante mejora el pronóstico de los pacientes con metástasis hepáticas sincrónicas. Particularmente en pacientes con uno o dos tumores, la hepatectomía primaria inducirá un resultado favorable con una probabilidad disminuida de tumor en el remanente. En contraste, cuando hay tres o más tumores, lo mejor es planificar la hepatectomía por etapas, incluso si técnicamente es posible eliminar estos tumores en un procedimiento. Las estrategias de tratamiento para pacientes con carcinoma colorrectal con metástasis hepáticas deben incluir la consideración de combinaciones apropiadas de quimioterapia y cirugía<sup>6</sup>.

## REFERENCIAS

1. William J. Hadden et al. Resection of colorectal liver metastases and extra-hepatic disease: a systematic review and proportional meta-analysis of survival outcomes. *HPB (Oxford)*. 2016 Mar; 18(3): 209-220.
2. Adam R, Hoti E, Brecht LC. Estrategias oncoquirúrgicas en el cáncer hepático metastático. *Cir Esp*. 2011;89:10-9.
3. Hwang M, Jayakrishnan TT, Green DE, et al. Systematic review of outcomes of patients undergoing resection for colorectal liver metastases in the setting of extra hepatic disease. *Eur J Cancer* 2014; 50(10): 1747-57.
4. Beatriz Pérez-Cabrera et al. Metástasis hepáticas de origen colorrectal sincrónicas: ¿Intervención simultánea o secuencial? *Rev Chil Cir*. Vol 67 - Nº 2, Abril 2015; pág. 158-166.
5. Lochan R, White SA, Manas DM. Liver resection for colorectal liver metastasis. *Surg Oncol*. 2007;16:33-45. [PubMed]
6. Osada S, Imai H, Sasaki Y, Tanaka Y, Matsuhashi N, Okumura N, Nagase M, Nonaka K, Yoshida K. Therapeutic strategies for synchronous and multiple liver metastases from colorectal cancer. *Oncol Rev* 2012. DOI: 10.4081/oncol.2012.e9.
7. Nordlinger B, Guiguet M, Vaillant JC, Balladur P, et al. Surgical resection of colorectal carcinoma metastases to the liver: A prognostic scoring system to improve case selection, based on 1568 patients. *American Cancer Society*. Volume 77, Issue 7. 1 April 1996. Pages 1254-1262.