

CP-12 TÍTULO: RECIDIVA SACROCOCCÍGEA TRAS RESECCIÓN DE ADENOCARCINOMA RECTAL POR VÍA POSTERIOR

AUTOR/ES: I. Vázquez Cajide, C. Varela Lamas, M. Tasende Presedo, A. López Candocia, G. Romay Cousido, L. Fernández López, T. Civeira Taboada, P. Portela Pereira, B. López Obregón, A. Sotelo Goyanes, G. Ghanime Saide, J. Machuca Santa Cruz

INSTITUCIÓN: Complejo Hospitalario Universitaria A Coruña

INTRODUCCIÓN

El abordaje por vía posterior según el método de Kraske es poco utilizado hoy en día para el tratamiento de las lesiones colorrectales, debido a la mayor morbi-mortalidad postoperatoria, comparado con el abordaje por vía anterior. Una de las complicaciones relacionadas con dicho método es la recurrencia del tumor. Presentamos caso clínico de un paciente con tumoración sacrococcígea compatible con adenocarcinoma de origen colónico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 68 años de edad seguido en consultas externas de nuestro servicio desde 2001 para realización de control tras resección de recto-sigma por vía posterior en el extranjero en 1998. Desde 2001 a 2009 se realizaron colonoscopias periódicas de control donde se evidenciaron varios pólipos próximos a la anastomosis que se extrajeron y biopsiaron sin evidencia de datos de malignidad. En mayo de 2009 el paciente acude a consulta refiriendo dolor en región sacrococcígea, objetivándose a la palpación gran masa a este nivel. Se realiza TAC toracoabdominal donde se visualiza, distal a las últimas vértebras sacrococcígeas, una masa bien delimitada de 7 cm, extrarectal y con un claro plan de separación del recto, que impronta ambos glúteos, que no parecen infiltrados. Se decide programarlo para intervención quirúrgica.

RESULTADO

El paciente fue intervenido quirúrgicamente realizándose exéresis de masa sacrococcígea bajo anestesia general, extrayéndose pieza de tamaño de 7x6x3,5. Se envía pieza para estudio anatomopatológico describiéndose compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra tejidos blandos (sin identificarse ninguna otra estructura reconocible) y cuyo perfil inmunohistoquímico corresponde a tumores de intestino grueso (queratina 20 positivo, vilina positivo, CEA positivo, queratina 7 negativo y TTF1 negativo). El paciente es dado de alta hospitalaria con revisión para control en consultas externas de nuestro servicio.

CONCLUSIÓN

Hoy en día este abordaje se reserva para el cáncer de recto en fase temprana de evolución (T1) y para la realización de resección de los tumores vellosos. Hay autores que han extendido la indicación de resección local para los estadíos T2 involucrando pared muscular, y aun para los T3 con criterio paliativo en los pacientes de alto riesgo. Revisando la bibliografía hemos encontrado escasas publicaciones al respecto, situando el índice de recidiva entre un 8 y un 30 % de los casos de abordaje por vía posterior. La recurrencia del tumor cabe esperarla entre los 18 y 24 meses de la resección local, encontrando como diferencia en nuestro caso que se produjo a los 11 años de la cirugía. Otras complicaciones del método de Kraske que se describen van desde la infección de la herida operatoria hasta las fístulas recto-perineales y la hernia perineal. Existen opiniones enfrentadas con respecto al uso o no de tratamiento quimio-radioterápico: Chorost y col. concluyen que la resección local sin terapia neoadyuvante es inaceptable por el alto grado de recurrencia y pasan a considerar a la neoadyuvancia como una "posible terapia adyuvante" mientras que Friel y col propician terapia adyuvante solo después del estudio histopatológico de la pieza operatoria y cuando existe penetración tumoral que supera la submucosa, cuando el margen de resección no está libre de tumor, cuando se observa permeación vascular venosa y/o linfática o cuando el grado histológico es rotulado como poco diferenciado, indiferenciado o con componente mucinoso intracelular.