



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 41-50*  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_archcolo.202024568)

## **Linfadenectomía lateral pélvica en neoplasia de recto inferior.**

*Nuria Ortega Torrecilla, Núria Gómez Romeu, Ramón Farrés Coll*

*Unidad de Cirugía Colorrectal del servicio de Cirugía General. Hospital Universitario  
Josep Trueta, Girona.*

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso clínico de una mujer de 53 años sin alergias medicamentosas y con único antecedente de hipertensión arterial que consultó al servicio de digestivo por 4 meses de rectorragias asociada a tumefacción a nivel anal. Se derivó a la consulta de cirugía colorrectal por sospecha de posible neoplasia rectal. A la inspección anal y tacto rectal se palpaba una lesión indurada e inmóvil a 2 cm de margen anal (MA) estenosante y polipoidea que se exteriorizaba a través del ano.

En la colonoscopia se visualizaba lesión desde 2-3cm de MA extendiéndose hasta 15 cm. La anatomía patológica diagnosticó de adenocarcinoma de bajo grado. Se amplió el estudio con colonoscopia virtual por tomografía computarizada (TC) por imposibilidad de colonoscopia completa sin visualizar otras lesiones sincrónicas. La analítica mostraba marcadores tumorales dentro de rango de la normalidad. En el Tc toracoabdominal destacaba una masa sólida de 56 mm adyacente a los vasos ilíacos externos izquierdos compatible con adenopatías patológicas sin más enfermedad a distancia. No se pudo realizar ecografía transrectal por dolor. Se completó el estudio mediante resonancia magnética (RM) que confirmó un engrosamiento mural en recto inferior por debajo de la reflexión peritoneal, con afectación del esfínter interno (Rullier III) (1) sin adenopatías mesorrectales, fascia mesorrectal no amenazada ni invasión vascular extramural. Al igual que en el TC, se describió un gran mazacote de adenopatías patológicas a nivel de cadena ilíaca externa izquierda. (Fig 1).



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 41-50  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024568)



Fig. 1 conglomerado adenopático iliaca externa izquierda

Se orientó como adenocarcinoma de recto inferior rT2N0M1 por afectación de adenopatías de cadena ilíaca externa izquierda, Rullier tipo III. Se presentó en nuestro comité multidisciplinar y se solicitó realizar punción de aguja fina (PAAF) sobre el componente adenopático de ilíaca externa por la duda de posible doble primario dado que la neoplasia de recto era un T2 sin afectación de fascia mesorrectal y N0. La biopsia fue positiva para adenocarcinoma de origen intestinal. Se valoró como candidata a neoadyuvancia con tratamiento quimioterapia (5-fluorouracilo) y radioterapia con una dosis total 50,4 Gy en fracciones de 1,8 Gy (incluido campo de ilíaca externa) (Fig 2).

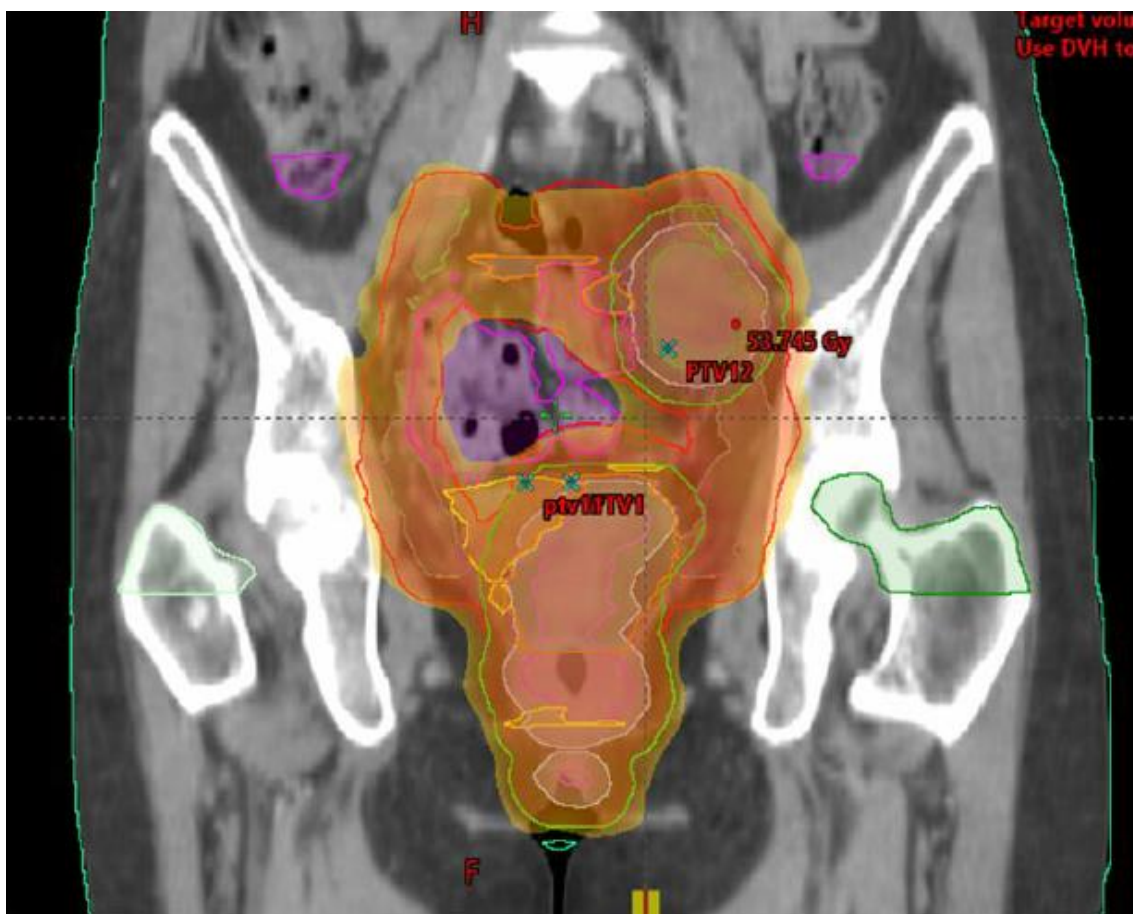


Fig 2. Campo de radioterapia incluyendo cadena iliaca externa

Se realizaron las pruebas de re-estadificación a la octava semana de la finalización de la radioterapia (Fig 3). Se evidenció una buena respuesta a nivel de volumen tumoral tanto de la neoplasia como de las adenopatías, siendo ahora de 40 mm, persistiendo como yrT2N0M1 Rullier III (2)



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 41-50  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024568)

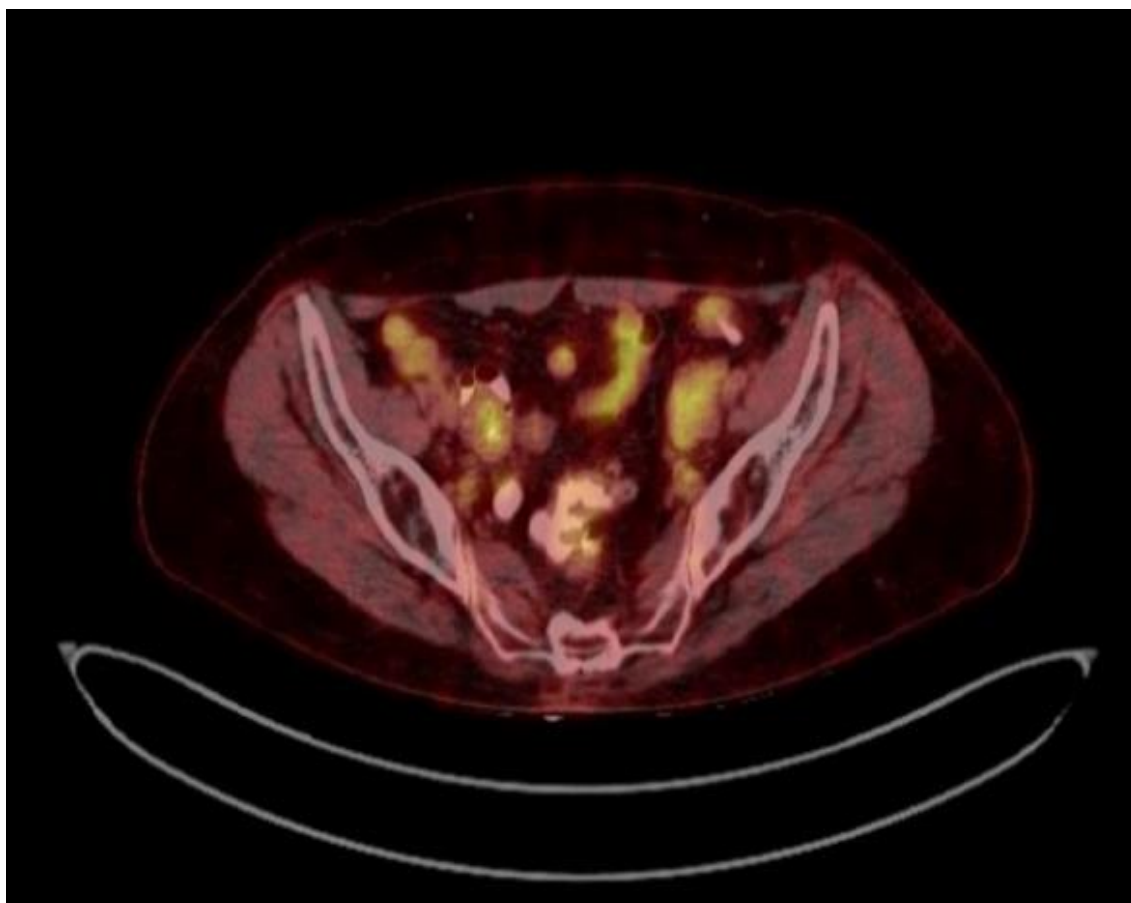


Fig 3. PET posterior a la re-estadificación con disminución de las medidas.

Se propuso para amputación abdominoperineal con linfadenectomía lateral pélvica izquierda robótica y tiempo perineal en prono. La paciente realizó preparación anterógrada el día anterior (con fosfato disódico dodecahidratado y fosfato monosódico dihidratado) además de antibioticoterapia oral con neomicina 1gr + metronidazol 500 mg en 3 dosis preoperatorias. Ingresó el mismo día de la intervención quirúrgica con marcaje de ubicación de colostomía previamente en consultas externas por estomaterapeuta. Como profila xis antibiótica endovenosa se utilizó ceftriaxona 2gr + metronidazol 250 mg dosis única. En el quirófano la paciente se colocó en posición de litotomía. Al tacto rectal se evidenció estenosis tumoral a 1-2 cm de MA. Se procedió a



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 41-50  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024568)

sondaje vesical y colocación de sonda orogástrica. Creación de neumoperitoneo con acceso abierto paraumbilical. No evidencia de carcinomatosis ni LOES hepáticas visibles. Se colocaron 4 trocares de trabajo (3 de 8mm y 1 de 12mm) y se utilizó AirSeal® para creación de neumoperitoneo. Se realiza dock-in con robot Da Vinci Si®. Se comenzó con disección de medial a lateral. Visualización de fascia de Told, vasos gonadales y uréter izquierdo. Disección de arteria mesentérica inferior en su raíz con clipaje entre hem-o-lok®, respetando estructuras retroperitoneales. Disección lateral de parietocólico izquierdo sin necesidad de descenso completo de ángulo esplénico del colon. Disección del mesorrecto hasta visualizar el inicio de los músculos elevadores. Sección de mesocolon descendente con identificación de arteria cólica izquierda y sección entre hem-o-lok®. Sección de colon descendente con endograpadora.

La linfadenectomía comenzó con la medialización de uréter izquierdo con identificación y referenciación del mismo con vessel-loop. Identificación de gran adenopatía íntimamente adherida a vena iliaca externa (Fig 4).

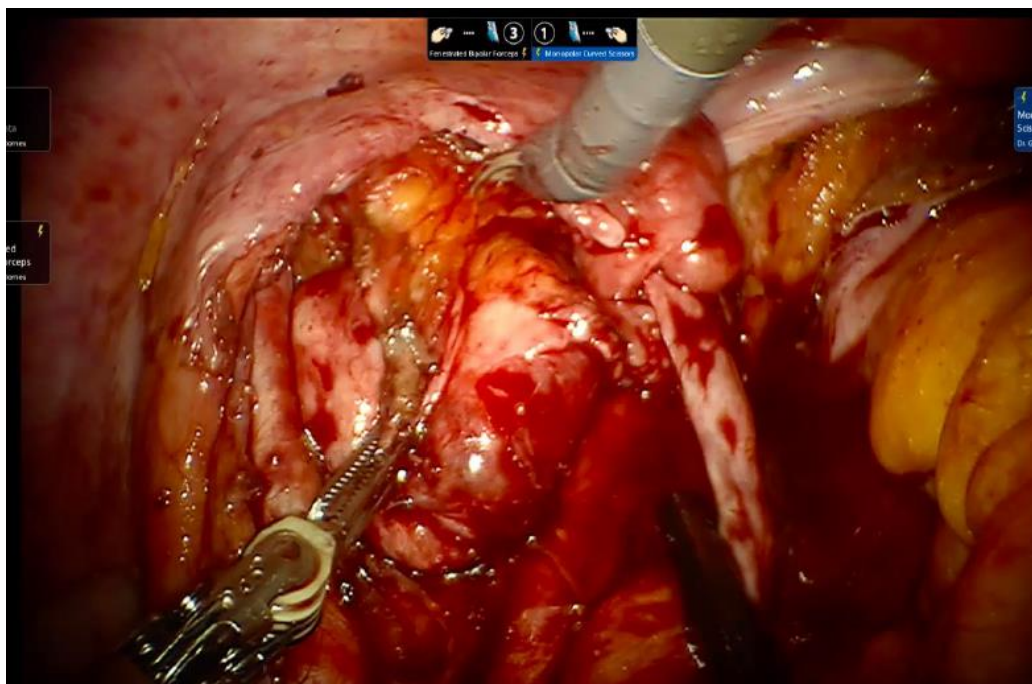


Fig 4. Identificación de gran adenopatía en zona de arteria iliaca externa izq



*Archivos de Coloproctología*, 2020, 3(2): 41-50  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_archcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_archcol/archcolo.202024568)

Disección de arteria iliaca común y a. iliaca externa desde el borde lateral del m. psoas previa visualización del nervio genitocrural. Exéresis de tejido linfograso circundante. Disección de vena iliaca externa donde se encontraba íntimamente adherido el mazacote adenopático. Posteriormente, disección de a. iliaca interna identificando a. umbilical. Identificación del ligamento de Cooper y se completó linfadenectomía del área obturatriz, preservando en todo su recorrido el nervio obturador, vasos obturadores y m. obturador. (Fig 5). Extracción de tejido linfograso mediante MemoBag®.

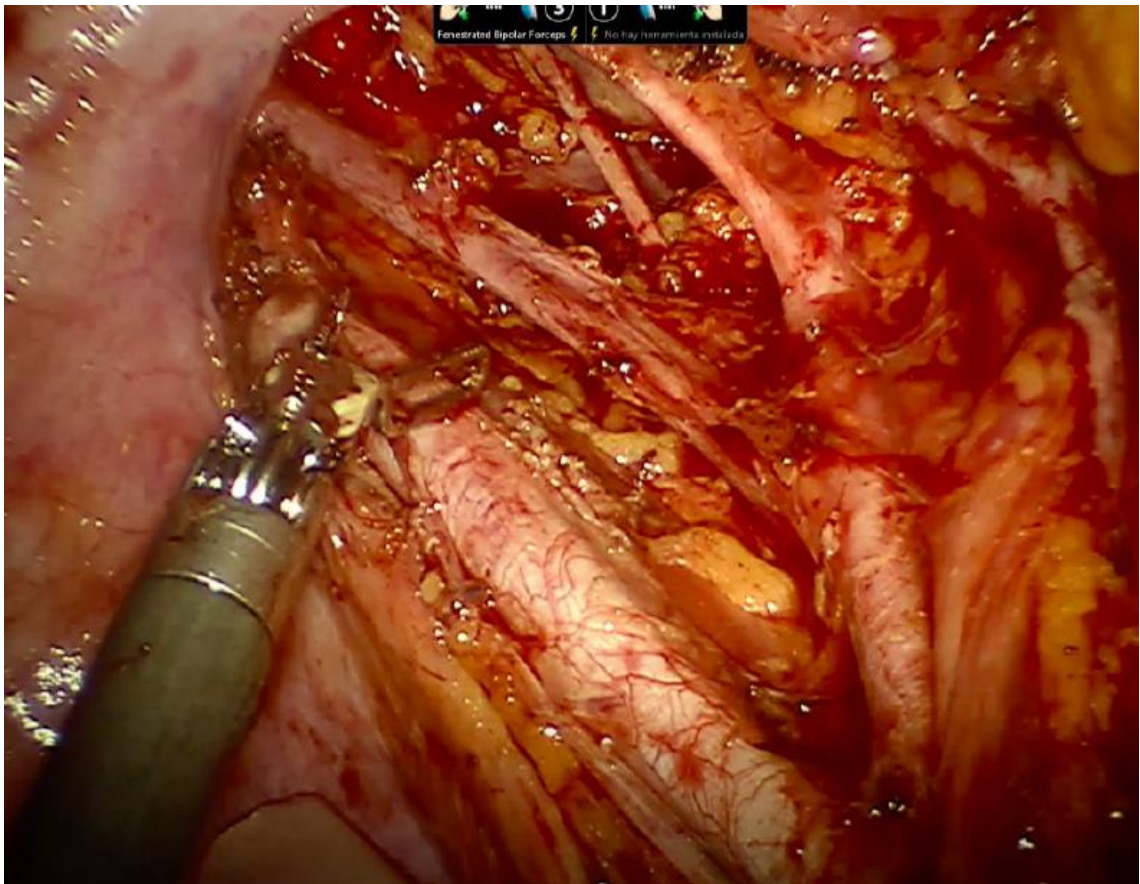


Fig 5. Resultado final tras linfadenectomía.



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 41-50*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_archcolo.202024568)

Confección de colostomía terminal en fosa iliaca izquierda, previamente marcada por estomaterapeuta. Colocación de drenaje aspirativo en pelvis. Extracción de trocares bajo visión directa. Cierre de aponeurosis de trócares de 12 mm con vycril 1.

En el tiempo perineal, la paciente se colocó en posición de navaja o jack-knife. Se realizó incisión perineal previa cierre en bolsa de tabaco del ano. Exéresis de cóccix. Identificación de músculos elevadores que se seccionaron para realizar y amputación extra-elevadora. Conexión con cavidad abdominal y luxación de pieza hacia el exterior con disección completa. Colocación de malla Permacol anclada a pelvis con puntos sueltos de prolene 2.0 Se dejan dos drenajes aspirativos entre malla y cierre de subcutaneo perineal. Piel con puntos sueltos. Impresión de resección completa con sangrado de menos de 100 ml y un tiempo quirúrgico completo de 300 min.

El postoperatorio cursó sin incidencias siguiendo el protocolo de fast-track, pudiendo ser dada de alta al sexto día. La anatomía patológica concluyó con diagnóstico de adenocarcinoma de recto ypT2N0 (0/15) grado de regresión tumoral 2, márgenes quirúrgicos libres con mesorrecto completo. No invasión vascular, ni perineural, ni linfática, ni budding presente. En la linfadenectomía pélvica se aislaron 12 ganglios de los cuales 2 resultaron positivos para adenocarcinoma, siendo el mayor un nódulo fibroso de 4 cm con infiltración de 0.1 cm por adenocarcinoma. Se administraron 8 ciclos de FOLFOX adyuvante y actualmente la paciente tras 18 meses de seguimiento se encuentra libre de enfermedad.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Alrededor de 10-20% de las pacientes con neoplasia de recto (25% en recto inferior y del 5-10% en recto superior), tiene adenopatías positivas extramesorrectales, en vasos ilíacos u obturadores, cifra que puede llegar al 35% en casos de Estadio III.



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 41-50*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024568)

No obstante, sólo el 2-6% de los cánceres de recto sin adenopatías mesorrectales tienen adenopatías afectas en otros territorios. La corriente oriental realiza sistemáticamente linfadenectomía pélvica bilateral en todas las neoplasias de recto por debajo de la reflexión y con invasión más allá de la muscular propia independientemente de si hay afectación mesorrectal o lateral pélvica (3). Son varios los estudios asiáticos que se apoyan en una reducción de hasta un 50% de recidiva pélvica y hasta un 8% de aumento en la supervivencia global (4) (5). Sin embargo, en las guías europeas la afectación de adenopatías extramesorrectales en cadenas ilíacas y su tratamiento aún son tema de controversia. Son pacientes que de entrada son candidatos a neoadyuvancia extendiendo el campo de radioterapia a las cadenas ilíacas afectadas (6) y que se proponen a disección lateral pélvica en caso de sospecha de afectación posterior a la neoadyuvancia.

Es por eso que los últimos estudios se están centrando en tratar de identificar las adenopatías del compartimento lateral que persisten tras quimiorradioterapia. Se ha propuesto que un tamaño de  $\geq 5$  mm medidas en su diámetro menor se ha asociado con la positividad histopatológica posterior (7).

La linfadenectomía pélvica no está exenta de complicaciones intraoperatorias y posteriores secuelas funcionales como la disfunción sexual y urinaria. Se ha evidenciado un aumento en el tiempo operatorio y pérdidas sanguíneas, pero, por otro lado, no se ha demostrado que haya un aumento en el número de dehiscencia anastomótica (8). Aun así, supone un nuevo reto técnico y anatómico. Sin embargo, la cirugía mínimamente invasiva y robótica ofrece la oportunidad de realizar estos procedimientos complejos con mayor precisión anatómica y minimizando estas complicaciones. La estandarización de la técnica y la adquisición de conocimientos de los puntos de referencia ayudará a la disminución de esta morbimortalidad (9)(10).





*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 41-50*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024568)

En nuestra experiencia el uso de la cirugía robótica resulta de utilidad dada la angulación y precisión de movimientos de los instrumentos quirúrgicos. Otras de las ventajas añadidas residen en la ampliación y definición de la imagen, así como en la estabilidad del campo operatorio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rullier E, Denost Q, Vendrely V, Rullier A, Laurent C. Low rectal cancer: classification and standardization of surgery. *Dis Colon Rectum*. 2013;56(5):560-567. doi:10.1097/DCR.0b013e31827c4a8c
2. Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al. Rectal Cancer, Version 2.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2018;16(7):874-901.
3. Watanabe T, Muro K, Ajioka Y, et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2018;23(1):1-34.
4. Ishihara S, Kanemitsu Y, Murono K et al. Oncological benefit of lateral pelvic lymph node dissection for rectal cancer treated without preoperative chemoradiotherapy: a multicenter retrospective study using propensity score analysis. *Int J Colorectal Dis* 2016; 31: 1315–1321.
5. Sugihara K, Kobayashi H, Kato T, et al. Indication and benefit of pelvic sidewall dissection for rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:1663–1672.
6. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, et al. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up *Ann Oncol*. 2017;28(suppl\_4):iv22-iv40.



*Archivos de Coloproctología, 2020, 3(2): 41-50*

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/archcolo.202024568](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/archcolo.202024568)

7. Malakorn S, Yang Y, Bednarski BK, et al. Who Should Get Lateral Pelvic Lymph Node Dissection After Neoadjuvant Chemoradiation?. *Dis Colon Rectum*. 2019;62(10):1158-1166.

8. Fujita S, Akasu T, Mizusawa J, et al. Postoperative morbidity and mortality after mesorectal excision with and without lateral lymph node dissection for clinical stage II or stage III lower rectal cancer (JCOG0212): results from a multicentre, randomised controlled, non-inferiority trial. *Lancet Oncol*. 2012;13(6):616-621.

9. Perez RO, São Julião GP, Vailati BB, Fernandez LM, Mattacheo AE, Konishi T. Lateral Node Dissection in Rectal Cancer in the Era of Minimally Invasive Surgery: A Step-by-Step Description for the Surgeon Unacquainted with This Complex Procedure with the Use of the Laparoscopic Approach. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(10):1237-1240.

10. Kusters M, Uehara K, Velde CJHV, Moriya Y. Is There Any Reason to Still Consider Lateral Lymph Node Dissection in Rectal Cancer? Rationale and Technique. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017;30(5):346-356.