



## Carcinomatosis incidental de origen colorrectal, conducta a seguir por el cirujano de guardia

*Ernesto Barzola Navarro\*\**, *Sara Roldán Baños\**, *María Esther Pérez Margallo\**, *José Ramón Domínguez Martínez\**

*\*Servicio de Cirugía General Hospital Llerena - Zafra*

*\*\*Universidad de Extremadura. Facultad de Medicina*

### CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 51 años, con antecedentes de dislipemia, HTA y hernia de hiato. Acude a urgencias por dolor abdominal de carácter subagudo y punzante que se ha ido incrementando desde hace 3 días, acompañada de náuseas y deposiciones diarreicas. Al examen físico presenta, mucosas secas y dolor a la palpación del abdomen localizado en ambos flancos y fosa ilíaca derecha, con signos de irritación peritoneal y Blumberg positivo. La analítica muestra leucocitosis de  $12.9 \times 10^3$  /ul con leve neutrofilia y una proteína C reactiva de 6.09mg/dl. La radiografía simple de abdomen es anodina. Se completa el estudio con ecografía y tomografía axial computarizada (TAC) urgentes, evidenciándose hallazgos sugestivos de trombosis de vena esplénica y proceso inflamatorio en fosa ilíaca derecha, de probable origen apendicular, con cambios inflamatorios que se extienden a grasa pericecal e íleon terminal.

Se realiza laparoscopia exploradora urgente con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda; si embargo, nos encontramos con el hallazgo de una masa de color blanquecino y consistencia dura en la región ileocecal, así como punteado disperso blanquecino a nivel pélvico sugestivo de carcinomatosis (Figura 1).

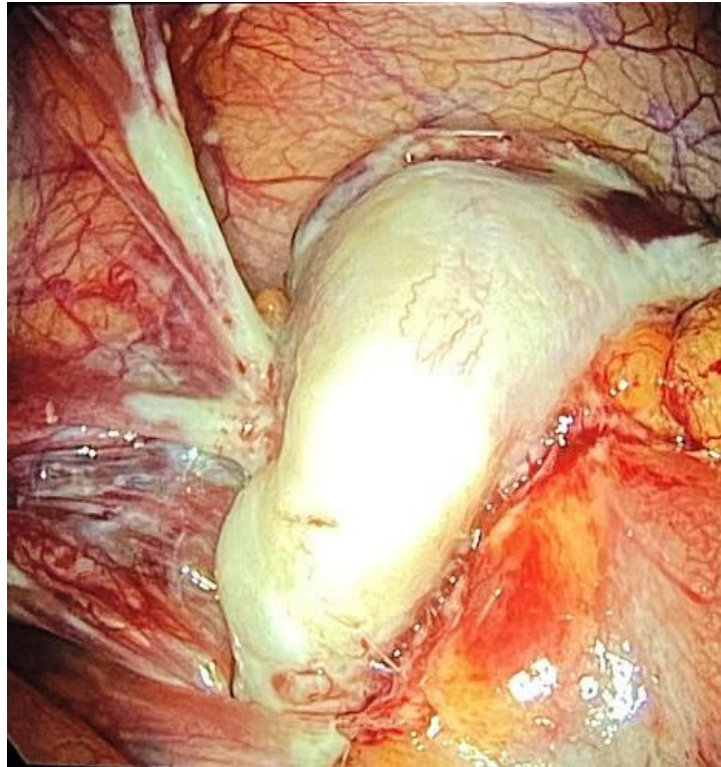


Figura 1. Masa de color blanquecino y consistencia dura en la región ileocecal, y lesiones blanquecinas en peritoneo parietal compatibles con carcinomatosis.

Ante los hallazgos descritos se explora la cavidad abdominal en busca de otras lesiones, se calcula el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI), siendo en este caso de 10 puntos, se decide tomar biopsia del peritoneo parietal afecto y no realiza otra actuación quirúrgica en ese momento. El resultado histológico revela infiltración por adenocarcinoma en las muestras enviadas.

Durante el postoperatorio se completa el estudio mediante colonoscopia y TAC tóraco-abdominal de extensión, confirmándose el diagnóstico de adenocarcinoma a nivel de ciego y no encontrándose otras lesiones aparentes; se inicia anticoagulación a dosis recomendadas y se decide alta.

La paciente recibe actualmente quimioterapia neoadyuvante con FOLFOX y pasados unos 3 meses se reevaluará la situación a fin de intentar la cirugía de rescate de colon, peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal con hipertermia (HIPEC).

## DISCUSIÓN

La carcinomatosis peritoneal sincrónica (CPS) representa del 5 al 15% de los pacientes que presentan cáncer colorrectal (CCR)<sup>1</sup>. Se estima que se diagnostican 150 000 nuevos casos del CPS de origen CCR. Actualmente, la cirugía citorreductora (CRS) en asociación con la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) es el tratamiento estándar en esta enfermedad<sup>2</sup>. La mediana de supervivencia se ha incrementado con este tratamiento, consiguiendo tasas de supervivencia a 5 años del 30% en pacientes<sup>3</sup>.

El cirujano general de guardia puede encontrarse con el hallazgo incidental de CPS durante una exploración abdominal de urgencia, ante lo cual el protocolo a seguir recomendado serán los siguientes: (Tabla 1)<sup>4-6</sup>.

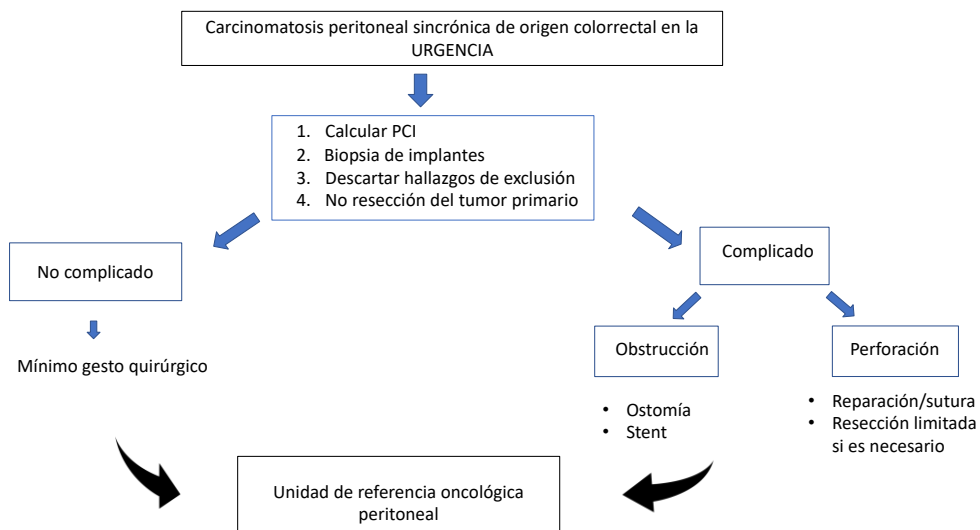


Tabla 1: Algoritmo ante una caso de carcinomatosis de origen colorrectal en la urgencia. PCI (índice de carcinomatosis peritoneal)

Ante una CPS en un CCR no complicado, lo primero es lograr una descripción detallada y exacta de la carcinomatosis; para ello se utilizará el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI), que toma en cuenta el tamaño de los implantes y considera la lesión de mayor tamaño, en las 13 regiones abdominopélvicas descritas en la literatura<sup>7</sup>; esto de vital importancia tanto por su valor diagnóstico y terapéutico, ya que una PCI mayor de 20 puntos se considera una contraindicación para una



intervención quirúrgica con intención curativa. A continuación, se tomará biopsia de los implantes para confirmación histológica; además, es importante descartar con una inspección minuciosa, otros hallazgos de exclusión de tratamiento radical como: la afectación masiva intestinal, enfermedad ganglionar retroperitoneal voluminosa, la afectación tumoral del hilio hepático, la infiltración retráctil del mesenterio, las metástasis hepáticas irresecables.

Es importante destacar que el tumor primario no debería ser resecado, ya que se ha demostrado una menor supervivencia y mayores recidivas en estos pacientes<sup>7</sup>.

Otros escenarios posibles es el hallazgo una CPS con un CCR complicado, en este se actuará de la siguiente forma:

- CCR parcialmente obstruido, es mandatorio no hacer resección del tumor primario.
- CRR con obstrucción completa, no resecar el tumor, si no ajustarse al mínimo gesto quirúrgico (valorar ostomía y/o stent según disponibilidad del centro).
- Ante una carcinomatosis sincrónica con perforación o sangrado, se recomienda igualmente un mínimo gesto quirúrgico que solucione el problema, y/o según el caso considerar la resección como último recurso.

Creemos que es importante dar la información adecuada al paciente y familiares de los hallazgos encontrados durante la intervención quirúrgica. Por otra parte, hay que reflejar los hallazgos intraoperatorios y el cálculo del PCI en la historia clínica, ya que esta información permitirá tomar decisiones en el futuro. Es importante valorar al paciente en una unidad especializada de referencia, a fin de decidir su adecuado manejo y posible tratamiento posterior con cirugía radical asociada a HIPEC<sup>3, 7</sup>.

En nuestra paciente se realizó el mínimo gesto quirúrgico y toma de biopsia para confirmar el diagnóstico histopatológico, ya que nos encontramos según el algoritmo ante el caso de una carcinomatosis no complicada de origen colorrectal (Tabla1). En resumen, es importante para el cirujano general de guardia conocer el procedimiento a seguir ante un caso incidental de CPS durante una exploración



quirúrgica urgencia, ya que su actuación puede marcar el pronóstico y tratamiento futuro del paciente.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Bhatt A. Management of peritoneal metastases-cytoreductive surgery, HIPEC and beyond: Springer; 2018.
2. Alzahrani N, Valle S, Fisher O, Sugarbaker P, Yonemura Y, Glehen O, et al. Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI) and Big-RENAPE groups. Iterative cytoreductive surgery with or without hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for colorectal peritoneal metastases: A multi-institutional experience. *J Surg Oncol.* 2019;119(3):336-46.
3. Mirnezami R, Mehta A, Chandrakumaran K, Cecil T, Moran B, Carr N, et al. Cytoreductive surgery in combination with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy improves survival in patients with colorectal peritoneal metastases compared with systemic chemotherapy alone. *British journal of cancer.* 2014;111(8):1500-8.
4. Muñoz-Casares F. Carcinoma colorrectal complicado y carcinomatosis peritoneal,¿ qué actitud debemos seguir?
5. Klaver C, Groenen H, Morton D, Laurberg S, Bemelman W, Tanis P. research committee of the European Society of Coloproctology. Recommendations and consensus on the treatment of peritoneal metastases of colorectal origin: A systematic review of national and international guidelines. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.* 2017;19(3):224-36.
6. Klaver C, Groenen H, Morton D, Laurberg S, Bemelman W, Tanis P, et al. Recommendations and consensus on the treatment of peritoneal metastases of colorectal origin: a systematic review of national and international guidelines. *Colorectal Disease.* 2017;19(3):224-36.
7. Liberale G, Van Den Eynde M, Hendlisz A, El Nakadi I. Recommendations for general surgeons facing incidental peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *European Journal of Surgical Oncology.* 2008;34(7):725-6.