

Metástasis pancreática aislada en el cáncer de colon. ¿Es la resección quirúrgica una alternativa en el momento actual?

León Díaz Francisco Javier, Sánchez Pérez Belinda, Fernández Aguilar José Luis, Pérez Daga José Antonio, Suárez Muñoz Miguel Ángel, Santoyo Santoyo Julio.

UGC Cirugía General, Digestiva y Trasplantes de Órganos. Hospital Regional Universitario Carlos de Haya. Málaga.

Resumen

Aún siendo raras, las metástasis pancreáticas aisladas han aumentado su frecuencia en los últimos años, especialmente en centros de referencia para la cirugía pancreática. Las lesiones metastásicas pancreáticas suponen el 2% de toda la patología maligna de este órgano, siendo el carcinoma de células renales el tumor primario más común. Las razones que pueden explicar este hecho son, entre otras, la sensibilidad de las diferentes exploraciones complementarias, la definición de programas de seguimiento oncológico y el manejo de una terapéutica médico-quirúrgica más agresiva.

En el cáncer colo-rectal, la enfermedad metastásica pancreática debe considerarse como enfermedad resecable, al igual que ocurre en las metástasis hepáticas y pulmonares. En la actualidad, diferentes estudios con carácter retrospectivo, han puesto de manifiesto el beneficio para estos pacientes tras la realización de la metastasectomía. No debemos olvidar la necesidad de una adecuada selección de pacientes y unos óptimos márgenes de resección con una preservación de remanente pancreático suficiente, sin olvidar que toda esta cirugía de alta complejidad debe realizarse en centros de referencia.

PALABRAS CLAVE: cáncer colorrectal, metástasis pancreática.

Introducción

Es objeto de nuestro artículo poner de manifiesto que la enfermedad metastásica pancreática debe considerarse como enfermedad resecable, ya que la evidencia científica manifiesta un claro beneficio siempre que se realice una selección adecuada de pacientes.

Métodos

Describimos el caso de un varón de 65 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, sobrepeso y enfermedad pulmonar obstructiva crónica junto a hábitos tóxicos de enlismo moderado y exfumador de 80 paquetes/año desde hace 5 años. Como antecedentes

quirúrgicos resaltar úlcera duodenal perforada hace treinta años con realización de cierre simple. En la actualidad en tratamiento domiciliario con losartán, metformina, bromuro de tiotropio y ácido acetilsalicílico.

El paciente es estudiado por el Servicio de Digestivo por presentar desde hace tres meses cuadro de dolor abdominal difuso de carácter continuo con exacerbaciones tras la ingesta acompañado de deposiciones diarreicas acuosas sin productos patológicos. No aparición de náuseas ni vómitos. Pérdida de quince kilogramos de peso durante este periodo. Eccema facial pruriginoso con edema palpebral. No fiebre.

A la exploración física paciente con sensación de enfermedad y caquexia, consciente y orientado junto a palidez cutánea. No tinte icterico. Eccema facial. Abdomen blando, depresible, dolor leve difuso sin signos de peritonismo, sin palpación de masas ni hernias, cicatriz de laparotomía media supraumbilical.

Analíticamente destaca hemoglobina 9,1 g/dL Hto 28% creatinina 1,4 mg/dL y albúmina 2,5 g/dL junto a unos marcadores tumorales CEA 6,3 mg/ml, resto de parámetros dentro de la normalidad. Se realiza tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis donde se aprecia hígado sin eviden-

Correspondencia: Francisco Javier León Díaz. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Avenida Carlos Haya, s/n. 29010. Málaga. francisjavierleondiaz@hotmail.com

Tabla 1
Incidencia de neoplasias primarias
asociadas a metastasectomías pancreáticas

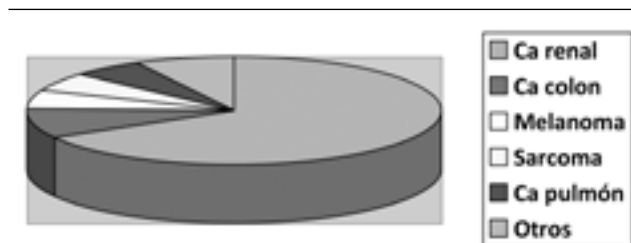


Fig. 1.— Metástasis cuerpo páncreas de adenocarcinoma colónico (afectación vena esplénica).

cia de LOES y engrosamiento de la pared colónica en ángulo hepático de unos 22 mm. Lesión sólida en cuerpo pancreático de 35 mm, de contornos irregulares, que engloba la vena esplénica; sospecha de posible metástasis. Adenopatías locales e interaortocavas. Posteriormente la colonoscopia evidencia que a nivel de ángulo hepático existe lesión mamelonada, friable y estenosante que impide el paso. Se realiza toma de biopsias que nos informan de adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado, infiltrante.

Ante estos hallazgos y tras plantear caso en Comité Oncológico Multidisciplinar se decide actitud quirúrgica. Se pauta, previo a cirugía, suplementación oral para mejorar perfil nutricional y grado de anemia.

Entre los hallazgos intraoperatorios se encuentran tumoración a nivel de ángulo hepático de colon, con retracción de mesocolon e importante conglomerado adenopático a nivel de vasos mesentéricos superiores. En cuerpo de páncreas se aprecia lesión de unos 3,5 cm de diámetro de consistencia dura, compatible con metástasis, que engloba vena esplénica y en íntimo contacto con cara posterior gástrica. Hígado y resto de cavidad abdominal sin evidencia de lesión neoplásica macroscópica. Mediante ecografía intraoperatoria se confirma la existencia de una única lesión pancreática. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada oncológica junto a linfadenectomía extensa de vasos mesentéricos superiores. Sección de páncreas a nivel de istmo con sutura mecánica y realización de pancreatectomía corporocaudal junto a esplenectomía y resección pared gástrica posterior a nivel de curvatura menor. Colocación de drenaje a nivel de celda pancreática.

El resultado de la anatomía patológica nos informa de:

- Adenocarcinoma de colon tipo común moderadamente diferenciado que infiltra tejido adiposo periintestinal y metastatiza en 4 de los 16 ganglios aislados. Márgenes de resección proximal y distal sin afectación neoplásica.
- Adenopatía mesentérica superior con metástasis masiva de adenocarcinoma con infiltración y permeación vascular linfática del tejido adiposo periganglionar.
- Pieza de pancreatectomía coroporocaudal con adenocarcinoma moderadamente diferenciado parcialmente necrosado, compatible con metástasis de origen colónico, localizado en cuerpo pancreático que afecta al tejido adiposo peripancreático. Borde de resección pancreático no afecto. Dos ganglios linfáticos con cambios reactivos inespecíficos. Bazo sin afectación de neoplasia.

En el postoperatorio, el paciente presenta a las cuarenta y ocho horas cuadro compatible con sepsis grave y abdomen agudo. Se realiza laparotomía exploradora donde se aprecia peritonitis quilosa realizando lavado de cavidad y colocación de drenajes. Tras cuarenta y ocho horas en Unidad de Cuidados Intensivos se traslada a planta con identificación de fístula pancreática que se autolimita con medidas conservadoras. Presenta infección profunda del sitio quirúrgico con necesidad de aplicación de sistema VAC durante dos semanas. Siendo dado de alta al vigésimo primer día con adecuada evolución digestiva e infecciosa y pendiente de ser valorado por Servicio de Oncología.

Discusión

Las metástasis pancreáticas son asintomáticas en más del 50%, siendo diagnosticadas bien en el seguimiento tras resección del tumor primario o de manera incidental durante el estudio de extensión previo al acto quirúrgico. Siendo el dolor, la pérdida de peso o las náuseas los síntomas que más se asocian a estas lesiones. Lo habitual es que estas metástasis aparezcan tras un período largo tras la cirugía.

La efectividad de la metastasectomía pancreática depende de la biología del cáncer primario, siendo el mejor predictor de supervivencia a largo plazo. Los mejores resultados se asocian al carcinoma de células renales, frente a los peores que se han obtenido en el cáncer de pulmón y el melanoma. El tumor primario más común es el de células renales, seguido del cáncer colorrectal, melanoma, sarcoma y cáncer de pulmón.

No existen estudios aleatorizados y de un tamaño muestral suficiente que hayan analizado directamente el papel de la metastasectomía pancreática en el cáncer colorrectal. En la revisión⁶ que hemos aportado nos informa que el cáncer colorrectal suponía el 8% del total de tumores primarios que fueron sometidos a resección pancreática, representando diecinueve pacientes. Se encontró que en los pacientes en los que se había realizado metastasectomía pancreática la supervivencia a los cinco años era similar a la metastasectomía hepática o pulmonar, en un rango entre 27 y 58% junto a una mediana de supervivencia de 54 meses (rango 12-105).

No debemos olvidar que la cirugía pancreática se asocia a una importante morbi-mortalidad. En la revisión señalada nos informa de una morbilidad entre el 38-48% con una mortalidad entre el 2-3%; donde la mayoría de las complicaciones fueron grado I (62%) requiriendo únicamente tratamiento farmacológico frente al 6% (grado IV) que necesitaron actitud quirúrgica por sepsis tras fístula pancreática postoperatoria. La distribución de complicaciones fue similar a la que ocurre en la resección de lesiones primarias pancreáticas: retardo de vaciamiento gástrico (12%), fístula postoperatoria pancreática (4%), complicaciones pulmonares (12%) e infecciones (20%). Podemos obtener la conclusión que los resultados son similares a los obtenidos en cirugía pancreática por lesión primaria.

Por todo lo anteriormente mencionado debemos hacer una adecuada selección de pacientes, que serán sometidos a cirugía. Esta decisión debe ser consensuada por un equipo multidisciplinar. Como criterios de selección se deben resaltar: tumor primario asociado a resultados favorables, la inexistencia de recidiva local, el diagnóstico de una única metástasis pancreática, la reseccabilidad de la lesión metastásica y paciente con capacidad de tolerar una pancreatectomía.

En cuanto a la elección del tipo de cirugía mencionar que existen autores que preconizan las resecciones pancreáticas

estándares, frente a resecciones atípicas, por el riesgo de recurrencia. Sin embargo, la tendencia actual es a enfatizar el adecuado estudio del páncreas para descartar múltiples lesiones más que la cirugía a realizar; de ahí el papel importante de una adecuada movilización de todo el páncreas, cuidadosa palpación y la realización de ecografía intraoperatoria que nos informará del número de lesiones y la relación respecto al conducto pancreático principal. La realización de linfadenectomía peripancreática está en controversia, existiendo revisiones con diferentes tumores primarios donde nos informa de la ausencia de afectación ganglionar frente al 30% de algunos estudios.

La indicación de resección simultánea del tumor primario y la metastasectomía pancreática no está clara, aunque parece que en todo paciente con capacidad para tolerar el acto quirúrgico estaría indicado. En pacientes con importante comorbilidad una alternativa sería la resección del tumor primario y posterior tratamiento adyuvante.

Conclusión

Como conclusión señalar que en el cáncer colo-rectal, la enfermedad metastásica pancreática debe considerarse como enfermedad reseccable, al igual que ocurre en las metástasis hepáticas y pulmonares. En la actualidad, diferentes estudios con carácter retrospectivo, han puesto de manifiesto el beneficio de la resección pancreática por metástasis aisladas de cualquier neoplasia. No debemos olvidar la necesidad de una adecuada selección de pacientes y unos óptimos márgenes de resección con una preservación de un remanente pancreático suficiente. Mencionar que toda esta cirugía de alta complejidad debe realizarse en centros de referencia, ofreciendo así al paciente los mejores resultados posibles.

Bibliografía

- Z'graggen K, Fernández-del Castillo C, Rattner DW, Sigala H, Warshaw AL. Metastases to the pancreas and their surgical extirpation. *Arch Surg* 1998; 133: 413-417; discussion 418-419.
- Faure JP, Tuech JJ, Richer JP, Pessaux P, Arnaud JP, Carretier M. Pancreatic metastasis of renal cell carcinoma: presentation, treatment and survival. *J Urol* 2001; 165: 20-22.
- Lee WS, Yun HR, Yun SH, et al. Treatment outcomes of hepatic and pulmonary metastases from colorectal carcinoma. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 367-72.
- Reddy S, Wolfgang CL. The role of surgery in the management of isolated metastases to the pancreas. *Lancet Oncol* 2009; 10: 287-93.
- Zerbi A, Pecorelli N. Pancreatic metastases: An increasing clinical entity. *World J Gastrointest Surg* 2010 August 27; 2 (8) :255-259.
- Reddy S, Edil BH, Cameron JL, et al. Pancreatic resection of isolated metastases from non-pancreatic primary cancers. *Ann Surg Oncol* 2008; 15: 3199-206.