



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-117 - CARCINOMA RECTAL LOCALMENTE AVANZADO CON AFECTACIÓN UROGENITAL: OPCIONES QUIRÚRGICAS Y RESULTADOS

Rodríguez Infante, Antonio; Fernández Martínez, Daniel; Jara Quezada, Jimmy Harold; Sanz Navarro, Sandra; Truán Alonso, Nuria; Sánchez Farpón, Herminio; Baldonado Cernuda, Ricardo; Álvarez Pérez, José Antonio

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: En el 5-10% de los pacientes con cáncer colorrectal existe invasión de órganos urogenitales. Cuando esto ocurre, la exenteración pélvica es el tratamiento asociado con mayores tasas de supervivencia; no obstante, en casos seleccionados con infiltración prostática, es posible preservar la vejiga durante la cirugía. Hemos analizado el tratamiento quirúrgico y la evolución clínica de pacientes con carcinoma rectal con afectación urogenital.

Métodos: Se ha revisado retrospectivamente los pacientes intervenidos entre enero-2011 y diciembre-2014, por cáncer de recto localmente avanzado, con afectación del tracto urogenital. Se analizó: tipo de tratamiento, datos anatomopatológicos, curso hospitalario y evolución durante el seguimiento. Al diagnóstico, se observó que todos los pacientes presentaban tumores de recto con infiltración de la próstata/vesículas seminales o vejiga urinaria, pero sin metástasis a distancia. La estadificación se estableció mediante colonoscopia, TC, RMN. Todos los pacientes recibieron radioquimioterapia preoperatoria. La invasión de los órganos vecinos, se confirmó a través del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. El seguimiento clínico de los pacientes se realizó mediante revisión en consultas externas. La mediana de seguimiento fue de 24 meses (rango: 6-50).

Resultados: Se intervinieron un total de 5 pacientes, con una edad media de 62 años (rango: 51-73). En los estudios radiológicos, se sospechó infiltración prostática y/o de las vesículas seminales en 4 pacientes; aunque posteriormente, en uno de ellos se identificó afectación vesical por biopsia intraoperatoria. En el paciente restante se sospechó infiltración vesical en las pruebas diagnósticas. Se realizó amputación abdominoperineal (AAP) + prostatectomía radical (PR), en 3 pacientes y AAP + cistoprostatectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker por afectación vesical, en 2. Dos de los pacientes tratados con AAP + PR desarrollaron colecciones pélvicas que fueron resueltas con antibioterapia. Los 2 pacientes tratados mediante AAP + cistoprostatectomía fueron reintervenidos, por obstrucción intestinal secundaria a hernia interna y por evisceración, respectivamente. En el estudio histopatológico, sólo un paciente tenía afectación ganglionar. En el seguimiento, de los 3 pacientes tratados con AAP + PR, uno de ellos desarrolló metástasis pulmonar única a los 16 meses, que fue extirpada quirúrgicamente, permaneciendo vivo y sin signos de enfermedad, a los 40 meses de la cirugía rectal. Los otros 2, están vivos y sin signos de enfermedad, a los 18 y a los 50 meses de la cirugía. De los 2 pacientes con AAP + cistoprostatectomía, uno falleció a los 24 meses de la operación, por enfermedad metastásica generalizada, mientras que el otro está vivo y libre de

enfermedad, a los 6 meses de la intervención. De los pacientes con preservación vesical, 2 mantienen una función urinaria normal, presentando incontinencia urinaria el paciente restante.

Conclusiones: El tratamiento estándar del cáncer de recto localmente avanzado, con infiltración del tracto urogenital, es la exenteración pélvica anterior; lo que conlleva la realización de una derivación urinaria y de una colostomía. Sin embargo, en casos seleccionados, cuando la invasión se limita a la próstata y/o vesículas seminales, es posible conservar la vejiga y realizar AAP + PR; lo que permite cumplir los requisitos quirúrgicos oncológicos y mejorar notablemente la calidad de vida del paciente.