



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-494 - METÁSTASIS EN PARED ABDOMINAL SIMULANDO EVENTRACIÓN PARAESTOMAL

González Alcolea, Natalia; Ruipérez Sánchez, Juan; Láiz Diez, Beatriz; García Schiever, Jesús Gabriel; Jiménez Cubedo, Elena; González Plo, Daniel; Rojo Blanco, Vicente; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar el caso de una metástasis de tumor colorrectal en pared abdominal que debuta como tumoración paraestomal.

Caso clínico: Varón de 67 años, portador de ileostomía terminal, que acude a urgencias por tumefacción y dolor paraestomal. Como antecedentes destaca alergia a betalactámicos y cirugía de urgencia hace dos años (en otro centro) por carcinoma obstructivo y perforado de la unión recto-sigma, tratado con colectomía subtotal e ileostomía terminal. En el postoperatorio presentó una evisceración contenida, tratada de forma conservadora. El estudio anatomopatológico fue informado como adenocarcinoma de colon pT3N0M0. El paciente fue desestimado para quimioterapia adyuvante. Última revisión hace un año, sin datos de recidiva. Acude a nuestro centro por enrojecimiento, tumefacción y dolor periestomal de días de evolución, no asociada a alteraciones en el tránsito. A la exploración presenta una eventración de la laparotomía media, sin peritonismo y con aparente eventración paraestomal, que se muestra eritematosa, caliente, dolorosa y no reductible. Al realizar tacto a través de la misma, presenta mucosa normocoloreada con abombamiento que impide sobrepasar el orificio fascial. Con sospecha de hernia paraestomal encarcerada se solicita analítica (en la que destaca elevación de PCR y leucocitosis), TC abdominal y se inicia antibioterapia con ciprofloxacino y metronidazol. El TC objetiva una tumoración sólida paraestomal de 10 × 7 × 8 cm en relación con gran implante o metástasis paraestomal, que condiciona colapso del asa de ileostomía con dilatación preestenótica, sin evidencia de enfermedad intraabdominal. Se decide ingreso con antibioterapia intravenosa y se completa estudio con TC tórax y rectoscopia, sin hallazgos; y PET, con captación únicamente en la pared. Tras un mes de antibioterapia se normalizan los parámetros analíticos y permanece afebril. Se decide intervención quirúrgica de resección del implante. Se realiza abordaje mediante laparotomía media con extensión a región paraestomal, con resección en bloque de la tumoración, reparación del defecto junto con eventroplastia con malla de PTFE y nueva ileostomía terminal en fosa iliaca izquierda. En el postoperatorio presenta necrosis cutánea de la zona de laparotomía transversa, que precisa desbridamiento y terapia de presión negativa hasta completar la cicatrización. La anatomía patológica es informada como metástasis colorrectal en pared abdominal.

Discusión: La incidencia de metástasis cutáneas en el cáncer colorrectal es del 4.4%. Se consideran factores de riesgo la extensión transmural, la afectación ganglionar y los tumores perforados.

Asientan con mayor frecuencia a nivel de la pared abdominal, sobre todo en cicatrices de laparotomía (incluyendo la piel que rodea las ostomías), orificios de trócares y de drenajes. Suelen ser lesiones de pequeño tamaño e incluso pueden simular un rash. Más raro es que se presenten como una gran masa única en subcutáneo. Este tipo de metástasis suelen asociarse a metástasis en otras localizaciones y recidiva intraabdominal, lo que condiciona el pronóstico. Nuestro caso se aleja de lo habitual en cuanto que es una lesión única y de gran tamaño (> 10 cm), localizada peri-ileostomía y que no se acompaña de enfermedad diseminada a otros niveles. El tratamiento de este tipo de metástasis aisladas es la resección quirúrgica en bloque.