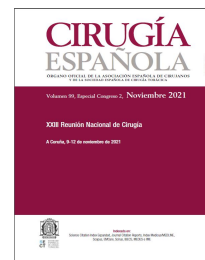




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-450 - METÁSTASIS EN ORIFICIO DE PUERTO LAPAROSCÓPICO TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA GINECOLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ocerin Alganza, Olatz; Perfecto Valero, Arkaitz; Ortiz de Guzmán Aragón, Sara; Esgueva Angulo, Marina; Prieto Calvo, Mikel; Palomares Etxeberria, Ibone; Valdivieso López, Andrés

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: La implantación tumoral en la herida quirúrgica es una complicación bien conocida pero afortunadamente infrecuente de la cirugía oncológica y no se limita al abordaje laparoscópico. Las metástasis en el orificio del puerto laparoscópico (MPL) se definen como la aparición de recidiva tumoral localizada en la pared abdominal, en concreto en el trayecto de los trócares a nivel subcutáneo. Su incidencia es inferior al 1% y se dan en pacientes con patologías en estadios avanzados o enfermedad metastásica, tanto en tumores ginecológicos como del tracto gastrointestinal, lo que hace que su pronóstico sea desalentador. Aparece entre los 9 días y 18 meses tras la intervención, con una mediana de 8 meses y se debe sospechar en todo paciente con antecedente de cirugía laparoscópica y aparición de un nódulo indoloro y firme. El tratamiento habitual se basa en la escisión con márgenes o la cirugía radical asociando radioterapia curativa pese a lo cual su supervivencia se estima en un 10% a 5 años.

Caso clínico: Mujer de 72 años con obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus en tratamiento, presenta clínica de metrorragia de un mes de evolución, por lo que se solicita resonancia magnética pélvica objetivando una masa sólida en la cavidad endometrial de 22 × 46 × 37 mm con intensa restricción a la difusión, compatible con neoplasia de endometrio estadio Ib. Es valorada por anestesiología con un ASA II. Se programa la intervención, realizándose una histerectomía con doble anexectomía por laparoscopia y biopsia subcutánea del ganglio centinela marcado con verde de indocianina, con posterior linfadenectomía pélvica bilateral. La anatomía patológica es compatible con un adenocarcinoma endometriode, grado histológico 1, que infiltra más del 50% del miometrio, sin evidencia de invasión linfovascular (pT1b pN0). Tras ser valorada por Oncología Radioterápica, recibe tratamiento radioterápico adyuvante con braquiterapia vaginal de alta tasa de dosis, administrándose una dosis de 27 Gy en 6 fracciones de 450 cGy. En controles posteriores se objetiva un incremento progresivo del Ca 19.9 hasta 68 UI/mL, por lo que se solicita TAC abdominopélvico que identifica una masa sólida quística en pared abdominal paraumbilical izquierda de 41 × 43 × 67 mm en relación con implante en esa localización. Se reseca la tumoración con margen graso que afecta únicamente a pared abdominal, se explora la cavidad peritoneal, de forma manual y con cámara de laparoscopia, sin objetivar otras lesiones y se realiza cierre primario. La anatomía patológica resulta compatible con un adenocarcinoma endometriode, y actualmente está asintomática pendiente de iniciar tratamiento quimioterápico adyuvante.



Discusión: Las MPL son infrecuentes y se han descrito múltiples mecanismos por los cuales aparecen como son la diseminación hematológica por *shunts* linfático-venosos, la contaminación de las heridas durante la extracción de la pieza quirúrgica, el efecto del carbono dióxido durante la insuflación o la pérdida del gas a través de los trócares (efecto chimenea); aun así, el factor más importante continúa estando relacionado con una técnica quirúrgica meticulosa y por ello se hace especial hincapié en la adopción de medidas preventivas adecuadas.