



P-209 - DIAGNÓSTICO TARDÍO DE CARCINOMA OCULTO DE VESÍCULA BILIAR POR IMPLANTE METASTÁSICO EN PUERTO LAPAROSCÓPICO

Martín Martín, Ernesto; Garcés Garmendia, Mikel; Sáez de Ugarte Sobrón, Jaione; Martínez Rodríguez, Iñaki; Ibiricu Oroz, Lorea; Reyhani Calvo, Arasteh; Siebel Hermida, Paula; Rebollar Sáenz, José

Hospital Universitario Araba-Sede Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

Resumen

Introducción: Una de las complicaciones más infrecuente y de peor pronóstico en la colecistectomía laparoscópica es el desarrollo de implantes tumorales en los puertos de laparoscopia cuando no existe un diagnóstico preoperatorio de carcinoma vesicular. Tales carcinomas se encuentran en 0,5% a 1% de las colecistectomía laparoscópicas diagnosticándose ya sea durante o tras la cirugía. Más excepcional es aún cuando tampoco existe un diagnóstico patológico postoperatorio de tumor incidental de vesícula, lo que conlleva un tratamiento óptimo tardío y por lo tanto un peor pronóstico. Presentamos un caso clínico de un varón 63 de años que presenta tumoración en pared abdominal a los 4 años de colecistectomía laparoscópica de vesícula con diagnóstico tardío final de metástasis cutánea de adenocarcinoma vesicular.

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II intervenido de colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática con diagnóstico patológico de colecistitis crónica con calcificaciones sin evidenciarse signos patológico de malignidad. A los tres años de la intervención consulta por presentar tumoración indurada, sobre recto izquierdo, de unos 4 cm. nivel de cicatriz de puerto laparoscópico a nivel de hipocondrio izquierdo. Se realiza TAC diagnóstico que informa de masa sólida en músculo recto anterior izquierdo de 3,5 cm hipercaptante, a descartar neoplasia de partes blandas muscular tipo tumor desmoide. Nódulo hepático con escasa traducción radiológica inespecífico. Se interviene de forma programada en febrero de 2015 practicándose exéresis en bloque de recto izquierdo, fascia anterior y posterior, de unos 5 cm de eje mayor, con márgenes y colocación de malla subaponeurótica, y cierre de fascia aponeurótica anterior. El diagnóstico patológico informa de metástasis cutánea de adenocarcinoma que la inmunohistoquímica no puede establecer de forma concluyente el origen de la tumoración primaria aunque dada la positividad para la CK7 yCK20 sugiere un origen gastro-pancreato-biliar. Se completa estudio realizando RM y PETSCAN que objetivan lesión hepática de 4,5 cm sugestivo de lesión neoplásica metastásica en segmento IVb-V (en probable relación por las imágenes de RM, inmunohistoquímica y la evolución clínica) de sugestiva de neo primaria vesicular. Se completa cirugía practicándose una laparotomía exploradora que descarta carcinomatosis, linfadenectomía del hilio hepático y resección de la tumoración hepática mediante segmentectomía de IVb-V. Diagnóstico patológico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de probable origen biliar de 5 × 4 × 4 cm con ganglios libres de infiltración. El paciente sigue en control sin signos de recidiva al año de la última cirugía.

Discusión: El intervalo de tiempo entre la intervención y los implantes en puertos suele oscilar entre 2 semanas y 4 años presentando en la mayoría casos en ese momento carcinomatosis o metástasis a distancia. En general el pronóstico es malo con supervivencia media de 10 meses y supervivencia a los 5 años de un 10%. Se recomienda para disminuir esta complicación la extracción en bolsa endocavitaria de la vesícula especialmente en caso de rotura.