



V-26 - HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA CON RESECCIÓN EN BLOQUE A TRAVÉS DE PUERTO ÚNICO POR ADENOCARCINOMA DE COLON SIGMOIDE CON INVASIÓN LOCAL DE LA VEJIGA

S. Morales-Conde, A. Barranco, M. Socas, J.M. Cadet, I. Alarcón, V. Sojo, I. Ramallo, M. Rubio, J. Cañete y J. Padillo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Aproximadamente el 10% de los pacientes con cáncer colorrectal presentan una enfermedad localmente avanzada con afectación peritoneal (T4a) o invasión de los órganos adyacentes (T4b) en el momento del diagnóstico. De los pacientes que se someten a una resección con intención curativa, entre el 7 y el 33% desarrollan recidiva locorregional aislada. R0 es la escisión quirúrgica potencialmente curativa. Las guías de práctica clínica, basadas en la evidencia científica, recomiendan la resección multivisceral para los pacientes con cáncer colorrectal localmente avanzado, ya que reduce la recidiva local y mejora la supervivencia. Sin embargo, este procedimiento puede aumentar la morbilidad en comparación con la resección estándar. Los cánceres colorrectales pueden llegar a infiltrar la vejiga urinaria. Para conseguir una cirugía oncológica, se debe realizar la resección en bloque vejiga.

Caso clínico: Presentamos un paciente con adenocarcinoma de colon sigmoide, que en su estudio preoperatorio se clasifica como tumor T3. Fue propuesto por la realización de la cirugía oncológica a través de puerto único. Durante la exposición del campo quirúrgico, se observó la infiltración local de la vejiga por dicha tumoración. Se realizó una resección en bloque oncológica del colon sigmoide y el área de la vejiga infiltrada por el tumor primario. Tras la resección de la vejiga se realizó el cierre de la misma con sutura continua, comprobándose su estanqueidad con azul de metileno. Dado que el procedimiento fue iniciado por un solo puerto, los cirujanos decidieron continuar con esta vía de abordaje. El paciente tuvo una evolución favorable, siendo dado de alta en el quinto día del postoperatorio, con posterior retirada de sonda vesical a los quince días después de realizar una cistografía sin incidencias.

Discusión: Una estrategia quirúrgica agresiva como parte de una estrategia multimodal para el tratamiento de tumores localmente avanzados, en ausencia de enfermedad metastásica incurable, ofrece las mejores perspectivas de supervivencia a largo plazo en pacientes seleccionados. La resección en bloque de la vejiga urinaria debe realizarse si se evidencia infiltración de la misma, con el fin de ofrecer una resección oncológica óptima. La decisión de realizar cistectomía total y no cistectomía parcial debe basarse en la localización anatómica del tumor. Abogamos por el uso de la cirugía laparoscópica en este tipo de cirujanos, y en caso de un abordaje por puerto único continuar por esta vía, siempre que los principios oncológicos se mantengan.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados