



V-096 - RESECCIÓN SACROPÉLVICA EN RECIDIVAS DE CÁNCER COLORRECTAL

Cebolla, Laura; Morote, Melanie; Pérez, Carlota; Lasso, Jose María; Asencio, Jose Manuel

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: La cirugía oncológica de la pelvis abarca el tratamiento quirúrgico de un gran número de patologías, incluyendo desde tumores primarios sacros a recidivas locales colorrectales. Son intervenciones técnicamente complejas tanto en relación a la exéresis de las lesiones, como a la reconstrucción posterior del defecto. Requieren una evaluación preoperatoria precisa y exhaustiva, con un abordaje multidisciplinar en centro de gran experiencia, que aporten al paciente la mejor opción terapéutica.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos de ejemplos de resección sacropélvica por recidiva de cáncer de colon realizados en nuestro centro. Varón de 71 años con antecedente de AAP laparoscópica y QT adyuvante con Xelox por neoplasia recto-sigma en julio de 2019. En diciembre 2020, en TC de control se objetiva un nódulo de 20 mm presacro sugestivo de recidiva colorrectal. Tras biopsia con resultado de recidiva de ADC, se aplica radioterapia previa a cirugía + RIO. En julio 2021 se somete al paciente a una sacrectomía S2. La cirugía se inicia en el tiempo abdominal con una laparotomía media, observándose una gran dilatación intestinal con atrapamiento de un asa de íleon terminal en espacio presacro. Se secciona dicha asa y se realiza una resección de tejido presacro a la altura de S1 y S2. Se aplica radioterapia intraoperatoria sobre el lecho con 1.250 cGy. Se completa el tiempo anterior realizando una anastomosis ileocólica L-L mecánica, y colocando un colgajo de epiplón mayor sobre los vasos iliacos izquierdos. En el tiempo posterior se realiza una osteotomía por debajo de S2 con escisión de la pieza en bloque y una posterior reconstrucción del defecto con colgajo glúteo V-Y. Nuestro segundo caso se trata de un varón de 52 años con una recidiva de ADC de sigma tratado amputación abdominoperineal, que en abril de 2022, debuta con un absceso presacro con fistulización a piel. Se presenta en comité y se decide cirugía, planteando una sacroexenteración y RIO. Se inicia el tiempo anterior objetivándose una asa de yeyuno englobada en la cloaca pélvica. Una vez accedemos a la zona pélvica, se realiza un control vascular con ligadura y sección de arteria y vena hipogástrica izquierdas. Se identifican y disecan ambos uréteres y arterias iliacas. Se realiza una disección del plano presacro hasta S4, y planos laterales de la pelvis, con resección de la tumoración englobando las vesículas seminales en su cara anterior. Se aplica radioterapia en espacio presacro con cono de 5 cm, 1.250 cGy. En el tiempo posterior se realiza osteotomía a nivel de S4 y resección de la pieza en bloque. En este caso se realiza una reconstrucción con colgajo TRAM con isla cutánea. La anatomía patológica informa de ADC moderadamente diferenciado (G2) con diferenciación mucinosa.

Conclusiones: La sacrectomía como tratamiento en las recidivas pélvicas, es un procedimiento de

alta complejidad y morbimortalidad, por lo que requiere de un equipo multidisciplinar para su planificación que incluye cirujanos, oncólogos, radioterapeutas implicados en la utilización de radioterapia intraoperatoria o cirujanos plásticos encargados de la reconstrucción posterior de estos defectos.