

Crecimiento endobiliar de las metástasis de carcinoma colorrectal[☆]



Intrabiliary growth of colorectal liver metastases

Las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR) al igual que otros tumores hepáticos primarios como el colangiocarcinoma pueden infiltrar los conductos biliares y adoptar un patrón de crecimiento intrabiliar.

Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad tratado en octubre de 2009, en otro centro, de un adenocarcinoma de recto (pT3N0M1) y que presentaba una metástasis hepática sincrónica en el segmento V. Considerando que la resección de recto había sido radical y el escaso volumen de enfermedad hepática se indicó directamente la cirugía hepática.

En diciembre de 2009 se realizó una resección limitada del segmento V y una segmentectomía del VI de otra metástasis evidenciada intraoperatoriamente. El informe anatomopatológico definitivo confirmó que los márgenes de resección no estaban afectados por el tumor. Posteriormente el paciente recibió 6 ciclos de quimioterapia (QT).

En julio de 2011 se diagnosticó una recidiva hepática en el segmento V sin contacto con el margen de resección precioso, por lo que se consideró como una nueva metástasis. En las pruebas complementarias realizadas (fig. 1) se apreció la existencia de una imagen sugestiva de dilatación del conducto biliar correspondiente al segmento V. Dicha imagen no había sido visualizada en las pruebas de seguimiento previas.

El paciente fue nuevamente intervenido en octubre de 2011, realizándose una segmentectomía V previo control extragligiosiano del pedículo. El informe anatomopatológico definitivo confirmó la presencia de una lesión metastásica con infiltración intrabiliar tumoral que progresaba por vía intraluminal (fig. 2). Los márgenes de resección estaban libres de tumor. Tras la cirugía se indicó tratamiento con QT.

En octubre de 2013 se identificó nuevamente una lesión hepática, en este caso adyacente al margen de resección quirúrgico, por lo que se consideró compatible con recidiva o persistencia tumoral.

En enero de 2014, el paciente fue nuevamente intervenido y, aunque se planificó la realización de una hepatectomía derecha, finalmente por dificultades técnicas, se llevó a cabo una resección limitada. El estudio anatomopatológico confirmó la lesión metastásica, sin invasión de la vía biliar. Actualmente el paciente se encuentra libre de enfermedad.

La mayor parte de publicaciones sobre MHCCR con crecimiento intrabiliar han sido realizadas por autores japoneses¹⁻³ quienes sostienen que se trata de una situación clínica frecuente que puede observarse hasta en el 40,6% de los casos, aunque solo en el 12% de los casos se trata de una afectación macroscópica.

En occidente solo se han publicado algunas series y casos aislados⁴⁻⁷ y es difícil establecer la incidencia de esta situación

clínica. Un estudio de Jhavery et al.⁶ del año 2009 apreció dilatación biliar intrahepática en el 16,5% de los pacientes con MHCCR. En esta publicación se concluyó, además, que no existía ninguna correlación entre el tamaño de la lesión focal hepática y la probabilidad de presentar una dilatación biliar. Más recientemente, una publicación de Jeannelyn et al.⁷ observaron crecimiento intrabiliar en el 3,6-10,6% de las MHCCR. En más del 50% de los casos la infiltración afectaba a conductos biliares mayores, y adoptaba 2 posibles formas de crecimiento: 1) sustitución del epitelio biliar y 2) formación de «tapones» dentro de la luz biliar.

La infiltración intrabiliar origina datos de colestasis en la bioquímica hepática y puede alterar la histología del parénquima circundante provocando cambios relacionados con la obstrucción biliar y episodios de colangitis focal. Desde el punto de vista radiológico se aprecia la presencia de masas intrahepáticas asociadas a dilatación biliar y engrosamiento de la pared del conducto, especialmente cuando hay afectación de un conducto biliar mayor. Okano et al.⁸ describieron varios signos radiológicos relacionados con la presencia de invasión macroscópica intrabiliar: engrosamiento del pedículo portal, dilatación biliar y la observación de un área hipervascular en forma de cuña.

El diagnóstico diferencial con colangiocarcinoma⁹ no suele ser difícil, pero ofrece más dificultades cuando el intervalo libre de enfermedad es prolongado, y cuando hay afectación de conductos biliares mayores. En estos casos, el diagnóstico solo es posible en el estudio histológico aplicando técnicas de inmunohistoquímica (CK20+ y CK7-).

Algunos estudios realizados en Japón han sugerido que este fenómeno puede implicar una forma menos agresiva de MHCCR^{1,10}. En el estudio de Okano et al.¹⁰, los pacientes con afectación intrabiliar macroscópica presentaron una supervivencia del 80% a los 5 años frente al 57% de los pacientes sin invasión biliar. Las observaciones de Kubo et al.¹ podrían explicar estos resultados, ya que los tumores primarios colorrectales cuyas metástasis se asocian a invasión biliar macroscópica suelen ser bien diferenciados, sin invasión venosa y con un intervalo libre de enfermedad, después de la colectomía, más prolongada. Por el contrario, en el estudio de Jeannelyn et al. no se apreció ninguna influencia de la presencia de invasión biliar en la supervivencia.

Aunque no hay estudios específicos concluyentes, la importancia clínica del crecimiento intrabiliar radica principalmente en su posible papel como factor de riesgo de recidiva en los márgenes de la resección. En consecuencia, el cirujano debe estar bien informado de esta situación clínica con el objeto de planificar preferentemente resecciones anatómicas que incluyan ampliamente la dilatación, y realizar un estudio histológico intraoperatorio de los márgenes².

[☆] No se recibieron apoyos en forma de becas. La información no fue presentada en ningún congreso previamente.

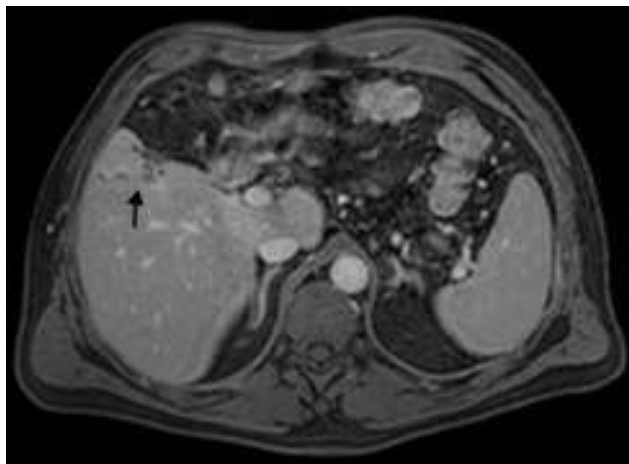


Figura 1 – Dilatación vía biliar del segmento V en la colangio-RNM (flecha).



Figura 2 – Dilatación vía biliar del segmento V en la pieza anatomopatológica (flecha). Lesión metastásica (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kubo M, Sakamoto M, Fukushima N, Yachida S, Nakanishi Y, Shimoda T, et al. Less aggressive features of colorectal cancer with liver metastases showing macroscopic intrabiliary extension. *Pathol Int.* 2002;52:514-8.
2. Sugiura T, Nagino M, Oda K, Ebata T, Nishio H, Arai T, et al. Hepatectomy for colorectal liver metastases with macroscopic intrabiliary tumor growth. *World J Surg.* 2006;30:1902-8.

3. Yamamoto J, Sugihara K, Kosuge T, Takayama T, Shimada K, Yamasaki S, et al. Pathologic support for limited hepatectomy in the treatment of liver metastases from colorectal cancer. *Ann Surg.* 1995;221:74-8.
4. Povoski SP, Klimstra DS, Brown KT, Schwartz LH, Kurtz RC, Jarnagin WR, et al. Recognition of intrabiliary hepatic metastases from colorectal adenocarcinoma. *HPB Surg.* 2000;11:383-90. discussion 390-381.
5. Ghittoni G, Caturelli E, Viera FT. Intrabiliary duct metastasis from colonic adenocarcinoma without liver parenchyma involvement: Contrast enhanced ultrasonography detection. *Abdom Imaging.* 2010;35:346-8.
6. Jhaveri KS, Halankar J, Aguirre D, Haider M, Lockwood G, Guindi M, et al. Intrahepatic bile duct dilatation due to liver metastases from colorectal carcinoma. *AJR Am J Roentgenol.* 2009;193:752-6.
7. Jeannelyn S, Estrella JS, Othman ML, Taggart MW, Hamilton SR, Curley SA, et al. Intrabiliary growth of liver metastases: Clinicopathologic features, prevalence, and outcome. *Am J Surg Pathol.* 2015;37:1571-9.
8. Okano K, Yamamoto J, Okabayashi T, Sugawara Y, Shimada K, Kosuge T, et al. CT imaging of intrabiliary growth of colorectal liver metastases: A comparison of pathological findings of resected specimens. *Br J Radiol.* 2002;75:497-501.
9. Riopel MA, Klimstra DS, Godellas CV, Blumgart LH, Westra WH. Intrabiliary growth of metastatic colonic adenocarcinoma: A pattern of intrahepatic spread easily confused with primary neoplasia of the biliary tract. *Am J Surg Pathol.* 1997;21:1030-6.
10. Okano K, Yamamoto J, Moriya Y, Akasu T, Kosuge T, Sakamoto M, et al. Macroscopic intrabiliary growth of liver metastases from colorectal cancer. *Surgery.* 1999;126:829-34.

Sandra Lopez Gordo*, Emilio Ramos Rubio, Jaume Torras Torra, Laura Lladó Garriga y Antoni Rafecas Renau

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Sandra.lopezgordo@gmail.com (S. Lopez Gordo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.02.008>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Priapismo de alto flujo: una complicación excepcional de la cirugía del cáncer de recto



High flux priapism, an exceptional complication of rectal cancer surgery

El priapismo es una condición patológica poco común, que consiste en una erección prolongada del pene que se genera o persiste más allá de la estimulación sexual¹. Estudios recientes

han determinado su incidencia entre el 1,5 y el 2,9% por 100.000 hab/año¹. En 1983, Hauri et al.² lo clasificaron según su fisiopatología en 2 formas: venooclusivo o priapismo de bajo