



# Recidiva local de adenocarcinoma de sigma sobre pared abdominal. Resección oncológica y reconstrucción de pared compleja

## Sigmoid colon adenocarcinoma local relapse on abdominal wall. Oncological resection and complex abdominal wall reconstruction

La afectación de pared abdominal en el cáncer de colon supone un reto quirúrgico, exigiendo abordajes amplios con resecciones en bloque de todos los elementos afectados por el tumor. Se trata de una complicación poco frecuente de estos tumores que requiere una planificación adecuada y una valoración multidisciplinar.

Presentamos el caso de un varón de 76 años con el antecedente de un adenocarcinoma de sigma estenosante que en pruebas de imagen mostraba fistulización a pared abdominal (T4). Se colocó *stent* endoluminal como puente a cirugía para facilitar la posibilidad de anastomosis. Posteriormente se realizó citorreducción completa con peritonectomía completa de fosa iliaca y flanco izquierdos, sección de vasos gonadales y deferente izquierdos por invasión tumoral, apendicectomía, colecistectomía y omentectomía completa así como HIPEC con Mitomicina C como parte de un ensayo de tumores de colon avanzados<sup>1</sup>.

En dicha cirugía no se evidenció diseminación peritoneal de la enfermedad (ICP 0) y la afectación de pared se limitaba a un contacto con el orificio inguinal interno donde atrapaba vasos espermáticos y conducto deferente izquierdos. Tanto las estructuras del cordón inguinal como el peritoneo de la fosa iliaca izquierda (incluyendo el del orificio inguinal izquierdo) fueron resecaados.

La citología de líquido peritoneal fue negativa para malignidad. La anatomía patológica fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de sigma de 9 × 8 cm con *stent* en su interior que perfora pared colónica. T4b, márgenes de resección libres, 0/23 ganglios afectados. El peritoneo extirpado fue de 20 × 6 cm libre de invasión tumoral. Tras la cirugía siguió quimioterapia adyuvante con capecitabina.

Los controles ambulatorios en los primeros meses no mostraron complicaciones. Seis meses tras la cirugía apareció una tumoración inguinal izquierda con signos inflamatorios. Se realizó drenaje con anestésico local hallándose una colección purulenta y antibioterapia intravenosa para control del foco séptico.

Se realizó TC abdominopélvico (fig. 1) que mostraba una lesión en relación con el músculo recto anterior izquierdo del abdomen, coincidiendo con el área de pared donde fistulizaba la lesión inicialmente. Se realizó también un PET/TC que describió un metabolismo aumentado de la tumoración inguinal, compatible con recidiva neoplásica. Finalmente se tomó una biopsia por PAAF de la lesión positiva para adenocarcinoma de tipo intestinal.

Dados los resultados de las pruebas complementarias y los cuadros infecciosos de repetición que impedían terapia neoadyuvante, se decidió una nueva intervención para

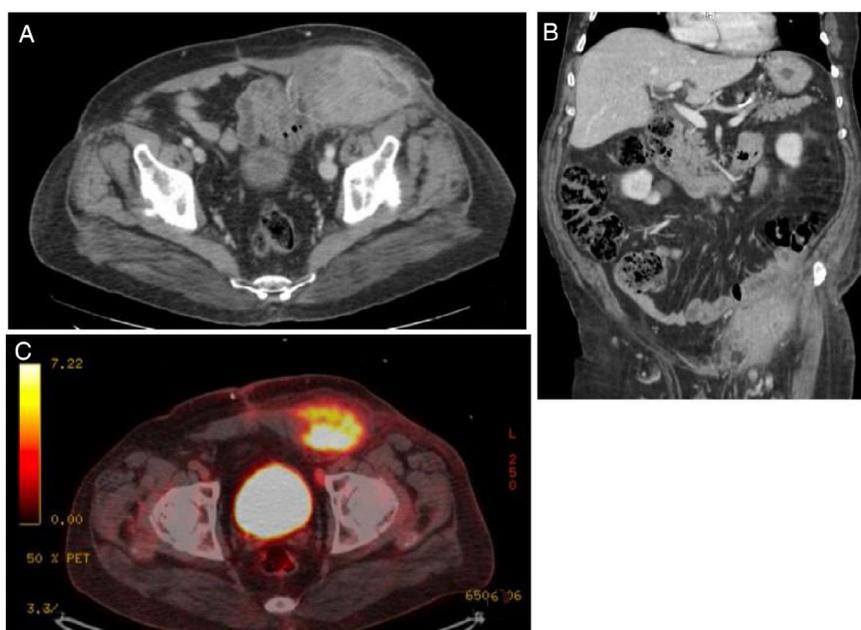


Figura 1 – Imágenes correspondientes a la TC (A, B) y PET/TC (C) descritos anteriormente.

exéresis del área afecta y reconstrucción completa de la zona en el mismo tiempo. Se realizó exéresis en bloque de la pared abdominal afecta, desde cresta ilíaca anterosuperior izquierda a raíz del pene, incluyendo músculos oblicuo externo, recto anterior y transversos izquierdos, quedando un defecto de unos 40 × 50 cm.

Las resecciones viscerales incluyeron orquiectomía izquierda, resección de un asa yeyunal contactando con la masa y anastomosis mecánica laterolateral isoperistáltica. El cierre de pared se realizó con malla bicomponente (Proceed® 40 × 40 cm) tipo *bridging* suturada a aponeurosis de recto y oblicuo mayor en medial y a espina ilíaca anterosuperior en lateral, realizando en esta, pequeñas perforaciones con broca. La cobertura del defecto cutáneo se realizó con un colgajo musculocutáneo anterolateral del muslo (tipo ALT) pediculado y el área del que se extrajo el colgajo se cubrió con injertos cutáneos parciales (fig. 2).

El estudio anatomopatológico de la pieza mostró adenocarcinoma intestinal de 18 × 16 × 10 cm con componente abscesificado a nivel cutáneo, sin infiltración de delgado ni testículo y con márgenes libres. El postoperatorio fue correcto sin complicaciones, y tras 20 meses de seguimiento continúa libre de enfermedad y únicamente presenta una pérdida de función moderada en miembro inferior izquierdo (34 puntos en la escala de funcionalidad de miembros inferiores LEFS).

Para la estadificación del defecto de pared empleamos la clasificación de Anderson para reconstrucción de pared en patología oncológica. Según esta el defecto sería tipo I-II-IV (área mesogástrica, hipogástrica y pared abdominal izquierda) subtipo C (invadiendo la pared en todo su espesor)<sup>7</sup>.

La afectación de pared abdominal en cáncer de colon se da en aproximadamente un 7,5% de casos, requiriendo resecciones en bloque del colon y la zona afecta, que hasta en un 12% incluyen resecciones multiviscerales<sup>2-6</sup>.

Al realizar una reconstrucción de pared abdominal por lesiones oncológicas debe llevarse a cabo una planificación adecuada para recuperar completamente la funcionalidad de la estructura y al mismo tiempo asegurar una resección completa. También hay que tener en cuenta la extensión de la enfermedad en el momento de la cirugía, ya que en caso de que no se pudiera realizar una cirugía curativa, debería replantearse la indicación de una gran resección de pared con reconstrucción dado el escaso beneficio para el paciente<sup>2-6</sup>.

Deben respetarse en la medida de lo posible los tejidos blandos y vasos perforantes durante la disección, para permitir posteriormente el anclaje adecuado de injertos o colgajos. En casos como el nuestro, con defectos abdominales infraumbilicales, el colgajo más recomendado es el tipo ALT dada su capacidad de movilización al poder emplearse pediculado o como colgajo libre<sup>1,5,8,9</sup>.

La cirugía citorreductora e HIPEC asociada a reconstrucciones de pared complejas permite citorreducciones completas (CC-0) pero conllevan riesgos. Según la literatura asocian una morbilidad de 5-35%, incluyendo hernias incisionales, dehiscencias de la herida quirúrgica e infecciones locales.

Para obtener resultados óptimos en este tipo de pacientes conviene derivarlos a centros especializados con mayor volumen de estas patologías y llevar a cabo un manejo multidisciplinar que permita una cirugía óptima.



Figura 2 – Imágenes de la exéresis y reconstrucción (A-D). Resultado al mes de la cirugía (E).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arjona-Sánchez A, Barrios P, Boldo-Roda E, Camps B, Carrasco-Campos J, Concepción Martín V, et al. HIPECT4: multicentre, randomized clinical trial to evaluate safety and efficacy of Hyperthermic intra- peritoneal chemotherapy (HIPEC) with Mitomycin C used during surgery for treatment of locally advanced colorectal carcinoma. *BMC Cancer*. 2018;18:183.
2. Parikh R, Shah S, Dhurandhar V, Alzahrani N, Fisher OM, Arrowaili A, et al. An analysis of the morbidity associated with abdominal wall resection and reconstruction after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (CRS/HIPEC). *Eur J Surg Oncol*. 2018;45:394-9.
3. Diaconescu M, Burada F, Mirea CS, Moraru E, Giorbagiu MC, Obleaga CV, et al. T4 colon cancer - Current management. *Curr Health Sci J*. 2018;44:5-13.
4. Asano H, Kojima K, Ogino N, Fukano H, Ohara Y, Shinozuka N. Postoperative recurrence and risk factors of colorectal cancer perforation. *Int J Colorectal Dis*. 2016;32:419-24.
5. Landi P, Dorado E, Paz LA. Cáncer de colon con infiltración de pared abdominal y factores clínicos de mal pronóstico. *Medicina (Buenos Aires)*. 2016;76:403-7.
6. Mohan HM, Evans MD, Larkin JO, Beynon J, Winter DC. Multivisceral resection in colorectal cancer: a systematic review. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:2929-36.
7. Mericli AF, Baumann DP, Butler CE. Reconstruction of the abdominal wall after oncologic resection: defect classification

and management strategies. *Plast Reconstr Surg*. 2018;142:187S-96S.

8. Masia J, Vives L. Anterolateral thigh flap: surgical anatomy, dissection technique and clinical applications. *Cir Plas Iberolatinoam*. 2006;32:269-79.
9. Ruíz-Moya A, Segura-Sampedro JJ, Sicilia-Castro D, Carvajo-Pérez F, Gómez-Cía T, Vázquez-Medina A, et al. Chimeric Anterolateral Thigh Flap for Total Thoracic Esophageal Reconstruction. *Ann Thorac Surg*. 2016;101:338-42.

Alejandro Gil-Catalán<sup>a</sup>, Juan José Segura-Sampedro<sup>a</sup>, Sebastián Jerí-McFarlane<sup>a</sup>, Jaume Estrada-Cuxart<sup>b</sup> y Rafael Morales-Soriano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Illes Balears, España

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Universitario Son Espases, Illes Balears, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gilcatalan.alejandra@gmail.com (A. Gil-Catalán).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.11.019>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

# Manejo laparoscópico del reflujo gastroesofágico tras bypass gástrico en Y de Roux mediante gastropexia de Hill



## Laparoscopic management of reflux after Roux en Y gastric bypass using technique Hills gastropexy

Dos dolencias comunes de la sociedad occidental contemporánea son la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la obesidad mórbida (OM)<sup>1</sup>. A pesar de los muchos paralelismos entre su epidemiología y su presunta etiología, la relación entre los 2 procesos de la enfermedad sigue siendo incompleta<sup>1</sup>. Existe una asociación entre la obesidad central y la prevalencia de ERGE, ya que se ha visto que la presión gástrica, el gradiente de presión gastroesofágica y la incidencia de hernia hiatal se elevan en estos pacientes<sup>2</sup>. El bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es considerado el *gold standard* en el tratamiento quirúrgico del paciente con OM y ERGE<sup>1-4</sup>. Esta última se presenta en el 70% de los pacientes candidatos a

cirugía bariátrica y su resolución se estima entre el 85 y el 90%<sup>4</sup>, independientemente de la pérdida de peso obtenida<sup>5</sup>.

Presentamos un caso clínico inusual, en el que coexisten la OM y la ERGE, con empeoramiento de esta última entidad a pesar del BGYR. Se trata de una paciente de 50 años con antecedentes personales de hernia de hiato acompañada de reflujo gastroesofágico (esofagitis péptica grado B de los Ángeles) y un índice de masa corporal (IMC) de 44.6 kg/m<sup>2</sup>, que en 2011 fue intervenida quirúrgicamente de un bypass gástrico simplificado. La paciente obtuvo un buen seguimiento ambulatorio con un resultado aceptable en cuanto a pérdida de peso: a los 24 meses el IMC era de 28 kg/m<sup>2</sup> y el porcentaje