

lymph node biopsy (SNLB) when invasive disease is suspected.<sup>10</sup> However, real efficacy of SNLB for EMPDD is yet to be elucidated. Therapeutic local lymph node dissection (LND) is advised in proven lymph node metastasis.<sup>7,9</sup>

The presence of invasive EMPDD along with lymph node metastases have proved to determine prognosis of EMPDD.<sup>2</sup> Overall 5-years survival range 59.7–71.7%,<sup>6,7,9</sup> being both overall survival and disease-specific survival significantly shorter in patients with invasive disease.<sup>9</sup> LR remains the main concern as rates for noninvasive EMPDD reach 30%, although in patients with invasive EMPDD LR these accrue up to 56–60%.<sup>2,9</sup>

In conclusion, these cases underline the importance of an early diagnosis of EMPDD. Understanding the pathophysiology and histological key features is crucial to offer patients and early and individualized treatment.

## REFERENCES

1. Dawson H, Serra S. Tumours and inflammatory lesions of the anal canal and perianal skin revisited: an update and practical approach. *J Clin Pathol*. 2015;68:971–81. <http://dx.doi.org/10.1136/jclinpath-2015-203056>.
2. Simonds RM, Segal RJ, Sharma A. Extramammary Paget's disease: a review of the literature. *Int J Dermatol*. 2019;58:871–9. <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.14328>.
3. Abbas MA, Valente MA. Premalignant and malignant perianal lesions. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019;32:386–93. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-1687835>.
4. Lee GC, Kunitake H, Stafford C, Bordeianou LG, Francone TD, Ricciardi R. High risk of proximal and local neoplasms in 2206 patients with anogenital extramammary Paget's disease. *Dis Colon Rectum*. 2019;62:1283–93. <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000001487>.
5. Hutchings D, Windon A, Assarzagdegan N, Salimian KJ, Voltaggio L, Montgomery EA. Perianal Paget's disease as spread from non-invasive colorectal adenomas. *Histopathology*. 2020;78:276–80. <http://dx.doi.org/10.1111/his.14218>.
6. Herrel LA, Weiss AD, Goodman M, Johnson TV, Osunkoya AO, Delman KA, et al. Extramammary Paget's disease in males: survival outcomes in 495 patients. *Ann Surg Oncol*. 2015;22:1625–30. <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-014-4139-y>.
7. Isik O, Aytac E, Branlnard J, Valente MA, Abbas MA, Gorgun E. Perianal Paget's disease: three decades experience of a single institution. *Int J Colorectal Dis*. 2016;31:29–34. <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-015-2342-3>.
8. Beck DE, Fazio VW. Perianal Paget's disease. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:263–6. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02556169>.
9. Perez DR, Trakarnsanga A, Shia J, Nash GM, Temple LK, Paty PB, et al. Management and outcome of perianal paget's disease: a 6-decade institutional experience. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:747–51. <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.000000000000100>.
10. Tsutsumida A, Yamamoto Y, Minakawa H, Yoshida T, Kokubu I, Sugihara T. Indications for lymph node dissection in the treatment of extramammary Paget's disease. *Dermatol Surg*. 2003;29:21–4. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1524-4725.2003.29001.x>.

Ignacio Aguirre-Allende\*, Yolanda Saralegui-Ansorena, Iñigo Arana-Iñiguez, Carlos Placer-Galan, Jose María Enriquez-Navascués

General and Digestive Surgery Department, Colorectal Surgery Unit, Donostia University Hospital, Biodonostia Research Institute, Beguiristain Doktoarea Pasealekua s/n, 20014 Donostia-San Sebastián, Spain

\*Corresponding author.

E-mail address: [ignacioaguirreallende@gmail.com](mailto:ignacioaguirreallende@gmail.com) (I. Aguirre-Allende).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.02.003>

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

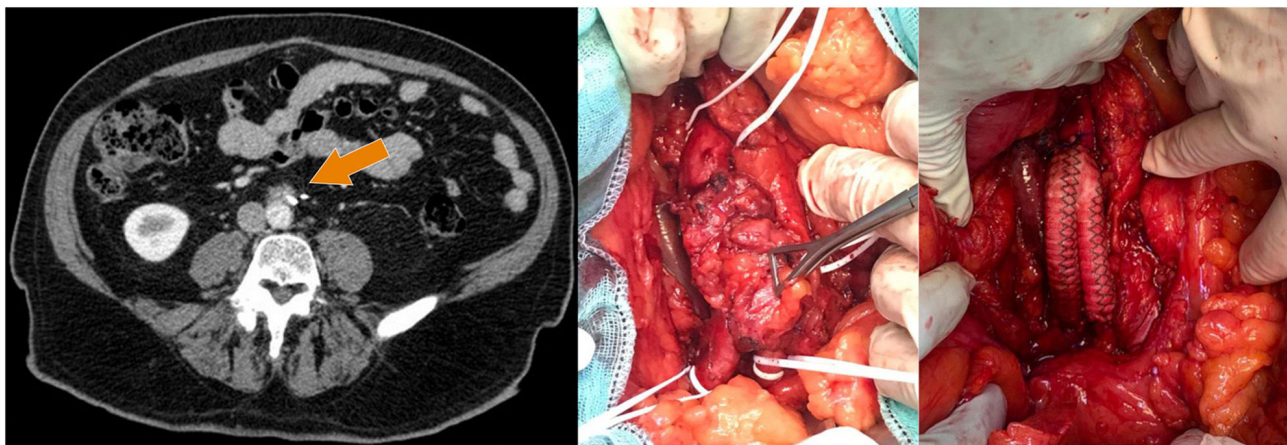
## Resección de la bifurcación aórtica en el tratamiento de la recidiva locorregional del cáncer colorrectal

## Resection of the aortic bifurcation in the treatment of locally recurrent colorectal cancer



Entre el 35 y el 55% de los pacientes con cáncer colorrectal (CCR) pueden presentar recidivas de la enfermedad. En los casos de recidiva locorregional que reciben exclusivamente

tratamiento médico (quimioterapia y anticuerpos monoclonales), la supervivencia media es de 8 meses y la supervivencia a los 5 años es inferior al 5%. Además, estos pacientes



**Figura 1 – A la izquierda: TC con hallazgo de lesión retroperitoneal sospechosa de recidiva neoplásica. A la derecha: imágenes intraoperatorias, en las cuales se pueden observar la aorta, la vena cava inferior, las arterias ilíacas, el uréter izquierdo y el bypass aortoiliaco realizado con prótesis de Dacron®.**

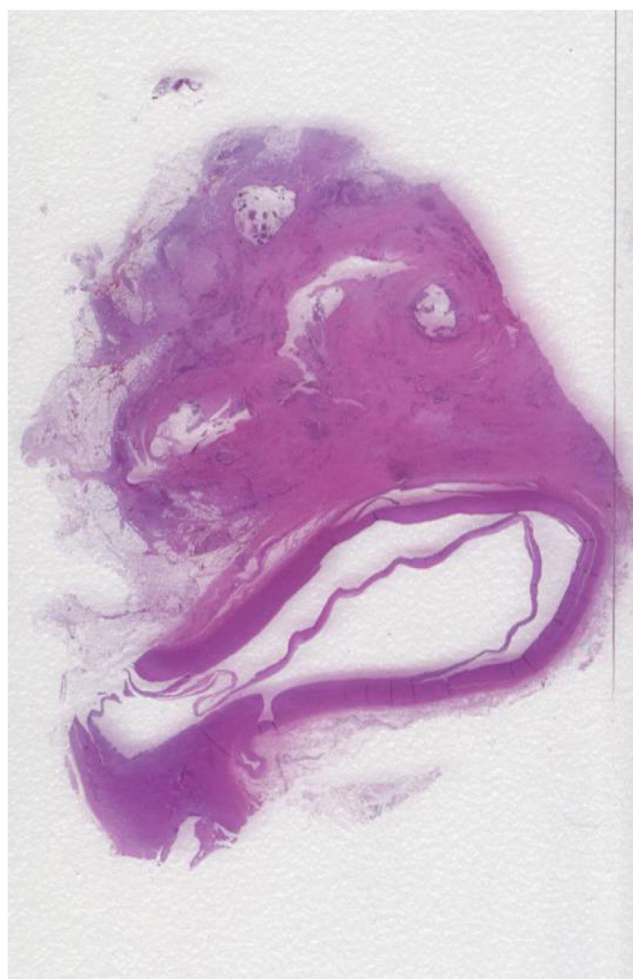
presentan baja calidad de vida, a menudo con dolor de difícil control en función de la localización de la lesión.

El análisis de necropsias en pacientes con recidiva locorregional de CCR muestra la ausencia de metástasis a distancia en el 50% de los casos<sup>1</sup>, por lo que este grupo de pacientes podría beneficiarse de cirugía radical<sup>2</sup>. El objetivo de la cirugía es conseguir márgenes quirúrgicos libres de enfermedad, es decir, resección R0. Para obtener márgenes oncológicamente correctos, pueden ser necesarias intervenciones agresivas y en ocasiones multiviscerales.

La tasa de R0 conseguida con este tipo de intervenciones se considera superior al 50%, con mortalidad inferior al 2%, morbilidad del 55% y supervivencia a los 5 años entre el 25 y el 46%<sup>3</sup>, con lo cual el tratamiento quirúrgico podría considerarse de elección en esta situación clínica.

Presentamos un caso de recidiva locorregional de CCR con afectación aortoiliaca. Se trata de un paciente varón de 70 años, sin antecedentes de interés, que en 2017 se sometió a sigmoidectomía por laparoscopia. El análisis anatomopatológico informó de adenocarcinoma infiltrante de bajo grado, moderadamente diferenciado (G2), que infiltraba el tejido adiposo y la serosa, con invasión perineural y vascular angiolinfática, tumor *budding* de alto grado y afectación ganglionar (4/15) (estadio pT4aN2a). Los márgenes de resección resultaron libres de enfermedad. El paciente fue sometido a 8 ciclos de quimioterapia adyuvante XELOX (capecitabina y oxaliplatino). A los 2 años de seguimiento se detectó en la TC de control una lesión retroperitoneal adyacente a los clips quirúrgicos de la arteria mesentérica inferior, en contacto con la cara anterior de la aorta infrarenal, sospechosa de recidiva local (fig. 1). La PET/TC, mostró actividad hipermetabólica de la lesión sugestiva de malignidad sin evidencia de otras lesiones.

Ante el diagnóstico de lesión única, se consideró al paciente candidato a cirugía con intención curativa. A través de una laparotomía media, se accedió a la aorta infrarenal y a las arterias ilíacas. Se observó la masa tumoral íntimamente adherida, y afectando más de 180° de la superficie de la aorta, por lo que se



**Figura 2 – Foto panorámica donde se observa pared de la aorta con infiltración por adenocarcinoma.**

decidió realizar una exéresis del segmento aorto-iliaco en bloque junto al tumor. Posteriormente se realizó un *bypass* aorto-biliaco con prótesis de Dacron® término-terminal (fig. 1).

El análisis anatomopatológico confirmó el diagnóstico de recidiva de adenocarcinoma de origen colorrectal con infiltración de la pared de la aorta (fig. 2) y márgenes de resección libres de neoplasia.

Existe escasa experiencia en cuanto al tratamiento de las recidivas locorregionales del CCR con afectación de grandes vasos, y únicamente encontramos casos aislados<sup>4-8</sup> o alguna serie corta. Abdelsattar et al.<sup>9</sup> presentaron una serie de 12 casos con afectación vascular diferente (7 a. iliaca interna, 5 a. iliaca común, 3 a. iliaca externa, 3 aorta, 2 v. iliaca interna, 1 v. iliaca externa). Obtuvieron en más del 50% de los casos resección R0 y mortalidad nula a los 30 días. La supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad resultaron del 55 y del 45% a los 4 años, respectivamente. Recientemente, Peacock et al.<sup>10</sup> publicaron una serie de 11 pacientes, con resecciones de arteria iliaca común (4 casos), arterias ilíacas externa e interna (3 casos), arteria iliaca externa (2 casos), aorta y arteria iliaca común (un caso). En 8 casos se asociaron resecciones de las venas ilíacas. En un caso se realizó exclusivamente resección venosa. Se consiguió una tasa de resección R0 del 82%, con una baja tasa de complicaciones postoperatorias.

A partir de los escasos datos existentes, podemos concluir que la afectación de grandes vasos en las recidivas locorregionales del CCR no debería ser una contraindicación de cirugía con intención curativa, ya que, en pacientes seleccionados, se puede conseguir la resección R0 y la supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad son comparables a las observadas en casos de recidiva locorregional del CCR sin afectación vascular.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Welch JP, Donaldson GA. The clinical correlation of an autopsy study of recurrent colorectal cancer. *Ann Surg.* 1979;189:496-502.
2. Cohen AM, Minsky BD. Aggressive surgical management of locally advanced primary and recurrent rectal cancer. Current status and future directions. *Dis Colon Rectum.* 1990;33:432-8.

3. Brown KGM, Koh CE. Surgical management of recurrent colon cancer. *J Gastrointest Oncol.* 2020;11:513-25.
4. Michiwa Y, Nishimura M, Funaki H, Fujita H, Miwa K, Urayama H. Extended resection for metastatic paraaortic lymph nodes together with abdominal aorta of recurrent sigmoid colon carcinoma, in which a prosthetic graft was used to replace the artery. Report of a case. *Shujyutsu (Operation).* 1998;52:2053-6.
5. Nakagawa H, Yoshikawa N, Yagyu T, Mishima H, Kobayashi K, Ueda A, et al. Extended lymphadenectomy for metastatic paraaortic lymph nodes together with abdominal aorta, in which a prosthetic graft was used to replace the artery. Report of a case. *Shujyutsu (Operation).* 1996;50:731-4.
6. Ueda K, Nagayama H, Narita K, Kusano M, Aiba M. Extended surgery with en bloc resection of the right common iliac vessels for lymph node metastasis of mucinous colon carcinoma: Report of a case. *Surg Today.* 2001;31:238-41.
7. Tsarkov PV, Belov YV, Skipenko OG, Zavenyan ZS, Makeev YN, Troitskiy AA, et al. En bloc resection of abdominal aorta and paraaortic lymph node metastasis of sigmoid cancer. *Tech Coloproctol.* 2007;11:346-9.
8. Wilson K, Waters PS, Peacock O, Heriot AG, Wagner T, Warrier SK. Multivisceral, vascular and nodal resection for recurrent rectal cancer involving the left renal tract, left pelvic side wall and abdominal aorta. *ANZ J Surg.* 2020;90:632-4.
9. Abdelsattar ZM, Mathis KL, Colibaseanu DT, Merchea A, Bower TC, Larson DW, et al. Surgery for locally advanced recurrent colorectal cancer involving the aortoiliac axis: Can we achieve R0 resection and long-term survival? *Dis Colon Rectum.* 2013;56:711-6.
10. Peacock O, Smith N, Waters PS, Cheung F, McCormick JJ, Warrier SK. Outcomes of extended radical resections for locally advanced and recurrent pelvic malignancy involving the aortoiliac axis. *Colorectal Dis.* 2020;22:818-23.

Giulia Vitiello<sup>a</sup>, Begoña Soto Carricas<sup>b</sup>,  
M Carmen Martínez Sánchez<sup>a</sup> y Eduardo Targarona Soler<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [giuliavit4@gmail.com](mailto:giuliavit4@gmail.com) (G. Vitiello).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.12.009>

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