

Sociedad Valenciana de Cirugía
XXIII Curso de Cirugía 24 y 25 de Enero 2008, Valencia

Mesa Redonda

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

Sociedad Valenciana de Cirugía
XXIII Curso de Cirugía 24 y 25 de Enero 2008, Valencia

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CÁNCER COLORRECTAL Y CÁNCER GÁSTRICO

Enrique Artigues Sánchez de Rojas
Hospital General Universitario de Valencia

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

BIBLIOGRAFÍA CANCER COLORRECTAL

-Oncoguía del cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana 2007

-Otchy D y cols. Practice parameters for colon cancer. Dis Colon Rectum 2004; 47(8): 1269-84

-Chua HK y cols. Concurrent vs. Staged colectomy and hepatectomy for primary colorectal cancer with synchronous hepatic metastases. Dis Colon Rectum 2004; 47(8):1310-6.

-Lyass S y cols. Combined colon and hepatic resection for synchronous colorectal liver metastases. J Surg Oncol 2001; 78(1): 17-21.

-Nelson H y cols. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. J Natl Cancer Inst 2001; 93(8): 583-96.

-Engstrom PF y cols. Colon cancer clinical practice guidelines in oncology. J Natl Compr Canc Netw 2005; 3(4): 468-91.

-Sugarbaker PH. Colorectal carcinomatosis: a new oncologic frontier. Curr Opin Oncol 2005; 17(4): 397-399.

-Verwaal VJ y cols. Long-term survival of peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. Ann Surg Oncol 2005; 12(1): 65-71.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

BIBLIOGRAFÍA CANCER GÁSTRICO

- Allum WH y cols. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. *Gut* 2002 Jun; 50 Suppl 5: v1-23.
- Rios EM. Guía de práctica clínica sobre cáncer gástrico 2006. Gobierno de Chile.
- Hartgrink HH y cols. Value of palliative resection in gastric cancer. *Br J Surg* 2002 Nov; 89(11): 1438-43.
- Okano K y cols. Hepatic resection for metastatic tumors from gastric cancer. *Ann Surg* 2002; 235 (1): 86-91
- Kobayashi A y cols. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer. *J Gastroint Surg* 2004; 8:464-70.
- Martin RC y cols. Extended local resection for advanced gastric cancer: increased survival versus increased morbidity. *Ann Surg* 2002; 236: 159-65.
- Ohashi M y cols. Indication of hepatic resection for metastatic liver tumors from gastric cancer. *Gan To Kagayu Ryoho* 2004 Oct; 31(11): 1891-3.
- Roh HR. Outcome of hepatic resection for metastatic gastric cancer. *Am Surg* 2005 Feb; 71(2):95-9.
- Sakamoto Y y cols. Surgical resection of liver metastases of gastric cancer: an analysis of a 17-year experience with 22 patients. *Surgery* 2003 May;133(5):507-11.
- Hartgrink HH y cols. Dutch Gastric Cancer Group. Value of palliative resection in gastric cancer. *Br J Surg* 2002 Nov; 89(11):1438-43.

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

RECOMENDACIONES GENERALES ante hallazgos inesperados en cáncer gástrico, CCR, etc.:

- 1-Estadiar correctamente la extensión de la enfermedad
- 2-Decidir antes que nada si intención curativa o paliativa
- 3-No restar posibilidades de curación
- 4-No sobretratar a costa de morbi-mortalidad
- 5-Ser consciente de las capacidades y limitaciones técnicas y experiencia de cada uno: Humildad quirúrgica

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 1:

- Varón, 55 años
- No AP relevantes
- Rectorragia
- Colonoscopia: **Tumor rectal a 12 cm de ano que impide paso de colonoscopio**
- TC sin otros hallazgos

Intervención propuesta:
RESECCIÓN ANTERIOR DIXON

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 1:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

-Laparotomía media suprainfraumbilical

-Tumor en 1/3 sup de recto

-OTRO TUMOR EN ÁNGULO HEPÁTICO

■ Opciones tratamiento:

1 Proctocolectomía total

2 Hemicolectomía derecha + Resección anterior Dixon

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 1:

**Cáncer de recto + multicéntrico de colon inesperado
(ángulo hepático del colon)**

- El CCR sincrónico aparece entre el 2 y el 9% de casos
- Son aceptables dobles colectomías o colectomía subtotal o total
- Más recomendable colectomía subtotal o total en gente joven

NE 5 - GR D

RECOMENDACIÓN:



Colectomía total

(en gente mayor valorar preservar colon)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 2:

- Varón, 55 años
- No AP relevantes
- Rectorragia
- Colonoscopia: Tumor rectal a 12 cm de ano
- TC sin otros hallazgos

Intervención propuesta:
RESECCIÓN ANTERIOR DIXON

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 2:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía media suprainfraumbilical
- Tumor en 1/3 sup de recto
- que parece **INFILTRAR VEJIGA**

■ Opciones tratamiento:

- 1 Resección AR + clips para RT posterior
- 2 Resección AR + Resección vesical en 2º tiempo
- 3 Resección AR + Vesical en bloque (urólogo?)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 2: "CCR con probable invasión vesical"

- En el CCR con intención curativa deben realizarse resecciones "en bloque" R0
- Si el tumor se separa de las zonas invadidas de otros órganos puede haber diseminación y la resección se considerará incompleta.

NE 2a - GR B

RECOMENDACIÓN:



Resección anterior y vesical en bloque

(sin urólogo)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 3:

- Hombre de 51 años
- No AP relevantes
- Dolor y masa en vacío izquierdo
- Colonoscopia: **Tumor colon descendente**, a 40 cm de ano
- TC: tumor voluminoso (15 cm) ángulo esplénico-colon descendente. No otros hallazgos.

Intervención propuesta:

HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 3:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía media suprainfraumbilical
- Tumor de gran tamaño en ángulo hepático

que parece INFILTRAR RIÑÓN IZQUIERDO

■ Opciones tratamiento:

- 1 No resección (colostomía, derivación...)
- 2 Hemicolectomía izda + Nefrectomía en 2º tiempo
- 3 Hemicolectomía izda y nefrectomía en bloque
(Unílogo?)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 3: "CCR con invasión de riñón"

- En el CCR con intención curativa deben realizarse resecciones "en bloque" R0
- Si el tumor se separa de las zonas invadidas de otros órganos puede haber diseminación y la resección se considerará incompleta.

NE 2a - GR B

RECOMENDACIÓN:



Resección CR + Nefrectomía en bloque

(sin urólogo)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 4:

- Hombre de 51 años
- No AP relevantes
- Dolor y masa en vacio derecho
- Colonoscopia: **Tumor en ángulo hepático** de colon
- TC: tumor voluminoso (15 cm) ángulo hepático-colon transverso. No otros hallazgos.

Intervención propuesta:

HEMICOLECTOMÍA DERECHA

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 4:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía media suprainfraumbilical
- Tumor de gran tamaño en ángulo hepático

Que parece **INFILTRAR DUODENO
y CABEZA DE PÁNCREAS**

■ Opciones tratamiento:

- 1 No resección (colostomía, derivación...)
- 2 Diferir resección, con expertos en páncreas
- 3 Hemicolectomía dx y DP en 2º tiempo
- 4 Hemicolectomía dx + DP en bloque

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 4:

"CCR con invasión de duodeno-páncreas"

- En el CCR con intención curativa deben realizarse resecciones "en bloque" R0
- Si el tumor se separa de las zonas invadidas de otros órganos puede haber diseminación y la resección se considerará incompleta.

NE 2a - GR B

RECOMENDACIÓN:



Hemicolectomía dx + DP en bloque
si experiencia cirugía pancreática



Diferir resección
Si no experiencia cirugía pancreática

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 5:

- Mujer, 66 años
- No AP relevantes
- Dolor y alteraciones tránsito
- Colonoscopia: **Tumor en colon sigmoide**, a 30 cm de ano
- TC sin otros hallazgos

Intervención propuesta:

SIGMOIDECTOMÍA

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 5:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía media suprainfraumbilical
- Tumor en sigma
- Nódulo LHI 1 cm segm.2.periférico
- Nódulo LHI 1.5 cm segm.3 central

■ Opciones tratamiento:

- 1 Sigmoidectomía no oncológica
- 2 Sigmoidectomía oncológica y tto. diferido de la metástasis
- 3 Sigmoidectomía oncológica y resección hepática simultánea

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 5: "CCR y metástasis hepática"

- El momento para reseccionar las MH sincrónicas del CCR es discutido
- La resección simultánea no conlleva mayor morbi-mortalidad y permite iniciar antes tto adyuvante
- La resección simultánea requiere: completa estadificación (eco hepática intraop.), experiencia cir. hepática, logística hospitalaria.

NE 2b - GR B

RECOMENDACIÓN:



Sigmoidectomía oncológica

Exploración y biopsia hepática



+Hepatectomía segm. 2 y 3

sólo si eco intraop. y experiencia cirugía hepática

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 6:

- Hombre de 54 años
- No AP relevantes
- Dolor abdominal, perdida de peso y discreta anemia
- Colonoscopia: **Tumor en ciego**
- TC: Sin otros hallazgos

Intervención propuesta:

HEMICOLECTOMÍA DERECHA

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 6:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía media suprainfraumbilical
- Tumor en ciego. No signos de oclusión.
- Adenopatias múltiples en meso

-CARCINOMATOSIS PERITONEAL difusa

■ Opciones tratamiento:

- 1 No resección (nada, derivación...)
- 2 Resección ileo-cólica no oncológica
- 3 Hemicolectomía derecha
- 4 Hemicolectomía derecha + peritonectomía + IP QT

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 6: "CCR con carcinomatosis peritoneal"

- El pronóstico de la carcinomatosis peritoneal difusa es nefasto, con supervivencias a 5 años = 0%. Su tto. standard es la QT sistémica.
- Las peritonectomías amplias + IP QT pueden mejorar supervivencias en carcinomatosis más localizadas y con nódulos pequeños (PCI de Sugarbaker bajos) en centros con experiencia.

NE 2b - GR B

RECOMENDACIÓN:



No resección

(Sólo en casos muy seleccionados con carcinomatosis limitada
REMITID A CENTRO CON EXPERIENCIA)

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 7:

- Hombre de 48 años
- No AP relevantes
- Dolor epigástrico severo, pérdida de peso.
- Gastroscoopia: **Tumor en antro gástrico.**
- Biopsia: adenocarcinoma gástrico tipo intestinal
- TC: Sin otros hallazgos

Intervención propuesta:

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL

+ LINFADENECTOMÍA D2

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 7:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía subcostal bilateral
- Tumor voluminoso en antro gástrico.
- Adenopatias macroscópicas en curvadura menor
- Posible **INFILTRACIÓN CUERPO-COLA DE PÁNCREAS**

■ Opciones tratamiento:

- 1 No resección (nada, derivación, gastrostomía...)
- 2 Antrectomía no oncológica
- 3 Gastrectomía subtotal D2 + Pancreatectomía CC +Esplenectomía
- 4 Gastrectomía subtotal D2 + RT y QT

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 7:

"Cáncer gástrico con infiltración páncreas"

-Los cánceres gástricos T4 tienen mal pronóstico pero la resección extendida R0 mejora su supervivencia hasta % similares a los T3.

-El aumento de la morbilidad debe ser bajo para que la resección extendida sea efectiva.

NE 4 - GR C

RECOMENDACIÓN:



**Gastrectomía subtotal D2 +
pancreatectomía CC + Esplenectomía**
Equipo experto con baja morbi-mortalidad

Si no, no reseccionar y derivar a otro equipo

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 8:

- Hombre de 48 años
- No AP relevantes
- Dolor epigástrico severo, pérdida de peso.
- Gastroscoopia: **Tumor en antro gástrico.**
- Biopsia: adenocarcinoma gástrico tipo intestinal
- TC: Sin otros hallazgos

Intervención propuesta:

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL

+ LINFADENECTOMÍA D2

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 8:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía subcostal bilateral
- Tumor voluminoso en antro gástrico.
- Adenopatias macroscópicas en curvadura menor
- METÁSTASIS HEPÁTICA única en LHI segm. 2**

■ Opciones tratamiento:

- 1 No resección (nada, gastrostomía, derivación...)
- 2 Gastrectomía paliativa no oncológica
- 3 Gastrectomía oncológica y tto. diferido de MH
- 4 Gastrectomía oncológica + Resección hepática

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 8:

“Cáncer gástrico y metástasis hepática única”

- En la gran mayoría de cánceres gástricos con MH sincrónicas existe gran afectación ganglionar y el pronóstico es por ello muy malo .
- En la experiencia japonesa, en los pocos casos en los que puede extirparse el tumor primario, los ganglios linfáticos y la MH por completo, la supervivencia se ha demostrado mayor.

NE 4 - GR C

RECOMENDACIÓN:



Gastrectomía subtotal D2

Exploración y biopsia MH

Resección de metástasis

sólo si experiencia cirugía hepática

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 9:

- Hombre de 48 años
- No AP relevantes
- Dolor epigástrico severo, pérdida de peso.
- Gastroscoopia: **Tumor en antro gástrico.**
- Biopsia: adenocarcinoma gástrico tipo intestinal
- TC: Sin otros hallazgos

Intervención propuesta:

GASTRECTOMÍA SUBTOTAL

+ LINFADENECTOMÍA D2

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 9:

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- Laparotomía subcostal bilateral
- Tumor voluminoso en antro gástrico.
- Adenopatias macroscópicas en curvadura menor
- CARCINOMATOSIS PERITONEAL difusa**

■ Opciones tratamiento:

- 1 No resección (nada, gastrostomía, derivación...)
- 2 Gastrectomía paliativa no oncológica
- 3 Gastrectomía D2 y QT post

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

CASO 9:

"Cáncer gástrico y carcinomatosis peritoneal"

-Cáncer gástrico + carcinomatosis peritoneal es incurable, sólo susceptible de tratamiento paliativo .

-La mejor paliación en cáncer gástrico extendido es la resección paliativa: aumenta supervivencia (3 meses) y, sobre todo, calidad de vida, especialmente indicada si obstrucción, hemorragia o dolor severo.

NE 4 - GR C

RECOMENDACIÓN:



Gastrectomía paliativa, no oncológica

Sobre todo si complicación y BEG



No resección

Si MEG, no complicación

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS INESPERADOS EN CIRUGÍA

RECOMENDACIONES GENERALES ante hallazgos inesperados en cáncer gástrico, CCR, etc.:

- 1-Estadiar correctamente la extensión de la enfermedad
- 2-Decidir antes que nada si intención curativa o paliativa
- 3-No restar posibilidades de curación
- 4-No sobretratar a costa de morbi-mortalidad
- 5-Ser consciente de las capacidades y limitaciones técnicas y experiencia de cada uno: Humildad quirúrgica