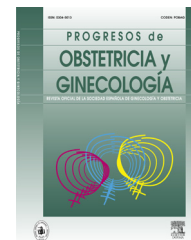




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Metástasis en el orificio del trocar en carcinoma de endometrio tras cirugía robótica: a propósito de un caso



María Artola^{a,*}, Lena Astrid Contreras^a, Fernando Salazar^a, Miriam Gómez^a, José Manuel Molina^b e Ignacio Cristóbal^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital La Zarzuela, Madrid, España

^b Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital La Zarzuela, Madrid, España

Recibido el 8 de septiembre de 2013; aceptado el 19 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 1 de marzo de 2014

PALABRAS CLAVE

Metástasis en orificio de trocar;
Cirugía oncológica;
Laparoscopia;
Cirugía robótica

KEYWORDS

Port-site metastasis;
Oncology surgery;
Laparoscopy;
Robotic surgery

Resumen Las metástasis en los orificios de los trocares son una recurrencia tumoral precoz y localizada en la pared abdominal en el orificio de algún trocar laparoscópico. Esta complicación es infrecuente y tanto la incidencia como las causas de su aparición siguen siendo desconocidas.

Presentamos un caso clínico de una paciente de 65 años diagnosticada de un adenocarcinoma de endometrio moderadamente diferenciado (G2), con áreas de patrón seroso papilar, estadio Ib. Se realizó una histerectomía total y un lavado peritoneal con linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica robótica, que tuvo que reconvertirse a laparotomía por sangrado profuso incontrolable con utensilios robóticos. A los 12 meses poscirugía, durante el seguimiento de la paciente, se diagnostican 2 nódulos en los orificios del trocar. Se realizó la exéresis de los mismos, informando la anatomía patológica de adenocarcinoma de tipo seroso.

En la actualidad, debido al escaso número de casos, no es posible definir con claridad las medidas preventivas, el manejo ni el pronóstico de esta complicación.

© 2013 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Laparoscopic port-site metastases in endometrial carcinoma after robotic surgery: Apropos of a case

Abstract Laparoscopic port-site metastases are early recurrent tumoral lesions developing locally in the abdominal wall within the scar tissue of one or more trocar sites. This complication is rare; the incidence and the pathogenesis and development of these tumors are unknown.

We present the case of a 65-year-old women diagnosed with a moderately-differentiated endometrial adenocarcinoma (G2), serous papillary pattern, stage Ib. After clinical and imaging evaluation, the patient underwent robotic surgery consisting of radical hysterectomy, peritoneal lavage, and pelvic and paraaortic lymphadenectomy. Due to uncontrollable heavy bleeding during surgery, we were forced convert to open surgery. After a 12-month follow-up, the patient was diagnosed with two abdominal wall masses under the port-site. The lesions were surgically excised. Pathologic examination revealed serous adenocarcinoma.

* Autor para correspondencia.

Currently, due to the limited number of cases, the incidence, prevention, management and prognosis of this complication are unclear.

© 2013 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las metástasis en los orificios de los trocares son una recurrencia tumoral precoz y localizada en la pared abdominal en el orificio de algún trocar. Hace unas décadas, las cirugías ginecológicas oncológicas se realizaban mediante laparotomías; en los últimos años, los ginecólogos han introducido la laparoscopia y, posteriormente, la robótica para este tipo de intervenciones. Con el aumento del número de cirugías mínimamente invasivas ha habido mayor desconcierto sobre las recurrencias de la enfermedad en los orificios de los trocares; complicación de baja incidencia pero que conlleva un peor pronóstico de estas pacientes a largo plazo. Existen en la actualidad descritos tan solo 3 casos de metástasis en el orificio del trocar tras cirugía robótica, como sucedió en el caso clínico expuesto a continuación.

Caso clínico

Presentamos un caso clínico de una paciente de 65 años, múltipara (G4P3C1) sin antecedentes de tratamiento con terapia hormonal sustitutiva y con obesidad. Como antecedentes familiares de interés, su hermana había presentado cáncer de endometrio. Acude a consultas de ginecología por metrorragia posmenopáusica. En la exploración se aprecian genitales externos y vagina atróficos, cérvix atrófico de múltipara, y no se palpan masas ni sangrado durante la exploración. Se realiza una ecografía ginecológica en la que se observa un endometrio dishomogéneo, engrosado (24 mm), con alguna imagen anecoica en su espesor, con mapa color en espesor y zona periférica con vasos de IR bajo (0,42-0,45), que parece invadir el miometrio (> 50%) en la cara interior y fondo con distancia a serosa uterina de 3 mm. Ambos ovarios de tamaño y ecoestructura normal. La histeroscopia muestra una masa filiforme, desflecada e hipervascularizada que ocupa toda la cavidad y que se biopsia, y que informa de adenocarcinoma de endometrio moderadamente diferenciado (G2), la radiografía de tórax informa de normal y la resonancia magnética de masa de bordes irregulares con infiltración miometrial mayor del 50%, sin evidencia de invasión de estructuras adyacentes.

Tras consenso en el comité de tumores de nuestro hospital, se decide, sobre la base del protocolo establecido en nuestro hospital para los tumores G2 y G3, la realización de hysterectomía total con doble anexectomía y lavado peritoneal con linfadenectomía pélvica bilateral y paraaórtica robótica.

Se inicia la cirugía robótica mediante técnica abierta, con incisión infraumbilical, con trocar de Hasson, evidenciando un útero en retroversión de aspecto macroscópicamente normal, múltiples y fuertes adherencias a la plica vesical y desde la pared posterior al recto. Se realizan 4 incisiones más, 3 de ellas de 8 mm para los brazos robóticos y otra en el hipocondrio derecho de 10 mm para la ayuda laparoscópica del robot. La cirugía inicialmente se planteaba para posterior

redocking (recolocación del robot) para el campo paraaórtico. La presión máxima del neumoperitoneo utilizada es de 12 mmHg.

Se realiza lavado peritoneal. En un primer tiempo se realiza la coagulación bipolar de las trompas para evitar el trasvase de células tumorales a la cavidad peritoneal. Durante el proceso de liberación del útero, en la cara anterior se produce la apertura de cavidad uterina, con salida de material tumoral y con sangrado profuso, que es imposible de controlar con instrumental robótico, por lo que se decide reconvertir a laparotomía. Se realiza la hysterectomía total con doble anexectomía, así como la linfadenectomía pélvica y paraaórtica. Durante el tiempo de cirugía robótica (escasamente 30 min), hubo poca movilización de los trocares, sin evidenciar fugas de gas a través de los orificios; se utilizó CO₂ a presiones y flujos correctos, se extrajo todo el líquido restante de la cavidad peritoneal, se retiraron los trocares previa extracción del neumoperitoneo y, tras la laparotomía y la cirugía completa, se suturó la fascia en aquellos orificios ≥ 10 mm y el cierre de piel fue con grapas.

La anatomía patológica de la pieza informa de adenocarcinoma de endometrio moderadamente diferenciado (G2), con áreas de patrón seroso papilar de una invasión del 85% del espesor e invasión de la serosa en la cara anterior del útero; lavado peritoneal negativo y ganglios pélvicos y paraaórticos sin evidencia de neoplasia (7 ganglios pélvicos y 4 ganglios paraaórticos extradios). Según la estadificación de la FIGO (2009), se trata de un estadio IIIA G2.

Se inicia tratamiento complementario con radioterapia externa y braquiterapia, que finaliza a los 4 meses tras la cirugía. A los 6 meses poscirugía, se realiza una TC de control sin hallazgos. A los 12 meses poscirugía, la paciente refiere astenia, coitorragia y dolor abdominal, con exploración ginecológica normal, y no se palpan masas abdominales a nivel de la pelvis. Se realiza una TC de control y marcadores tumorales, con los siguientes resultados: masa de 26 × 24 mm en grasa subcutánea en la pared anterior del abdomen sobre recto anterior derecho, masa de 24 mm en el recto abdominal anterior izquierdo y una última dudosa de 6 mm (las 2 primeras localizadas en las incisiones de los trocares) y CA 125 de 131 U/ml y CEA 1,37 U/ml (fig. 1).

Se realiza punción aspirativa con aguja fina de las lesiones, que Anatomía Patológica informa de adenocarcinoma de probable origen ginecológico.

Ante la sospecha de port-site metástasis, como primer paso y para una correcta valoración de la cavidad abdominal, se realiza una laparoscopia diagnóstica. La vía de acceso fue abierta a través de la incisión infraumbilical de la cirugía previa con trocar de Hasson (utilizando presiones menores de 12 mmHg). No se aprecia ningún implante peritoneal ni ascitis, por lo que, en un segundo paso de la cirugía, se procede a la escisión de ambas masas tumorales de mayor tamaño, incluyendo tejido subcutáneo y fascia muscular (fig. 2). Ninguna de las 3 invade el músculo subyacente. La tercera lesión evidenciada en la TC resultó ser un granuloma formado alrededor de un punto (fig. 3). Debido al defecto

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3968648>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3968648>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)