



Rev Guatem Cir Vol. 24 • 2018

Metástasis de Adenocarcinoma de Ovario a Puerto Laparoscópico post Colectectomía. Reporte de un caso.

Ana Isabel Argueta Contreras MD¹; Peter Mauricio Rojas Schippers MD²; Luis José Aragón Yanes MD³; Giovanni López Laínez MD⁴

¹Residente II de Cirugía General; ²Jefe de Residentes Cirugía General; ³Especialista de Cirugía; ⁴Jefe de Departamento de Cirugía. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social Hospital General de Accidentes. Todos en Guatemala. Autor Corresponsal: Ana Isabel Argueta Contreras 15 ave. 24-54 Edificio Bella Vista. Apt. 3D. Zona 13. Guatemala, C.A. Tel: (502) 30838177. Email. aiarguetacontreras@gmail.com

Resumen

La metástasis de puerto laparoscópico es poco común, menos de un 2% la presentan. Sus implicaciones clínicas son serias, está asociado con un aumento en la morbilidad del paciente, aceleración en la progresión de la enfermedad y con mal pronóstico. Por lo general la metástasis a sitio de puerto laparoscópico se desarrolla posterior a cirugías. El cáncer de ovario presenta este tipo de metástasis con mayor frecuencia. Documentamos un caso de presentación inusual en donde una paciente femenina de 58 años presentó masa en cicatriz de inserción del trocar subcostal de colectectomía laparoscópica realizada 3 meses previos a la consulta actual. El diagnóstico de dicha masa fue adenocarcinoma metastásico de ovario. Posteriormente desarrolló crecimiento acelerado de la enfermedad asociado a carcinomatosis abdominal y obstrucción intestinal maligna dos meses después.

Palabras Claves: Metástasis, adenocarcinoma, ovario, puerto laparoscópico, post colectectomía

Abstract

Metastases of an ovarian adenocarcinoma to a post laparoscopic cholecystectomy port site. Report of one case.

Laparoscopic port site metastases are uncommon. They present in less than 2% of cases. Their clinical implications are serious as they are associated with an increase in patient morbidity, a rapid progression of the disease and a poor prognosis. In general, metastases to the port site appear after surgery for cancer and of these ovarian cancers has the highest frequency. We have documented a case with an unusual presentation. A 58 year-old female patient presented with a mass in the scar of the subcostal port site of a laparoscopic cholecystectomy carried out three months prior to her present consultation. Diagnosis of this mass was metastatic ovarian adenocarcinoma.

Subsequently there was an accelerated growth of the disease with associated abdominal carcinomatosis and two months later, a malignant intestinal obstruction.

Key words: Metastasis, adenocarcinoma, ovary, laparoscopic port, post cholecystectomy

Introducción

En la última década ha habido un cambio progresivo de la cirugía abierta tradicional hacia la mínimamente invasiva en diversidad de procedimientos.¹⁻³ La técnica laparoscópica cada vez más es el tratamiento de elección para distintas patologías⁴, tanto benignas como casos seleccionados de malignas y las ventajas han sido ampliamente documentadas.^{2, 4-8}

En el sitio de acceso donde se insertan los trocares se han reportado células tumorales metastásicas y

se ha descrito como una complicación de la cirugía laparoscópica. Estas lesiones se desarrollan localmente en la pared abdominal dentro del tejido cicatrizal y no están asociadas a carcinomatosis peritoneal difusa. Fue descrito por primer vez en 1978 por Debrozntz y col.^{5-6, 9}

La incidencia es del 1-2%, sin embargo aumenta dependiendo de la malignidad primaria, estadio de la enfermedad, en el momento que se realiza el procedimiento e indicación del procedimiento laparoscópico pudiendo aumentar hasta 19.6%.^{1, 4, 6, 9-11} Se

reporta mayor frecuencia de metástasis en el tratamiento laparoscópico de adenocarcinoma de vesícula biliar.¹² Estas metástasis se presentan desde semanas posteriores a la cirugía laparoscópica hasta años después de la misma.³

Se resume un caso de presentación inusual de metástasis de cáncer de ovario a sitio de puerto laparoscópico post colecistectomía laparoscópica. En nuestra experiencia es el primer caso reportado.

Presentación de Caso

Paciente femenina de 58 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de hígado en hermana, antecedentes quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica de 3 meses previo a la consulta actual, presentando coledocolitiasis residual para lo cual se trata con colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) presentando pancreatitis post CPRE. Durante la misma hospitalización se realizó tomografía de abdomen completo, sin encontrar ningún hallazgo patológico en dicho estudio. Antecedentes toxicológicos: consumo de 3 cigarrillos diarios durante 10 años.

Consulta a la emergencia de Cirugía con masa en pared abdominal que está en la cicatriz de puerto laparoscópico en región subcostal derecha línea axilar anterior, la cual es dolorosa con dimensiones de 4 x 5 cm, historia de que la notó 2 meses antes de consultar, ha presentado crecimiento progresivo sin

otro hallazgo al examen físico. Masa intraabdominal fue descartada con la tomografía abdominal. Fue llevada a Sala de Operaciones donde se resecó tejido fibrótico en cicatriz quirúrgica. El resultado histológico reportó adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico que infiltra hasta tejido celular subcutáneo. Ver Figura 1.

Se completan estudios para estadificarlo en la cual se evidencia masa ovárica, la cual correlaciona clínicamente por primera vez el examen físico en el cual se palpa masa abdominal con dimensiones de 20 x20 cm, la masa no es móvil, es dolorosa, y de contorno irregular.

La Paciente fue evaluada por Cirugía Oncológica quienes descartan tratamiento quirúrgico por el estadio en el que se encuentra la enfermedad y pasa a cuidados paliativos.

Posteriormente la paciente presenta crecimiento acelerado de la masa, así como carcinomatosis abdominal, obstrucción intestinal secundaria a los implantes malignos por lo cual falleció a los dos meses de su consulta.

Discusión

Uno por ciento de todas las mujeres que presentan una condición maligna desarrollan metástasis a sitio de puerto laparoscópico, siendo el cáncer de ovario el que con mayor frecuencia se reporta³ hasta se ha

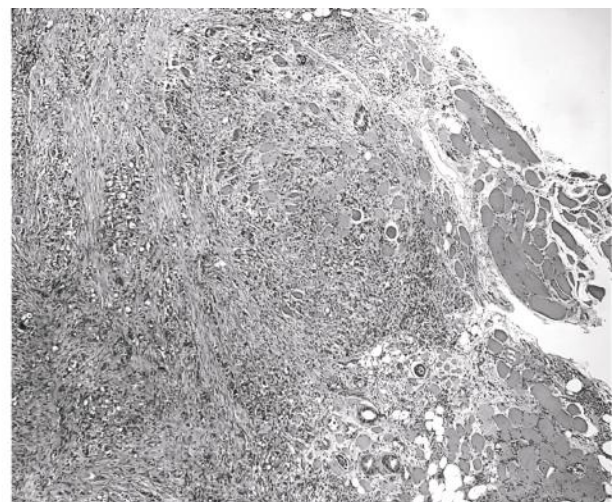
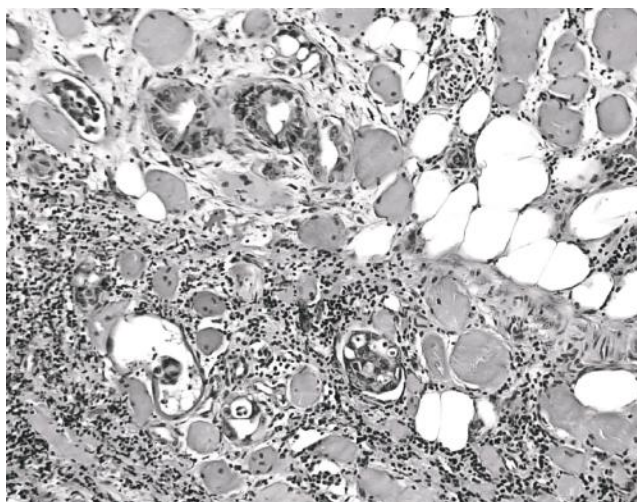


Figura 1. Foto A y B de hallazgos histológicos de masa en pared abdominal subcostal derecho

cuestionado si el cáncer de ovario es ya un factor de riesgo para metástasis en sitios de puerto laparoscópico.⁴

La literatura consultada recomienda como medidas profilácticas para evitar esta complicación las siguientes: utilizar protectores de herida, minimizar el trauma del tejido y el número de instrumentos utilizados, el lavado de trocares con polividona yodada al 5% antes de la inserción, lavar la punta de los instrumentos con polividona yodada al 5% cuando se intercambien los instrumentos, resección de tumores con márgenes adecuados, uso de bolsas grandes para remisión intacta de espécimen, remoción de todos los fluidos intrabdominales antes de remover el trocar, desinflar el abdomen con los trocares en su sitio, irrigar los sitios de los trocares con polividona yodada al 5%, cierre de peritoneo en sitio de trocares mayores a 5mm, realizar laparoscopías sin gas, modificar técnicas quirúrgicas en la fijación de trocares y la manipulación mínima del tumor.^{2-3, 6, 9, 13-14}

Con el uso rutinario de estas medidas se ha demostrado disminución en la incidencia de 50% y disminución en la recurrencia de hasta 7 veces, sin embargo la metástasis en el sitio de acceso laparoscópico es una complicación que continúa presentándose cada vez con mayor frecuencia puesto que la cirugía ha ido evolucionando hacia los accesos laparoscópicos.²

La principal limitante para su prevención es que se trabaja sobre hipótesis puesto que la patofisiología se desconoce.^{3, 5, 10, 11} Probablemente la etiología sea multifactorial: el tipo de tumor, el comportamiento del mismo, las condiciones del paciente y la respuesta metabólica al estrés del paciente afectan de manera particular cada caso haciendo más complejo determinar la patofisiología única que presenta dicha complicación.^{2, 5}

Las teorías de mecanismos que se han propuesto incluyen el neumoperitoneo con dióxido de carbono, diseminación hematológica, el efecto chimenea por salida de gas por los trocares, pobre respuesta inmunológica local, la habilidad del cirujano, la contaminación de células cancerígenas en el sitio de puerto laparoscópico y la presencia de ascitis.^{2-3, 9, 11, 13} Sin embargo los estudios continúan reportando resultados contradictorios.

Por todo lo anteriormente expuesto y por falta de resultados a largo plazo, no se ha podido estandarizar el manejo de la metástasis al sitio de acceso de puerto laparoscópico. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica y según lo amerita el paciente se agrega al tratamiento radiación a la pared abdominal y/o quimioterapia. Existe poca evidencia científica que demuestre diferencia significativa entre el tratamiento quirúrgico solo vrs cirugía más quimioterapia, esta última sola si ha demostrado tener efectos curativos y paliativos reduciendo el tamaño el tumor y el dolor del mismo.¹¹

Respecto a la relación entre tiempo de recurrencia de cáncer a sitio de acceso laparoscópico y la supervivencia del paciente no está documentado, los estudios presentes no son concluyentes.⁴

Conclusión

El análisis retrospectivo deja ver que aún en patologías benignas es importante realizar todas las medidas de prevención que han establecido para la metástasis de sitio de acceso laparoscópico y evaluar adoptar los cuidados de la cirugía oncológica cuando los antecedentes del paciente los amerite. Además de realizar la inspección de la cavidad abdominal indicada.

Referencias

1. Cano C. Adenocarcinoma de pared abdominal y carcinoma insospechado de vesícula biliar: un tributo a la cirugía laparoscópica. *Rev Hispanoam Hernia*. 2017; 5(3): 100-104.
2. Kumar V, Mandhani A, Srivastava A, Ansari M, Singh U, Kapoor R. Port site metastasis after laparoscopic radical nephrectomy: A single-center experience. *Indian Journal of Cancer*. 2012; 49(1): 1-121.
3. Bany-Paluchowski M, Yeganeh B, Luetges J, et al. Isolated subcutaneous implantation of a borderline ovarian tumor: A case report and review of the literature. *World Journal of Clinical Oncology*. 2016; 7(2): 270-274.
4. Baptiste C, Buckley A, Jones N, et al. Port Site Metastasis: A survey of the Society of Gynecologic Oncology and Commentary on the Clinical Workup and management of port site metastases. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2017; 24(4).
5. Manvelyan V, Khemarangsang V, Huang K, Adlan A, Lee C. Port-Site metastasis in laparoscopic gynecological oncology surgery: An overview. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy*. Diciembre 2015; 5: 1-6.
6. Tan Z, Ki A, Chen L, Xu X, Fu C. (2017) Port-Site Metastasis of Uterine Carcinosarcoma after Laparoscopy. *Journal Korean Medical Sciences*. Mayo 2017; 32: 1891-1895.
7. Yan C, Chen L, Ce B. Port-site metastasis as primary complication following diagnostic laparoscopy of fallopian tube carcinoma: a case report. 2018; 97(26). doi 10.1097/MD.00000000000011166
8. Kihara K, Endo K, Suzuki K, et al. Isolated port-site metastasis of hepatocellular carcinoma after laparoscopic liver resection. *Asian J Endosc Surg*. 2017; 10: 191-193. doi: 10.1111/ases.12339
9. Mautone D, Dallaste A, Monica M, et al. Isolated port-site metastasis after surgical staging for low-risk endometrioid endometrial cancer: A case report. *Oncology Letters*. Marzo 2016; 12: 281-284.
10. Zivanovic O, Sonoda Y, Díaz J, et al. The rate of port-site metastases after 2251 laparoscopic procedures in women with underlying malignant disease. *Gynecologic Oncology*. Octubre 2008; 111, 431-437.
11. Deshmukh U, McAdow M, Black J, Hui P, Azodi M. Isolated port site recurrence of node-negative clinical stage IB1 cervical adenocarcinoma. *Gynecologic Oncology Reports*. Marzo 2017; 20: 54-57.
12. Kim B, Jae S, Kim B-G. Port site metastasis after robotic-assisted laparoscopic hysterectomy for uterine cervical cancer: A case report and literature review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. Agosto 2013; 52: 558-563.
13. Yan C, Chen L, Ce B. Port site metastasis as a primary complication following diagnostic laparoscopy of fallopian tube carcinoma: A case report. *Medicine*. 2018; 97(26): e1166.
14. Ramirez P, Wolf J, Levenback C. Laparoscopic port-site metastases: etiology and prevention. *Gynecologic Oncology*. Febrero 2003; 91: 179-189.