

Papel de la cirugía de sustitución vascular en la infiltración arterial metastásica

Role of vascular replacement surgery in the metastatic arterial infiltration

Dr. Juan C. Collado Otero,^I Dr. Dagmar Paredes López^{II} y Dr. José M. Vázquez^{III}

^I Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 40 años de edad, tratada por vías convencionales a causa de un carcinoma epidermoide infiltrante del canal anal, con patrón basaloide. La evolución ulterior permitió reconocer la aparición subsecuente de metástasis ganglionares en la región inguinocrural derecha 6 meses después. La ecografía Doppler del territorio iliofemoral indicó desplazamiento y compresión arterial femoral común con infiltración de la pared del vaso, que se trató efectivamente con excisión radical de la metástasis y reconstrucción vascular femoral con injerto venoso de safena. Se obtuvieron buenos resultados funcionales.

Palabras clave: Cáncer de canal anal, reconstrucción vascular femoral, infiltración arterial femoral metastásica.

SUMMARY

The case of a 40-year-old female conventionally treated due to an infiltrating epidermoid carcinoma of the anal canal with basaloid pattern was presented. The further evolution allowed to recognize the subsequent appearance of ganglionic metastases in the right inguinocrural region 6 months later. Doppler echography of the iliofemoral territory indicated displacement and common arterial femoral compression with infiltration of the vessel wall that was effectively treated by radical excision of the metastasis and femoral vascular reconstruction with venous graft of the saphena . Good functional results were obtained.

Key words: Anal canal cancer, femoral vascular reconstruction, metastatic femoral arterial infiltration.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente en el 33 % de los pacientes con carcinoma epidermoide del canal anal se han encontrado metástasis en los ganglios inguinales. Sin embargo, el vaciamiento inguinal radical bilateral (VIRB) mediante incisiones separadas no es recomendado de forma sistemática porque la morbilidad que añade la disección ganglionar supera al beneficio.^{1,2}

La aparición simultánea de metástasis inguinales en la presentación clínica inicial es un signo ominoso. En contraste, la aparición subsecuente de metástasis inguinales tiene un mejor pronóstico: 15 de 20 pacientes sobrevivieron 5 años.²⁻⁴

La compresión maligna arterial adyacente puede ser tratada razonablemente en casos seleccionados, mediante la escisión radical de la metástasis y la resección vascular femoral asociada a técnicas quirúrgicas de reconstrucción vascular, con las que se han obtenido buenos resultados funcionales.^{1,3,4}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 40 años de edad, con carcinoma epidermoide infiltrante de patrón basaloide, en el canal anal (clínico) T4N1M0. Cuatro semanas después del tratamiento neoadyuvante se realizó exenteración pélvica posterior, que incluyó proctosigmoidectomía abdominoperineal, panhisterectomía y colpectomía posterior con resección de tabique rectovaginal en bloque.

Seis meses después acudió a consulta por aumento de volumen de la región inguinocrural derecha y se estudió con transductor lineal y técnica Doppler. Se observaron numerosas imágenes hipocogénicas que infiltraban el tejido celular

subcutáneo y el músculo. Los vasos femorales estaban desplazados hacia atrás por la tumoración. La arteria femoral mostraba paredes engrosadas y luz irregular, con ambos vasos permeables ([figura 1](#)).

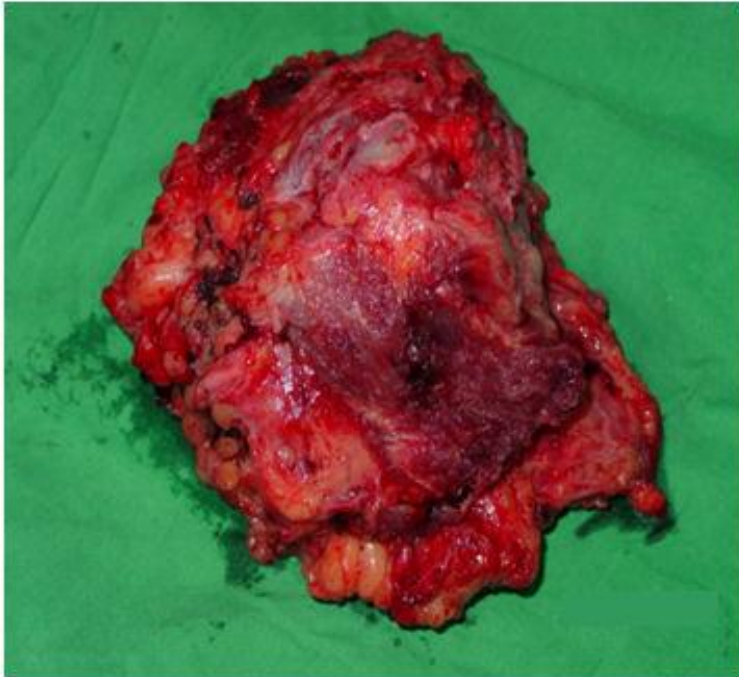


FIGURA 1. Pieza quirúrgica de exéresis de metástasis inguinal.
Nótese el componente muscular y vascular.

No se pudo utilizar anastomosis término-terminal para efectuar la reparación de la arteria femoral común por la longitud del defecto. El injerto de safena magna revertida fue la opción para la interposición.

Se prestó atención y evitó tanto la angulación por redundancia como la tensión. Se realizó anastomosis con polipropileno 4:0 espatulada, con el objetivo de evitar estenosis ([figura 2](#)).

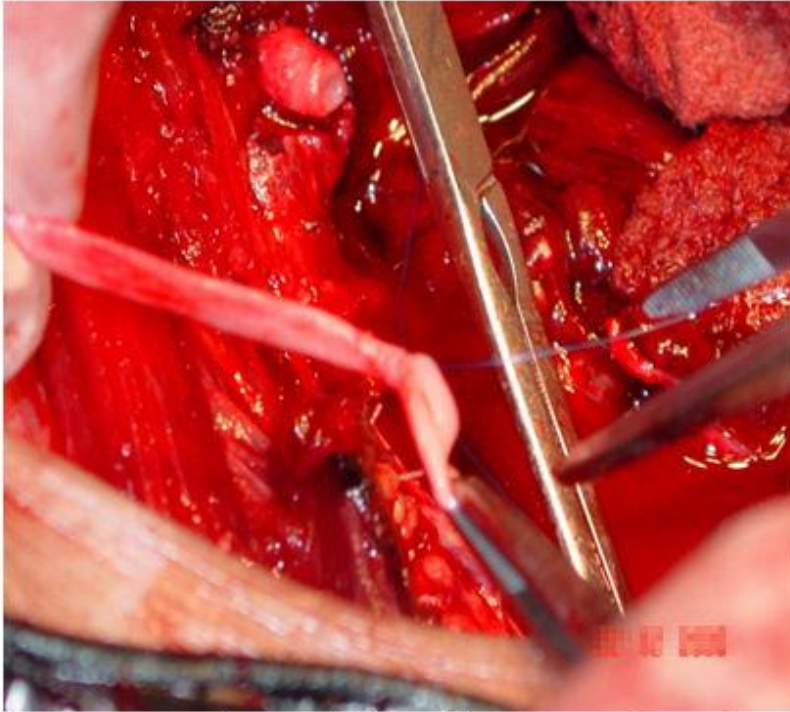


FIGURA 2. **Interposición vascular femoral con injerto safeno autógeno.**
Nótese extensión del defecto arterial y anastomosis espatulada.

DISCUSIÓN

En un reporte reciente, se documenta el tratamiento de 15 pacientes con reconstrucción vascular a causa de cáncer de canal anal, metastásico y avanzado, con compresión arterial femoral.⁴ Dos de ellos desarrollaron trombosis posoperatoria inmediata y uno falleció. Siete estaban libres de enfermedad al año de la operación. Estos datos sugieren que casos seleccionados de compresión arterial femoral maligna metastásica pueden ser tratados por excisión radical de la metástasis y técnicas de reconstrucción vascular concomitante. El éxito inmediato del procedimiento puede confirmarse por flujometría Doppler o arteriografía operatoria.

Los pacientes sin safena magna -o cuando esta no es útil-, pueden beneficiarse del uso alternativo de safena parva, venas femorales superficiales de las extremidades superiores o transposición vascular de segmento de arteria femoral profunda.⁵⁻⁷

La reparación por anastomosis término-terminal puede utilizarse si hay suficiente longitud para efectuar la reparación sin tensión. Aunque se cita la necesidad de al menos 2 cm, no hay consenso en la distancia para una anastomosis segura.

En la reconstrucción de defectos mayores, el injerto de safena magna revertida es la primera opción para interposición. Los injertos vasculares de Gore Tex han sido usados con éxito en la mayoría de los centros, pero la vena safena continúa siendo la opción usual.

La infección es más común con el uso de material protésico en la ingle que con injerto venoso autógeno. La mayor parte de las infecciones del injerto vascular provienen de heridas infectadas. Las heridas inguinales son proclives a la infección, si consideramos la microflora de la región, la pobre higiene en los pacientes obesos y la colonización de los linfáticos de la zona por gérmenes de las lesiones de los pies.³

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boman BM, Moertel CG, O'Connell MJ. Carcinoma of the anal canal: a clinical and pathologic study of 188 cases. *Cancer* 1998;54:114.
2. Stearns MW Jr, Quan SHQ. Epidermoid carcinoma of the anorectum. *Surg Gynecol Obstet* 1990;131:953.
3. Welch JP, Malt RA. Appraisal of the treatment of carcinoma of the anus and anal canal. *Surg Gynecol Obstet* 2006;145:837.
4. Wylie EJ, Stoney RJ, Ehrenfeld WK, Effeney DJ, eds. *Manual of vascular surgery*. Vol 2. New York: Springer-Verlag; 1996.
5. Cummings BJ, Thomas QM, Keane TJ. Primary radiation therapy in the treatment of anal canal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1992;25:778.
6. Stearns MW, Urmacher C, Sternborg SE, Woodruff J, Attiyeh FF. Cancer of the anal canal. *Curr Prob Cancer* 1998;4:1.
7. Papillon J, Montbarbon JF. Epidermoid carcinoma of the anal canal: a series of 276 cases. *Dis Colon Rectum* 2004;30:324.

Recibido: 26 de marzo de 2007.

Aprobado: 23 de mayo de 2007.

Dr. Juan C. Collado Otero. Calle 29 y F, El Vedado. La Habana, Cuba. Correo electrónico: cinor@infomed.sld.cu