

Un tratamiento multidisciplinario podría evitar la exenteración pélvica en fístula rectovesical debida a cáncer de recto localmente avanzado



Multidisciplinary treatment may avoid pelvic exenteration in rectovesical fistula due to locally advanced rectal cancer

Un hombre de 36 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos previos, fue evaluado en la sala de urgencias. Presentaba rectorragia, diarrea acuosa, fecaluria, neumaturia y pérdida de 12.7 kg de peso. El examen físico fue normal y la tomografía computarizada abdominal mostró un crecimiento difuso del recto medio y superior, infiltración de grasa perirrectal, ganglios linfáticos crecidos (>7 mm), sin enfermedad metastásica. La colonoscopia inicial mostró un tumor obstructivo a 7 cm de la unión anorrectal. Al día siguiente se realizó una colostomía sigmoidea en asa de derivación. El antígeno carcinoembrionario (CEA, por sus siglas en inglés) estaba elevado (11.4 ng/ml) y, dada la historia de fecaluria y neumaturia, se realizó una cistoscopia, con la que se documentó un orificio de 2 mm, compatible con fístula. A continuación, un fistulograma demostró que el paciente tenía cáncer rectal en etapa IIIc (T4bN1M0), complicado por una fístula rectovesical. Las biopsias mostraron adenocarcinoma rectal y la inmunohistoquímica reportó ausencia de inestabilidad microsatelital. Una imagen de resonancia magnética (RM) identificó un tumor que infiltraba la pared posterior de la vejiga y 3 ganglios linfáticos sospechosos (fig. 1).

El Comité de Tumores Gastrointestinales decidió, después de discutirlo, aplicar quimioterapia neoadyuvante, en el contexto de una fístula rectovesical activa, a pesar del riesgo de complicaciones sépticas, en lugar de cirugía radical (exenteración pélvica anterior), como lo había propuesto el médico oncólogo.

Dada la edad del paciente y el buen estado pre diagnóstico, el Comité de Tumores se decidió por la terapia neoadyuvante total (TNT), a pesar del alto riesgo de sepsis urinaria. Se programaron 6 ciclos de CAPOX para el paciente, pero, tras el tercer ciclo, el paciente presentó fiebre, fecaluria y escalofríos. Se diagnosticó sepsis urinaria, lo que requirió antibiótico de amplio espectro (meropenem).

La quimioterapia de inducción (QTi) fue interrumpida y el paciente fue reevaluado y programado para recibir terapia de quimiorradiación neoadyuvante (TQRn) (50.4 Gy). Se administró radioterapia a los 10 días de la resolución de la sepsis y, 9 semanas después, el tumor fue reestadificado por medio de RM, tomografía computarizada, colonoscopia y cistoscopia. La RM mostró una reducción leve en el tamaño del tumor, con contacto persistente con la vejiga y sospecha de fibrosis postradiación versus tumor residual. El tamaño de los ganglios mesorrectales disminuyó. En la colonoscopia se identificó proctitis por radiación y estenosis completa y se tomaron biopsias. La cistoscopia fue normal. Se tomaron biopsias del fondo con resultados negativos para células cancerosas. A las 11 semanas de terminar la radioterapia, una laparoscopia reveló una afectación persistente del domo vesical. A continuación, se realizaron en bloque, cistectomía

parcial, resección laparoscópica anterior baja con remoción mesorrectal total, anastomosis colorrectal con engrapado e ileostomía de derivación, sin complicaciones (fig. 2).

La recuperación posoperatoria no presentó complicaciones, la alimentación oral comenzó a las 24 h de la cirugía y el paciente fue dado de alta al día 7 posoperatorio. Un mes después, el paciente presentó mejoría clínica significativa, recuperación de peso y no hubo evidencia de complicaciones quirúrgicas. El análisis patológico reveló proctitis aguda por radiación, fibrosis extensa sin evidencia de células cancerosas en el tejido rectal, con la conclusión de respuesta patológica completa.

La exenteración pélvica es indicada cuando se identifica infiltración de un órgano pélvico adyacente para lograr un margen de resección circunferencial negativo¹. Actualmente, se reporta una mortalidad posoperatoria de alrededor del 2.2% y una morbilidad mediana del 57%. Se logra una resección R0 en el 73% de los pacientes y la recurrencia local es de aproximadamente el 22%². Alrededor del 40% de los pacientes con exenteración pélvica por cáncer rectal T4b estadificado con RM demuestra ausencia de infiltración a los órganos genitourinarios en el reporte histopatológico final³.

La terapia neoadyuvante, seguida de una resección anterior baja, más remoción mesorrectal total y quimioterapia adyuvante (QTa), ha sido aceptada como el manejo estándar del cáncer rectal localmente avanzado, lo cual es un abordaje que reduce la recurrencia local⁴. El efecto leve sobre la supervivencia general y la pobre tolerancia de los pacientes son las principales razones para estudiar nuevas estrategias cuyo objetivo primario sea controlar la enfermedad sistémica. La estrategia TNT está diseñada para tratar tumores rectales localmente avanzados con alto riesgo de margen de resección circunferencial positivo o para enfermedades con ganglios positivos evidentes y se dirige a controlar la enfermedad micrometastásica y a mejorar la supervivencia general. Este abordaje implica administrar quimioterapia sistémica (inducción o consolidación), con TQRn concomitante. Los reportes preliminares del ensayo PRODIGE 23 en fase III aleatorizada indican que una QTa previa a la TQRn podría ofrecer mejores resultados. Los resultados principales son los porcentajes de cursos completos: el 92% en el grupo TNT contra el 75% con QTa; el 28% de respuesta patológica completa contra el 12% y el 76% de supervivencia libre de enfermedad contra el 69%, en los grupos TNT y QTa, respectivamente.

No existe información sobre el tratamiento recomendado para el cáncer rectal localmente avanzado complicado por una fístula rectourinaria y persiste la controversia respecto a la indicación de cirugía radical inicial con exenteración pélvica seguida de QTa para evitar complicaciones sépticas, o las estrategias convencionales de TQRn o TNT, debido al riesgo de infecciones urinarias y sepsis.

Nuestro reporte de caso describe una estrategia de corto plazo exitosa para preservar la vejiga urinaria, a pesar de la ocurrencia de sepsis urinaria en el curso de la QTa, que evita la morbilidad, mortalidad y el impacto en la calidad de vida inherente a la cirugía de resección radical multiorgánica, con resultados quirúrgicos y patológicos óptimos. Sin embargo, el seguimiento oncológico es primordial, dado que la recurrencia es una preocupación de la mayor importancia

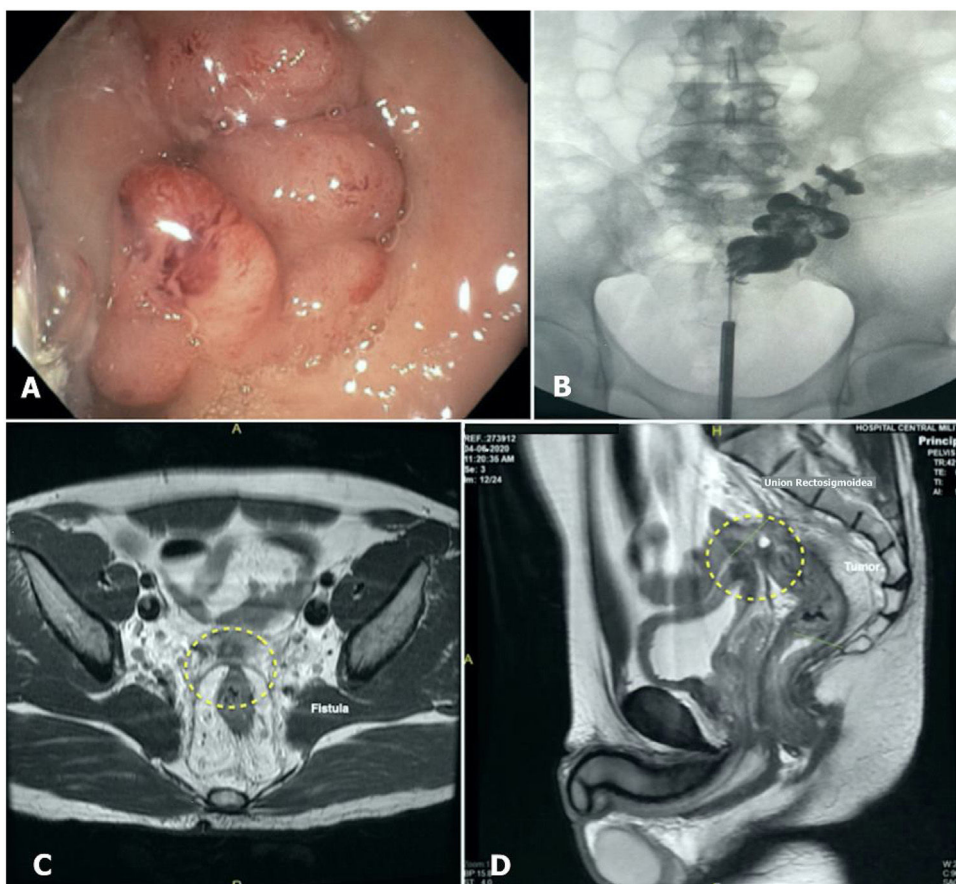


Figura 1 A) Colonoscopia que muestra una masa rectal que obstruye el 100% del luz, localizada 7 cm arriba del borde anal. B) Fistulografía realizada por medio de cistoscopia que muestra contraste en la porción distal del colon sigmoideo y el recto superior. C-D) Imagen por resonancia magnética T2 inicial que muestra un tumor en contacto con la pared posterior de la vejiga urinaria.

cuando se emplean estrategias con preservación de órganos. La evidencia de buena calidad es necesaria para recomendar la preservación de vejiga como una estrategia quirúrgica estándar en el tratamiento de cáncer rectal T4b.

Responsabilidades éticas

El consentimiento informado fue obtenido y firmado por el paciente, quien aceptó la publicación y distribución de todo el material clínico incluido en el manuscrito. No se requirió de la aprobación del Comité de Ética, dado que nuestro

manuscrito es un reporte de caso único y no cumple los criterios de «investigación». Todas las imágenes diagnósticas y descripciones clínicas en el manuscrito son completamente anónimas.

Financiación

No se recibieron apoyos específicos de agencias del sector público, el sector privado ni de organizaciones sin fines de lucro con relación al presente reporte de caso.

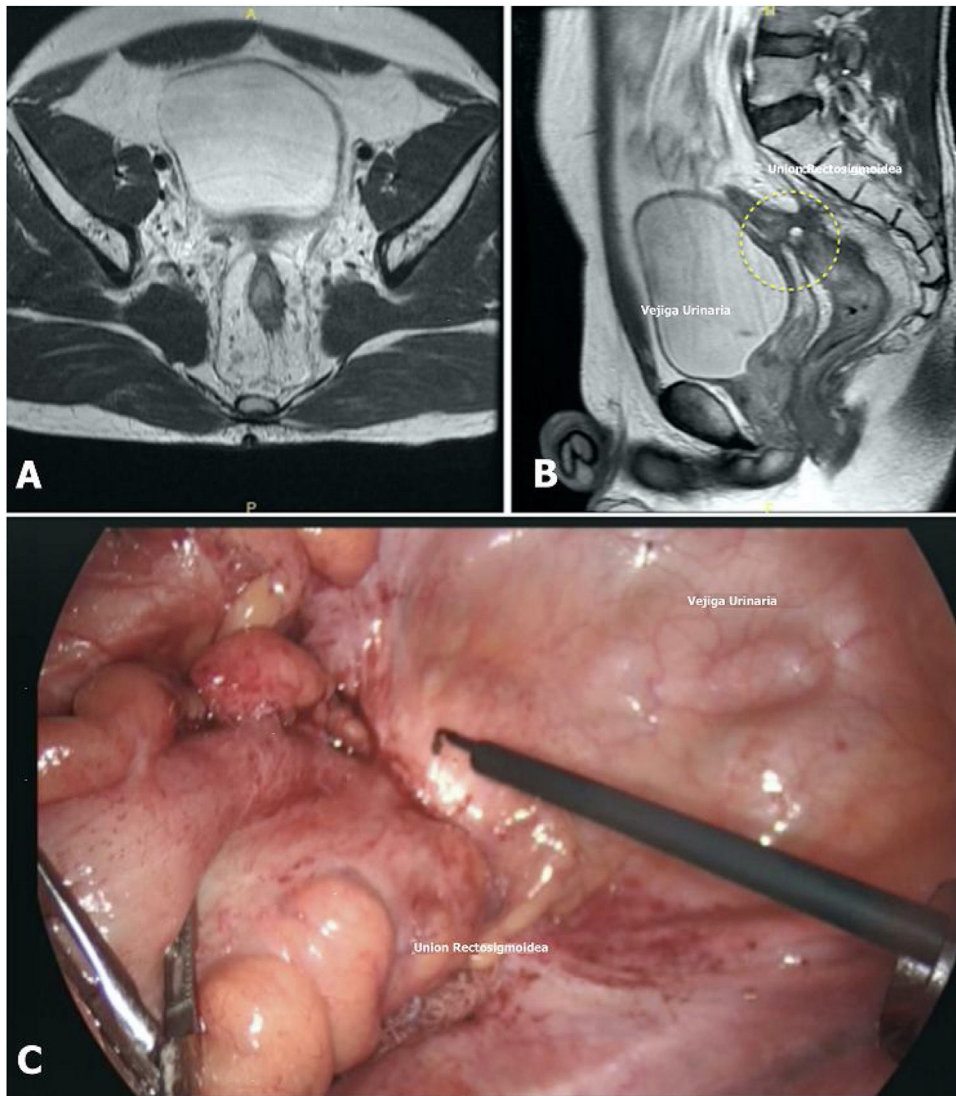


Figura 2 A-B) Imagen por resonancia magnética posterior al tratamiento neoadyuvante, que muestra el tumor aún en contacto con la vejiga urinaria. La reducción en el tamaño del tumor y en el tamaño de los ganglios también es evidente. C) Imagen laparoscópica de la unión colorrectal y la afectación vesical.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Domes TS, Colquhoun PH, Taylor B, et al. Total pelvic exenteration for rectal cancer: Outcomes and prognostic factors. *Can J Surg.* 2011;54:387–93, <http://dx.doi.org/10.1503/cjs.014010>.
2. Keller DS, Berho M, Perez RO, et al. The multidisciplinary management of rectal cancer. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020;17:414–29, <http://dx.doi.org/10.1038/s41575-020-0275-y>.
3. Naguib NN, Sharaf UI. Vesicorectal fistula: Case report and review of literature. *Curr Urol.* 2008;2:211–3, <http://dx.doi.org/10.1159/000209837>.
4. Fincher JW, Eltahawy E. Diagnosis and treatments for vesico-enteric fistulas: A 2017 current review. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2017;12:212–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s11884-017-0436-1>.

A.R. Lanza^{a,*}, S. Gallardo^a, C.R. Oros^b, A. Afya^a
y M.A. Lopez^a

^a Sección de Cirugía Colorrectal, Departamento de Cirugía, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México

^b Departamento de Radio-Oncología, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Sección de Cirugía Colorrectal, Hospital Central Militar, Periférico. Blvd Manuel Ávila Camacho s/n, Militar Miguel Hidalgo, 11200 Ciudad de México, México. Teléfono: +57 3214492317
Correo electrónico: andreslanzadiaz@gmail.com (A.R. Lanza).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2021.11.008>
0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).