

# GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DEL CÁNCER COLORRECTAL

**Dr. Ricardo Bracco MAAC, FACS**

**Dr. Jorge Pablo Grondona MAAC, FACS**

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, promediando el año 2011 se acepta universalmente que el manejo de las **metástasis hepáticas colorrectales (MHCR)** debe ser abordado de inicio en forma multidisciplinaria y que cada paciente debe ser enfocado en forma absolutamente personalizada.

Por lo tanto, la creación de un **Equipo Multidisciplinario** constituido básicamente por: Cirujano Hepatobiliar, Oncólogo Clínico, Especialista en Diagnóstico por Imágenes, y Anatómopatólogo, debiera ser considerado una condición excluyente para asumir la responsabilidad de tratar pacientes con MHCR.

## GUÍAS

### **I - DIAGNÓSTICO**

### **II - TRATAMIENTO**

### **III - SEGUIMIENTO**

### **I- DIAGNÓSTICO**

#### **A) PREOPERATORIO**

#### **B) INTRAOPERATORIO**

#### **A) PREOPERATORIO**

##### **a) IMÁGENES**

##### **b) MARCADORES TUMORALES**

##### **c) BIOPSIA HEPÁTICA**

##### **a) IMÁGENES**

1) **Ecografía**: Primer estudio. Debería ser presenciada por el cirujano.

## **2) Tomografía Computada y/o Resonancia Magnética:**

De acuerdo a disponibilidad o características propias de cada caso.

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- Confirmación de la presencia de metástasis hepáticas
- Determinación del número y tamaño de las lesiones y sus relaciones con estructuras vasculares
- Evaluación de la resecabilidad de las lesiones con margen de seguridad
- Detección de enfermedad extrahepática tumoral
- Análisis de la cantidad de hígado remanente y sano (eventual volumetría hepática)

## **3) Tomografía por emisión de positrones (PET scan):**

Deben respetarse los tiempos de espera luego de la cirugía, quimioterapia y radioterapia, para evitar los falsos negativos y positivos.

Indicado especialmente en 2 situaciones:

- Para estudiar las **recidivas** de enfermedad hepática y/o extrahepática.
- Recomendado al concluir tratamientos oncológicos complejos y costosos con el propósito de evaluar el paciente para la cirugía.

## **b) MARCADORES TUMORALES**

- El **antígeno carcinoembrionario (CEA)** es el más utilizado, ya que sus niveles en sangre se encuentran elevados en el 70 a 90% de los pacientes con MHCR.
- El **antígeno carbohidrato (CA 19-9)** es menos específico y está aumentado solo en el 40% de los casos
- **Principales indicaciones:**
  - 1- Control posterior a la resección de las metástasis hepáticas
  - 2- Detección de recidivas hepáticas y/o extrahepáticas
  - 3- Monitoreo de la neoadyuvancia
  - 4- Monitoreo de la adyuvancia

## **c) BIOPSIA HEPÁTICA**

- Sin aplicabilidad en MHCR

## **B) INTRAOPERATORIO**

### **a) ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA**

### **b) VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA**

### **a) ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA**

- Es **mandataria e imprescindible**
  - Es una **herramienta insustituible** para la cirugía hepática moderna
- Siempre debe realizarse, porque:

1. Detecta lesiones no advertidas con los estudios preoperatorios
2. Complementa la exploración manual en lesiones profundas
3. Identifica las estructuras vasculares y su relación con los tumores
4. Guía para agujas y catéteres

b) **VIDEOLAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA:**

- Descarta grosera enfermedad extrahepática
- Evalúa lesiones múltiples superficiales
- Guía para punciones y biopsias

## **II - TRATAMIENTO**

- Se llama **resección R0** a la remoción completa de **toda** la enfermedad macroscópicamente detectable, con márgenes de seguridad microscópicamente **libres**
- El **standard de oro** en el tratamiento de una metástasis hepática es la resección quirúrgica R0, con margen de seguridad de 10 mm. En situaciones especiales podría aceptarse como resección oncológica un margen menor.
- La presencia de enfermedad extrahepática no controlable por los tratamientos multimodales es la única restricción para la resección de metástasis hepáticas

## **MANEJO E INDICACIONES**

### **A) MANEJO DE LESIONES SINCRÓNICAS**

### **B) MANEJO DE LESIONES METACRÓNICAS**

#### **A) MANEJO DE LESIONES SINCRÓNICAS:** 2 alternativas

##### **a- CIRUGÍA SIMULTÁNEA COLORRECTAL Y HEPÁTICA**

- Disponibilidad en la misma institución de **dos equipos quirúrgicos entrenados** en cirugía coloproctológica y hepatobiliar, aplicable para casos **seleccionados**.
- La **ventaja** radica en ofrecerle al paciente una sola cirugía mayor para resolver simultáneamente las dos patologías tumorales

##### **b- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN DOS TIEMPOS:**

- En un **primer tiempo quirúrgico** se efectúa la extirpación del primario colorrectal y en una **segunda intervención** se realiza la resección de las MHCR.
- Esta modalidad está basada en utilizar el **intervalo de tiempo** entre ambas operaciones para observar: el comportamiento biológico tumoral y la detección de nuevas lesiones.
- Para ciertos casos especiales podría realizarse la llamada "**Cirugía reversa**", en la cual se efectúa en el primer tiempo quirúrgico la resección de las MHCR y en un segundo tiempo, la extirpación del primario colorrectal.

## **B) MANEJO DE LESIONES METACRÓNICAS**

**Definición:** Se considera por convención de expertos como una **MHCR metacrónica** a aquella que se detecta cuando transcurrió un **intervalo libre de enfermedad mayor a 4 meses**.

### **Requisitos básicos para la cirugía de resección de metástasis metacrónicas:**

- a) Enfermedad totalmente resecable
- b) Margen oncológico suficiente
- c) Reserva funcional hepática adecuada
- d) Buena condición general del paciente

La **recidiva o recurrencia** debe ser tratada con los mismos criterios

### **ASPECTOS Y MODALIDADES ESPECIALES:**

- 1) **TRATAMIENTO DE ADENOPATÍAS DEL PEDÍCULO HEPÁTICO**
- 2) **OCCLUSION PORTAL**
- 3) **CIRUGÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA**
- 4) **ABLACION TUMORAL**
- 5) **NEOADYUVANCIA**
- 6) **ADYUVANCIA**
- 7) **CONCEPTO DE TRATAMIENTO MULTIMODAL**
- 8) **ENFERMEDAD EXTRAHEPÁTICA**

#### **1) TRATAMIENTO DE ADENOPATÍAS EN EL PEDÍCULO HEPÁTICO**

- a) **Área proximal (Área 1):** hasta desembocadura del cístico. **Deben ser resecadas**
- b) **Área distal (Área 2):** a partir de la arteria hepática común y el tronco celíaco.

No deben ser extirpadas y la resección hepática estaría condicionada a la evaluación del caso en particular, considerando que se tratan de metástasis extrahepáticas .

#### **2) OCCLUSIÓN PORTAL:**

- Se plantea cuando el compromiso hepático es importante por uno o varios de los siguientes factores:
  - a) Tamaño tumoral; b) Número de las metástasis; c) Distribución de las lesiones.
- **Puede ser:** 1) **Preoperatoria:** Por punción percutánea bajo control ecográfico
  - 2) **Intraoperatoria:** 2 formas:
    - a) Por ligadura de la rama portal correspondiente (con o sin alcoholización previa)
    - b) Por canulación de vena esplénica y embolización portal.

#### **3) CIRUGÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA**

- **Se puede emplear para:** a) **Estadificación previa a la resección**
  - b) **Resección de metástasis hepáticas**
- **Requisitos:** 1) Entrenamiento en cirugía **hepática y videolaparoscópica de avanzada**
  - 2) Disposición de ecografía translaparoscópica

- Se aconseja utilizar esta técnica de resección para lesiones subcapsulares ubicadas en los segmentos hepáticos de fácil abordaje videolaparoscópico: 2, 3, 4b, 5 y 6.

#### 4) ABLACION TUMORAL

- Consiste en la **destrucción de tumores hepáticos in situ** por coagulación térmica y desnaturalización proteica.
- En la mayoría de los centros se realiza empleando **agujas de la radiofrecuencia**. La recomendación habitual es aplicarlo en no más de 4 lesiones, con diámetro no mayor a 5 cm. y alejados de la confluencia biliar y los grandes vasos.
- Últimamente se están difundiendo dispositivos que logran la **ablación por microondas**.

#### 5) NEOADYUVANCIA

Se entiende por **neoadyuvancia** a aquella quimioterapia que aplica drogas químicas y/o biológicas con el objetivo de disminuir el tamaño y/o número de las MHCR, para lograr la ulterior resección quirúrgica curativa de las mismas.

##### **El equipo multidisciplinario debería discutir las siguientes situaciones**

- En imprescindible definir en primer término la resecabilidad de las lesiones analizando tamaño, localización, distribución y número de las MHCR.
  - a. MHCR fácilmente resecables: directamente a cirugía
  - b. MHCR marginalmente resecables: neoadyuvancia y luego cirugía
  - c. MHCR definitivamente irresecables: quimioterapia
- Los **esquemas de tratamiento** que tienen mayor consenso actualmente se basan en la aplicación de 5 Fluoracilo y Leucovorina con el agregado de Oxaliplatino o Irinotecán (FOLFOX y FOLFIRI respectivamente), asociados según el **estado del gen K-ras, nativo o mutado**, a los anticuerpos monoclonales (tratamiento biológico).
- Para los pacientes con **K-ras nativo**, 65% de los casos, se les aplica el FOLFOX o FOLFIRI asociado al CETUXIMAB.
- Para los casos con **K-ras mutado**, 35%, se les administra FOLFOX o FOLFIRI con el BEVACIZUMAB.
- La Neoadyuvancia debería ser **corta y fuerte**, seguida de reevaluación del paciente con imágenes y marcadores. Si las lesiones disminuyen de tamaño y/o número y se tornan resecables, se indica la cirugía con intención curativa. El esquema y el tiempo de la quimioterapia deberían adecuarse a la tolerancia y toxicidad hepática de las drogas.
- Para los pacientes con MHCR definitivamente irresecables, se evaluará la condición del paciente, comorbilidades y gen K-ras con el objetivo de indicar quimioterapia química y/o biológica.

#### 6) ADYUVANCIA

Se entiende por **adyuvancia** a aquella quimioterapia que aplica drogas químicas y/o biológicas luego de realizada la resección quirúrgica de las MHCR.

- No hay evidencia científica suficiente que demuestre sus beneficios pero numerosos centros de referencia la emplean sistemáticamente.
- Considerando que más del 80% de las MHCR requieren de Neoadyuvancia, con la aplicación de esquemas de adyuvancia, se completaría una estrategia de tratamiento previo y posterior a la cirugía.

### **7) CONCEPTO DE TRATAMIENTO MULTIMODAL**

- Se llama tratamiento multimodal a la combinación de la Neoadyuvancia con una o varias de las siguientes modalidades terapéuticas, con el objetivo de lograr la erradicación completa (RO) de las MHCR:
  1. Resección hepática en 2 tiempos
  2. Oclusión portal
  3. Termoablación por radiofrecuencia

### **8) ENFERMEDAD EXTRAHEPÁTICA**

- El equipo multidisciplinario debería evaluar cada caso en particular, considerando la localización y/o extensión de la enfermedad.
- En base a esto se plantean dos orientaciones:
  - a) Quimioterapia previa para estabilizar la enfermedad, entender la biología del tumor y tratar posibles micrometástasis, para luego realizar la cirugía de las MHCR y de las extrahepáticas resecables.
  - b) Directamente la cirugía de resección y luego adyuvancia.

## **III- SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES**

### **A) SEGUIMIENTO COLOPROCTOLÓGICO (ANUAL)**

### **B) CONTROL DE METÁSTASIS HEPÁTICAS**

#### **a) Primer y segundo año:**

##### **Cada 3 meses:**

- Ecografía (ante dudas: tomografía computada o resonancia magnética de abdomen)
- CEA (eventualmente el CA-19-9)
- Rx tórax (ante dudas tomografía computada de tórax)

##### **Cada 6 meses:**

- Tomografía computada o resonancia magnética de abdomen

#### **b) Tercer y cuarto año: cada 4 y 12 meses, igual sistemática**

#### **c) Quinto año: cada 6 y 12, igual sistemática**