

Criterios de resecabilidad de metástasis hepáticas de origen colorrectal

Dr. Fernando Cordera González de Cosío, FACS

Introducción

La incidencia de cáncer colorrectal es de aproximadamente 150,000 casos nuevos por año en los EUA. Aproximadamente la mitad de estos pacientes o bien se presentan con metástasis hepáticas o las desarrollan durante el curso de su enfermedad. Estas metástasis hepáticas se descubren de forma sincrónica en el 15-25% de los pacientes,¹ mientras que el 20-25% desarrollan metástasis hepáticas metacrónicamente.² En el 30-50% de los pacientes con metástasis hepáticas sincrónicas o metacrónicas, el hígado es el único sitio de metástasis de la enfermedad.² Por lo tanto, 10,000 a 15,000 pacientes al año son candidatos para terapia local para las metástasis de origen colorrectal.²

Aunque las terapias de ablación se utilizan con frecuencia, la resección de metástasis hepáticas, cuando es posible, sigue siendo el tratamiento de elección.³ Las tasas de supervivencia global a 5 años después de la resección están en el rango de 35-58%,³⁻⁵ mientras que los pacientes con cáncer colorrectal metastásico no tratados tienen un tiempo medio de supervivencia de aproximadamente 12 meses.⁶⁻⁸ A pesar de los avances de nuevos agentes de quimioterapia, la supervivencia media de pacientes no resecados está en el rango de 16 a 24 meses, y la supervivencia más allá de 5 años es poco común.⁹⁻¹¹ Por lo tanto, la resección quirúrgica sigue proporcionando la mejor posibilidad de curación. En consecuencia, ha habido un considerable interés en la ampliación de los criterios de resecabilidad de los pacientes con metástasis colorrectal mediante otros enfoques de tratamiento.

Anteriormente, únicamente factores clínico-patológicos fueron utilizados para definir la resectabilidad de estas lesiones. En 1986 por Ekberg et al,¹² propusieron varias contraindicaciones generales para la resección hepática por cáncer colorrectal metastásico. Estos criterios incluyen: cuatro o más metástasis en el hígado, enfermedad extrahepática adicionales metastásico, gran tamaño de las metástasis hepáticas, y la imposibilidad de lograr un margen de resección de al menos 1 cm. Múltiples estudios posteriores de otros grupos corroboraron algunos o todos de estos hallazgos. Con el tiempo, estos factores clínico-patológicos se utilizaron para determi-

nar qué pacientes con metástasis hepáticas de origen colorrectal son resecables. Posteriormente, muchos de estos estudios fueron criticados tanto por motivos clínicos como por errores metodológicos.

Además, recientemente ha habido avances importantes en el tratamiento adyuvante de estos pacientes. La quimioterapia sistémica y la disponibilidad de técnicas complementarias como la ablación por radiofrecuencia y la embolización de la vena porta ha cambiado considerablemente nuestro abordaje a estos pacientes.

Nuevos criterios de resecabilidad

Avances actuales han precipitado un cambio en la definición de resecabilidad pasando de criterios basados en las características de la enfermedad metastásica (por ejemplo, el número, tamaño, etc.) a los nuevos criterios en función a la capacidad de obtener márgenes microscópicamente negativos (R0) con un volumen residual funcional aceptable. Estos nuevos criterios incluyen:

1. La enfermedad debe ser completamente resecada. Una resección R0 tanto de los sitios de la enfermedad intra como extrahepáticas debe ser factible.
2. Por lo menos dos segmentos hepáticos adyacentes deben ser respetados.
3. El flujo vascular de entrada y salida, así como el drenaje biliar a los segmentos residuales, debe ser preservado.
4. El volumen del hígado remanente tras la resección (es decir, el futuro remanente hepático) debe ser adecuado (que por lo general significa por lo menos el 20% del volumen hepático total estimado de parénquima normal, 30-60% si el hígado está lesionado por la quimioterapia, esteatosis, o hepatitis, o 40-70% en la presencia de cirrosis, dependiendo del grado de disfunción hepática subyacente).

Estos nuevos criterios de resecabilidad dependen menos de los parámetros dogmáticos como el número de tumores, tamaño o ubicación y más en el juicio clínico. Como tal, en los casos difíciles o dudosos, la resecabilidad debe ser evaluada por un cirujano hepatobiliar experimentado y/o un grupo multidisciplinario experimentado.

Cirujano General.

E-mail: fernando.cordera@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Con esta nueva definición de reseabilidad, hoy en día se busca aumentar el número de pacientes con esta enfermedad que son llevados a cirugía para la resección de metástasis hepáticas. En general, existen tres grandes estrategias:

1. Aumentar o preservar la reserva hepática.
2. Utilizar modalidades combinadas de tratamiento local. (como combinar resección y ablación o realizar hepatectomía en 2 etapas).
3. Disminuir preoperatoriamente el tamaño del tumor.

Conclusiones

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en pacientes con metástasis hepáticas de origen colorrectal. Este tratamiento logra supervivencia a 5 años en el rango de 40-58%. En los últimos 10 años, se han ampliado los criterios para definir la reseabilidad de estas metástasis en pacientes con cáncer colorrectal. Tradicionalmente, características tales como el número de metástasis (de tres a cuatro), el tamaño de la lesión tumoral, y un margen obligatorio de 1 cm de la resección determinaban estas metástasis como "reseables". Recientemente, los criterios de reseabilidad se han ampliado para incluir a cualquier paciente en el que toda la enfermedad se puede resear con un margen negativo, siempre y cuando tengan un volumen de reserva hepático adecuado. Básicamente, la reseabilidad se define no por lo que se reseca, sino por lo que queda o quedaría después de la resección. Bajo este nuevo paradigma, el número de pacientes con enfermedad reseable se puede ampliar mediante el aumento de reserva hepática (embolización de la vena porta, la hepatectomía en dos etapas), la combinación de la resección con ablación, y la disminución del tamaño tumoral (quimioterapia preoperatoria). Los criterios de reseabilidad también se han ampliado para incluir a pacientes con enfermedad extrahepática. En lugar de ser una contraindicación absoluta para la cirugía, los pacientes con enfermedad intra y extrahepática deben ser considerados para la resección en base a estrictos criterios de selección. La expansión de los criterios de reseabilidad de las metástasis hepáticas de origen colorrectal requiere un enfoque sistemático y sofisticado para el paciente con enfer-

medad avanzada. Un abordaje terapéutico que incluye todos los aspectos de la atención multidisciplinaria es necesario para seleccionar y tratar apropiadamente a este complejo grupo de pacientes.

Referencias

1. Jemal A, Murray T, Ward E, et al. Cancer statistics, 2005. *CA Cancer J Clin* 2005; 55: 10-30.
2. Altendorf-Hofmann A, Scheele J. A critical review of the major indicators of prognosis after resection of hepatic metastases from colorectal carcinoma. *Surg Oncol Clin N Am* 2003;12: 165-192, xi.
3. Fong Y, Fortner J, Sun RL et al. Clinical score for predicting recurrence after hepatic resection for metastatic colorectal cancer: Analysis of 1001 consecutive cases. *Ann Surg* 1999; 230: 309-318; discussion 318-321.
4. Abdalla EK, Vauthey JN, Ellis LM, et al. Recurrence and outcomes following hepatic resection, radiofrequency ablation, and combined resection/ablation for colorectal liver metastases. *Ann Surg* 2004; 239: 818-825; discussion 825-827.
5. Choti MA, Sitzmann JV, Tiburi MF, et al. Trends in long-term survival following liver resection for hepatic colorectal metastases. *Ann Surg* 2002; 235: 759-766.
6. Jaffe BM, Donegan WL, Watson F, et al. Factors influencing survival in patients with untreated hepatic metastases. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 127: 1-11.
7. Bengmark S, Hafstrom L. The natural history of primary and secondary malignant tumors of the liver. I. The prognosis for patients with hepatic metastases from colonic and rectal carcinoma by laparotomy. *Cancer* 1969; 23: 198-202.
8. de Brauw LM, van de Velde CJ, Bouwhuis-Hoogerwerf ML, et al. Diagnostic evaluation and survival analysis of colorectal cancer patients with liver metastases. *J Surg Oncol* 1987; 34: 81-86.
9. Saltz LB, Cox JV, Blanke C, et al. Irinotecan plus fluorouracil and leucovorin for metastatic colorectal cancer. Irinotecan Study Group. *N Engl J Med* 2000; 343: 905-914.
10. Douillard JY, Cunningham D, Roth AD, et al. Irinotecan combined with fluorouracil compared with fluorouracil alone as first-line treatment for metastatic colorectal cancer: A multicentre randomized trial. *Lancet* 2000; 355: 1041-1047.
11. Saltz LB, Meropol NJ, Loehrer PJ Sr, et al. Phase II trial of cetuximab in patients with refractory colorectal cancer that expresses the epidermal growth factor receptor. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1201-1208.
12. Ekberg H, Tranberg KG, Andersson R, et al. Determinants of survival in liver resection for colorectal secondary's. *Br J Surg* 1986; 73: 727-731.