

Artículos Originales

METASTASIS HEPATICAS DEL CANCER COLORRECTAL

Prof. MICHEL ADLOFF

Centre Medico-Chirurgical et Obstetrical de la Securite Sociale Schiltigheim

Relato presentado al Congreso Francés de Cirugía 1985, y adaptado especialmente para la presente publicación.

Las metástasis hepáticas en general, y aquellas del cáncer colorrectal en especial, son consideradas en numerosas publicaciones.

En este relato, se hacen apreciaciones sobre el diagnóstico, la significación clínica y el tratamiento de las metástasis del cáncer colorrectal.

DIAGNOSTICO DE LAS METASTASIS HEPATICAS

Existen muchas pruebas diagnósticas para determinar la presencia de metástasis hepáticas. En esta revisión, se ha intentado encontrar el mínimo de pruebas, necesario para lograr el diagnóstico de metástasis en el enfermo operado por cáncer colorrectal.

305 enfermos portadores de cáncer colorrectal, fueron sometidos a tres tipos. (Fueron excluidos aquellos enfermos con invasión hepática clínicamente evidente).

- 1) Examen morfológico por ecografía.
- 2) Exploración funcional con los dosajes de: a) fosfatasa alcalina —FA—; b) gamaglutamiltranspeptidasa —YGT—; c) lácticodehidrogenasa —LDH—; d) transaminasa glutamiloxalacética —GOT—; e) transaminasa glutamilpirúvica —GPT—, creatinofosfoquinasa —CPK—.
- 3) Dosaje de antígeno carcinoembriónico —CEA—.

47 enfermos presentaron metástasis hepáticas, histológicamente comprobadas por laparotomía.

La comparación de los hallazgos preoperatorios fue realizada con una clasificación binaria en falsos positivos, falsos negativos y positivos, negativos. Esto ha permitido evaluar la

sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo y negativo del estudio diagnóstico de los distintos exámenes.

5 a 10o/o de los hígados que parecen normales a la palpación intraoperatoria, tienen metástasis profundas encontradas en autopsia.

Esto establece una falla en el presente estudio. No obstante, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- 1) Las pruebas bioquímicas aisladas no permiten diagnosticar una metástasis a tiempo para tratamiento. El dosaje de FA, YGT y CEA, son las pruebas de más sensibilidad y especificidad.
- 2) Se intentó acrecentar la precisión de las pruebas agrupándolas. Esto aumentó la sensibilidad pero no la especificidad y no fue finalmente superior a utilizarlas en forma aislada.
- 3) Teóricamente las pruebas biológicas definen una población de pacientes susceptibles a tener metástasis y justifican el estudio morfológico en profundidad del hígado. Desde el punto de vista práctico, el examen morfológico siempre se hace. Cuando se considera el costo-beneficio, la ecografía es el examen complementario indispensable y suficiente.
- 4) Las pruebas bioquímicas no carecen de valor, pues pueden aportar el dato adicional al hallazgo ecográfico dudoso y justificar la punción guiada por ecografía en la investigación de metástasis metacrónicas. En definitiva, se ha adoptado la siguiente batería de pruebas para investigar metástasis latentes, en el período preoperatorio y en el control posoperatorio:
 - a) Dosaje de FA y YGT.

- b) Dosaje de CEA.
- c) Ecografía hepática.

SIGNIFICACION CLINICA DE LAS METASTASIS HEPATICAS

La presencia de metástasis hepáticas en un paciente con cáncer colorrectal, significa una sobrevida promedio de 10 meses. Esta, sin embargo, no permite conocer la historia natural de la enfermedad, pues hay casos con metástasis establecidas por biopsia, que han tenido sobrevidas superiores a 24 meses. El valor pronóstico en la evolución de las metástasis depende de muchos factores, entre los cuales juega un papel mayor, la extensión de las metástasis en el hígado.

En una serie personal de 56 enfermos con metástasis hepáticas, los que tenían una sola o se hallaban en un solo lóbulo, tuvieron una sobrevida de 17.11 ± 4.4 meses, y los que tenían tomados ambos lóbulos, 8.23 ± 1.3 meses.

Para precisar mejor las condiciones que controlan la evolución de las metástasis hepáticas, se revisaron las historias de los 1.035 pacientes de cáncer de colon o recto, tratados entre el 01-01-1973 y el 31-12-1984.

144 enfermos (13.80/o) presentaron metástasis sincrónicas. De éstos, 17 murieron más o menos rápidamente en el período posoperatorio. A 26, se les reseco la metástasis al mismo tiempo que el tumor y en 101, no se realizó tratamiento específico alguno y se estudió la evolución en función de varios criterios:

a) Estado general: La alteración del estado general fue apreciada por una pérdida de más de 5 kg de peso y la presencia de ascitis, existiendo diferencia significativa entre estos dos grupos de pacientes. (Cuadro 1).

b) Criterios biológicos: Se tuvo en cuenta el aumento tres veces superior a lo normal de la fosfatasa alcalina y el aumento de la bilirrubina con o sin subictericia. La diferencia es neta cuando hay alteración de las pruebas biológicas. (Cuadro 2a; Cuadro 2b).

c) Invasión hepática: La diferencia de evolución fue neta cuando las metástasis involucraban un lóbulo hepático o los dos. Sin embargo, esta diferencia no pareció muy significativa en este estudio, pues las lesiones localizadas fueron resecaadas, disminuyendo mucho el número de metástasis localizadas no tratadas. (Cuadro 3).

d) Extensión del tumor primitivo: Si la resección fue curativa, paliativa o el tumor se acompañó o no de adenopatías, el estado local del tumor primitivo no tuvo influencia en la evolución de las metástasis hepáticas. (Cuadro 4).

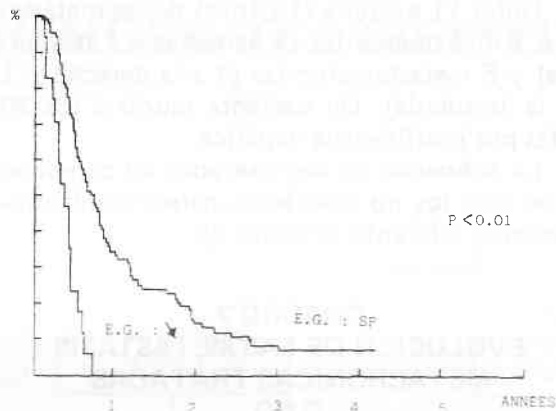
Para poder evaluar los distintos tratamientos de las metástasis y poder comparar valedablemente los resultados de los distintos estudios, es indispensable una clasificación de las metástasis hepáticas. Se adoptó la siguiente clasificación: (Ver cuadro al pie).

Cuando se estudia la sobrevida de los pacientes con metástasis no tratadas, en relación con los distintos estadios, la diferencia es significativa entre Estadio I y los otros. (Cuadro 5).

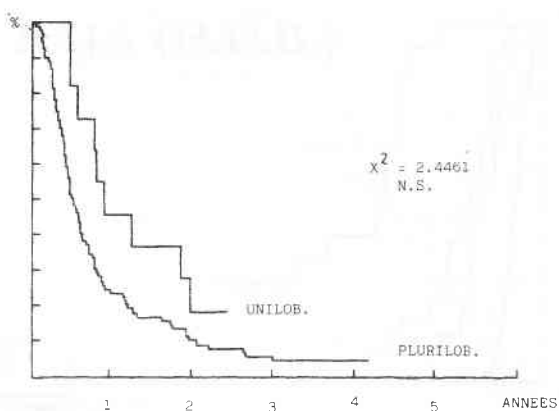
26 metástasis sobre 144 (18o/o) fueron resecaadas. Se efectuaron 2 hepatectomías derechas y 24 metastasectomías o segmentectomías (resección en cuña de los autores anglosajones): 7 en el lóbulo izquierdo, 15 en el lóbulo derecho y 2 veces en ambos lóbulos. La mortalidad operatoria fue nula. La sobrevida de los pacientes cuyas metástasis fueron resecaadas, fue significativamente diferente a la de aquellos enfermos cuyas metástasis no pudieron ser resecaadas. (Cuadro 6).

| | ESTADIO I | ESTADIO II | ESTADIO III | ESTADIO IV |
|----------------------|-----------|--------------|--------------|------------|
| CLINICA | 0 | 0 | 0 | + |
| FOSFATASAS ALCALINAS | NORMAL | NORMAL | 2x 4x | 4x |
| INVASION HEPATICA | < 25o/o | > 25 < 50o/o | > 50 < 75o/o | > 75o/o |

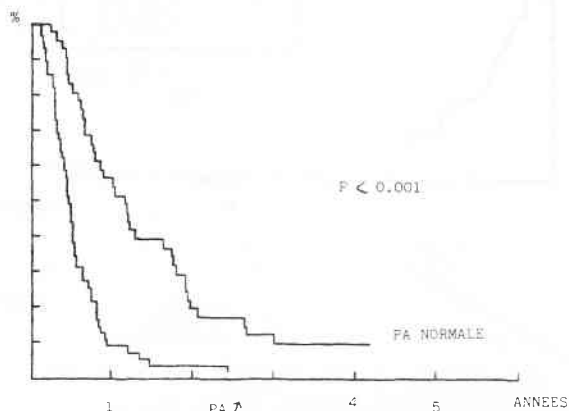
CUADRO 1
FACTORES PRONOSTICOS
DE METASTASIS SINCRONICAS
NO TRATADAS
 —En función del estado general—



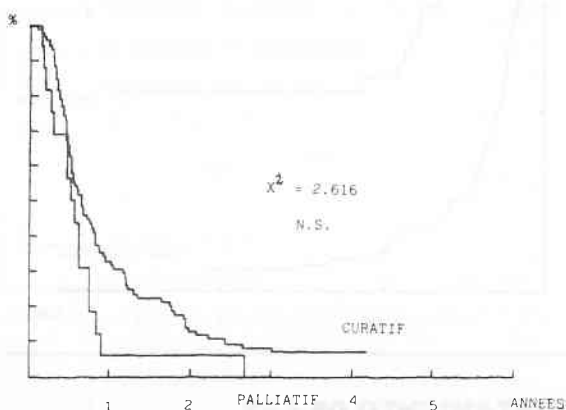
CUADRO 3
FACTORES PRONOSTICOS DE LAS
METASTASIS SINCRONICAS
NO TRATADAS
 —Según el grado de invasión hepática—



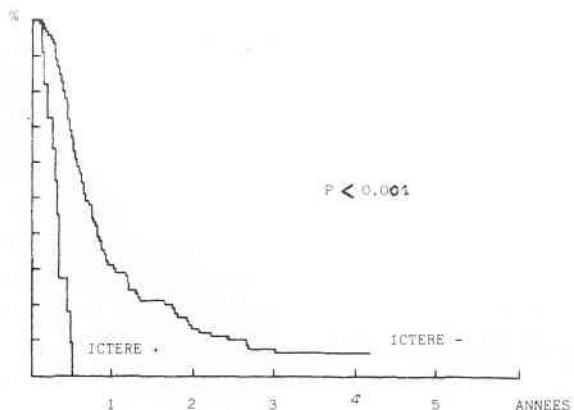
CUADRO 2
FACTORES PRONOSTICOS DE LAS
METASTASIS SINCRONICAS
NO TRATADAS
 —En función de criterios biológicos—
 a) Fosfatasas alcalinas



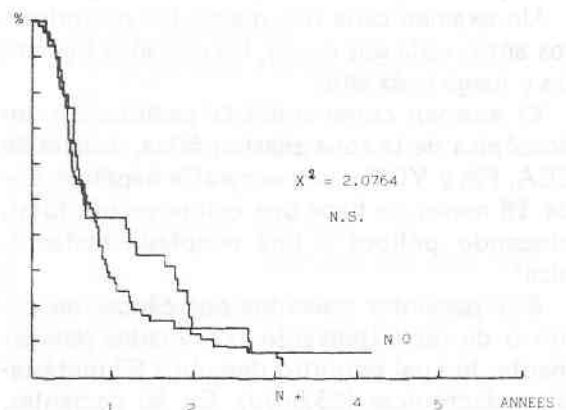
CUADRO 4
FACTORES PRONOSTICOS DE LAS
METASTASIS SINCRONICAS
NO TRATADAS
 —En función del tumor primitivo—
 a) Operación curativa o paliativa



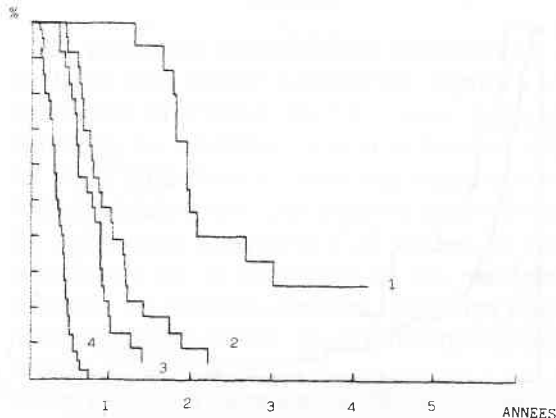
CUADRO 2
FACTORES PRONOSTICOS DE LAS
METASTASIS SINCRONICAS
NO TRATADAS
 —En función de criterios biológicos—
 b) Bilirrubina



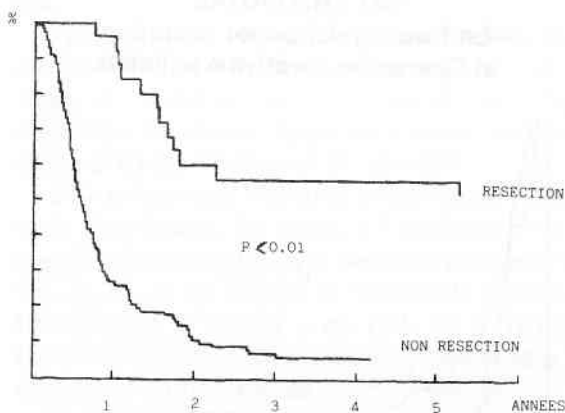
CUADRO 4
FACTORES PRONOSTICOS DE LAS
METASTASIS SINCRONICAS
NO TRATADAS
 —En función del tumor primitivo—
 b) Glanglios metastásicos o no



**CUADRO 5
EVOLUCION ESPONTANEA
DE METASTASIS SINCRONICAS EN
FUNCION DE "NUESTRA"
CLASIFICACION**



**CUADRO 6
EVOLUCION SEGUN RESECCION O NO
DE LAS METASTASIS SINCRONICAS**

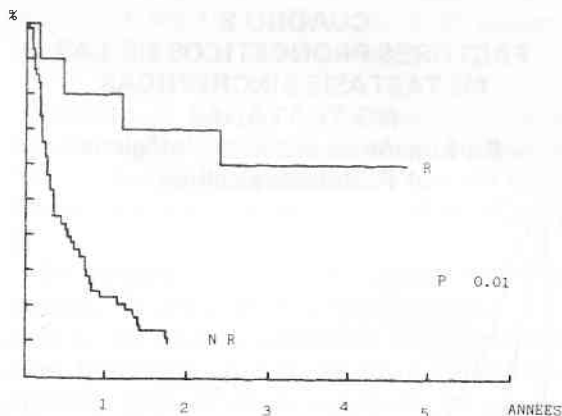


no pudieron resecarse por: 10 casos de metástasis difusas; 24, con invasión de los dos lóbulos; 17, recidivas locales; 4, alteraciones del estado general y un paciente rechazó el tratamiento.

Hubo 11 exéresis (16,4o/o) de las metástasis: 6 hepatectomías (5 derechas y 1 izquierda) y 5 metastasectomías (4 a la derecha y 1 a la izquierda). Un paciente murió a los 20 días por insuficiencia hepática.

La sobrevida de los resecados en comparación con los no resecados, parece significativamente diferente. (Cuadro 7).

**CUADRO 7
EVOLUCION DE LAS METASTASIS
METACRONICAS TRATADAS
O NO**



TRATAMIENTO DE LAS METASTASIS HEPATICAS

La investigación de las metástasis hepáticas alejadas de la operación, es el objetivo del control posoperatorio al igual que la identificación de la recidiva local.

El plan de control adoptado es el siguiente:

Un examen cada tres meses, los dos primeros años; cada seis meses, los dos años siguientes y luego cada año.

El examen comprende: la exploración endoscópica de la zona anastomótica, dosajes de CEA, FA y YGT y una ecografía hepática. Cada 18 meses, se hace una colonoscopia total, buscando pólipos o una neoplasia metacrónica.

381 pacientes operados por cáncer de colon o de recto, han sido examinados regularmente, lo cual permitió descubrir 67 metástasis metacrónicas (23,5o/o). En 56 pacientes,