Tratamiento de las metástasis hepáticas

Dr. Alberto Piñeyro *

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDLARS: Liver, Neoplasm Metastasis, Therapy.

RESUMEN

Se analizan los aspectos diagnósticos, pronósticos y terapéuticos de las metástasis hepáticas, en especial de primitivo colo-rectal. Además de los procedimientos imagenológicos clásicos, se señala la importancia diagnóstica del antígeno carcinoembrionario y la inmunocentellografía.

Se considera esencial la estadificación precisa del hígado metastásico con la finalidad de identificar los casos que se beneficiarán de la exéresis quirúrgica.

SUMMARY

It is analyzed the aspects of the diagnostics, prognosis and therapeutics of the hepatic metastasis, specially of the rectal colon. Besides, the classical image procedures, it is noted the diagnostic importance of the carcino-embryonal antigen and the inmunocentellography.

It is considered essential the exact static state of the metastatic liver in order to identify the cases that would benefit with the surgical exeresis.

RESUME

On fait l'analyses des aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques des métastases hépatiques, du primitif côlon rectal.

En plus des procédés d'imageries classiques, se détache l'importance diagnostique du antigène carciembryonnaire et l'immuno scintillographie.

On considère essentiel l'état précis du foie métastasique, ainsi pour pouvoir identifier les cas qui pourront se béneficier du exérèse chirurgicale.

METASTASIS HEPATICAS

Las metástasis hepáticas (M.H.) constituyen una preocupación mayor del oncólogo y cirujano ya que aproximadamente un 50% de los cánceres ocasionan M. H. y las mismas una vez diagnosticadas, sin tratamiento eficaz, llevan a la muerte del paciente en un plazo variable entre 3 y 9 meses.

Su tratamiento es frecuentemente decepcionante sobre todo cuando nos referimos a un primitivo de estómago, páncreas, pulmón o mama. No obstante, durante los últimos años, el tratamiento quirúrgico de las M. H. del carcinoma colo-rectal ha demostrado ser una herramienta eficaz de tratamiento. Por esto decimos, aún siendo excesivamente esquemáticos, que la cirugía del hígado metastásico queda limitada al tratamiento de las metástasis del carcinoma colo-rectal.

Para tener una idea de la importancia del tema debemos considerar: (4)

- 15-25% de los tumores colo-rectales presentan M. H. en el momento de su diagnóstico.
- Otro 15-25% las presentarán dentro de los dos años de operado el tumor primitivo.
- 80% de los pacientes que fallecen por cáncer colo-rectal tienen M. H.

* Capitán Médico.
Servicio de Cirugía General.
Jefe: Tte. Cnel. Médico Juan C. Castiglioni.

Frente a este problema, el cirujano, recordando la antigua frase de J. L. Faure "No tenemos el derecho de retroceder frente al cáncer, si queremos forzarlo a retroceder ante nosotros", no debe ofrecer una agresividad a ciegas pero sí una cirugía reglada.

- Con riesgo operatorio bajo: mortalidad operatoria menor al 10%.
- Cuando otras alternativas terapéuticas no tienen lugar.
- Como paliación y esperanza de vida para el paciente.

Como primer paso debemos analizar el diagnóstico del hígado metastásico. En nuestro medio nos manejamos con:

- 1o. Clínica.
- 2o. Bioquímica (fosfatasa alcalina y gamaglutamil-transpeptidasa).
- 3o. Laparoscopía y punción biópsica hepática
- 4o. Ultrasonido.
- 5o. Tomografía computada.

Como nos estamos refiriendo esencialmente a las M. H. del carcinoma colo-rectal, debemos agregar dos procedimientos que hemos utilizado en nuestro medio con buenos resultados:

- El antígeno carcino-embrionario (CEA): gluco-proteína de alto peso molecular, de valor normal por debajo de 2,5 ng/ml. En el post operatorio de una resección por carcinoma colo-rectal, una elevación del CEA especialmente con valores cuatro veces superior a lo normal, es índice fiel de recurrencia tumoral, frecuentemente a nivel hepático. (6)

- La inmunocentellografía (I. C.): o sea, la localización mediante scanner externo de áreas de radioactividad anormal, luego de la inyección de anticuerpos monoclonales marcados. En nuestro medio, se utiliza la inmunoglobulina G, ante CEA, que una vez inyectada, detecta las células productoras de CEA y esta reacción antígeno-anticuerpo es evidenciada mediante gama-cámara. (3)

Una vez diagnosticada la lesión hepática, el paso siguiente es su estadificación. Nos manejamos fundamentalmente con dos clasificaciones:

1) Clasificación Japonesa:

- H1: metástasis en un sólo lóbulo.
  H1s: única o solitaria.
  H1m: múltiple.
- H2: metástasis en ambos lóbulos, escasas.
- H3: metástasis en ambos lóbulos, múltiples.

2) Clasificación del Instituto Tumor Milán (L. Gennari). (2)

- H1: Compromiso de menos del 25% del parenquina hepático.
- H2: Compromiso entre 25-50%.
- H3: Compromiso 50-75%.

Cada estadio a su vez subclasificado con
s = solitaria
m = múltiple
b = bilateral.

La evaluación, exacta del compromiso hepático es esencial, ya que ha quedado demostrado que el pronóstico de la resección hepática depende: (1)

- Fundamentalmente de la extensión de la lesión hepática.

Se discuten además otros factores.

- Metástasis sincrónicas o metracrónicas.
- Tipo de cirugía.
- Valor pre-operatorio del C.E.A.
- Grado de Dukes.
- Resección simultánea o diferida con respecto a la exéresis del tumor primario.

Luego de diagnosticada y estadificada la lesión hepática, el cirujano debe plantearse las siguientes preguntas:

1) ¿Qué metástasis resecar?
2) Resección simultánea o diferida con respecto al tratamiento del tumor primario?
3) ¿Qué tipo de exéresis efectuar?

Sin existir actualmente unanimidad de criterios, las respuestas a estas interrogantes son:

1) La lesión estadificada como H1s es de indicación quirúrgica indiscutible (5-25% de los M. H.).
   Las metástasis múltiples, no más de cuatro, ubicadas en un sólo lóbulo y próximas, pueden ser quirúrgicas.
2) La resección hepática debe hacerse en forma diferida, dos o tres meses luego de la exéresis

del tumor primitivo. Esta conducta puede ser variada en el caso de metástasis pequeñas de segmentos II y III del lóbulo izquierdo.

3) La metastasectomía debe de ser el procedimiento de elección. En ocasiones el tamaño de la lesión puede obligar a practicar una lobectomía o hepatectomía.

El pronóstico de la resección de las lesiones H1s muestra una sobrevida de tres años del 40% y a cinco años del 24.9%. (4)

La exéresis es uno de los procedimientos quirúrgicos, el más importante; también debemos citar: (5)

— La desarterialización.
— La embolización.
— La perfusión intraarterial por bomba de mono o poliquimioterapia.

Por último debemos al menos dejar planteada, la hipótesis del trasplante hepático, tan en auge en el momento actual. A pesar de que, las principales estadísticas señalan al hígado tumoral como un mal candidato para ello.

BIBLIOGRAFIA

1. ADSON M.— Resection of liver metastases. When is it worthwhile. World. Jour. Surg. 11, 511, 1987.
2. GENNARI L. DOCI R., BOZZETTI F. BIGNAMI P.— Surgical treatment of hepatic metastases from colo-rectal cancer. Ann. Surg. 203, 49, 1986.
3. GOLDENBERG D., KIM E., BENNETT S., NELSON M. DELAND F. — Carcinoembryonic antigen radioinmunodetection in the evaluation of colo-rectal cancer and in the detection of occult neoplasms. Gastroent. 84, 524, 1983.
4. NORDLINGER B., QUILICHINI M. A., PARC R., HANNOUN L., DELVA E., HUGUET C.— Hepatic resection for colo-rectal liver metastases. Ann. Surg. 205, 256, 1987.
5. PETTAVEL J.— Les pompes pour chimiotherapie intrahepatique. Perspectives d'avenir. Ann. de Chir. 40, 45, 1986.
6. WANEBO H., STEARNS M., SCHWARTZ M.— Use of C.E.A. as an indicator of early recurrence and as a guide to a selected second look procedure in patients with colo-rectal cancer. Ann. Surg. 188, 481, 1978.