

Cáncer de colon con infiltración a pared abdominal: un reto diagnóstico

Colonic cancer with infiltration to the abdominal wall: a diagnostic challenge

Himerón Limaylla Vega¹, Alejandro Alfaro Lozano², Midori Torpoco Rivera³,
Anna Paredes Temoche⁴, Alvaro Soto Mosquera⁴

¹ Cirujano oncólogo, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

² Médico patólogo, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

³ Interno de Medicina, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

⁴ Estudiante de Medicina Humana, Sociedad Científica de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Recibido: 30-3-18

Aprobado: 12-11-18

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente mujer de 53 años procedente de Piura con un tiempo de enfermedad de 20 meses, caracterizado por dolor en sitio de herida quirúrgica por colecistectomía abierta realizada hace 3 años, asociado a presencia de una masa en dicha zona, posteriormente se absceda y comienza a drenar secreción alimentaria. Los estudios de imágenes revelaron una masa dependiente de colon transverso en contacto con estómago y pared abdominal que presentaba fistulas hacia piel. Dicha masa fue extraída durante la cirugía con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma mucinoso de colon. El caso representó un reto diagnóstico para el equipo médico y en vista de las diversas manifestaciones clínicas del cáncer de colon, sugerimos mantenerlo presente como diagnóstico diferencial en cuadros de absceso de pared abdominal y fistulizaciones entéricas.

Palabras clave: Cáncer de colon; Absceso, Absceso; Fístula (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

We present the case of a 53-year-old woman with a time of illness of 20 months, characterized by pain at the site of surgical intervention for opened cholecystectomy 3 years ago, associated with a presence of a mass in said area, with the following abscess formation and fistulization of food content. Imaging studies revealed a mass dependent of the transverse colon, in contact with stomach and abdominal wall and presenting fistulas to the skin. Said mass was extracted during surgery with anatomopathological result of mucinous colon adenocarcinoma. The case represented a diagnostic challenge for the medical team and in view of the variety of clinical manifestations of colonic cancer, we suggest that it should be consider as a differential diagnosis in cases of abdominal wall abscess and enteric fistulas.

Keywords: Colonic neoplasms; Abscess; Fistula (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una importante causa de morbilidad y mortalidad en el Perú, es así que entre el 2006 y 2011 se diagnosticaron 3671 casos, lo que representó 3,3% del total de cánceres diagnosticados en nuestro país⁽¹⁾. Asimismo, este fue la quinta causa de muerte por cánceres, responsable de aproximadamente 1700 muertes en el 2011⁽¹⁾.

La presentación clínica, tratamiento y pronóstico varía según la localización topográfica del cáncer de colon, que puede ubicarse desde la válvula ileocecal hasta la unión rectosigmoidea.

Alrededor del 23% de estos cánceres se puede ubicar en colon transverso⁽²⁾, y por su naturaleza maligna infiltrar a estructuras adyacentes, por lo que en raras ocasiones se puede tener presentaciones clínicas poco usuales, como abscesos, y representar un reto diagnóstico.

En el presente caso, exponemos una presentación inusual del cáncer de colon, manifestada como absceso en pared abdominal y formación de fistulas hacia múltiples estructuras adyacentes, los exámenes auxiliares y de imágenes no ayudaron a discernir el diagnóstico final debido a que se pensó en otra probabilidad diagnóstica en relación a los antecedentes y clínica que presentó la paciente. La cirugía en este caso también tuvo gran importancia diagnóstica y terapéutica.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, procedente de Piura, con antecedente quirúrgico último de colecistectomía abierta hacía 3 años por colecistitis crónica calculosa. Es hospitalizada en el servicio de cirugía con un tiempo de enfermedad de 20 meses caracterizado por dolor tipo ardor que inició en el sitio de herida quirúrgica post-colecistectomía y progresó de hipocondrio derecho hacia epigastrio,

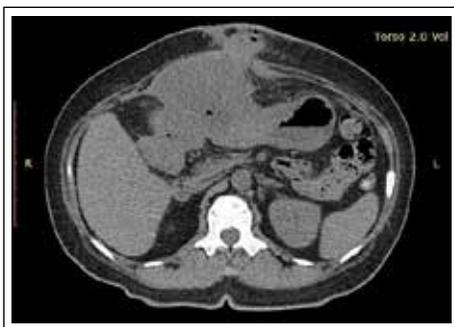


Figura 1. Tomografía axial de abdomen sin contraste donde se evidencia tumoración que compromete colon transverso, antro gástrico y se proyecta hacia pared abdominal infiltrando tejido adyacente. La flecha señala presencia de gas en fístula hacia pared abdominal.

aumentando en intensidad. Así mismo, la paciente refiere notar una tumoración abdominal de 1 cm x 1 cm ubicada en epigastrio, medial a su cicatriz postquirúrgica que crece progresivamente, concomitante con cambios eritematosos en la piel y con sensación pulsátil, por lo cual se aplica paños de agua fría en la zona. En las semanas siguientes cursa con sensación de alza térmica, escalofríos, hiporexia y malestar general.

Aproximadamente 11 meses desde que iniciaron los síntomas, la paciente refiere que dicha masa eritematosa se absceda y drena contenido purulento, por lo que acude a un consultorio particular donde le limpian la herida y le recetan tratamiento médico. Después de 3 días refiere salida de contenido alimentario postprandial por la misma zona donde drenó el material purulento. En los meses siguientes se intensifica su hiporexia y malestar general, añadiéndose palidez y mareos a la clínica mencionada, al no encontrar solución a su cuadro, acude a Lima al presente nosocomio.

El examen físico reveló palidez de mucosas y un abdomen globuloso, asimétrico por aumento de volumen en epigastrio, cicatriz queloide de 9 cm de largo en hipocondrio derecho y lesión eritematosa en epigastrio y mesogastrio. Se palpa una masa dolorosa en epigastrio y mesogastrio, poco móvil, de aproximadamente 20 cm x 15 cm de cuyo centro se evidenciaba secreción de material purulento. No hubo otros hallazgos significativos en el resto del examen físico.

Los exámenes de laboratorio mostraron que la paciente tenía anemia (Hb: 5,8 g%) e hipoalbuminemia (2,73 g/dL). Estas alteraciones fueron corregidas previo a la cirugía. El examen de sangre oculta en heces (Thevenon) fue positivo y el cultivo de secreción de la herida fue positivo para *Escherichia coli* betalactamasa de amplio espectro.



Figura 2. Hallazgo intraoperatorio donde se señala con una 'X' la infiltración de la neoplasia a pared abdominal y tejidos blandos adyacentes. En la parte izquierda de la imagen se observa parte del estómago todavía adherido a la masa tumoral, la flecha negra señala un agujero en antro gástrico que se comunicaba con pared abdominal, hacia al exterior. En la parte derecha de la imagen se observa porción de colon transverso adherido a la masa tumoral. Las pinzas sujetan bordes de estómago libres de neoplasia.

En la endoscopia se observó compresión extrínseca de antro gástrico y presencia de úlcera en antro proximal con convergencia de pliegues mucosos con un orificio fistuloso central. Se le realizó fistulografía con administración de contraste hidrosoluble yodado por el orificio fistuloso, lo cual evidenció un trayecto fistuloso de hasta 4 mm de diámetro y hasta 2 cm de profundidad paralelo a las vértebras lumbares (L1-L2), donde se aprecia retención de sustancia de contraste en pared abdominal y pasaje de esta hacia luz intestinal de asas delgadas.

La tomografía abdominal (Figura 1) mostró una masa dependiente de colon transverso, con bordes poco definidos, en íntimo contacto con paredes de antro gástrico y pared abdominal anterior que invade tejidos adyacentes. No se evidencian adenomegalias periaórticas ni ilíacas proximales.

El hallazgo intraoperatorio (Figura 2) fue de una tumoración de 15x15x14 cm en pared abdominal a nivel de epigastrio por donde se constataron 2 orificios fistulosos, el tumor comprometió cuerpo y antro gástrico además del borde antimesentérico del colon trasverso, sin líquido libre o adenopatías evidentes. Se realizó una resección radical del tumor de pared abdominal con una gastrectomía subtotal y resección parcial del colon trasverso. La biopsia por congelación resultó ser compatible con neoplasia maligna, se enviaron muestras para su análisis anatomopatológico.

La anatomía patológica concluyó adenocarcinoma mucinoso medianamente diferenciado de colon transverso (Figura 3) fistulizado a pared abdominal y a estómago, los bordes quirúrgicos intestinales no

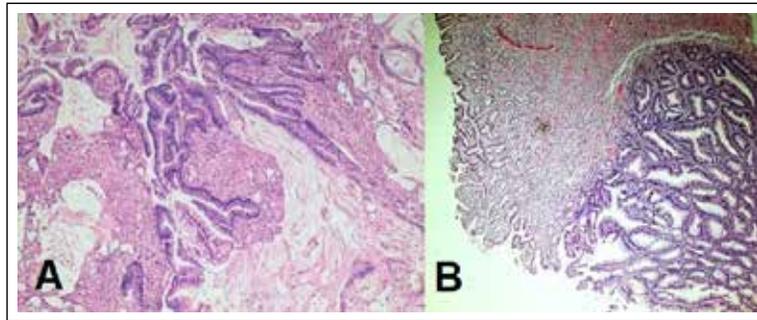


Figura 3. Coloración hematoxilina eosina. A) Aumento 40X. Se observa proliferación neoplásica maligna en colon, de estirpe epitelial glandular, con un grado de diferenciación moderado y con producción de mucina. B) Aumento 20X. Muestra de fístula gastro-colónica. Hacia el lado izquierdo se observa mucosa gástrica antral y hacia la derecha se observa la proliferación neoplásica maligna epitelial que corresponde a adenocarcinoma de colon, que se extiende e infiltra la pared gástrica hasta la mucosa gástrica.

estaban comprometidos. El tejido comprometido contiguo a la fístula enterocutánea fue compatible con adenocarcinoma mucinoso de colon mientras que la mucosa gástrica antral presentó adenocarcinoma túbulo vellosos medianamente diferenciado, por lo cual se enviaron muestras para el análisis inmunohistoquímico para determinar la estirpe y el origen de la neoplasia, el cual informó adenocarcinoma primario de colon que se extiende a pared gástrica y partes blandas adyacentes (CDX2 positivo, CK20 positivo y CK7 negativo) (Figura 4).

DISCUSIÓN

Los cánceres colorrectales (CCR) localmente avanzados son aquellos que invaden órganos adyacentes sin metástasis a distancia y representan del 5% al 22% de todos los CCR (3). Estos tipos de cáncer conforman una entidad con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, por lo cual el CCR es uno más de los grandes imitadores en medicina.

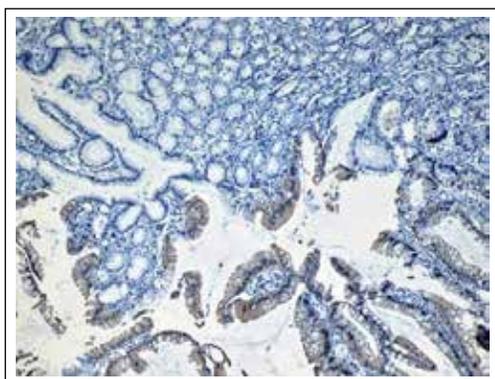


Figura 4. Inmunohistoquímica CK20, aumento 20X. Muestra de fístula gastro-colónica: positividad (color marrón) en la proliferación neoplásica colónica infiltrante y negativo en la mucosa gástrica (a la izquierda y arriba).

La formación de abscesos es rara (0,3% - 0,4% de los CCR) ⁽⁴⁾ y los abscesos de pared abdominal anterior como una complicación de la invasión directa y la perforación del tumor son una presentación inusual ^(5,6). Los carcinomas colónicos perforativos representan el 2,6 - 7,8% de los CCR y mayormente ocasionan abscesos intraabdominales, raramente se presentan como abscesos extraabdominales, incluidos en este grupo el absceso retroperitoneal, de pared abdominal y subcutáneo del muslo ^(3,7,8).

Se han descrito casos de celulitis en pared abdominal sin otros síntomas asociados o asociados solo con fiebre, con el posterior desarrollo de abscesos en la zona que resultaron en cáncer de colon ^(6,9). La escasa presentación de la clínica o la falta de síntomas gastrointestinales al inicio hace complicado el diagnóstico precoz.

La primera presunción diagnóstica en el presente caso fue absceso de pared abdominal por cuerpo extraño como complicación post quirúrgica de la colecistectomía abierta previa. Sin embargo, los cuerpos extraños en cirugía no son frecuentes, su incidencia tiene valores bastante variables, descritos entre 1 en 1000 y 1 en 18 000 operaciones ⁽¹⁰⁾. En la mayoría de casos, estos cuerpos extraños corresponden a los textilomas, que incluyen gasas, compresas, campos quirúrgicos; y en menor porcentaje otros cuerpos ⁽¹¹⁾.

En un caso también reportado en Perú, una paciente acudió a consulta por la presencia de una masa epigástrica de 15x9 cm. Como antecedente de importancia había sido sometida a una colecistectomía cuatro años antes.

Si bien en dicho caso no hubo fistulización ni salida de contenido alimentario, la clínica de masa abdominal palpable posterior a un procedimiento quirúrgico abdominal hizo pensar en la presencia de un cuerpo

extraño, hecho que no fue posible diagnosticar solo con los exámenes auxiliares, sino que requirió de la cirugía y exámenes de anatomía patológica para confirmar el diagnóstico ⁽¹¹⁾.

También se han encontrado cuerpos extraños tras cirugías laparoscópicas ⁽¹²⁾, por lo que ningún tipo de procedimiento está exento de este tipo de complicaciones y es por ello que, tras un antecedente de cirugía, el diagnóstico diferencial del presente caso incluyó la presencia de cuerpo extraño.

La principal manifestación clínica de nuestra paciente fue dolor e inflamación en la zona afectada, que fue relacionada como complicación de su previa colecistomía abierta, lo que retrasó el diagnóstico certero. La posterior formación de absceso y fistulización como manifestaciones tardías de su enfermedad y subsiguiente compromiso sistémico hizo que acudiera a un centro de mayor complejidad, sin embargo, fue la cirugía la que abrió paso a la determinación del diagnóstico final de adenocarcinoma mucinoso de colon.

Cabe resaltar que, respecto al tipo histológico, se ha informado que el 36,7% de los cánceres de colon que se presentaban como absceso de pared abdominal anterior eran carcinomas mucinosos ⁽¹³⁾, siendo una posible explicación porque el carcinoma mucinoso es de crecimiento lento y generalmente se propaga por extensión directa ⁽⁸⁾.

El caso descrito en este artículo representó un reto diagnóstico para el equipo médico que maneja el caso tanto antes, durante y después de la cirugía. Por tanto, y debido a la importancia del diagnóstico precoz en el tratamiento y pronóstico del cáncer de colon y en virtud de sus variedades de manifestaciones clínicas, se deben realizar más estudios para descartar el carcinoma colónico y mantenerlo presente como diagnóstico diferencial en cuadros de abscesos de pared abdominal y fistulizaciones entéricas.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del cáncer en el Perú. Lima: MINSA; 2013.
2. Symonds DA, Vickery AL. Mucinous carcinoma of the colon and rectum. *Cancer*. 1976;37(4):1891-900.
3. Aarons CB, Shanmugan S, Bleier JL. Management of malignant colon polyps: Current status and controversies. *World J Gastroenterol*. 2014;20(43):16178-83.
4. Hung H-Y, Yeh C-Y, Changchien C-R, Chen J-S, Fan C-W, Tang R, et al. Surgical resection of locally advanced primary transverse colon cancer—not a worse outcome in stage II tumor. *Int J Colorectal Dis*. 2011;26(7):859-65.
5. Kargar S, Arjmandzadeh E, Ehsani F, Alavizadeh F, Talebi S. Atypical presentation of sigmoid colon carcinoma as right lower quadrant abdominal wall abscess: the visible part of iceberg. *J Case Reports Pract*. 2017;5(1):4-6.
6. ElGendy K, Al Duhileb M, Salem A. Transverse colon cancer presenting as acute abdominal wall abscess. *BMJ Case Rep*. 2014;3-5.
7. Al-Hendal a, Al-Masri W, Al-Mishaan M, Alexander S. Abscess of the abdominal wall resulting from perforated ascending colon cancer. *Gulf J Oncolog*. 2009;(5):60-3.
8. Matsumoto G, Asano H, Kato E, Matsuno S. Transverse colonic cancer presenting as an anterior abdominal wall abscess: report of a case. *Surg Today*. 2001;31(2):166-9.
9. Bischoff K, López C, Shaffer K, Schwaizberg S. colorectal adenocarcinoma presenting as abdominal wall cellulitis. *Radiol Case Reports*. 2008;3(3):204.
10. Wan W, Le T, Riskin L, Macario A. Improving safety in the operating room: A systematic literature review of retained surgical sponges. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2009;22(2):207-14.
11. Díaz Plasencia J, Tantaleán Ramella E, Balmaceda Frassel E, et al. Cuerpo extraño en el abdomen: a propósito de un caso. *Rev Gastroenterol del Peru*. 2001;21(3):229-33.
12. Grass F, Fournier I, Bettschart V. Abdominal wall abscess after cholecystectomy. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):334.
13. Merrill JG, Dockerty MB, Waugh JM. Carcinoma of the colon perforating onto the anterior abdominal wall. *Surgery*. 1950;28(4):662-71.

Correspondencia:

Midori Torpoco Rivera

Teléfono: 942862980

Dirección: Jr. Ramón Cárcamo 785 Condominio Parque Central Torre E Dpto 305, Cercado de Lima, Lima, Perú.

E-mail: midorintr@gmail.com