

TUMOR INFLAMATORIO INESPECIFICO DE COLON DERECHO (*)

Dr. Guaymirán Ríos Bruno

Anamnesis: N. D. M. N. (Nair De Mello Netto), brasilera 35 años (H. C.: 14811).

Consulta el 1 - 4 - 60 enviada por médico con diagnóstico clínico de tumor maligno de colon inextirpable y con un proceso oclusivo agregado. Comienza un año atrás con una dispepsia atípica acompañada de dolores de H. D. catalogada como de biliar, su cuadro no cede y con el correr del tiempo hace varios episodios de diarreas y constipación acom-

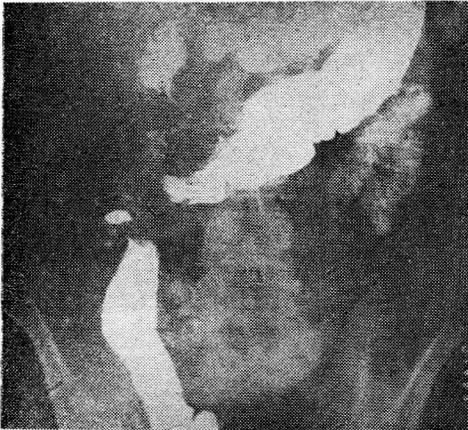


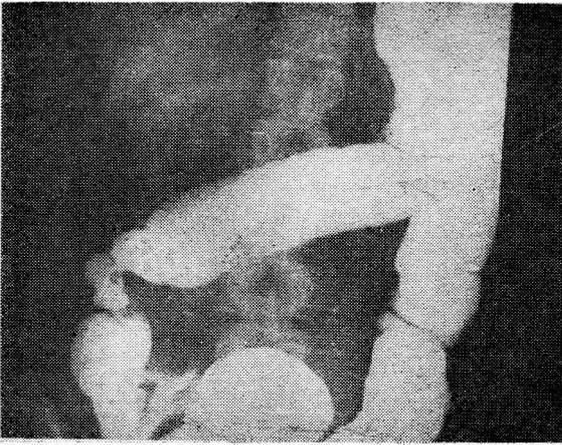
FIG 1

pañados de fiebre que es tratado como una colitis aguda y ceden rápidamente. Desde hace tres meses tinte anémico de piel y mucosas y toque general importante acompañado de cuadros típicos suboclusivos, consulta médico quien le comprueba una gruesa tumoración de flanco e H. derecho, le efectúa estudio coprológico repetido que es negativo y un estudio Rx que muestra "Tumoración de ángulo hepático de colon que infiltra la segunda porción del duodeno". (Fig. 1 y 2).

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad n. Cirugía el día 12 de julio de 1961.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

El hemograma en ese momento muestra una discreta anemia (3,800.000). Es vista por nosotros el 1-4-60 comprobando una enferma anémica, adelgazada, deshidratada con una gruesa tumoración de flanco e H. D. inmóvil, dura e indolora.. La auscultación, abdominal muestra ruidos hidroaéricos y se observa una reptación franca se diagnostica **NEOPLASMA DE COLON DERECHO CON OCLUSION INTESTINAL**. Y el 9-4-60 se efectúa una **LAPAROTOMIA EXPLORADORA** comprobándose un enorme tumor macroscópicamente neoplásico que comprende prácticamente todo el colon derecho, infiltra páncreas, duodeno, mesentérica superior y cava inferior, la última asa ileal muestra signos de oclusión crónica. No se efectúa biopsia por temor de abrir el colon y se hace una **ILEOTRANSVERSOTOMIA** con fines paliativos de su oclusión.



La evolución es buena y se da de alta a los 8 días. La enferma vuelve al Brasil y a los once meses logramos verla nuevamente y con sorpresa encontramos un buen estado general, ha desaparecido la anemia y la tumoración abdominal prácticamente no se palpa, le proponemos una laparotomía exploradora lo que la enferma acepta previamente le efectuamos un estudio radiológico del colon (Fig. 3) que muestra la persistencia de la estenosis.

El 7-3-61 se efectúa una **LAPAROTOMIA EXPLORADORA**. Y se comprueba que la tumoración ha disminuído de tamaño por lo que sospechamos que se trata de un tumor inflamatorio y efectuamos una **HEMICOLECTOMIA DERECHA** su evolución es buena y es dada de alta. El examen anatomopatoló-

gico de la pieza mostró que se trataba de un PROCESO INFLAMATORIO CRONICO SIN ESPECIFICIDAD (Br. Toledo informa N° 31284).

Creemos se trata de un caso sumamente ilustrativo pues esta enferma se creía perdida y si no se le hubiese efectuado una laparotomía se habría ocluido a breve plazo, de ahí la enseñan-



FIG. 3

za de que la laparotomía debe ser obligatoria en casos aún considerados perdidos pues siempre hay algo que hacer en ellos.

Otro punto interesante es la etiología que en este caso no se pudo conocer, incluso se consultó al Dr. Mac Kinon por la posibilidad de una micosis no común, la que fue descartada por dicho colega, no existían antecedentes de amibiasis ni de ingestión de cuerpos extraños y el resto del colon era normal.