

Colitis isquémica asociada a cáncer de colon

A PROPOSITO DE UN CASO

Dres. Mario Lanza, Luis Rivero, Omar Rudnitzky y
Jorge Bermúdez

Se presenta una observación de cáncer de sigmoides, asociado a una colitis isquémica en su etapa de estenosis.

Se destaca la poca frecuencia de esta asociación, probablemente por las diferentes formas evolutivas de la colopatía isquémica, o por no quedar incluidas en la pieza de resección.

Se enfatiza en la utilidad del diagnóstico preoperatorio, como en este caso, pudiendo ir al acto operatorio con un plan correcto de tratamiento.

Se señalan las directivas terapéuticas, destacando en este caso que la operación efectuada trató las dos lesiones, quedando perfectamente comprobadas por la anatomía patológica.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Colonic neoplasms

INTRODUCCION

Desde hace más de 30 años se ha descrito la asociación de colitis segmentaria proximal al cáncer de colon (8) y existen publicaciones en forma intermitente desde 1960 en adelante. (9)

El cáncer de colon izquierdo se presenta como una enfermedad de evolución insidiosa y el enfermo en general, relata una historia de constipación en aumento, pudiendo llegar a cuadros suboclusivos o a la oclusión completa con o sin enterorragias.

La colitis isquémica asociada, complicando esta enfermedad altera la evolución habitual del carcinoma, intercalando episodios agudos asociados con dolor abdominal, fiebre, vómitos, diarreas y a menudo postración.

Según Astiz y col. (1) el estudio retrospectivo parece indicar que en estos enfermos predominan los síntomas de colitis sobre los típicos de cáncer. Esta alteración en la historia natural del cáncer de colon izquierdo puede hacer surgir la sospecha en la mente del clínico más sagaz de la posibilidad de la asociación de estos dos procesos. Por otra parte, el reconocer esta asociación, es muy importante para el manejo correcto preoperatorio e intraoperatorio del paciente.

CASO CLINICO

Paciente de 65 años, sexo masculino, que consulta por dolor de tipo cólico en F.I.I. e hipogastrio, intenso, y pos-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10/6/81.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Fac. Med. Montevideo. Practicantes Internos y Residente de Cirugía. M.S.P.

Dirección: Donizetti 1369 bis. Montevideo (Dr. M. Lanza).

Clínica Quirúrgica "1" Prof. B. Delgado. Hospital Pasteur. Montevideo.

teriormente pujos y tenesmo rectal con enterorragia que alivian su sufrimiento. En los días siguientes repite la enterorragia en tres oportunidades, en menor cantidad y sin repercusión general. No presenta antecedentes de importancia. Al examen: buen estado general, apirético y sin anemia clínica. Abdomen: dolor espontáneo en F.I.I. donde se palpa tumoración dolorosa que mejoró luego de tratamiento médico. T.R.: s/p. Sangre roja al guante.

Se efectuó R.S.C. que muestra a los 14 cm. sobre cara lateral derecha pequeño pólipo de 5 mm. que se reseca en su totalidad y se envía a anatomía patológica, comprobándose que se trataba de un pólipo adenomatoso rectal de tipo tubular sin atipias. El colon por enema muestra en el colon descendente e inicio del sigmoides un sector de paredes rígidas que se mantienen en todas las placas, con dilatación proximal; y en el pie del asa sigmoidea una lesión pequeña, corta, estenosante, con aspecto de neoplasma. La fibrocolonoscopia hasta 45 cm. muestra una lesión en el sigmoides distal, informando la biopsia que se trata de un adenocarcinoma bien diferenciado. Se operó el 18/11/80 comprobándose lesión neoplásica exteriorizada de sigmoides y en el descendente una zona estenosada, rígida, correspondiendo probablemente a una lesión inflamatoria o isquémica. Se efectuó una colectomía izquierda englobando las dos lesiones y anastomosis termino-terminal en monoplano extramucoso del descendente con el recto. Evolución sin incidentes. La A.P. de la pieza muestra que la lesión del sigmoide corresponde a un adenocarcinoma bien diferenciado, ulcerado e infiltrante, sin colonización ganglionar. La lesión colónica proximal puede corresponder a la fase cicatrizal, inespecífica, de una colitis isquémica.

DISCUSION

La colitis isquémica se ve más frecuentemente en pacientes añosos, pero es aún una enfermedad poco común. Por el contrario, el cáncer de colon es de diagnóstico diario y la más frecuente causa de oclusión de colon. Su verdadera frecuencia (2) es desconocida, pues si bien no hay muchos casos descriptos, es posible que la colitis hubiera curado en el momento de la resección, o haber quedado afuera del área extirpada. Schwartz y col. (12) señalan que el 10% de sus 90 pacientes con colitis isquémica tienen asociado neoplasma, lo cual sería, al parecer, una cifra muy elevada. La mayoría de los autores (4), (6), (11) señalan que es una asociación no frecuente, siendo la incidencia del 1% o menos.

La localización más frecuente de la colitis isquémica es el ángulo esplénico, separada por un seg-

mento de colon normal, del neoplasma. (10) El ángulo esplénico y sigmoides son las dos zonas más frecuentes pues son los puntos de circulación crítica. El compromiso no neoplásico del colon fue descrito inicialmente de varias maneras, pero en 1966 Glotzer y col. (5) enuncian la teoría de que la isquemia era el factor inicial patogénico importante, lo que es aceptado actualmente. Esta isquemia se vincula al aumento de presión intraluminal. El colon por enema es el examen más importante y muestra la imagen típica de "thumbprint" (compresión digital) o seudotumor, producida por la hemorragia submucosa, que desaparece en estudios siguientes. La sigmoidoscopia con biopsia es útil si las lesiones están al alcance del aparato y hay cambios histológicos característicos. La evolución puede seguir (3) un curso favorable, con curación radiológica en 1 o 2 semanas o presentar ulceraciones que curan entre 1 y 6 meses. Las recidivas serían posibles entre 10 y 13% de los casos, pero también puede producirse una estenosis. Si bien el tratamiento debe ser primordialmente médico ante el episodio agudo, debemos saber que en la fase de estenosis la indicación operatoria se plantea frente a un cuadro oclusivo, por hemorragias concomitantes o por el temor de un cáncer.

RESUME

Colite ischémique associée au cancer du côlon, à propos d'un cas.

Il s'agit d'une observation d'un cancer de sigmoïdes, associé à une colite ischémique à l'étape de sténose.

Il est à remarque la rareté de cette association probablement due aux différentes formes d'évolution de la colopathie ischémique, ou du fait que celles-ci n'ont pas été incluses dans la pièce de resection.

Nous insistons sur l'utilité du diagnostic préopératoire, comme dans ce cas, permettant pour l'acte opératoire d'avoir un plan correct de traitement.

Il est à remarquer les directives thérapeutiques en détaillant pour ce cas, que l'opération effectuée a traité les deux lésions, cela ayant été parfaitement prouvé par l'anatomie pathologique.

SUMMARY

Ischemic colitis associated with colonic cancer. Report of one case.

Report of one case of sigmoidal cancer associated with ischemic colitis stenosing stage.

This is a rare association, probably due to the different evolutive forms of ischemic colopathy, or else to the fact they are not included in resected specimens.

Preoperative diagnosis is most useful --as with this patient-- since it allows the surgeon to planified treatment prior to operation.

Therapy is described highlighting the fact that --in this instance-- both lesions were treated in the same operation and were perfectly confirmed by anatomo-pathology.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASTIZ, J.M.A. y MASCI, V.: Colitis segmentaria. Cong. Latinoamer. Proctol. 3, 1966.
2. ASTIZ, J.M.A., MORBIDELLI, P., DEMARCO, R. y HEIDENREICH, A.: Colopatías Isquémicas. Pren. Med. Argent., 64: 160, 1977.
3. BOLEY, S.J., SCHWARTZ, S.; LASH, J. and STERNHILL, V.: Reversible vascular occlusion of the colon. Surg. Gynec. Obstet., 116: 53, 1963.
4. GANCHROW, M.I., CLARK, J.F.; BENJAMIN, H.G.: Ischemic colitis proximal to obstructing carcinoma of the colon: report of a case. Dis. Colon Rectum, 14: 38, 1971.
5. GLOTZER, D.J., Pihl, B.C.: Experimental obstructive colitis. Arch. Surg., 92: 1, 1966.
6. GLOTZER, D.J.; ROTH, S.I., WELCH, C.E.: Colonic ulceration proximal to obstructing carcinoma. Surgery, 56: 950, 1964.
7. HURWITZ, A.; KHAFIF, R.A.: Acute necrotizing colitis proximal to obstructing neoplasms of the colon. Surg. Gynec. Obstet., 111: 749, 1960.
8. KREMEN, A.J.: Acute colonic obstruction secondary to carcinoma of the sigmoid colon with gangrene of an extensive segment of the large bowel. Surgery, 18: 335, 1945.
9. LEWIN, J.R. and HAHN, H.S.L.: Ischemic colitis associated with colonic carcinoma: report of a case. Dis. Colon Rectum, 22: 328, 1979.
10. PUGLIONISI, A.; ASOLE, F.; MONTOVANI, M.: Le colonopatie segmentarie a monte di stenose neoplastiche. Chir. Gastroint., 7: 47, 1973.
11. SAEGESSER F., SANDBLOM, P.: Ischemic lesions of the distended colon: A complication of obstructive colorectal cancer. Am. J. Surg., 129: 309, 1975.
12. SCHWARTZ, S.S.; BOLEY, S.J.: Ischemic origin of ulcerative colitis associated with potentially obstructing lesions of the colon. Radiology, 102: 249, 1972.