

Tumores sincrónicos colorectales

Dres. Jorge Baldizán, Alberto Estefan, Nisso Gateño,
Omar Rompani y Teodoro Navarro

La incidencia de las lesiones sincrónicas colorectales sobre el total de pacientes con tumores de colon es promedialmente de un 4,5 % en las diversas estadísticas. Los autores presentan 5 casos de lesiones sincrónicas de colon de su observación personal con el objetivo de destacar los problemas de diagnóstico y táctica quirúrgica que ellas presentan.

Se enfatiza la importancia de la radiología y la colonoscopia tanto para el diagnóstico como para el control postoperatorio. Se discute la táctica quirúrgica a emplear en las diferentes localizaciones de los tumores sincrónicos. El pronóstico está agravado por una mayor morbi-mortalidad.

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

El desarrollo de tumores múltiples primarios sincrónicos de colon y recto no es un hecho excepcional. Las diferentes estadísticas muestran una variación en los porcentajes que oscilan de 0,6 a 9,1 % sobre el total de pacientes estudiados (1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) con un promedio de 4,5 %. Esta amplia variación en los porcentajes de tumores sincrónicos primarios es en parte debido al criterio utilizado. En 1889 (3) Billroth estableció que para que 2 tumores pudieran ser reconocidos como primarios debían ser diferentes histológicamente y por lo tanto no aceptaba la existencia de 2 tumores primarios de un mismo órgano. Este criterio fue sustentado durante 50 años hasta que Warren y Gates (11) establecieron en 1932 un nuevo criterio por el que se aceptan los tumores múltiples de un mismo órgano siempre que se pueda establecer que sean claramente independientes y que no sean metástasis uno del otro. Desde entonces los porcentajes han aumentado.

Por tumores sincrónicos colorectales entendemos la existencia de 2 o más tumores de colon y/o recto en ausencia de poliposis. La finalidad de este trabajo es la presentación de 5 casos que por sus características presentan problemas de diagnóstico y táctica quirúrgica que es útil señalar.

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, noviembre de 1979.

Médico Residente, Profesores Adjuntos de Cirugía y Asistentes de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Ariosto 260, Montevideo (Dr. J. Baldizán).

Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel. Montevideo.

CASUISTICA

Los casos que se presentan en este trabajo corresponden a diferentes instituciones públicas y privadas, por lo que no es posible establecer una relación entre su número y el total de cánceres de colon.

Obs. 1.— Paciente de 71 años que consulta por síndromes suboclusivos y enterrorragias. Se realiza un colon por enema que muestra: stop neoplásico de colon descendente. La exploración operatoria evidencia (fig. 1): cáncer de colon descendente en virola y cáncer de rama aferente de ángulo derecho. Se realiza colectomía subtotal con íleo - sigmoidostomía. Buena evolución.

El estudio histológico revela que se trata de 2 adenocarcinomas poco diferenciados.

Obs. 2.— Paciente de 68 años que consulta por diarreas de larga data. El colon por enema muestra una imagen de falta de relleno a nivel de colon iliaco. Un enfoque permite observar otra imagen similar aunque más pequeña en el sigmoides. El resto del estudio aparece como normal.

Se realiza colonoscopia que muestra una lesión ulcerada e infiltrante a 20 cm. de la margen anal y una lesión vegetante a 40 cm. de la misma. La exploración endoscópica sólo llega hasta 70 cm. de la margen. La biopsia de las lesiones demuestra que se trata de 2 adenocarcinomas, medianamente diferenciados.

El paciente es intervenido y la exploración confirma (fig. 2) las lesiones colónicas y una metástasis única de lóbulo izquierdo de hígado. La imagen pequeña que se observa en el dibujo, pasó desapercibida en la exploración operatoria. Se realiza hemicolectomía izquierda con hepatectomía izquierda clásica.

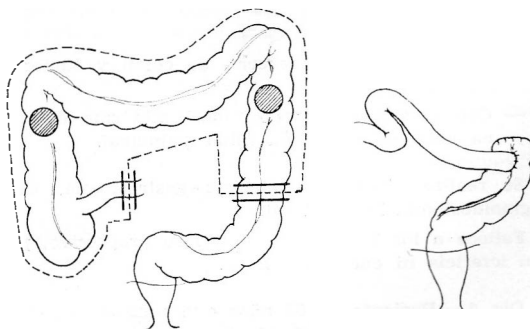


FIG. 1.— Esquema de la observación clínica Nº 1.

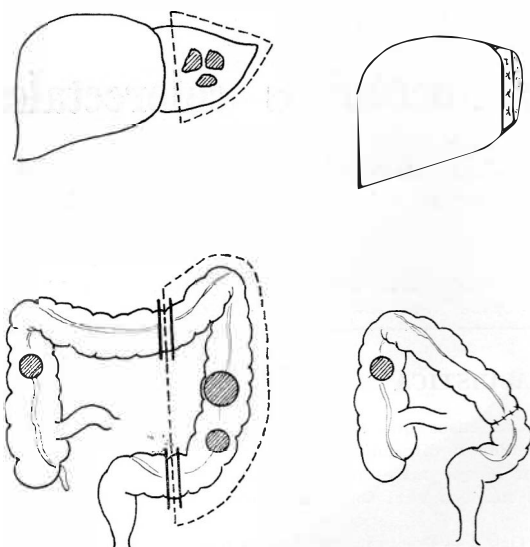


FIG. 2.— Procedimiento realizado en el paciente de la 2ª observación.

2 meses después de la intervención se realiza un colon por enema de control en el cual no se observan imágenes anormales. De cualquier manera se realiza una colonoscopia de control, evidenciándose a 70 cm. de la margen anal una zona de mucosa congestiva y granular que deforma la luz. La biopsia muestra que se trata de un adenocarcinoma diferenciado.

Reintervenido, la exploración minuciosa no permite encontrar la lesión y es necesario el auxilio de la colonoscopia peroperatoria para ponerla en evidencia en la cara posterior del colon ascendente. Se realiza hemicolectomía derecha con ileosigmoidostomía. Evoluciona bien falleciendo 2 años después por metástasis pulmonares múltiples.

Obs. 3.— Paciente de 54 años que consulta por ictericia progresiva obstructiva y constipación pertinaz. Al examen: Ictericia intensa, abdomen ligeramente distendido, hepatomegalia y materias fecales de color plateado al examen rectal.

Los estudios concluyen que se trata de una ictericia obstructiva subhepática. No se realizó colon por enema.

La exploración operatoria muestra (fig. 3):

- Hepatomegalia.
- Tumor de ángulo derecho de colon y tumor de sigmoides.
- Carcinomatosis retroperitoneal alta que determina obstrucción de vía biliar principal.

Se realiza: Hepático - colecisto - gastrostomía. Ceco-sigmoidostomía laterolateral.

Fallece a los 55 días por deterioro progresivo, pero sin ictericia ni cuadro oclusivo.

Obs. 4.— Paciente de 63 años que consulta en el interior por oclusión intestinal. Intervenida de urgencia, la exploración evidencia que la misma se debe a un

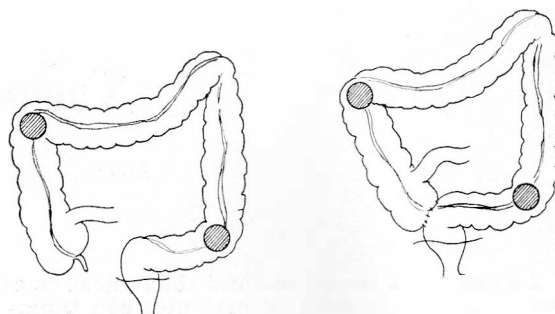


FIG. 3.— Esquema de la observación clínica Nº 3 y procedimiento realizado.

tumor de colon descendente estenosante. Se realiza colostomía transversa.

Enviada a nuestro Servicio el examen clínico descubre una tumoración rectal, siendo el estudio histológico un adenocarcinoma.

Intervenida no se encuentran otros elementos de diseminación, realizándose una coloprotectomía con colostomía transversa definitiva (fig. 4). La paciente fallece a los 18 días por un TEP masivo a pesar de la heparinización profiláctica.

Obs. 5.— Paciente de 71 años con muy mal estado general, que consulta por enterorragia y cuadros suboclusivos intestinales. El colon por enema muestra una imagen estenosante a nivel del sigmoides y la fibrocolonoscopia confirma que se trata de un tumor estenosante. La intervención revela (fig. 5) que presenta un segundo neoplasma en rama ascendente de ángulo hepático. Se decide realizar 2 colectomías segmentarias con anastomosis de los cabos remanentes en forma término-terminal. El paciente evoluciona mal falleciendo por peritonitis por falla de sutura.

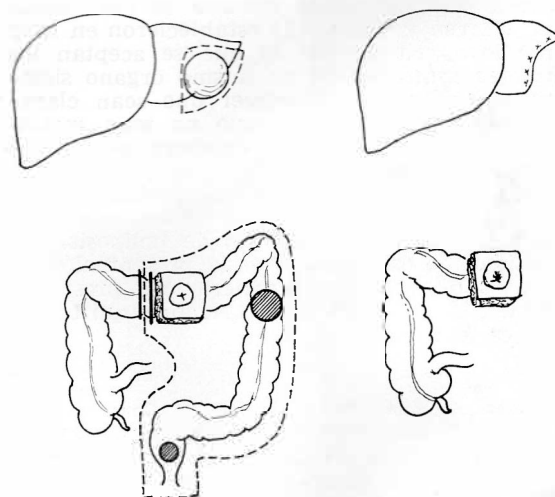


FIG. 4.— Procedimiento realizado en el paciente de la 4ª observación.

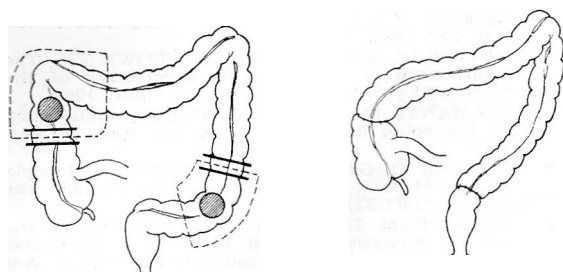


FIG. 5.—Esquema de los hallazgos operatorios y procedimiento realizado en el paciente de la 5ª observación.

COMENTARIO

Los casos presentados llaman la atención sobre hechos conocidos, pero que no por ello dejan de ser interesantes.

El hallazgo de un tumor de colon debe hacer ago ar los estudios a los efectos de descartar otra lesión simultánea, que como hemos visto e presenta con cierta frecuencia. En 1938, Brindley y Rice (4) concluían que: "un paciente con un cáncer de intestino grueso es un buen sujeto para el desarrollo de un segundo y es más susceptible que una persona libre de cáncer".

La radiología y la endoscopia siguen siendo los pilares en el diagnóstico preoperatorio. El *colon por enema* habitualmente sirve para evidenciar la lesión distal. Muchas veces el hallazgo de una lesión puede hacer pasar por alto una lesión proximal. El uso de las técnicas de doble contraste puede ser un buen auxiliar a los efectos de detectar una lesión sincrónica. La *endoscopia* como siempre es el complemento obligado de la radiología. Hoy en día la fibrocolonoscopia permite aciertos diagnósticos más elevados. A pesar de ello puede tropezar con dificultades cuando: 1º la lesión distal impide el pasaje del instrumento y 2º dificultades anatómicas (ángulo esplénico cerrado, colon muy largo) impiden llegar al ciego como es deseable. Esta causa fue la que impidió en nuestra 2ª observación detectar la tercera lesión. A pesar de ello el control postoperatorio después de la primera resección permitió realizar el diagnóstico.

Es por ello que estos estudios realizados en forma de controles sistemáticos en el postoperatorio deben servir para descubrir pequeñas lesiones que pudieron pasar desapercibidas en la exploración operatoria o detectar tumores metacrónicos que inciden con mayor frecuencia en estos pacientes en el postoperatorio alejado (6).

Vistas las dificultades que a veces presenta el diagnóstico de una lesión sincrónica de colon, la *exploración operatoria* surge como una maniobra decisiva en el hallazgo de un 2º ó 3er. tumor. Por tanto la palpación de todo el *coo* debe ser minuciosa y para ello la *preparación* preoperatoria del mismo es fundamental. Cuando la lesión concomitante es gran-

de el diagnóstico no presenta problemas y ello fue realizado sin problemas en 4 de nuestras observaciones. Pero cuando la lesión es incipiente o cuando el paciente se opera en oclusión o suboclusión con el colon mal preparado, la misma puede pasar desapercibida. En el tercer tumor del caso 2 la lesión no pudo ser hallada a pesar de conocer su localización, y fue necesaria la ayuda de la colonoscopia peroperatoria a los efectos de ser individualizada.

El no encontrar una lesión en la exploración puede ser un error capital si la lesión que ha quedado inaparente es la distal, ya que ello puede determinar una falla en el procedimiento quirúrgico (distensión colónica con falla de sutura). Ello no es tan así cuando la lesión dejada es la proximal, ya que si los controles postoperatorios son sistemáticos, una segunda intervención puede reparar el desconocimiento inicial.

En relación a la *táctica quirúrgica* la situación puede ser diferente según las diferentes combinaciones. Cuando los 2 tumores se encuentran en un mismo sector del colon ellos pueden ser resueltos con una intervención simple (hemicolecotomía derecha o izquierda). Cuando se encuentran en sectores diferentes, generalmente requieren resecciones subtotales. No somos partidarios de las resecciones segmentarias (caso 5) ya que aumentan el número de suturas y por tanto los riesgos. Las resecciones diferidas o en más de un tiempo pueden ser una solución en pacientes graves, debiendo ser tratada inicialmente la más proximal.

El *pronóstico* empeora en los pacientes con lesiones sincrónicas, ya que la sobrevida es menor y son menores los porcentajes de curación (5). El pronóstico inmediato está agravado por tratarse de pacientes más añosos y por requerir resecciones más extensas.

RESUME

Tumeurs synchroniques côlo-rectales

L'incidence des lésions synchroniques côlo-rectales sur le total de malades avec des tumeurs du côlon est en moyenne d'un 4,5 % dans les diverses statistiques. Les auteurs présentent 5 cas de lésions synchroniques du côlon, qu'ils ont observées eux mêmes, dans le but de mettre en relief les problèmes de diagnostic et de la tactique chirurgicale qu'elles présentent. On met l'accent sur l'importance de la radiologie et la colonoscopie tant pour le diagnostic que pour le contrôle post-opératoire.

On discute sur la tactique chirurgicale à employer dans les différentes localisations des tumeurs synchroniques.

Une morbidité plus élevée aggrave le pronostic.

SUMMARY

Synchronous Colorectal Tumors

The incidence of synchronic colorectal lesions amongst patients with tumors of the colon is statistically of

4,5%. The authors present 5 personal cases of synchronous lesions of colon, with the purpose of pointing out the problems of diagnosis and surgical procedure which arise.

The importance of radiology and colonoscopy for the diagnosis and postoperative control is stressed.

The surgical procedure for the different localizations of the synchronous tumors is discussed.

The prognosis is aggravated by a higher morbidity-mortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BACON HE, TAVENNER MC. Multiple primary malignant tumors involving the colon and rectum: Report of ninety-four cases. *Am J Surg*, 83: 55, 1952.
2. BEHREND M. Carcinoma of colon: Treatment depending on location of lesions. *Surg Gynecol Obstet*, 65: 550, 1937.
3. BILLROTH I. Die Allgemeine Chirurgische Pathologie und Therapie. Berlin. G. Reimer, 1889, p. 908.
4. BRINDLEY GV, RICE JS. Multiple primary malignancies of the large intestine. *Surg Clin North Am*, 32: 1499, 1952.
5. DEVITT JE, ROTH - MOYO LA, BROWN FN. The significance of multiple adenocarcinomas of the colon and rectum. *Ann Surg*, 169: 364, 1969.
6. DIAMANTE M, BACON HE. Primary malignancy of the colon and rectum. *Dis Col Rect*, 9: 441, 1966.
7. HOJMAN D, GARRIZ R, MARKMAN I. Multiple malignant tumors of the colon and rectum. *Dis Col Rect*, 9: 121, 1966.
8. STENSTROM JD, FORD HS. Carcinoma of the colon: Analysis of 1,000 cases with particular reference to polyps and multiple carcinoma. *Am J Surg*, 88: 1, 1954.
9. THOMAS JF, DOCKERTY MB, WAUGH, JM. Multiple primary carcinomas of the large intestine. *Cancer*, 1: 564, 1948.
10. TONDREAU RL. Multiple primary carcinomas of the large intestine. *Am J Roentgenol*, 71: 794, 1954.
11. WARREN S, GATES O. Multiple primary malignant tumors: Survey of literature and statistical study. *Am J Cancer*, 16: 1358, 1932.
12. WATSON TA. Incidence of multiple cancer. *Cancer*, 6: 365, 1953.