

Neoplasma de colon transverso fistulizado en el ciego

Dres. Aída Cresseri,
Gonzalo Estapé y
Héctor Scigliano

Se presenta un neoplasma del colon transverso derecho fistulizado en el ciego, variedad anatómica poco frecuente en las estadísticas extranjera y nacional consultada, con un "Second look" a los 5 meses que no mostró diseminación metastásica y con buena evolución hasta el momento actual.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
COLONIC NEOPLASMS.

SUMMARY: Neoplasm of the large bowel fistulized in the caecum.

A neoplasm of the tranverse right large bowel fistulized in the caecum is presented. This anatomical variety of tumor is of low rate in both national and foreign series. At five months a second look was performed without finding residual tumor, with good evolution until present.

RÉSUMÉ: Cancer du côlon fistulisé dans le caecum.

Il s'agit d'un cancer du côlon transverse droit fistulisé dans le caecum, variété anatomique peu fréquente dans les statistiques étrangères et nationales consultées. On a effectué un "second look" 5 mois plus tard qui n'a montré aucune méstastase. Bonne évolution jusqu'à présent.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de setiembre de 1986.

Asistente y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Asistente del Depto. de Anatomía Patológica.

Dirección: Presidente Batlle 2584 Ap. 2 (Dra. A. Cresseri).

Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado). Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.

INTRODUCCION

Se presenta un paciente portador de un neoplasma de colon transverso fistulizado a ciego (fístula colo-cecal). En este trabajo se destaca la escasa frecuencia de esta variedad anatómica de fistulización interna, tanto en la literatura nacional^(5, 6, 8) como extranjera^(1, 2, 3, 7, 9) consultada.

La fistulización del neoplasma de colon puede realizarse al exterior (fístulas externas) o a las vísceras huecas vecinas (fístulas internas).

De acuerdo al sector del colon donde asiente la lesión, distinta será la fístula constituida. Recordamos que el colon transverso lo hace generalmente hacia el estómago^(4, 7).

CASUISTICA

M.Y.C. Sexo femenino, 60 años, N° Registro: 34471. H. Pasteur. (Q. "1"). Ingreso: 26-2-86.

E.A.: 2 meses previos a la consulta presenta síntomas de anemia, borborigmos y distensión abdominal flatulenta. Al mes nota tumefacción en flanco derecho de 5 x 4 cm, indolora al inicio del cuadro; posteriormente aumenta de tamaño y se hace dolorosa. En las últimas 48 horas presentó cuadro suboclusivo. Adelgazamiento de 20 kg en un año. Anorexia. Astenia. *A.P.:* En 1953 fue operada en 3 oportunidades por Equinocosis Hidática Hepática.

Examen: Adelgazamiento. Anemia clínica. *Abdomen:* Se palpa una tumefacción en flanco derecho de 10 x 8 cm, ligeramente redondeada, de superficie lisa, dura, dolorosa espontáneamente y a la palpación, intraperitoneal.

El colon por enema (Fig. 1) muestra un proceso estenosante, extenso del colon transverso proximal de aspecto atípico.

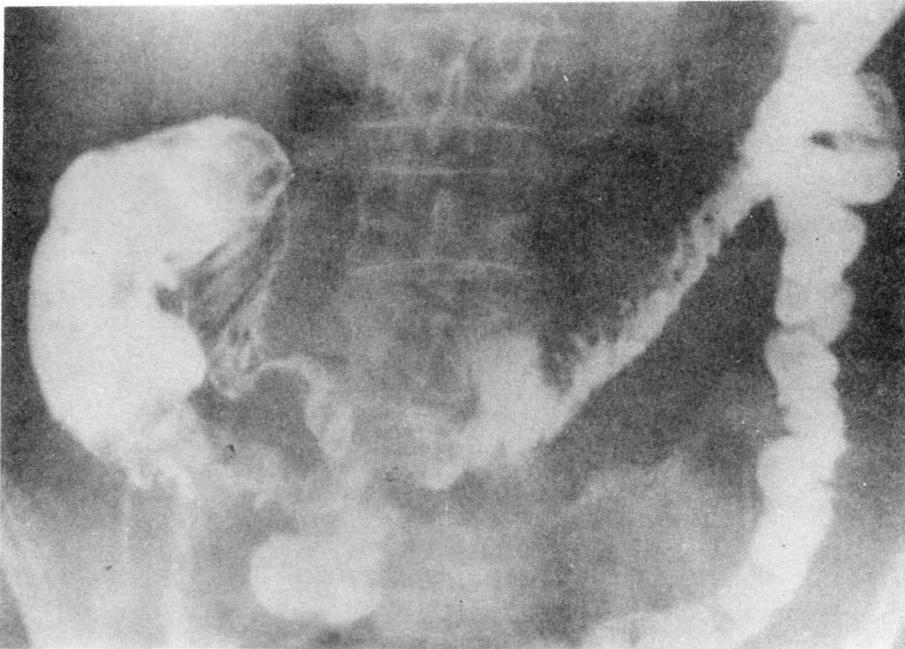


Fig. 1. Colon por enema: Muestra un proceso estenosante extenso del colon transverso proximal de aspecto atípico.

Ecografía abdominal: Discreta hepatomegalia. A nivel del sector antero-externo del lóbulo derecho, se observa un proceso de sustitución parenquimatoso de 10 x 8 cm de paredes bien definidas de naturaleza sólida con áreas quísticas en su interior, con los caracteres de un Q.H. mastic.

Operación: 4-3-86. Ciego distendido adherido a gruesa tumoración de 7 x 6 cm, topografiada en el tercio proximal del colon transverso. El colon distal al obstáculo está achatado. No existen adherencias al duodeno. No presenta secundarismo hepático ni peritoneal. Se palpan adenopatías en el tronco de la mesentérica superior; la mayor de 4 x 3 cm, pétreo. Se efectuó una hemicolectomía derecha con ileotransversostomía.

Anat. Patol.: Macro. En la cara mucosa del colon transverso se observa (fig. 2) una neoformación tumoral, vegetante de 7 x 6 cm, ulcerada, estenosante total, que dista 6 cm del margen distal de sección quirúrgica. En su fondo necrótico, existe un orificio irregular, que comunica con un trayecto fistuloso que desemboca en el ciego. El examen del extremo cecal (Fig. 3) sólo mostró un pequeño orificio mucoso, sin ninguna formación tumoral macroscópicamente visible. El corte transversal (Fig. 4) deja a la vista trayecto anfractuoso, fistuloso, que comunica el neoplasma ulcerado del colon transverso con la mucosa cecal, microulcerada por una masa tumoral que la invade desde la serosa.

En la disección del mesocolon se hallaron 5 adenopatías, una de las cuales, medía 4 x 3 cm (Fig. 4 al pie), reperada como del tronco de la arteria mesentérica superior; su superficie de corte es claramente metastásica.

Micro. Se trata de un carcinoma glanduliforme bien diferenciado, ulcerado, con infiltración de toda la pared cólica, evasión al mesocolon y fusión tumoral con trayecto fistuloso de ciego.

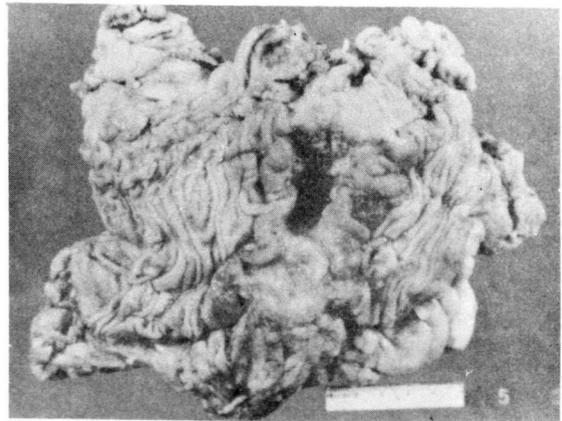


Fig. 2. Vista Macroscópica del tumor ulcerado de colon transverso.

La pared de la fístula está revestida por tejido tumoral viable y en sectores necrosado; acompaña intenso proceso inflamatorio linfoplasmocitario y polinuclear neutrófilo (Fig. 5).

De las 5 adenopatías, sólo la de mayor tamaño mostró macrometastásis.

Evolución: Reintervención al 7° día (11-3-86) por peritonitis por falla de sutura. Se abocan los cabos por separado (colostomía e ileostomía) y se efectúa toilette peritoneal.

Se somete a un plan de alimentación parenteral que se inicia el 21-3-86.

Alta el 24-4-86 en buenas condiciones.

Reingresa al 5° mes de la primera operación para realizar reconstrucción del tránsito intestinal, y "Second look" que se efectuó el 14-8-86 sin evidencia de diseminación metastásica. Buena evolución postoperatoria.

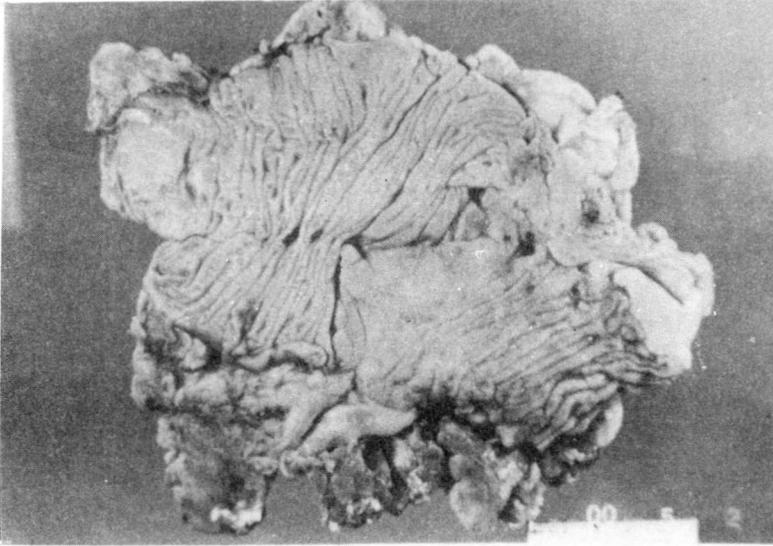


Fig. 3. Vista Macroscópica del sector de ciego. Uno de los orificios centrales corresponde a la fístula.

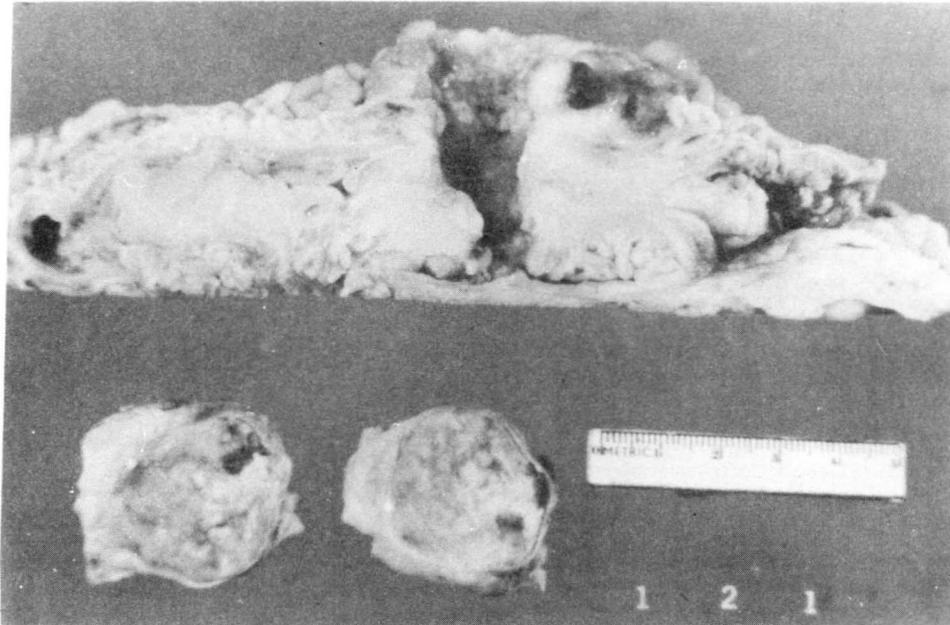


Fig. 4. Corte transversal macroscópico del tumor fistulizado. Al pie: Adenopatía metastática del tronco de la mesentérica superior.

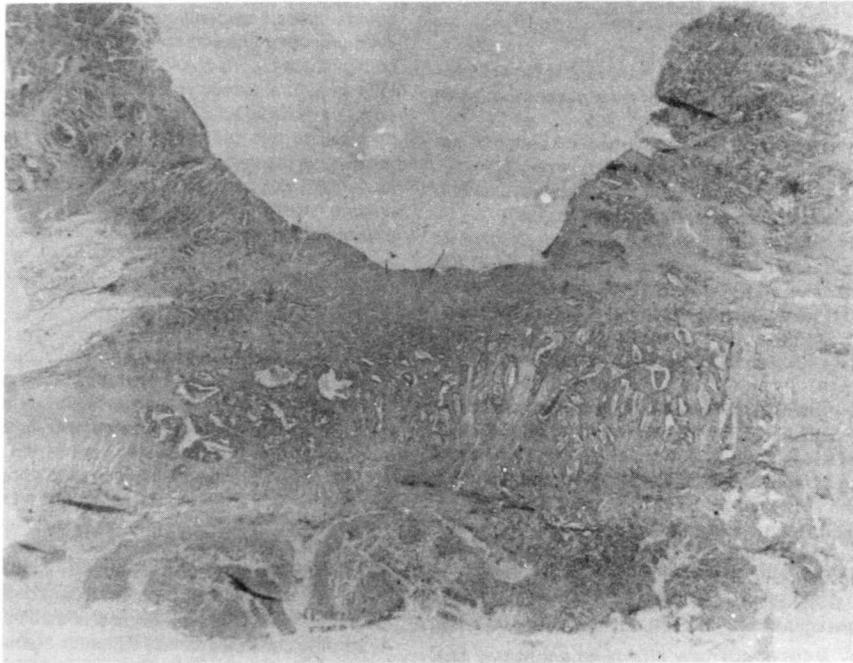


Fig. 5. Microscopía del corte transversal mostrando la infiltración tumoral y fístula de la pared.

DISCUSION

La fistulización del neoplasma de colon es una complicación poco frecuente⁽⁷⁾.

Las fístulas internas colodigestivas, cologástricas y coloduodenales son consideradas las más frecuentes⁽²⁾.

En la literatura nacional y extranjera consultada, hemos encontrado escasas publicaciones sobre el tema.

Pertusso y Praderi en el XXI Congreso Uruguayo de Cirugía se refieren a su incidencia y gravedad^(5, 6).

Schneeberger y cols. publican en Cirugía del Uruguay en el año 1980 un trabajo sobre la fistulización digestiva en el cáncer de colon, y a propósito de 6 casos, realizan una revisión de esta patología⁽⁸⁾.

En la serie existió un solo caso de fístula colocolónica diagnosticado por la Radiología que no fue operado. Se trataba de un paciente estudiado por anemia y el colon por enema al rellenar el colon descendente demostró un trayecto fistuloso hacia el transverso.

Los estudios radiológicos contrastados constituyen el mejor método para visualizar estas fístulas.

El diagnóstico preoperatorio de fístula no se efectúa siempre, como sucedió en nuestro caso.

Desde el punto de vista Anatómo-Patológico, estos tumores son generalmente grandes, infiltrantes, asociados a una reacción inflamatoria intensa⁽²⁾.

Histológicamente corresponden a Adenocarcinomas de bajo grado de malignidad, con gran tendencia a la diseminación por contigüidad y poca capacidad metastasiante. Todas estas características son similares en nuestro caso.

La fístula sería el resultado del crecimiento progresivo del tumor interviniendo la necrosis avascular de estos tumores más la digestión de los jugos gastrointestinales.

La fístula está tapizada por tumor necrótico, tumor viable y tejido inflamatorio⁽⁹⁾.

Pensamos que como causa predisponente en la génesis de esta fístula tumor —además de los elementos ya mencionados— debe plantearse la existencia de un mesocolon transverso largo que acerque a los dos sectores anatómicamente comprometidos.

Este hecho no se pudo discernir en nuestro caso por la intensa fijación y retracción tumoral del meso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CARPANELLI J.B., VELASCO E.E., RAMIREZ M.N. — Tumores de colon transverso propagados y fistulizados en estómago. *Prensa Méd. Argent.*, 52: 2274, 1965.
2. MAC MAHON CH.E., LUND P. — Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Am. J. Surg.*, 106: 333, 1963.
3. MARSHALL S.F., KNUD-HANSEN J. — Gastroyeyunocolic and gastrocolics fistulas. *Ann. Surg.*, 145: 770, 1957.
4. METMAN E.H., BERTRAND J., RONLEAU PH. — Diagnostic clinique et radiologique des cancers du colon droit. En: "Cancers des colons": *Rev. Prat.*, 29: 1061, 1979.
5. PERTUSSO J.C. — Cirugía de urgencia de colon. *Cir. Urug.*, 40: 469, 1970.
6. PRADERI L. — Colectomías derechas ensanchadas. *Cir. Urug.*, 41: 86, 1971.
7. RICO SALAS P., HEBRERO SAN MARTIN J., ALVAREZ BUSTOS G., MORENO AZCOITIA M., SERRANO RAMOS F., MORENO GONZALEZ E. — La fístula cologástrica como complicación infrecuente de las neoplasias de colon. *Análisis de 4 casos. Rev. Clin. Esp.* 148: 607, 1978.
8. SCHNEEBERGER F., ALIANO A., ARMAND UGON A., LORENZELLI J. — La fistulización digestiva en el cáncer de colon. *Cir. Urug.*, 50: 236, 1980.
9. SMITH D.L., DOCKERTY M.B., BLACK B.M. — Gastrocolic fistulas of malignant origin. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 134: 829, 1972.

Dr. A. VALLS: Quiero felicitarlos por haber presentado este caso tan raro. Quería comentar que en el estudio radiológico de colon por enema, en la segunda placa se ve perfectamente la

fístula, del colon transverso el trayecto hacia el ciego, una cosa que me pareció evidente.

Es una complicación sumamente rara, yo he tenido fístulas colo-gástricas, pero colo-cólicas no he tenido, no he visto. La falla de sutura, pienso yo que ocurrió de un asa ileal al tranverso más allá de la oclusión, por debajo de la oclusión; de tal manera que no creo que haya intervenido la hipertensión de un colon que fue resecado, el colon que estaría en oclusión estaría a la derecha del neoplasma y no a la izquierda, de modo que pueden haber intervenido ahí factores de mal nutrición, de hipoproteïnemia, de mal estado general de la paciente.

Dr. R. GRESSI: Además de las fistulizaciones viscerales que han sido citadas por los ponentes y a las que agregó el Profesor Aguiar, yo tengo una observación de un cáncer de colon transverso fistulizado en la pared abdominal.

Un enfermo con buen estado general, sin ninguna sintomatología colónica previa, que me consultó por dolor y una tumorción de la vaina del recto izquierdo, que en un primer momento no supe interpretar correctamente. Se planteó el diagnóstico de ruptura espontánea del recto izquierdo. Lo abordamos con anestesia general y tenía un absceso en botón de camisa a la vaina del recto izquierdo por un extenso neoplasma supurado de colon transverso fistulizado a la pared abdominal.

Se trató con colectomía y ha tenido buena evolución, concordando con lo que decía la Dra. Cresseri, de que estos neoplasmas que tienen una tendencia fistulizante parecerían tener una biología un tanto particular, porque el paciente fue operado hace 5 años y está perfectamente bien, con controles clínicos y endoscópicos sin recidiva y controles ecográficos; no tiene recidiva abdominal ni hepática, ni local.