

## CASOS CLÍNICOS

# Carcinomas metácronos de colon y páncreas

Dres. Raúl Praderi<sup>1</sup>, Sonia Boudrandi<sup>2</sup>, Gustavo Rodríguez<sup>3</sup>, Héctor Navarrete<sup>4</sup>

## Resumen

*Dos pacientes, un hombre y una mujer, fueron operados sucesivamente de cáncer de colon derecho y de cabeza de páncreas el primero, y de carcinoma de páncreas cefálico y de recto la segunda.*

*Los cuatro tumores fueron resecaados oncológicamente. Después de las resecciones pancreáticas fueron reconstruidos con distintas técnicas.*

*La enferma lleva dos años y el hombre un año de la resección pancreática y las mismas cifras inversas de las resecciones cólicas. Se destaca la rara coincidencia de estos tumores en la literatura.*

**Palabras clave:** Carcinoma  
Colon  
Páncreas

## Summary

*Two patients, one male and one female, were operated upon successively of right colon cancer and of pancreas head, the former, and of cephalic pancreas carcinoma and of the rectum, the latter.*

*The four tumors were resected oncologically. Following the pancreatic resections they were reconstructed by different techniques.*

*The female patient has undergone two years and the male one year of pancreatic resection as well as the same reverse figures related to the colic resections. Stress is laid on the rare coincidence of these tumors as reported by the literature.*

1. Jefe del Departamento y Profesor Emérito.

2. Ex Profesor Adjunto de Cirugía.

3. Asistente de Clínica Quirúrgica.

4. Ex Profesor Agregado de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina Montevideo - Uruguay.

Departamento de Cirugía del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU).  
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 6 de julio de 1994.

**Correspondencia:** Dr. Luis Praderi. Luis P. Ponce 1337-5022. CP 11700. Montevideo.

## Introducción

El cáncer de colon aumentó su frecuencia en nuestro país, igual que el de páncreas. Era lógico que aparecieran casos de coexistencia, pues como es sabido, dos portadores de un cáncer tienen mayor riesgo de aparición de un segundo tumor que la generalidad de la población. Pero la experiencia demuestra que no es frecuente que se asocien los cánceres digestivos comunes: colon, estómago, páncreas, esófago y vías biliares.

En casi cuarenta años de cirugía oncológica digestiva, uno de nosotros (R.P.), solo una vez reseco en la misma intervención un cáncer de estómago junto con otro de ángulo esplénico de colon. En otro portador de carcinoma de cabeza de páncreas y del esófago bajo sincronos, el primero no fue resecable y se hizo solo cirugía paliativa.

En esta comunicación vamos a mostrar dos casos de la asociación tumoral señalada en el título.

En 1977 relatamos en esta Sociedad un caso que reoperamos con el doctor Davidenko<sup>(1)</sup> que volvemos a relatar aquí en 1991<sup>(2)</sup>. Transcribimos el resumen de su historia que fue muy ilustrativa.

Varón, 52 años. Hospital de Clínicas. Montevideo.

Colecistectomizado por litiasis en otro hospital. Nos es referido por ictericia posoperatoria claramente obstructiva.

Lo reintervenimos, encontrando una ligadura del colédoco que permeaba bilis. La exploración abdominal mostró un cáncer de colon ascendente por debajo del ángulo hepático que había pasado inadvertido. Practicamos una hemicolectomía derecha oncológica con anastomosis término-terminal y una hepaticoyeyunostomía sobre asa diverticular en la misma operación. Cursó el posoperatorio sin incidentes y fue dado de alta en buenas condiciones. Pasó un año bien, volvió adelgazado, con dolor de hipocondrio derecho y ascitis. Pensando en una recidiva de su cáncer

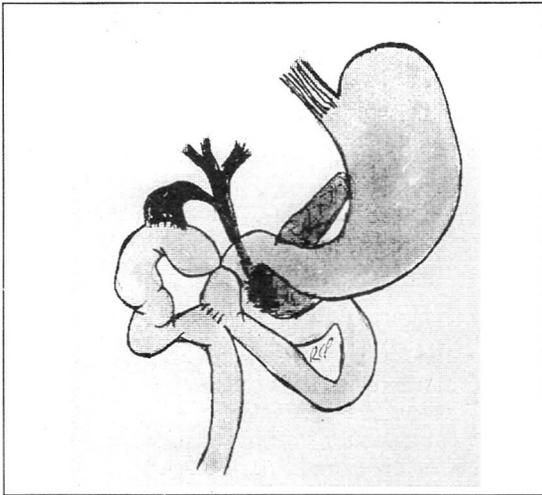


Figura 1. La colecistoyeyunostomía sobre asa corta de Hivet en el primer caso.

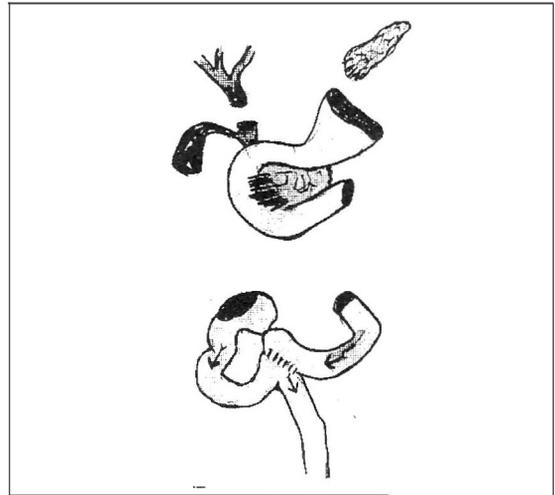


Figura 2. Demolición de la anastomosis paliativa y resección del tumor en el primer caso.

de colon lo reexploramos encontrando un gran tumor irreseccable de cabeza y cuerpo de páncreas que obviamente no había dado ictericia pues la vía biliar ya estaba derivada más arriba. (En esa época no existía la posibilidad de realizar tomografía axial computarizada ni ecografía abdominal). La autopsia demostró que el segundo tumor era de páncreas.

En los dos enfermos que motivan esta comunicación pudimos resecar sucesivamente ambos tumores.

### Caso 1

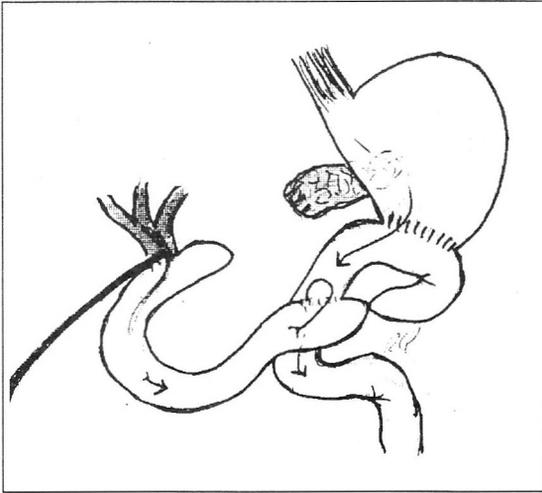
Múltipara de 60 años que consulta por ictericia obstructiva fría progresiva con estudios imagenológicos de cáncer periampular. Es operada el 23 de marzo de 1992. Se confirma la obstrucción pero no se biopsia el tumor cefálico y se efectúa una colecistoyeyunostomía sobre asa de Hivet muy corta. La ictericia aclara y la paciente se recupera. Al mes de operada nos consulta por primera vez, inteligente, igual que su familia a la cual le planteamos la posibilidad de reoperarla.

La reoperación se efectúa el 22 de mayo de 1992 con anestesia general. Reapertura de la transversa con liberación de asas adherentes a la pared abdominal y la cara inferior del hígado. Lóbulo derecho encarcelado por una cápsula que envuelve una colección puriforme inodora de 10 cm, que se evacúa al liberar el lóbulo derecho; baja el hígado. La colecistoyeyunostomía está montada sobre asa de Hivet de solo 10 cm. El tumor del páncreas está situado en el tuber omentalis apoyado en la vena porta. Se biopsia. El doctor Navarrete informa adenocarcinoma. Se

biopsian dos ganglios de la hoz de la arteria hepática, son negativos. Por esa razón se procede a efectuar una duodenopancreatectomía cefálica liberando cuidadosamente la porta del tumor. Es necesario suturar colaterales venosas muy cortas. El páncreas atrófico y muy duro con Wirsung dilatado, se reseca casi todo el cuerpo. Queda un sector de 10 cm, de cola de páncreas que se abandona sin anastomosar después de cerrar el Wirsung y el muñón. Colecistectomía por separado. Reconstrucción usando el asa diverticular ya existente. El asa yeyunal proximal se corta en el ángulo duodeno yeyunal y se anastomosa el muñón del hepático en dos planos calibrando con un tubo de Kehr transanastomótico. El orificio yeyunal de la anastomosis previa se anastomosa con el estómago en forma de Billroth II transmesocólico en dos planos (figuras 1, 2 y 3). Cierre de pared por planos.

El informe microscópico de la totalidad de la pieza confirmó el diagnóstico extemporáneo de adenocarcinoma ductal medianamente diferenciado de páncreas que se superficializa sin evadirse. Asienta en un órgano con elementos de pancreatitis crónica y focos de pancreatitis aguda. Los ganglios, el duodeno, el estómago, la vesícula y el epiplón no mostraron tumor.

A los ocho días de la operación, la paciente hizo un cuadro oclusivo febril que obligó a reoperarla el 30 de mayo de 1992. Se encontró un absceso inframesocólico de 30 cm de pus inodoro bloqueado por asas delgadas que se liberaron. Toda la operación se desarrolla en la región inframesocólica. La recuperación fue excelente y la paciente se fue de alta. Quedó diabética requi-



**Figura 3.** Restablecimiento de la continuidad digestiva y biliar en el primer caso

riendo una pequeña dosis de hipoglucemiantes orales.

Seis meses después nos consultó por una recurrencia. La fibroscopía colónica mostró un tumor rectal de 5 cm de diámetro ubicado en la parte media de la ampolla. Se operó con anestesia general el 21 de diciembre de 1992. Se realizó una resección anterior de recto extirpando también el ovario izquierdo. Se restableció el tránsito con sutura mecánica. La operación y el posoperatorio se desarrollaron sin incidentes. El estudio histológico mostró un adenocarcinoma tubular bien diferenciado de crecimiento predominantemente exofítico, que no supera el plano muscular, que no ha dado metástasis ganglionares y que ha sido resecado en forma amplia y completa con márgenes libres de tumor. Ambos anillos de sección están libres de tumor, el anexo izquierdo tiene solamente modificaciones involutivas.

Desde entonces a la fecha ha evolucionado bien, con excepción de un episodio reciente de constipación que permitió estudiarla con TAC y endoscopia demostrando que no existía recidiva. Lleva más de dos años de la pancreatomectomía y un año y medio de la resección rectal.

### Caso 2

Varón de 73 años, con antecedentes de polipectomía colónica, colecistectomizado por uno de nosotros a los 62 años, el cual se le diagnosticó un cáncer de colon derecho por anemia y constipación. Fue operado (S.B.) el 24 de setiembre de 1992 con anestesia general. Resumimos la descripción operatoria.

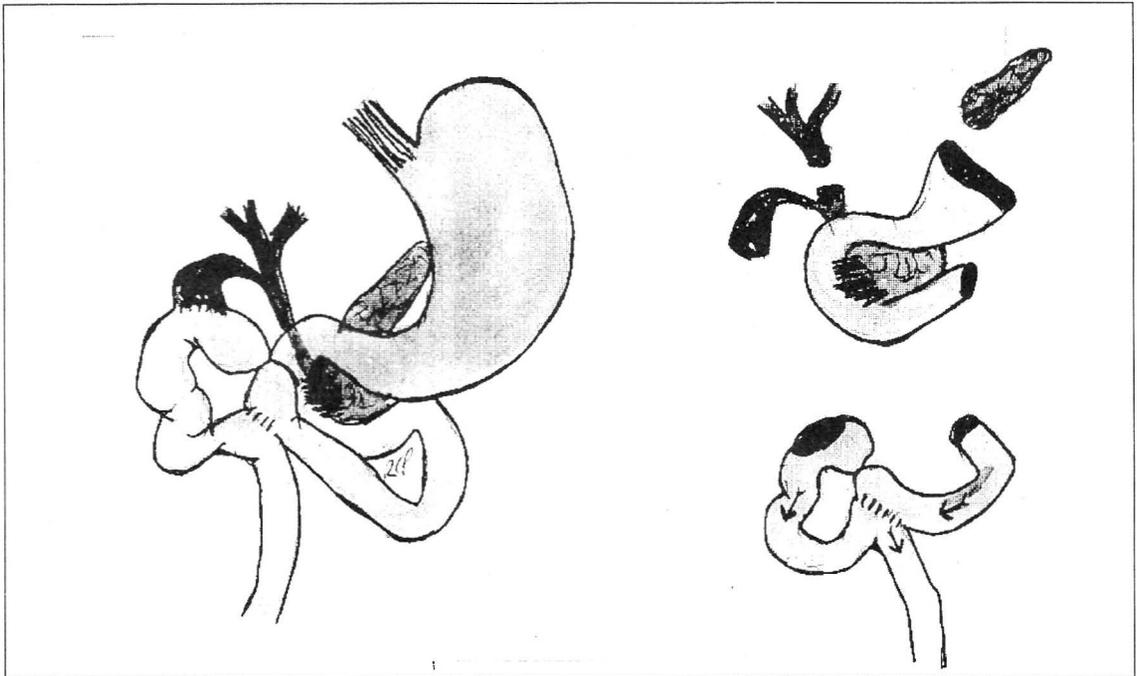
Incisión mediana, peritoneo libre, tumor de ángulo derecho de colon adherente a la cara inferior del hígado y a la segunda porción del duodeno. Se despega de ambos pero queda una zona indurada en D2 de 15 mm de diámetro que se re-seca suturando el duodeno transversalmente con puntos separados. Aposición serosa con mesenterio sobre la sutura. Se completó la colectomía derecha con anastomosis ileocólica término-lateral en dos planos. Cierre de pared. Evolución excelente.

El estudio histológico de la pieza se informa: "adenocarcinoma infiltrante que penetra todo el espesor de la pared del colon, exteriorizado groseramente en el tejido adiposo vecino, extensamente ulcerado. La lesión es pobremente diferenciada, sólido trabecular, con muy escasos tubos, con numerosas mitosis. Se aprecian varias imágenes de perineuroinvasión. Una vena extramural tiene una invasión de su pared aunque sin compromiso de la luz. Los márgenes de resección no muestran compromiso lesional. La pared duodenal examinada tiene una grosera invasión de afuera hacia adentro por una lesión muy similar a la ya descrita. La mucosa duodenal está indemne. Los dos pólipos son adenomas tubulares. Ninguno de los 22 ganglios linfáticos examinados muestran metástasis". (Dr. J. Vercelli).

Los oncólogos aconsejan quimioterapia que el paciente no acepta. Pero sigue siendo controlado. En abril de 1993 se efectúa una fibrocolonoscopia que es normal, siendo amplia la ileotransversostomía. A mediados de junio comienza con diarreas y en julio aparece una ictericia.

Realizándose TAC el 13 de julio de 1993 el informe refiere: "se estudió el páncreas sin y con contraste intravenoso y con cortes de 5 mm de espesor cada 5 mm. El cuerpo y cola son de forma, tamaño y densidad habituales. En la cabeza a nivel del proceso uncinado se observa una tumoración sólida de densidad inhomogénea, con sectores hipodensos de aproximadamente 4 cm de diámetro mayor, que crece fundamentalmente hacia adelante infiltrando por su borde externo la pared del duodeno en el sector distal de la segunda porción. Los planos de separación con los vasos mesentéricos y con cara inferior están conservados. El ángulo D2 - D3 está engrosado en forma concéntrica. Hígado de forma, tamaño y densidad habituales sin evidencia de secundarismo. Dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco hasta la cabeza del páncreas. No vemos adenomegalias en ningún territorio. Bazo y riñones sin particularidades. Las imágenes descritas podrían corresponder a una metástasis duodenopancreática. (Dra. Alicia Stratta).

Es con ese diagnóstico que lo reoperamos el 21 de julio de 1993.



**Figura 4.** Excéresis pancreática y reconstrucción en el caso 2.

Incisión transversa de abdomen superior en boca de horno. Tumor de aproximadamente 8 a 10 cm a nivel de cabeza de páncreas obstruyendo totalmente el colédoco. No hay metástasis peritoneales, tampoco adenomegalias ni metástasis hepáticas. Se libera la última asa ileal que adhiere a la cara anterior del tumor dejando allí un pequeño medallón de mesenterio. Disección del páncreas, liberación de la vena porta. Se completa la resección duodenopancreática con sección a nivel del cuerpo y de D3 cerrando el muñón duodenal en D4 sin hacer la liberación del ángulo duodenoeyunal. La primera y segunda asa yeyunal se anastomosan término-lateral al muñón biliar y se calibra con un tubo de Kehr de "patas largas" que se saca para el hepático, luego se suben las asas siguientes del yeyuno que se anastomosa término-lateral al muñón gástrico. La cola del páncreas se implanta en la cara posterior del estómago (figura 4).

En el posoperatorio instaló una insuficiencia renal leve y distensión abdominal por lo que pasó una semana en cuidados intensivos. Buena evolución posterior. La colangiografía por el Kehr mostró anastomosis en buenas condiciones, después de algunos días más en sanatorio fue dado de alta, recuperándose totalmente. El informe histológico del doctor Navarrete relataba: "los caracteres macro y microscópicos de la lesión pancreática apuntan nítidamente a la condición

de neoplasia primitiva, en particular del llamado microadenocarcinoma, carcinoma microglandular y microadenocarcinoma sólido. El tumor coexiste con elementos de pancreatitis crónica y actividad necrótica (citoesteatonecrosis). El tumor llega a los tejidos peripancreáticos no habiendo determinado metástasis ganglionares pese a lo frecuente de los compromisos vasculares directos por el tumor. La resección no ha pasado, en apariencia, sobre el tumor. El sector seccionado de mesenterio en la última asa ileal muestra granulomas gigantocelulares de cuerpo extraño".

Es decir, nada de recidivas sino un segundo cáncer primitivo. El paciente evolucionó muy bien hasta el día de hoy, lleva casi un año de la pancreatectomía y 22 meses de la colectomía.

#### *Comentario*

Ambos casos tienen muchas enseñanzas, pero la más importante es que los neoplásicos no deben ser abandonados, sino que hay que tratar de reseca los tumores primitivos y secundarios, cuando se puede, porque a veces ocurre lo que pasó en estos casos. Con criterio tímido y no agresivo la primera enferma hubiese quedado con su mala operación paliativa y el segundo sin ser reoperado pensando que tenía una lógica recidiva del cáncer de colon. Los hechos justifica-

ron la táctica intervencionista, notándose que ambos operados están vivos y bastante bien.

Hemos escrito mucho de la cirugía de los cánceres biliares y pancreáticos <sup>(3-5)</sup>, pero parece que nuestras palabras caen en el vacío.

No vamos a repetir aquí que la colecistoyeyunostomía es una mala operación y que hay que hacer biopsias de los tumores antes de dar a los enfermos por perdidos.

Las reintervenciones de páncreas no son fáciles. La maniobra de Kocher se puede hacer una sola vez en la vida de un hombre y no hay que efectuarla innecesariamente, si no se va a sacar el páncreas o actuar sobre la papila.

A la primera enferma le quedó un páncreas tan pequeño que no lo anastomosamos, tal vez eso determinó la aparición de una colección cerca del muñón. La reoperamos una semana después, porque ya sabemos que las duodenopancreatectomías no deben ser tocadas hasta que consoliden las anastomosis <sup>(6)</sup>. Tan pocos islotes le quedaron, que está diabética.

En esa enferma aprovechamos el asa yeyunal montada por el primer cirujano para implantar el estómago en el orificio donde estaba la vesícula, nos quedó así una anastomosis al pie del estómago que es muy útil como ha demostrado Trede <sup>(7)</sup>.

Al segundo paciente que operamos, convencidos de que era una recidiva del tumor de colon, le hicimos una resección económica del duodeno cortando la tercera rodilla pues sabemos que las duodenopancreatectomías por cáncer infiltrante de colon dan buen resultado como hemos demostrado Estefan <sup>(8)</sup> y uno de nosotros (R.P.) aquí, en Uruguay.

Por esa razón implantamos el páncreas en el estómago, técnica en la que tenemos experiencia <sup>(9)</sup>, pues no disponíamos del muñón yeyunal para efectuar una anastomosis termino terminal por inoculación con la técnica de Verne Hunt <sup>(10)</sup>.

## Discusión

Billroth estableció las tres normas definitorias de los cánceres múltiples. Son ellas: 1) cada tumor debe tener histología independiente, 2) deben aparecer en diferentes situaciones y 3) cada tumor debe producir su propia metástasis. También se acepta que el segundo tumor para ser metacrónico debe presentarse seis meses después por lo menos (Hanlon) <sup>(11)</sup>.

Desde luego que es imprescindible no confundir tumores multicéntricos ni metástasis. Hay acuerdo en no incluir los neoplasmas cutáneos entre los carcinomas múltiples. Berg <sup>(12)</sup> ya seña-

ló la incidencia de cánceres primarios múltiples de aparato respiratorio y tubo digestivo superior.

Algo parecido sucede en otras topografías como aparato urinario y genital y regiones en contacto con la bilis, pero no nos interesan ahora.

En el caso del colon es necesario descartar algunas enfermedades hereditarias con poliposis colónica familiar como los síndromes de Gardner y Turcot, que desde luego no padece ninguno de nuestros dos operados.

Es interesante recordar, como destacó Schimke <sup>(13)</sup>, que en las familias cáncer tipo I pueden aparecer tumores de páncreas y colon.

Schoenberg <sup>(14)</sup> en la estadística de Connecticut (1935-1964) da las siguientes cifras: en 12.729 portadores, como tumor primario de un cáncer de colon apareció en forma subsecuente un cáncer de páncreas en solo 13 enfermos, 0,1%, otro cáncer de colon en 134, de recto en 61 y de próstata en 73.

No hemos encontrado ninguna publicación en la literatura específica de la asociación de cáncer de recto. Por qué, nos preguntamos, no coincidieron en el tiempo los tres casos referidos. ¿La aparición de un segundo tumor certifica que el primero curó? ¿Hay casos en la literatura de recidivas del primer cáncer después de tratar el segundo?

## Bibliografía

1. Praderi R, Mazza M, Gómez Fossatti C, Estefan A. Tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal. Cir Uruguay 1978; 48: 108.
2. Praderi R, Harretche M, Chiossoni M, Retich G, Navarrete H, Beguiristain A et al. Cáncer biliar pancreático duodenal en portadores de anastomosis biliodigestiva previa por patología no neoplásica. Cir Uruguay 1992; 62: 153.
3. Praderi R, Ormaechea C, Delgado B. Duodenopancreatectomía cefálica. Cir Uruguay 1971; 41: 298.
4. Estefan A, Pomi J, Baldizan J, Pignata D, Praderi R. La hepático yeyunostomía como procedimiento paliativo en las obstrucciones biliares por cáncer céfalo-pancreático. A propósito de 39 casos. Cir Uruguay 1981; 51: 131.
5. Praderi R, Estefan A. Tratamiento quirúrgico del cáncer biliar. Clin Quir Fac Med Montevideo 1990; 8: 1.
6. Praderi R, Bogliaccini G, Estefan A, Castiglioni JC. Hemorragias abdominales en el posoperatorio de duodenopancreatectomías cefálicas. Cir Uruguay 1981; 51: 276.
7. Trede M, Carter D. Surgery of the pancreas. London: Churchill & Livingstone, 1993.
8. Estefan A, Palacio J, Olivera D, Praderi J, De Mello W, Falchetti J. Hemicolecotomía derecha asociada a duodenopancreatectomía cefálica por cáncer de colon transversal fistulizado en duodeno. Cir Uruguay 1986; 56: 256.
9. Bermúdez O, Delgado B, Etala E, García Capurro R, Mainetti J, Praderi R et al. Tácticas y técnicas en cirugía de páncreas. Cir Uruguay 1971; 41: 1.
10. Praderi R. History of pancreatic surgery. In: Trede M, Carter D. Surgery of the pancreas. London: Churchill & Livingstone, 1993 (Chap 1).
11. Hanlon FR. Multiple primary carcinomas. Am J Cancer 1931; 15: 2001.
12. Berg JW, Schottenfeld D, Ritter F. Incidence of multiple primary cancers. J Nat Cancer Inst 1970; 44: 263.
13. Schimke RN. Genetics and cancer in men. Edimburg: Churchill & Livingstone, 1978.
14. Schoenberg BS. Multiple primary malignant neoplasms. Berlin: Springer, 1977.