

# Resecciones simultáneas o sucesivas de páncreas y colon por tumores de ambos órganos, carcinomas de colon infiltrando duodeno y de páncreas caudal invadiendo colon izquierdo

## A propósito de diez casos

Dres. Raúl C. Praderi <sup>1</sup>, Martín Harretche <sup>2</sup>, Alberto Estefan <sup>2</sup>, Hernán Parodi <sup>2</sup>, Walter Hernández <sup>2</sup>, Sonia Boudrandi <sup>2</sup>, Héctor Navarrete <sup>3</sup>

### Resumen

*A dos portadores de cáncer de colon derecho fistulizado en duodeno, se le efectuaron simultáneamente hemicolectomías derechas y duodenopancreatectomías cefálicas. No hubo complicaciones importantes en el posoperatorio y sobreviven hoy, uno once y otro diez años después de las intervenciones. En otro caso, se resecó un fragmento de duodeno adherente al colon, que se suturó transversalmente además de resecar los segmentos IV y V de hígado que estaban infiltrados. Lleva más de tres años de operado. Otro paciente con similar enfermedad, al cual se resecó un trozo de duodeno durante una hemicolectomía derecha por adenocarcinoma, desarrolló a los diez meses*

*un nuevo cáncer en la cabeza del páncreas, que se extirpó realizando una duodenopancreatectomía cefálica. Sobrevivió tres años y medio a la segunda operación, falleciendo por una carcinomatosis. Una cuarta enferma que había sido derivada por una ictericia por cáncer céfalo pancreático fue reoperada dos meses después, resecando el tumor. Siete meses después de la duodenopancreatectomía la reoperamos para extirpar un cáncer de recto sangrante mediante resección anterior. Vivió cuatro años y medio. Los cánceres de cuerpo y cola de páncreas a veces invaden el colon izquierdo, obligando a resecarlo en la misma operación. Esto sucedió en otros cuatro casos. En dos de ellos hubo que extirpar también estómago y la primer asa yeyunal. Las sobrevividas respectivas fueron de dos años y nueve meses, en dos de ellos; otros sobreviven actualmente más de dos años después de operados. Pero el cuarto, que era portador de un carcinoma acinar, murió al mes con una metástasis hepática que creció rápidamente. Al décimo paciente le sucedió lo contrario,*

1. Ex Profesor de Clínica Quirúrgica.

2. Profesores Agregados y Profesores Adjuntos de Cirugía. Profesor de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina de Montevideo.

Trabajo del Departamento de Cirugía del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay y de la Clínica Quirúrgica del Profesor R. Praderi, Facultad de Medicina de Montevideo. Presentado al Congreso Uruguayo de Cirugía, 49. Punta del Este, 7 al 11 de diciembre de 1997.

Correspondencia: Dr. Raúl C. Praderi Luis P. Ponce 1337/502. Montevideo. CP 11700.

porque un cáncer de colon infiltró páncreas y estómago, que se resecaron parcialmente. Vive, dos años y medio después.

**Palabras clave:** Neoplasmas pancreáticos  
Neoplasmas de colon  
Duodenopancreatectomía

## Summary

*Two patients with cancer of the right colon fistulized in duodenum underwent simultaneous right hemicolectomies and cephalic duodenopancreatectomies. There were no important post-operative complications and they are both alive eleven and ten years after surgery. In another case a piece of duodenum adherent to colon was resected and the duodenum was transversally sutured; segments IV and V of the liver were also resected due to infiltration. The patient is well more than three years after surgery. Another similar patient who underwent resection of a section of the duodenum during a right hemicolectomy due to adenocarcinoma, developed a new cancer in the head of the pancreas ten months later which was resected by means of a cephalic duodenopancreatectomy. He survived the second operation for three years and a half and died with carcinomatosis. A fourth female patient who had been derived due to jaundice caused by cephalopancreatic cancer was reoperated two months later, with resection of the tumor. Seven months after duodenopancreatectomy she underwent another operation for resection of a bleeding cancer of the rectum by means of anterior resection. She survived for four and a half years. Cancers of body and tail of the pancreas sometimes invade the left colon and make necessary resection in the same surgery. This happened in four other cases. In two of them it was necessary to resect stomach and the first jejunal ansa. Respective survivals were of two years and nine months in two cases, others are still alive more than two years after surgery. But the fourth case, who had an acinar*

*carcinoma, died a month later with an hepatic metastasis which grew rapidly. The opposite happened to the tenth patient because colon cancer invaded pancreas and stomach, which were partially resected. The patient is alive two and a half years later.*

## Introducción

Los dos órganos que cruzan transversalmente el abdomen superior, el colon transverso y el páncreas, entran en contacto entre sí cuando tumores generados en uno de ellos infiltran al otro. No olvidemos que los carcinomas de colon y páncreas son los más frecuentes del aparato digestivo.

Entre 6 y 12% de los cánceres de colon infiltran otra víscera<sup>(1)</sup>, pero la adherencia es inflamatoria en más de 30% de los casos como lo demuestra Gordon<sup>(2)</sup> en un cuadro donde analizó ocho estadísticas con más de 500 observaciones, de las cuales 50% sobrevivieron a los 5 años.

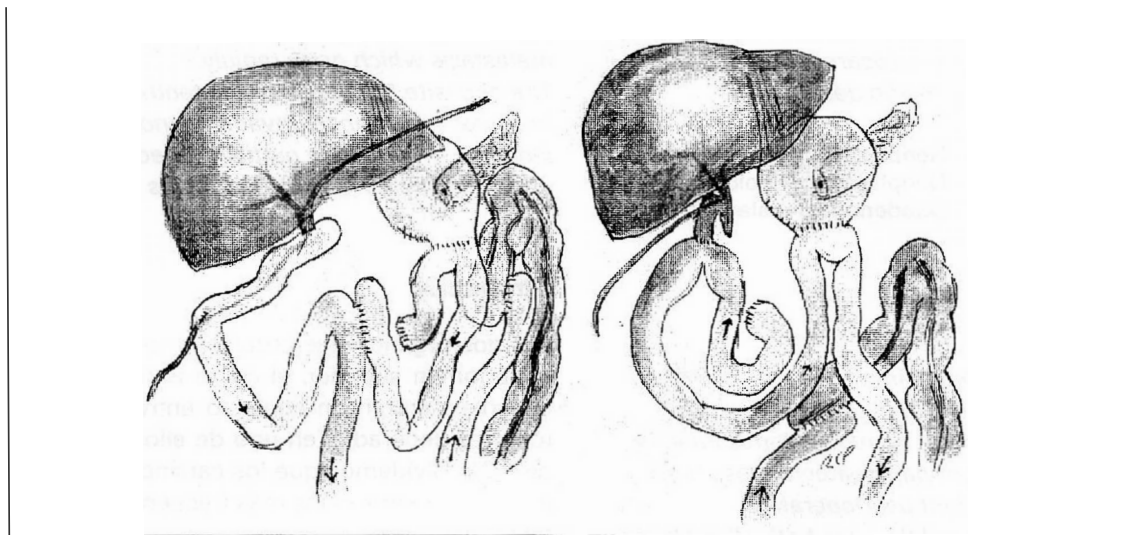
Para hacer cirugía oncológica en estos casos es necesario resecarlos juntos, como hemos hecho siempre, incluso en cirugía de urgencia de colon derecho e izquierdo ocluido<sup>(3)</sup>. Otras veces, un cáncer de ángulo derecho infiltra al duodeno en un área pequeña o se fistuliza en él. En la primera situación, alcanza con resecar un medallón de duodeno, pero en la segunda es necesario extirpar, además del colon, el duodenopáncreas. Gordon<sup>(4)</sup> aconseja no resecar ambos órganos en la primera operación y marcar la zona infiltrada del duodeno con clips metálicos. Como se verá, no compartimos esta opinión, pues hemos operado a estos enfermos en un tiempo.

También por tratarse de carcinomas bastante frecuentes puede suceder que el mismo individuo tenga sucesivos cánceres de estos dos órganos que sean oncológicamente resecables.

Como se nos han presentado todas estas situaciones y algunas más, creímos útil traer 10 observaciones de estas asociaciones tumorales operadas por los autores en los últimos años.

## Material y método

Revisaremos las historias de nueve pacientes a



**Figura 1.** Duodeno pancreatomecías económicas en los dos casos de resección simultánea cefálica y del colon derecho. En ambos casos se cortó el duodeno en DIII y se anastomosó el páncreas al estómago.

## Material y método

Revisaremos las historias de nueve pacientes a los que se le reseccionaron colon y páncreas simultánea o sucesivamente, y otro caso que ilustra la primera situación táctica que citamos antes (cáncer de colon infiltrando duodeno).

Actualmente se realizan grandes operaciones extirpando varias vísceras mediante uso de sutura mecánica que simplifica la exéresis y las reconstrucciones viscerales.

Es interesante señalar que de los 10 pacientes viven seis y dos sobrevivieron respectivamente tres y medio y cuatro y medio años a las resecciones de cánceres metácronos de ambos órganos.

Analizaremos las historias planteando las diferentes situaciones clínicas, para comentar en cada caso las tácticas y técnicas aplicadas, no así la clínica y diagnósticos preoperatorios.

### *Cáncer de ángulo derecho de colon infiltrando duodeno en una pequeña área reseccionable*

#### Caso 1

Mujer, 72 años. Cáncer de ángulo derecho de colon adherente a vesícula, DII y cara inferior de hígado. Absceso pericólico.

Primera operación (agosto de 1994): hemicolectomía derecha en monoblock, con vesícula,

segmento V y parte del VI del hígado y medallón de DII.

Segunda operación (marzo de 1995): oclusión del delgado por peritonitis plástica y diéresis de adherencias. No se encontró tumor en el abdomen.

En octubre de 1997 control clínico normal.

#### Caso 2

Hombre, 73 años. Cáncer de ángulo derecho de colon adherente a DII.

Primera operación (setiembre de 1992): hemicolectomía derecha, resección de medallón de duodeno y sutura transversal del mismo.

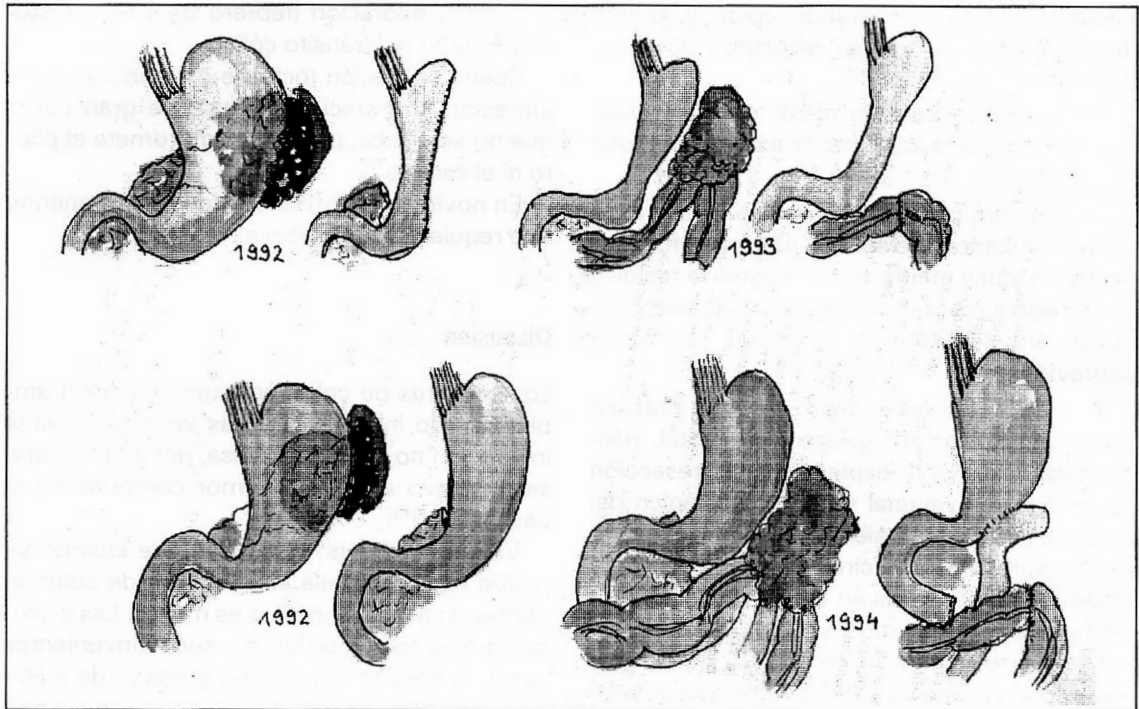
En junio de 1993: ictericia obstructiva.

Segunda operación (julio de 1993): resección de cáncer de cabeza de páncreas.

Fallece en enero de 1997 (3 años y medio después).

### *Cánceres metácronos de colon y páncreas*

Cuando reoperamos a este último enfermo pensamos que íbamos a encontrar una recidiva del cáncer cólico, pero en realidad era un tumor de cabeza de páncreas que se extirpó realizando una duodenopancreatomecía cefálica. Esta observación ya fue publicada<sup>(5)</sup> cuando vivía, junto con otra (caso 3) con la secuencia inversa. A los seis meses de la resección cefálica, esa



**Figura 2.** Dos cistoadenocarcinomas distales de páncreas resecados con las vísceras vecinas invadidas. Arriba el caso 6 y abajo el caso 7. Ambos fueron reoperados cuando recidivaron en retroperitoneo, invadiendo el colon. Se aprecian las secuencias quirúrgicas.

paciente consultó por una rectorragia. Le diagnosticamos y resecamos un cáncer de recto por vía anterior. Sobrevivió cuatro años y medio, falleciendo con diarrea y caquexia.

**Cáncer de colon derecho fistulizado en duodeno (figura 1)**

Operamos dos pacientes (casos 4 y 5) con esta complicación, realizando hemicolectomía derecha simultánea con duodenopancreatectomía cefálica. Ambos evolucionaron muy bien y fueron publicados<sup>(6,7)</sup>. Viven hoy, a más de 10 años de las resecciones, realizadas en el Hospital Maciel. Estos enfermos plantearon un problema técnico porque la vía biliar no estaba dilatada, pues no tenían ictericia. Esta dificultad se resolvió en un caso calibrando la yeyunostomía con un tubo transhepático en sedal<sup>(8,9)</sup> y en el segundo, efectuando un puente vesicular sobre tubo de Kehr<sup>(10)</sup>. En ambos casos se cortó el duodeno en DIII y se anastomosó el páncreas al estómago. Es evidente que el tumor de colon infiltra poco y no llega a invadir el páncreas, lo

que explica la buena evolución de ambos casos.

Chang y Rhoads<sup>(11)</sup> analizaron 13 casos de varios autores en 1982, algunos con excelente evolución, y uno de nosotros (AE) efectuó una revisión de 25 casos de la literatura en 1986, de los cuales más de la mitad estaban vivos con buena sobrevida. Parece que si el cáncer no recidiva ni da metástasis, el pronóstico es bueno. El riesgo es la complicación de una operación con tantas anastomosis.

**Cáncer invasor de cola de páncreas**

En cuanto a los cánceres de cola de páncreas, pueden invadir el colon, bazo y estómago y, a veces, la primera asa yeyunal.

A una mujer de 62 años (caso 6) se le resecó un cistoadenocarcinoma caudal con la gran curva gástrica y el bazo. Cuando recidivó en retroperitoneo invadiendo el colon, se extirpó el tumor y el ángulo esplénico con anastomosis cólica primaria y buena evolución (figura 2).

El caso 7, un hombre de 70 años, fue similar.

También recidivó, infiltrando colon y ángulo duodenoyeyunal, que se resecaron. Vive actualmente sin recidiva.

Estos tumores tienen mejor evolución que los carcinomas ductales si la exéresis es total <sup>(12)</sup>.

Una tercera paciente (caso 8), a la cual se le extirpó un cáncer de cola de páncreas, fue reoperada al año y medio con una extensa recidiva que obligó a reseca un fragmento de pared torácica, ángulo esplénico y yeyuno con breve sobrevida.

A un hombre joven (caso 9) se le practicó una gran operación: gastrectomía total, pancreatomectomía distal, esplenectomía, resección de primer asa yeyunal y ángulo esplénico del colon. Se efectuaron siete disparos con máquinas de sutura lineal y circular, confeccionando todas las anastomosis en la misma operación: esofagoyeyunal, yeyuno-yeyunal, colo-cólica, más el cierre yeyunal, el del muñón duodenal y tres cabos yeyunales y dos cólicos. Las anastomosis yeyuno-yeyunales y colocolílicas fueron laterales y la del pie de la gastrectomía, término-lateral. Cursó un posoperatorio excelente pero cometimos el error de hacerle quimioterapia por un nódulo secundario hepático del tamaño de una nuez. El tratamiento fue inoperante y el tumor crecía ante nuestros ojos. La histología mostró un carcinoma acinar y no ductal como es frecuente. Tal vez por eso evolucionó rápidamente, falleciendo antes de los dos meses <sup>(13)</sup>.

### *Cáncer de colon invadiendo páncreas izquierdo*

Como ésta es exactamente la situación inversa, resumimos el caso 10 así:

Hombre, 86 años. Con el antecedente de carcinoma de próstata operado en 1986.

Primera operación (mayo de 1995): tumor de ángulo izquierdo del colon invadiendo páncreas y bazo. Resección de ángulo esplénico, páncreas, bazo y la gran curva gástrica. Colostomía proximal. La histología mostró adenocarcinoma bien diferenciado de colon. Fístula pancreática posoperatoria.

Segunda operación (junio de 1995): drenaje de absceso de flanco y fosa ilíaca izquierda.

Tercera operación (febrero de 1996): restablecimiento del tránsito cólico.

Cuarta operación (octubre de 1996): a la exploración, tumoración gástrica de gran curva que no se reseca, pues no compromete el píloro ni el cardias.

En noviembre de 1997, presenta una anemia que requiere transfusiones (88 años).

## **Discusión**

Los cánceres de colon admiten resección amplia cuando invaden vísceras vecinas, pues la infiltración no es muy extensa, por eso hay que ser agresivo aunque el tumor comprometa al páncreas <sup>(14,15)</sup>.

Varty <sup>(16)</sup> y Davis <sup>(17)</sup> señalan que cuando se realiza esplenectomía en el cáncer de colon la sobrevida a los cinco años es menor. Las esplenectomías innecesarias no son convenientes por la depresión inmunitaria y riesgo de infección que traen aparejadas. Por eso, en pequeños tumores de cola de páncreas, se ha aconsejado no hacerla <sup>(18)</sup>, igual que en cánceres de ángulo esplénico que no invaden el bazo.

Pero en todos nuestros casos su pedículo estaba invadido y hubo que extirparlo como aconseja Trede <sup>(19)</sup> y describe Bodner <sup>(20)</sup>. Marmorale <sup>(21)</sup>, en una pequeña serie que publicó este año, obtuvo resultados parecidos a los nuestros.

En cuanto a los cánceres de colon que invaden duodeno, como ya describimos, se puede simplificar la duodenopancreatomectomía cortando el duodeno a la derecha del mesenterio y efectuando la anastomosis pancreática en el estómago. Es lo que llamamos pancreatomectomía cefálica económica <sup>(22)</sup>.

Las máquinas de sutura, cerrando los muñones rápidamente, permiten acortar los tiempos de reconstrucción.

## **Conclusiones**

Cuando los cánceres de colon invaden extensamente o se fistulizan en la víscera vecina hay que resecaarlos en bloque. Así se hizo en dos casos de infiltración del duodeno y uno de cola de páncreas, con excelente resultado.

Los cánceres metácronos de colon y páncreas deben ser resecados oncológicamente, pudiendo obtener sobrevividas aceptables.

También algunos tumores de cola de páncreas que invaden la flexura esplénica deben ser tratados oncológicamente. De cuatro casos operados con esta situación sobreviven dos.

## Bibliografía

1. **Gall FP, Tonak J, Altendorf A.** Multivisceral resections in colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 337-42.
2. **Gordon Ph.** Malignant neoplasms of the colon. In: Gordon Ph, Nivatong S. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus.* St. Louis: Quality Med. Publ, 1992: 549.
3. **Praderi R, Delgado B, Maquieira G, Aguiar A, Mazza M.** Emergency resection for acute neoplastic obstruction of left colon. *Chir Gastroenterol* 1974; 8: 291-300.
4. **Gordon Ph.** Surgical resection for colon carcinoma. In: Wanebo HJ. *Surgery for gastrointestinal cancer. A multidisciplinary approach.* Philadelphia: Lippincot Raven, 1977: 631-8 (Chap 55).
5. **Praderi R, Boudrandi S, Rodríguez G, Navarrete H.** Carcinomas metácronos de colon y páncreas. *Cir Uruguay* 1996; 66: 256-60.
6. **Estefan A, Cilleruelo R, Praderi J, Justo M, Bianchi C, Praderi R.** Cáncer de colon fistulizado en duodeno. Tratamiento Radical. Congreso Uruguayo de Gastroenterología, 6. Montevideo, 1987: 5-17.
7. **Estefan A, Palacio JL, Oliveira D, Praderi J, De Meilo W, Falchetti JC.** Hemicolectomía derecha asociada a duodenopancreatectomía cefálica. *Cir Uruguay* 1986; 56: 256-61.
8. **Praderi R, Estefan A, Tiscornia E.** Transhepatic intubation in benign and malignant lesions of the biliary ducts. *Curr Probl Surg* 1985; 22: 12.
9. **Praderi R, Mazza M, Gomez Fossatti C, Estefan A.** Le Drainage Transhépatique en Séton. *Nouv Presse Med* 1974; 3: 2015.
10. **Praderi R, Gomez Fossatti C, Machado R et al.** Anastomosis hepato colecisto digestivas. *Cir Uruguay* 1974; 44: 175-490.
11. **Chang E, Roads JE.** Malignant duodenocolic fistulas: a case report and review of the literature. *J Surg Oncol* 1982; 21:33-8.
12. **Brevaey PH, Van Hee R, Ysebaert D, Verbist L, Eyskens E.** Cystoadenocarcinoma of the pancreas: characteristics and surgical strategy. *Hepatogastroenterology* 1997; 44:1312-6.
13. **Ruso L, Rodriguez G, Praderi R, Navarrete H.** Carcinoma gigante acinar de cuerpo de páncreas. *Cir Uruguay* 1996; 66: 57-60.
14. **Watanapa P, Williamson RCN.** Surgical palliation for pancreatic cancer: development during the past two decades. *Br J Surg* 1992; 79:8-13
15. **Johnson CD, Schwall G, Fletchenmacher J, Trede M.** La resección de los adenocarcinomas del cuerpo y cola del páncreas. *Br J Surg* 1993; 80:412.
16. **Varty P, Linehan I, Boulos PB.** Does concurrent splenectomy at colorectal cancer influence survival. *Dis Colon Rectum* 1993; 36:602-3.
17. **Davis CJ, Ilstrup DM, Pemberton JH.** Influence of splenectomy on survival rate of patients with colorectal cancer. *Am J Surg* 1988; 155: 173-7.
18. **Hess W.** Distal Pancreatectomies. In: Hess W, Berci G. *Textbook of biliopancreatic diseases.* Padova: Piccin, 1997: 1841-8 (tomo 3).
19. **Trede M.** Left hemipancreatectomy. In: Trede M, Carter D. *Surgery of the pancreas.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
20. **Bodner E.** Tumor del páncreas exocrino. In: Kremer K, Lierse W, Platzer W, Schreiber HW, Weller. *Grande atlante di tecnica chirurgica.* Firenze: U.S.E.S., 1992: 219-22.
21. **Marmorale C, Miconi G, De Luca S, Scibé R, Petrolati P.** Carcinoma del corpo-cola pancreatico. *Chirurgia* 1997; 10:148-50.
22. **Praderi R, Estefan A.** Tratamiento quirúrgico del cáncer biliar. *Actualizaciones en Cirugía.* Montevideo, 1990; vol. 8.