

PRESENTACIÓN DE CASO

Neoplasia de colon

Colon neoplasia

Dra. Alina Torreblanca Xiques

Especialista de Segundo Grado en Gastroenterología. Máster en Medios Diagnósticos en el primer nivel de Atención de Salud. Profesor Auxiliar de Gastroenterología. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Alina Torreblanca Xiques, correo electrónico: alinatb@ltu.sld.cu.

RESUMEN

El cáncer de colon es un tumor que se desarrolla por degeneración maligna de las células del intestino grueso, desde la válvula ileocecal hasta la flexura recto sigmoidea. Se presenta el caso de un paciente masculino, de 75 años, con astenia anorexia y pérdida de peso; al examen físico: mucosas hipocoloreadas, abdomen blando no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Se palpa aumento de volumen a nivel de la fosa ilíaca derecha, fija, de consistencia dura, ruidos hidroaéreos normales. Se realizaron exámenes hematológicos, radiológicos y endoscópicos para el diagnóstico. Se tuvo la confirmación diagnóstica por anatomía patológica de adenocarcinoma de colon derecho, bien diferenciado. Se aplicó tratamiento primario, consistente en una amplia resección quirúrgica del cáncer del colon y el drenaje linfático regional, posteriormente se aplicó quimioterapia. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Palabras clave: CÁNCER DE COLON.

Descriptores: NEOPLASIAS DEL COLON, ADENOCARCINOMA.

SUMMARY

Colon cancer is a tumor that develops because of malignant degeneration of the cells in the large intestine, from the ileocecal valve to the rectosigmoid flexure. This is a case of a 75-year-old male patient with asthenia, anorexia and weight loss. On physical examination, the patient showed hypo-colored mucosae as well as abdomen tender and painless to superficial or deep palpation. An increase volume at the right ileac fossa was palpable; it was fixed and consistently hard; his hydro-air sounds were normal. Hematological, radiological and endoscopic examinations were performed for diagnosis. There was a diagnostic confirmation of well-differentiated adenocarcinoma of the right colon by pathologic anatomy. Primary treatment, consisting of a wide surgical resection of the colon and regional lymphatic drainage, was applied, followed by chemotherapy. The patient improved satisfactorily.

Key words: COLON CANCER.

Descriptors: COLONIC NEOPLASMS, ADENOCARCINOMA.

INTRODUCCIÓN

En los países occidentales, el colon y el recto aportan más casos nuevos de cáncer por año que cualquier otra localización anatómica, excepto el pulmón. En Estados Unidos murieron aproximadamente 75 mil personas de esos tipos de cáncer en 1989; alrededor del 70% se produjeron en el recto y un 95% fueron carcinomas. De todos los procesos malignos viscerales que afectan a ambos sexos, el cáncer colorrectal es el que causa la muerte con mayor frecuencia. La incidencia empieza a elevarse a la

edad de 40 años y es máxima entre los 60 y los 75 años. El cáncer de colon es más frecuente en las mujeres y el cáncer de recto más frecuente en los hombres. En un cinco por ciento de los pacientes coincide más de un tipo de cáncer. (1, 2)

La predisposición genética al cáncer del intestino grueso es baja, pero se han descrito "familias con cáncer" y "familias con cáncer de colon" (p. ej., poliposis familiar, síndrome de Lynch), en las cuales el cáncer colorrectal se presenta a lo largo de varias generaciones, generalmente antes de los 40 años de



edad y con mayor frecuencia en el lado derecho del colon. En algunos casos de síndrome de Lynch se ha demostrado que están mutados al menos cuatro genes, localizados en los cromosomas 2, 3 y 7. Otros factores pre disponentes son la colitis ulcerosa crónica, la colitis granulomatosa y la poliposis familiar (que incluye el síndrome de Gardner); en estos trastornos el riesgo de cáncer está relacionado con la edad de comienzo y la duración de la enfermedad subyacente. (3)

Las poblaciones con elevada incidencia de cáncer colorrectal consumen dietas bajas en fibra, que son ricas en proteínas de origen animal, grasa e hidratos de carbono refinados. Los carcinógenos pueden ingerirse con la dieta, pero es más probable que sean producidos a partir de sustancias de la dieta o por secreciones biliares o intestinales, quizás por acción bacteriana. El mecanismo exacto se desconoce.

El cáncer colorrectal se propaga por extensión directa a través de la pared intestinal, metástasis hematógenas, metástasis a ganglios linfáticos regionales, diseminación peri neural y metástasis intraluminales. (4)

La alta incidencia de esta patología y la severidad del caso que se presenta, desde el punto de vista endoscópico, fueron la motivación para la confección de este artículo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 75 años de edad, con antecedente de ser fumador, con astenia, anorexia y pérdida de peso y cambio en el hábito intestinal de tiempo no precisado.

Examen físico

Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.

TCS: no infiltrado.

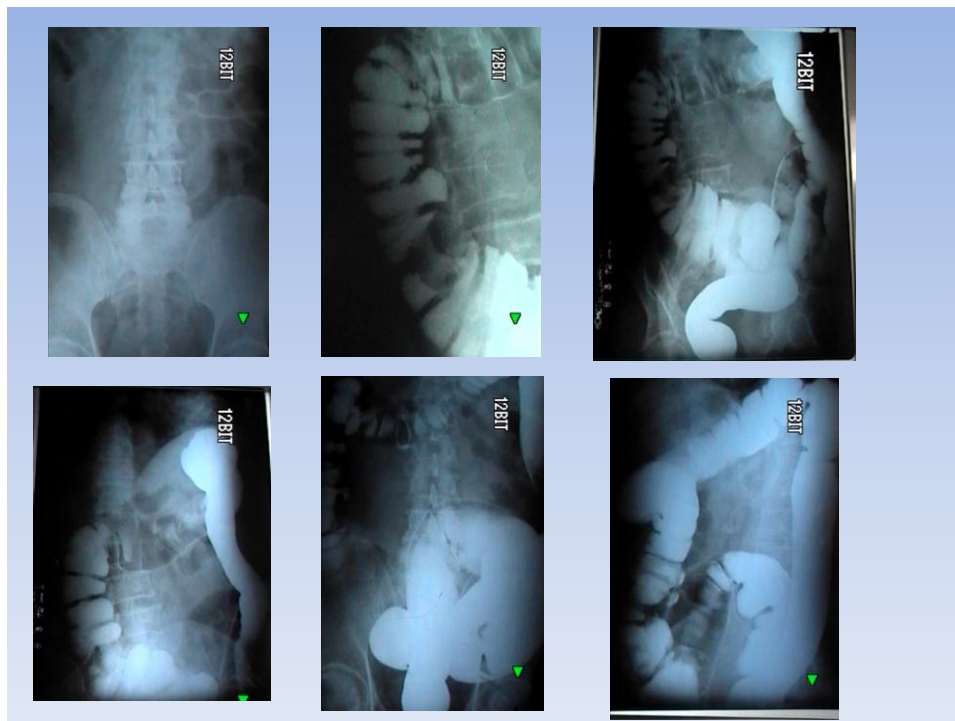
A. Respiratorio: MV normal, no estertores, Fr.: 16x'.

ACV: ruidos cardíacos normales, no soplos, TA:100/60mmHg, fc:78x'.

Abdomen: blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, se palpa aumento de volumen a nivel de FID, fija, de consistencia dura, RHA normales.

SNC: paciente consciente y orientado en tiempo, espacio y persona.

FIGURA 1. Radiografías contrastadas de colon



Diagnóstico de Laboratorio

Hb: 7.00g/L

Eritrosedimentación: 120mm/h

Glicemia: 4,4mmol/L

Creatinina: 120mmol/L

Somasof positivo

RX colon x enema: se administra sustancia de contraste que recorre el marco cólico con imagen por

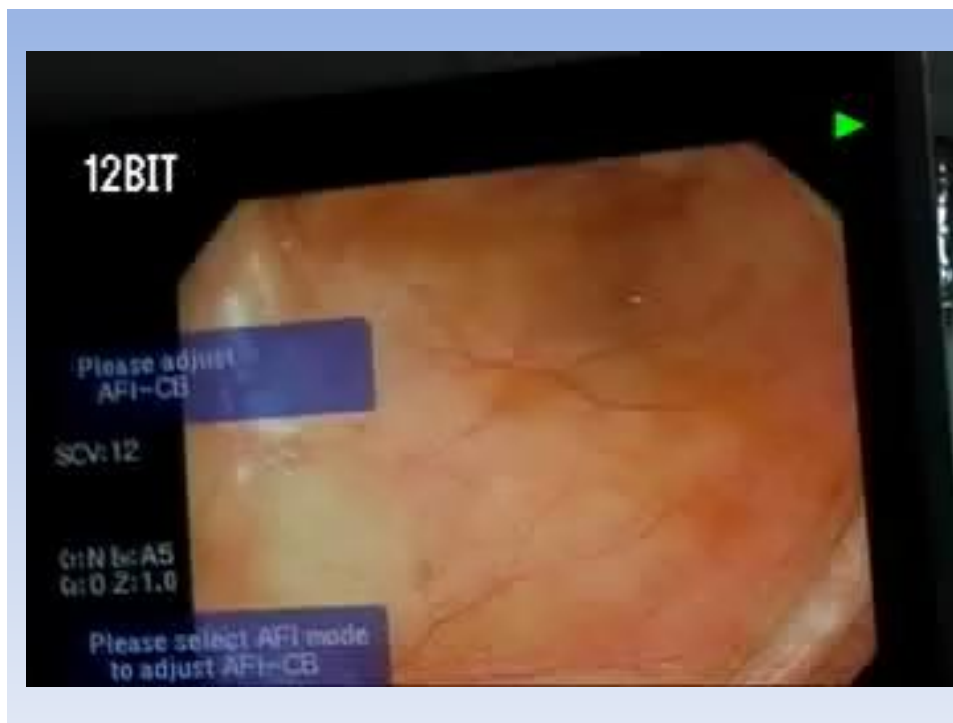
defecto de lleno a nivel de colon ascendente en relación con neoplasia de colon derecho. Pérdida del patrón de austraciones de colon derecho, sigmoides redundantes (**figura 1**).

Colonoscopia: se introduce el equipo video colonoscopio Olympus, previa anestesia con tiopental, hasta visualizar colon derecho (ascendente), sin poder avanzar hasta ciego por la existencia de una estenosis en este segmento secundario a una formación tumoral de aspecto

ulcerado, con crecimiento de la mucosa hacia la luz con bordes irregulares, pétreos, friable, con pérdida del peristaltismo local, sin ocupar la circunferencia en su totalidad en estos momentos. En la exploración retrógrada se observa resto de colon de caracteres normales.

Región anal: esfínter tónico, no hemorroides, no fístulas. El aspecto endoscópico de lo descrito está en relación con cáncer de colon derecho de tipo ulcerado.

FIGURA 2. Videocolonoscopia de cáncer de colon derecho



Histología: adenocarcinoma bien diferenciado de colon derecho.

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente masculino de 75 años de edad, con astenia, anorexia y pérdida de peso; al examen físico, mucosas hipocoloreadas, abdomen blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, se palpa amento de volumen a nivel de FID, fija, de consistencia dura, RHA normales. En la hematología general se encontró Hb 7g/l, eritrosedimentación en 120mm/l, Somasof positivo, con Rx de colon por enema con imagen por defecto de lleno a nivel de colon ascendente, en relación con neoplasia de colon derecho. Pérdida del patrón de austraciones colon derecho, sigmoides redundantes. Estos elementos hacen sospechar el diagnóstico de cáncer de colon.

El adenocarcinoma de colon y recto crece lentamente, y transcurre un largo intervalo antes de

que sea suficientemente grande como para dar síntomas. El diagnóstico temprano depende de la exploración sistemática. Los síntomas dependen de la localización de la lesión, el tipo, la extensión y las complicaciones. (1) El lado derecho del colon tiene un diámetro mayor y una pared delgada. Dado que el contenido del colon es líquido, la obstrucción es un acontecimiento tardío. Los tumores, que suelen ser fungoides, pueden llegar a ser grandes y palpables a través de la pared intestinal. Generalmente el sangrado es oculto. Las únicas molestias pueden ser la fatiga y la debilidad, causadas por anemia intensa. El lado izquierdo del colon tiene una luz más estrecha, las heces son semisólidas y el cáncer tiende a rodear el intestino, causando alternativamente estreñimiento y aumento de la frecuencia de las deposiciones o diarrea. El cuadro clínico de la presentación puede ser la obstrucción parcial con dolores abdominales, cólicos o la obstrucción completa. Las heces pueden estar estriadas o mezcladas con sangre. En el cáncer de recto el síntoma de presentación más frecuente es el

sangrado con la defecación. Siempre que se produzca hemorragia rectal, incluso en caso de hemorroides evidentes o enfermedad diverticular conocida, es preciso descartar la presencia de cáncer rectal. Puede haber tenesmo y sensación de deposición incompleta. El dolor está llamativamente ausente, hasta que se afecta el tejido peri rectal. (3, 4)

Es aconsejable que la exploración de sangre oculta en las heces, sencilla y poco costosa, forme parte de los programas de detección selectiva y de vigilancia de alto riesgo. Para mayor exactitud, el paciente debe consumir una dieta rica en fibra y exenta de carnes rojas durante los tres días anteriores a la recogida de la muestra de heces. Las pruebas positivas requieren nuevos estudios. (4)

Alrededor del 60 % de los casos de cáncer colorrectal están dentro del alcance del sigmoidoscopio flexible de fibra óptica. Debe realizarse una colonoscopia con fibra óptica, cuando se sospeche cáncer en cualquier porción del intestino y cuando los síntomas sean atribuibles al colon. Si la lesión se detecta en la sigmoidoscopia, ésta debe ir seguida de colonoscopia total y extirpación de todas las lesiones del colon. La escisión endoscópica de los pólipos coincidentes puede reducir la cantidad de intestino que necesita ser resecado. Las biopsias parciales de los pólipos pueden llevar a error en el 25 % de los casos, y una biopsia negativa no excluye la posibilidad de cáncer en un pólipo. Si la lesión es sésil o no extirpable mediante la colonoscopia, debe considerarse seriamente la escisión quirúrgica.

La exploración radiográfica con enema de bario no suele ser fiable en la detección del cáncer rectal, pero puede ser un importante paso preliminar para diagnosticar el cáncer de colon. La exploración con contraste de aire puede visualizar lesiones más pequeñas (menos de 6 mm) que el enema de bario con columna completa, pero el neumocolon puede pasar por alto lesiones grandes (más de 2 cm) con una frecuencia inesperada (20 a 30 %). El ingrediente esencial de toda exploración con bario o endoscópica del colon es un intestino bien preparado, que requiere a menudo catártico, lavado oral y enemas múltiples. El bario no puede

administrarse por vía oral, cuando se sospeche una lesión obstructiva del colon, porque la reabsorción en el colon del agua de la suspensión de bario puede precipitar sulfato de bario y producir una obstrucción completa del intestino grueso. La colonoscopia debe llevarse a cabo, aun cuando el diagnóstico radiográfico sea razonablemente seguro; el enema de bario ignora un 30 % de los tumores y un 40 % de los pólipos, pero la colonoscopia identificará las lesiones simultáneas, lo cual puede dictar la cantidad de intestino a resecar. (5)

Una vez diagnosticado el paciente, se aplicó el tratamiento primario, que consistió en una amplia resección quirúrgica del cáncer del colon y del drenaje linfático regional, después de la preparación del intestino. La elección de la operación para el cáncer rectal depende de la distancia del tumor desde el ano y de la extensión macroscópica. La resección abdominoperitoneal, seguido de quimioterapia, fue el tratamiento aplicado en el paciente, con seguimiento oncológico.

Es posible la curación quirúrgica en un 70 % de los pacientes. La mejor tasa de supervivencia a cinco años para el cáncer limitado a la mucosa se acerca al 90 %; con penetración de la lámina propia de la muscular, un 80 %; con ganglios linfáticos positivos, un 30 %. Cuando existe un riesgo quirúrgico inaceptable para el paciente, algunos tumores pueden controlarse localmente mediante electrocoagulación. Los resultados preliminares de estudios de radioterapia coadyuvante, tras la resección curativa del cáncer rectal (pero no del colon), indican que en pacientes con afectación ganglionar linfática limitada es posible controlar el crecimiento local del tumor, retrasar la recurrencia y mejorar la supervivencia. (6)

CONCLUSIONES

Se utilizó la videocolonoscopía en este caso, de paciente con sospecha de cáncer de colon. El diagnóstico por anatomía patológica fue de adenocarcinoma bien diferenciado de colon derecho, confirmando el diagnóstico presuntivo de la videocolonoscopía.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Hano García O, González Fabián L, Fernández Camejo J, Hierro González A. Caracterización clínica, endoscópica e histológica de lesiones elevadas diminutas del colon. Revista Cubana De Medicina [revista en internet]. 2012, Jul [citado 17 de diciembre 2014]; 51(3): 218-227. Disponible en: [MedicLatina](#).
2. Sánchez J, García E, Serrano T. Adenocarcinoma papilar seroso en colon sigmoide originado sobre endosalpingiosis quística. A propósito de un caso y revisión de la literatura. Revista Española De Patología [revista en internet]. 2008, Apr [citado 17 de diciembre 2014]; 41(2): 146-149. Disponible en: [MedicLatina](#).
3. González Rodiles Heredia R, Fernández Z, Prieto A. Cáncer de colon recurrente: diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana De Cirugía [revista en internet]. 2009, Enero [citado 17 de diciembre 2014]; 48(1): 1-13. Disponible en: [MedicLatina](#).

4. Lima J, Wong U, Bravo A, Sánchez J. Escrutinio en el cáncer de colon y recto. Artículo de revisión. (Spanish). Revista Mexicana De Coloproctología [revista en internet]. 2008, Sep [citado 17 de diciembre 2014]; 14(3): 98-101. Disponible en: MedicLatina.
5. Dubón Peniche M, Romero Vilchis M. Síndrome de colon irritable frente a carcinoma de colon y recto. Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM [revista en internet]. 2013, Nov [citado 17 de diciembre 2014]; 56(6): 40-45. Disponible en: MedicLatina.
6. Fernández Z, González Rodiles Heredia R, Prieto A. Cáncer de colon recurrente: consideraciones actuales. Revista Cubana De Cirugía [revista en internet]. 2009, Enero [citado 17 de diciembre 2014]; 48(1): 1-12. Disponible en: MedicLatina.
7. Dr. Miyar. II Taller Nacional de Cáncer. Centro Inmunología Molecular. 6-7 Diciembre 2007. Ciudad de La Habana. Presentación.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.