

Cáncer de colon transverso. a propósito de un caso

Neoplasmas of transverse colon. Case presentation

Dr. Carlos E. Salazar Cueto; Dra. Alina Monteagudo Canto; Dr. José R. Rodríguez Sed; Dra. Verónica García Illán

Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El cáncer de colon a nivel mundial conjuntamente con el cáncer de mama y pulmón tiene una alta incidencia, pero este caso llamó la atención médica al tratarse de un paciente de 16 años de edad con antecedente familiar de poliposis intestinal (padre) que se presentó como un síndrome oclusivo y luego de laparotomía y estudio anatomopatológico se diagnosticó adenocarcinoma del colon transverso.

DeCS: NEOPLASMAS DEL COLON/diagnóstico; POLIPOS INTESTINALES; POLIPOSIS COLI ADENOMATOSA.

ABSTRACT

Due to the high incidence of colonic neoplasm worldwide, together with breast and lung neoplasma, we decided to present this work which was relevant because of the 16 years old patient with familiar antecedent of intestinal polyposis (father) who presented with an occlusive syndrome and after laparotomy and pathoanatomic study, an adenocarcinoma of transverse colon was diagnosed.

DeCS: COLONIC NEOPLASMS/diagnosis; INTESTINAL POLYPS; ADENOMATOUS POLYPOSIS COLI.

INTRODUCCION

El cáncer del intestino grueso (colón y recto) es el padecimiento maligno más común del tubo digestivo, representado en el 98% por adenocarcinomas (ADC), resulta junto con los cánceres del pulmón y mama una de las tres afecciones malignas más frecuentes en Estados Unidos ¹

Su carcinogénesis aún no se ha determinado con claridad pero, se ha señalado una correlación positiva con el consumo de grasa de origen animal, así como la ingestión excesiva de calorías, la obesidad, al igual que la alta ingesta de carnes rojas, principalmente la de res. También se sabe de la posible reducción de la carcinogénesis del colon con el incremento del consumo de fibras en la dieta (cereales, frutas y verduras) ²

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Antecedentes familiares: Padre operado de varios pólipos rectales

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 16 años que hace aproximadamente 6 meses presenta dolor mesogástrico intenso, posprandial, irradiado al flanco derecho, alivio parcial con los analgésicos habituales asociado a distensión abdominal, náuseas, vómitos y pérdida de peso (21 libras), anorexia, astenia y cambios en el hábito intestinal desde hace 10 meses, predominando la constipación.

Examen Clínico:

Abdomen: Distendido, timpánico, doloroso difusamente. RHA: normales.

Tacto rectal: Ampolla vacía, resto normal.

Se diagnostica síndrome oclusivo que fue valorado y descartado por cirugía, sugiriendo comenzar estudio por posible enfermedad de Crohn v/s tuberculosis intestinal. Al octavo día fue revalorado por cirugía con el diagnóstico de síndrome oclusivo por lo que se decide laparotomía con diagnósticos presuntivos de colón agangliónico, vólvulo sigmoideo, invaginación intestinal

Exámenes complementarios realizados: Hb.12,6 gl; Hto:0.42 vol/L; P: 0.80 L: 0.18, Eritrosedimentación: 20, Heces fecales (III): negativas, lámina periférica: normocromia, normocitosis, plaquetas y leucocitos normales, sangre oculta en heces fecales: negativa, drenaje biliar: no se obtuvo bilis B. Se observan abundantes elementos inespecíficos, ultrasonido: ecogenicidad aumentada de los espacios porta, Rx tórax: normal, Panendoscopia: normal, Tránsito intestinal: imágenes calcificadas en intestino grueso, asas intestinales muy distendidas. Laparoscopia y colon por enema diferidos por marcada distensión abdominal, Radiografía: abdomen simple constata que gran distensión de asas colónicas y niveles hidroaéreos

Informe operatorio: Tumor de 4 cm que ocluye parcialmente el colon transversal izquierdo a 5 cm del ángulo esplénico. Adenomegalias periaórticas múltiples.

Biopsia: No.3433-99: Adenocarcinoma bien diferenciado mucoproducente que infiltra hasta la muscular del colon.

DISCUSIÓN

Toda la literatura coincide en la relación existente entre el desarrollo de adenocarcinoma colónico y los síndromes de poliposis familiar, así como la incidencia de cáncer en personas que precisamente desarrollaron pólipos intestinales principalmente aquellos con patrón de crecimiento vellosos.^{3,4} En nuestro paciente existía el antecedente familiar (padre operado de pólipos intestinales), aunque sin evidencias fenotípicas de un síndrome familiar de los múltiples relacionados con esta entidad, de aquí la importancia del seguimiento a los pacientes con antecedentes familiares de pólipos intestinales o cáncer de colon para llegar al diagnóstico precoz de esta afección.⁵⁻⁷ La localización de los ADC de colon ocurren en más de las 2/3 partes, en la porción distal (recto sigmoide). Correspondiendo al colon transversal menos del 11%, y es esta precisamente la localización en este paciente⁸. Resultó curioso que con sólo 16 años desarrolló esta enfermedad enmarcada en menos del 20% de los casos que según la literatura son capaces de desarrollar cáncer de colon antes de los 50 años de edad, que además son jóvenes asociados a síndromes polipoides hereditarios.^{1,2}

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patología estructural y funcional. 3ed. La Habana: Edición Revolucionaria; 1987. T2. P. 856.
2. Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1996. Vol. 1. P. 827-32
3. Deen KI, de Silva HJ. Colorrectal polyps. Ceylon Med 1999;44(1):6-10.
4. Lev R, Healey J. Colon polyps register and cancer control. Cáncer detect. Prev 1999;23(6):474-8.
5. Colon cancer screening (USPSTF recommendation). U Preventive Services Task Force. J. Am Geriatr Soc; 2000;48(3):333-5.
6. Colon Cancer prevention. Worth the Trouble. Harv Health Lett 1999;25(1):1-2.
7. Lov Kola A, de la Chapelle, Altonen LA. Strategies for screening for hereditary nonpolyposis colorectal cancer. J Med Genet 1999;36(11):819-22.
8. Lorenzi M, Irotulam AJ, Vernillo R, Bandecci T, Marcini S. Adult colonic intussusception caused by malignant tumor of the transverse colon. Am Surg 1999; 65 (1):11-4.

Recibido: 15 de enero de 2000

Aprobado: 20 noviembre de 2000

Dr. Carlos E. Salazar Cueto Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.