

# Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de colon transverso, a propósito de un caso y revisión bibliográfica

Doctores: García Cesar (1), Encalada Edmundo (1), Solórzano José (2), Sánchez Jaime (3)

1. Médicos Residentes Post-Gradistas Cirugía ION-SOLCA Guayaquil

2. Anatómo-Patólogo ION-SOLCA Guayaquil

3. Cirujano Oncólogo Tratante ION-SOLCA Guayaquil

## ABSTRACTO

Presentamos un paciente de 65 años de edad, sexo masculino, con un cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, náuseas, meteorismo, pérdida de peso de manera progresiva, melena y masa tumoral a nivel de región peri umbilical de 10 cm. aproximadamente, el cual fue intervenido quirúrgicamente de Laparotomía exploradora encontrando tumoración del colon transverso, realizándose transversectomía, cuyo resultado de anatomía patológica fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante.

**Palabras clave:** Colon Transverso-Transversectomía

## ABSTRACT

We present a sixty five years old male patient with two months of abdominal pain, nausea, weight loss, melena, meteorism, and a 10 cm tumoral mass in the periumbilical zone, we resected by exploratory laparotomy, finding a tumor in the transverse colon. The surgical procedure was a transversectomy, the histopathologic finding was: transverse colon infiltrating adenocarcinoma.

**Key words:** Transverse Colon-Transversectomy

## INTRODUCCIÓN

El cáncer colon – rectal es considerado la tercera neoplasia en orden de frecuencia en la población mundial. En nuestro registro hospitalario de los últimos 10 años esta patología ocupa el cuarto lugar, dominando el sexo masculino, siendo más frecuente el cáncer del colon derecho (48.07%), seguido del cáncer del colon izquierdo (44.23%) y finalmente el cáncer del colon transverso que es el menos frecuente (7,69%), motivo de nuestra publicación. (1).

El cáncer de colon es en general una enfermedad de personas de edad avanzada, en la población general la frecuencia comienza a aumentar en grado considerable después de los 40 a 50 años de edad, y aumenta con cada decenio, hasta alcanzar un máximo a los 75 años. (2).

El estudio de esta afección ha llevado a reconocer factores que predisponen a su aparición, y detectar factores de riesgos tales como la edad, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, antecedentes personales de enfermedades granulomatosas, colitis ulcerativa, poliposis y dieta. (3,6)

### Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.  
Servicio de Cirugía Oncológica  
ION Solca Guayaquil  
Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)  
Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

Los factores dietéticos pueden promover o inhibir la carcinogénesis, el consumo de carnes rojas y grasas animales, así como niveles elevados de colesterol en heces, correlacionan con una incidencia más elevada de carcinoma colorrectal, e incluso, se ha especulado que pueden ser factores etiológicos. Existe evidencia sólida procedente de estudios epidemiológicos de que la fibra está asociada con una reducción en el riesgo de sufrir cáncer del colon y recto. La ingesta elevada de fibra, calcio y selenio disminuye la incidencia de carcinoma colorrectal. (2, 3,7)

Entre los tumores del tubo digestivo, probablemente el cáncer colorrectal sea el de mejor pronóstico. La resección del tumor con intención curativa es posible en la mayoría de los casos. En los pacientes operados con carácter paliativo, el pronóstico es variable entre 6 meses y un año. En los pacientes operados con intención curativa, la supervivencia en general a los 5 años es del 60%. (4,10).

La detección precoz es fundamental, por ello se deben realizar exploraciones preventivas como el tacto rectal, la rectoscopia y colonoscopia, sobre todo en las personas que tienen factores de riesgo (pólipos en el colon, colitis ulcerosa) o herencia familiar de cáncer de colon. Se debe realizar también un análisis de sangre para detectar los niveles de antígeno carcinoembrionario (CEA), que se elevan también en este tipo de cáncer. (5,9)

Las opciones de tratamiento para los enfermos de cáncer colorrectal dependen de la evolución del tumor, si se extendió y en qué medida. Después de haber detectado la enfermedad y determinado la etapa en que se encuentra, el médico sugerirá un plan de tratamiento que puede incluir: Cirugía de colon, radioterapia y o quimioterapia. (3,8)



**CASO CLÍNICO**

Paciente de 65 años de edad, sexo masculino, que presenta un cuadro clínico de 2 mes de evolución aproximadamente caracterizado por dolor abdominal a nivel de la región de mesogastrio, de moderada intensidad, acompañado de náuseas, deposiciones diarreas de manera esporádica, meteorismo, pérdida de peso de 14 libras de manera progresiva, posteriormente presenta melenas de moderada cantidad, astenia y anorexia por lo que acude a médico particular quien le solicita una Ecografía abdominal que reporta una masa a nivel de región de mesogastrio, por lo que es derivado a este Instituto.

Antecedentes patológicos personales: Herniorrafía inguinal bilateral hace 8 años, prostatectomía radical por cáncer de próstata hace 5 años más vasectomía

Antecedentes patológicos familiares: Padre (+) Cáncer de próstata, Madre: (+) Cáncer de cervix

Examen físico: Karnofsky 90%, palidez generalizada, adenopatía mentoniana de 2cm aproximadamente, dura, dolorosa, poco móvil. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a nivel de la región peri umbilical y masa tumoral de 10 cm aproximadamente, de bordes regulares, poco móvil, de consistencia dura.

Exámenes de Laboratorio: Hto 23.9%, Hb: 6.7%, CEA: 17.12 ng/ml, Anti-H.Pylori IgG: 216.58 U/ml.

Tomografía axial computarizada (27-10-03): Engrosamiento de las paredes de la región antro pilórica y de la primera porción del duodeno que en algunas zonas se adosa a la pared abdominal anterior, y además se adosa parcialmente a la cabeza pancreática, presenta alteración de la grasa de la región subhepática de aspecto nodulillar. Presencia de clips quirúrgicos en región pélvica (Fig 1a-1b)



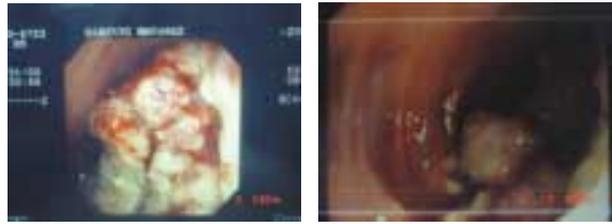
**Fig. 1A** Tumor que parece comprometer primera porción del duodeno



**Fig. 1B** Tumor adosado a la cabeza del páncreas

Fue valorado por el departamento de Gastroenterología quien realiza Endoscopia digestiva alta (04-11-03) Diagnosticando lo siguiente: Estómago, fondo, cuerpo y región antro pilórica, mucosas de aspecto pálida, pavimentoso, con alternancias de zonas blanquecinas y rojizas de las que se toma biopsia. Impresión diagnóstica: Gastritis.

Colonoscopia: (04-11-03) a nivel de tercio medio del transverso se observa tumoración exofítica que ocluye la luz hasta obstruirla en un 90% se toma biopsia. (Fig.2a-b)



Fue derivado al departamento de Cirugía realizándose Laparotomía exploradora (03-12-03) con hallazgos quirúrgicos de una tumoración de 10 cm. aproximadamente a nivel de colon transverso con múltiples ganglios en mesenterio, realizándose transectomía con anastomosis colo-cólica. (Fig.3-4)



Fig. 3 Segmento de colon transverso.



Fig. 4 Anastomosis término-terminal en un solo plano.

El resultado de la Anatomía Patológica fue cáncer de colon poliposo, estenosante, tipo adenocarcinoma gelatinoso o mucosecretor, infiltrante hasta el tejido adiposo peri cólico, con bordes quirúrgicos libres de tumor, ganglios linfáticos libres de metástasis (0/35). (Fig. 5 A-B)

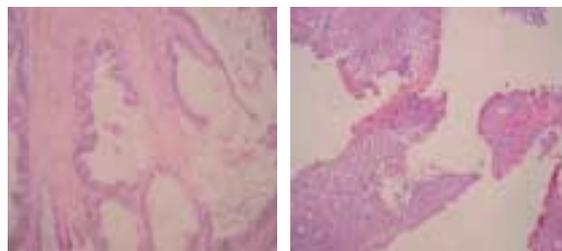


Fig. 5 A-B La microfotografía con Hematoxilina y eosina a 40x se observa mucosa de colon infiltrada por neoplasia de estirpe epitelial, constituida por células de citoplasma eosinófilo, núcleos irregulares e hiper cromáticos, actividad mitótica presente dispuesto en túbulos y formaciones pseudoglandulares, se observan además lagos de moco.

## DISCUSIÓN

El cáncer de colon se presenta a partir de los 60 a 70 años, siendo más frecuente en la mujer, en nuestro medio la localización del cáncer de colon a nivel del transverso representa 1 al 2% de todos los tumores del colon, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más frecuente en un 90% y de estos los moderadamente diferenciado (G2) representa el 60%. (4,2).

La localización del tumor no deja de tener su importancia, se considera que los que se encuentran en el colon ascendente tienen un pronóstico más favorable que los del colon izquierdo. (2,4,6).

En el presente caso tuvimos la oportunidad de tratar un paciente con un cáncer de colon transverso en el que realizó una resección amplia de todo el colon tranverso, incluyendo el meso con ligadura de las arterias cólicas. Luego se realizó una anastomosis colocolónica en un solo plano, con puntos separados de poliglactina 910, con 00 de espesor. Para asegurar una anastomosis sin tensión, movilizamos el ciego y una parte del ascendente, así como el colon descendente con lo cual el sigmoides subió, facilitando la anastomosis.

El paciente al momento se encuentra libre de enfermedad, (20 meses) los últimos exámenes son negativos para cáncer.

La supervivencia a 5 años es de 95 % en aquellos tumores que no han penetrado a través de la muscular propia, de 80% para los que han penetrado la muscular propia, pero no se han extendido a ganglios linfáticos y de 20-40% dependerían del número de ganglios linfáticos afectados. (2,3).

## Bibliografía:

1. Oncología, Vol. 4. Enero-Junio, 1995.

2. Adenocarcinoma infiltrante de colon transverso. Re. Med. Dom. Vol. 62, No.1. Enero-Abril, 2001.
3. The MD. Anderson Surgical Oncology Handbook. 2nd ed. Marban libros, SL. 2000.
4. Cáncer colorectal: Estudio de sobrevivencia y resultados del tratamiento quirúrgico. Rev Med Chile 1993; 121: 1142-1148.
5. Treatment of colon and rectal cancer. Drs: IC Lavery, F. López, R. Pelley, R. Fine. Surgical Clinics of North America 2000 Apr; 80 (2): 535-69.
6. Cáncer de colon: Guía de diagnóstico y tratamiento. J. Gutiérrez, R. Peralta, G. Fleites, J. Guerra, JR. Casaca, JC. Callado. La Habana: Instituto Nacional y Radiobiología, 1996.
7. Detection and surveillance of colorectal cancer. D.E. Fleicher, S.B. Goldgerg. Jama, 580. 1989.
8. Tratado de patología quirúrgica. David C. Sabiston, 14ava Edición; Mc Grown Hill Interamerica México 1999.
9. Morbilidad y mortalidad por cáncer colorrectal. Drs: M. Suárez, E. Pérez, C. Suárez, M. Ojeda. Hospital provincial General Docente "Carlos Manuel de Céspedes". 1998.
10. The impact of family history of colon cancer on survival after diagnosis with colon cancer. ML. Slattery, RA. Kerber. Int. J. Epidemiol; 1995; 24. 5: 888-98.



**Protéjase durante la  
exposición al sol**



**Sociedad de Lucha Contra el Cáncer  
Guayaquil - Ecuador**

