

Cáncer de colon ascendente que infiltra la pared abdominal. Reporte de un caso de inusual presentación

Ascending colon cancer that infiltrates the abdominal wall. Report of a case of unusual presentation

David Ortega Checa^{1,2}, Iván Vojvodic Hernández^{1,2}, Katherine Ríos Quintana³

¹ Departamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú.

² Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

³ Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Departamento de Cirugía General y Digestiva, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú.

Recibido: 03/09/2020 - Aprobado: 10/12/2020

ORCID: David A. Ortega Checa: <https://orcid.org/0000-0003-1576-4002>, Iván M. Vojvodic Hernández: <https://orcid.org/0000-0002-4822-480X>,

Katherine Ríos Quintana: <https://orcid.org/0000-0002-4309-1542>

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente con cáncer de colon ascendente e infiltración de la pared abdominal con tumoración proliferativa sobre la piel. Se trata de un varón de 83 años que diez meses antes de su ingreso fue operado por un absceso intraabdominal y evoluciona con una fistula colcutánea. El paciente presentaba una tumoración en flanco y fosa iliaca derecha, de 10 cm de diámetro, proliferativa, multilobulada, no dolorosa; a la biopsia resultó adenocarcinoma. La colonoscopia reveló tumoración de 6 cm en colon ascendente, la biopsia reportó adenocarcinoma medianamente diferenciado. La tomografía mostró una lesión neoformativa en colon ascendente y región cecal con dimensiones de 52x46x44 mm con un trayecto tumoral colcutáneo de 62 mm que terminaba a nivel cutáneo en una lesión ovoide de 70 mm. Se realizó colectomía derecha con resección en bloque de la pared abdominal comprometida por la tumoración. Se postula la relación entre la infiltración cutánea, y el antecedente de drenaje quirúrgico laparoscópico de un absceso intraperitoneal aparentemente causado como una complicación del cáncer de colon ascendente casi un año antes del ingreso. El drenaje utilizado sirvió de ruta para la infiltración a la pared abdominal.

Palabras clave: Cáncer; Colon; Pared abdominal; Piel (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The case of a patient with ascending colon cancer and infiltration of the abdominal wall with a proliferative tumor on the skin is presented. This is an 83-year-old man who underwent surgery for an intra-abdominal abscess ten months before admission and develops a colcutaneous fistula. The patient presented a 10 cm diameter proliferative, multilobed, non-painful tumor on the flank and right iliac fossa; the biopsy revealed an adenocarcinoma. The colonoscopy revealed a 6 cm tumor in the ascending colon, the biopsy reported moderately differentiated adenocarcinoma. The tomography showed a neoformative lesion in the ascending colon and cecal region with dimensions of 52x46x44 mm with a 62 mm colcutaneous tumor course that ended at the cutaneous level in a 70 mm ovoid lesion. A right colectomy was performed with en bloc resection of the abdominal wall compromised by the tumor. The relationship between skin infiltration and a history of laparoscopic surgical drainage of an intraperitoneal abscess apparently caused as a complication of ascending colon cancer almost one year before admission is postulated. The drain used served as a route for infiltration into the abdominal wall.

Keywords: Cancer; Colon; Abdominal wall; Skin (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorectal es la neoplasia maligna más frecuente del tubo digestivo a nivel mundial ⁽¹⁾. En el Perú ocupa el segundo lugar después del cáncer gástrico ⁽²⁾. El cáncer de colon se disemina por vía linfática, hematológica y por infiltración de órganos contiguos, como a las asas intestinales que lo rodean. La infiltración de la pared abdominal es rara y es infrecuente que se manifieste en la piel.

Se reporta un caso de inusual presentación, en un paciente con cáncer de colon ascendente que infiltra

la pared abdominal con un crecimiento exófito que compromete la piel.

CASO CLÍNICO

Varón de 83 años con antecedentes quirúrgicos de fistulectomía perianal, colecistectomía laparoscópica y hernioplastia inguinal bilateral. Niega comorbilidad.

Diez meses antes de su ingreso a nuestra institución fue sometido a una cirugía laparoscópica de emergencia en otro centro hospitalario “por absceso



Figura 1. Abdomen del paciente mostrando lesión cutánea.



Figura 2. Tomografía mostrando lesión neoformativa.

intraabdominal". En la evolución presentó una fístula colocutánea que se hace crónica lo que motivó que le realizarán una colonoscopia ocho meses después de la operación en el mismo centro hospitalario. El informe indicó que *en el tercio medio del colon ascendente se encontró una lesión proliferativa, multilobulada, ulcerada, estenosante de aproximadamente 6 cm de diámetro, friable*, que a la biopsia resultó *adenocarcinoma medianamente diferenciado*. No se contó el informe oficial del manejo médico quirúrgico en dicho hospital.

Llegó a nuestro centro hospitalario con el informe de la colonoscopia descrito y en el examen del abdomen se apreció una tumoración en flanco y fosa iliaca derecha de 10 cm de diámetro, multilobulada, rojo pardo, no dolorosa. Se solicitó una biopsia por aspiración con aguja fina la que fue informada como *adenocarcinoma medianamente diferenciado*. (Figura 1).

Para evaluar el tamaño de la lesión y la relación de la tumoración de la pared abdominal con el colon se solicitó una tomografía abdominopélvica con contraste, donde se evidenció una lesión neoformativa localizada en colon ascendente y región cecal con dimensiones

de 52x46x44 mm y un trayecto colocutáneo de 62 mm que terminaba a nivel cutáneo en una lesión ovoide de 70 mm. (Figura 2).

En la intervención quirúrgica se encontró una tumoración de 15x12x9 cm en colon ascendente que retraía el ciego, e infiltraba el íleon terminal, continuaba hacia la pared anterior de la región del flanco derecho y terminaba en la piel en una tumoración blanda de 9 cm de diámetro. Se realizó una colectomía derecha con resección en bloque de la pared abdominal comprometida por la tumoración. Además se realizó una anastomosis ileotransversa laterolateral con sutura mecánica y reconstrucción de la pared abdominal con colgajo músculo cutáneo del transverso y recto abdominal (técnica TRAM). (Figuras 3 y 4).

El informe de anatomía patológica reveló la presencia de un tumor en colon ascendente de 10x10 cm, viable 70%, tipo macroscópico II, adenocarcinoma mucinoso, con oclusión de la luz en un 90%, e infiltración de serosa, capa muscular de pared abdominal, TCSC y piel. Bordes quirúrgicos proximal y distal libres. Ganglios comprometidos: Grupo 1: 0/10, Grupo 2: 0/1, Grupo 3: 0/1.



Figura 3. Resección en bloque del área comprometida.



Figura 4. Pieza operatoria.

El paciente evolucionó favorablemente durante el postoperatorio y es dado de alta. Posteriormente, recibe quimioterapia adyuvante FOLFOX, cuatro ciclos en dos meses.

Después de un año presenta nodulaciones en pared abdominal a nivel de fosa iliaca derecha, cuya biopsia informó adenocarcinoma mucinoso tipo intestinal.

Finalmente, el paciente falleció a los 29 meses de la cirugía.

DISCUSIÓN

Dado el aumento de la incidencia del cáncer colorrectal en nuestro medio y la demora en el diagnóstico, es frecuente observar casos en estadios avanzados con compromiso ganglionar y metástasis a distancia. El compromiso menos frecuente es la infiltración de la pared abdominal que involucra más allá del peritoneo parietal y más aún, con crecimiento exofítico sobre la piel como es el caso que motiva el presente reporte.

El compromiso de las neoplasias malignas en la pared abdominal puede ser por metástasis cutáneas o por infiltración. Las metástasis cutáneas, siendo raras, se presentan con mayor frecuencia que la infiltración y aparecen como nódulos subcutáneos sin contigüidad con el tumor primario. Ésta se sustenta en la diseminación hematogena-linfática del tumor, a diferencia de la infiltración tumoral que es continuación de este último⁽³⁾. La literatura médica reporta que la infiltración cutánea por cáncer ocurre en el 0,7% a 9% de los pacientes con neoplasias malignas de cualquier tipo u origen, aunque la mayoría proceden de carcinomas viscerales⁽⁴⁾. La presencia de metástasis se traduce en un estadio IV, mientras que el estadio de la enfermedad en el paciente con infiltración, dependerá del compromiso de los ganglios linfáticos y/o de otros órganos.

En el caso de pacientes con cáncer colorrectal existe un antiguo estudio retrospectivo de 7,316 pacientes que mostró afectación cutánea en el 2,3%, todos con nódulos metastásicos⁽⁵⁾. En otro estudio se revisaron 12 146 pacientes con neoplasias, de ellos 1 973 casos correspondieron a cáncer colorrectal en los que 16 (0,81%) presentaron metástasis cutánea⁽⁵⁾. En otra serie de 388 pacientes con compromiso cutáneo metastásico se encontraron 22 casos originados por adenocarcinoma de colon, tres de ellos como infiltración tumoral⁽⁴⁾.

Las metástasis comprometen preferentemente localizaciones cutáneas cercanas al tumor. En este tipo de neoplasia, es la pared abdominal la parte anatómica más afectada⁽⁶⁾, y la epidermis no está comprometida. Sin embargo, también se han descrito en diversas

regiones anatómicas como cuero cabelludo, región perineal, extremidades y pared torácica⁽⁷⁻¹⁰⁾.

La localización primaria más común de metástasis cutánea de origen colorrectal es el recto (55%) y siguen en orden de frecuencia; colon sigmoide (17%), colon transverso (9%), rectosigmoide (7%), ciego (4%) y colon ascendente (4%)⁽¹¹⁾.

El diagnóstico de la infiltración tumoral es evidente cuando se encuentra una masa proliferativa, como es el caso que se presenta, pero otras veces puede manifestarse en diversas formas como nódulos, úlceras o lesiones que asemejan quistes, neurofibromas o condilomas, entre otras enfermedades⁽¹²⁾.

El diagnóstico se confirma con la biopsia de las lesiones. Es frecuente que éstas se manifiesten tiempo después de realizarse el diagnóstico de cáncer colorrectal e incluso después del tratamiento quirúrgico⁽⁸⁾. En este caso, la tumoración que presentaba el paciente era una lesión proliferativa, con biopsia positiva para adenocarcinoma, la colonoscopia reveló una imagen compatible con neoplasia maligna de colon ascendente y la tomografía confirmó que la lesión se originaba en colon e infiltraba y traspasaba toda la pared abdominal.

En referencia al presente caso postulamos la relación de la infiltración a pared, con el antecedente de drenaje quirúrgico laparoscópico de un absceso intraperitoneal aparentemente causado como una complicación del cáncer de colon ascendente diez meses antes del ingreso a este centro hospitalario. El drenaje utilizado sirvió de ruta para la infiltración a la pared abdominal.

La escisión local amplia de la lesión metastásica cutánea es la opción de tratamiento preferida en las lesiones aisladas⁽⁸⁾. En aquellos casos con numerosas o extensas metástasis cutáneas el tratamiento es solo paliativo. Por el contrario, en casos de infiltración neoplásica de la pared abdominal debe realizarse resección en bloque con el tumor de colon. La resección tumoral extensa puede resultar en defectos gigantes de la pared abdominal que necesitan reconstrucciones complejas tal como sucedió en el caso que se reporta, en el cual un equipo de cirujanos plásticos se encargó de esta reconstrucción⁽¹³⁾. La resección tumoral en bloque ha demostrado su importancia fundamental ya que se asocia con una mejora muy significativa en la supervivencia a los 5 años⁽¹⁴⁾.

Se puede realizar este tipo de intervenciones con bajos índices de morbimortalidad cuando el paciente se encuentre en condiciones óptimas para tolerar un procedimiento quirúrgico mayor⁽¹⁵⁾. En el caso que se presenta, el estudio preoperatorio no demostró compromiso metastásico a otros órganos, se mejoraron las condiciones generales del paciente y se procedió

a realizar la colectomía derecha con resección en bloque de pared abdominal comprometida. No se presentaron complicaciones postoperatorias. El estudio anatomopatológico fue informado con un estadio T4bN0M0. Después de un año de la cirugía se detectaron numerosas metástasis cutáneas de forma nodular. El paciente presentó una sobrevida de 29 meses.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés económico, profesional o personal

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research on Cancer. Cancer Today [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado el 31 agosto 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2018 Perú [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado el 31 agosto 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
3. Gomez ME, Martinez ML, Martin MC, Lopez MT, Berruga BF, Rodríguez M, et al. Metástasis cutáneas de tumores sólidos. Estudio descriptivo retrospectivo. *Piel*. 2014;29(4):207-12.
4. Marcoval J, Moreno A, Peyrí J. Cutaneous infiltration by cancer. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57(4):577-80.
5. Tenreiro N, Ferreira C, Silva S, Marques R, Ribeiro A, Sousa PJ, et al. Locally advanced colon cancer with cutaneous invasion: case report. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):113.
6. Bittencourt MJS, Imbiriba AA, Oliveira OA, Santos JEBD. Cutaneous metastasis of colorectal cancer. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):884-6.
7. Góes HF, Lima CS, Souza MB, Estrella RR, Faria MA, Rochoael MC. Single cutaneous metastasis of colon adenocarcinoma - Case report. *An Bras Dermatol*. 2016;91(4):517-9.
8. Placer C, Elósegui JL, Irureta I, Mujika JA, Goena I, Enríquez Navascués JM. Metástasis cutánea perineal de adenocarcinoma tras cirugía de cáncer colorrectal. *Cir Esp*. 2007;82(1):41-3.
9. Miguel Valencia MJ de, Fraile González M, Yagüe Hernando A, Oteiza Martínez F, Ciga Lozano MA, Armendáriz Rubio P, et al. Metástasis cutáneas de cáncer de recto. *Anales Sis San Navarra*. 2013;36(3):557-61.
10. Wang DY, Ye F, Lin JJ, Xu X. Cutaneous metastasis: a rare phenomenon of colorectal cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2017;93(5):277-80.
11. Hu SC, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CC. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(3):379-87.
12. Limaylla Vega H, Alfaro Lozano A, Torpoco Rivera M, Paredes Temoche A, Soto Mosquera A. Cáncer de colon con infiltración a pared abdominal: un reto diagnóstico. *Rev Gastroenterol Peru*. 2018;38(4):370-3.
13. Nesseris I, Tsamakis C, Gregoriou S, Ditsos I, Christofidou E, Rigopoulos D. Cutaneous metastasis of colon adenocarcinoma: case report and review of the literature. *An Bras Dermatol*. 2013;88(6 Suppl 1):56-8.
14. Hoffmann M, Phillips C, Oevermann E, Killaitis C, Roblick UJ, Hildebrand P, et al. Multivisceral and standard resections in colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg*. 2012;397(1):75-84.
15. Gulack BC, Nussbaum DP, Keenan JE, Ganapathi AM, Sun Z, Worni M, et al. Surgical Resection of the Primary Tumor in Stage IV Colorectal Cancer Without Metastasectomy is Associated With Improved Overall Survival Compared With Chemotherapy/Radiation Therapy Alone. *Dis Colon Rectum*. 2016;59(4):299-305.

Correspondencia:

David A. Ortega Checa

E-mail: davidortegach@gmail.com