

Tumor Insospechado en el Colon

Gilberto Guzmán Valdivia Gómez,* Manuel Chavelas Lluck,* Enrique Medina González*

* Servicio de Cirugía General del Hospital General Regional Núm. 1, Gabriel Mancera, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.
Correspondencia: Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez, Amores 43 B-105, Col. Del Valle, 03100, México, D.F.

Antecedentes En alguna ocasión el cirujano encuentra un tumor colónico insospechado, y por sus características le puede ser difícil diferenciar si es de origen benigno o maligno; en ese mismo momento debe decidir si lo reseca o cierra el abdomen y realiza biopsia y estudios complementarios con lo que pueda ofrecerle al paciente el tratamiento más adecuado de acuerdo con el diagnóstico definitivo. **Objetivo:** Presentar y analizar el curso clínico de pacientes con operación abdominal que presentaron tumores insospechados en colon. **Método:** Revisamos 8,703 expedientes de pacientes con operación abdominal, de los cuales 21 (0.24%) presentaron un tumor insospechado en el colon. Se dividieron en dos grupos: al grupo I no se le realizó resección inmediata y se estudiaron integralmente, el grupo II incluyó a pacientes que fueron tratados con resección inmediata. **Resultados:** De los pacientes del grupo I (n=16), 11 requirieron resección definitiva a los 12 días promedio, sin complicaciones en el tiempo transcurrido entre la operación inicial y la definitiva; en los cinco pacientes restantes el diagnóstico fue ameboma y respondieron bien al tratamiento con metronidazol, no requirieron resección colónica. De los pacientes del grupo II (n=5), tres presentaron complicaciones posoperatorias. **Conclusiones:** En nuestro medio, el ameboma debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de tumores colónicos insospechados y no requiere de resección, por lo que el hallazgo inesperado de un tumor en el colon durante una operación, justifica no resecarlo y realizar estudios diagnósticos complementarios.

Palabras clave: Colon, adenocarcinoma colónico, ameboma colónico.

Background Occasionally, an unexpected colonic mass is seen during surgery and for its characteristics it is difficult to distinguish if the lesion is benign or malignant; the surgeon must define resection or realize complementary clinical and histopathological studies for the final diagnosis which allows to offer adequate treatment. **Aim:** To present our experience of patients with unexpected colonic mass during abdominal surgery. We analyze clinic course and definitive pathologic diagnostic. **Method:** We reviewed 8,703 files of patients with abdominal surgery, 21 (0.24%) presented an unexpected colonic tumor. Patients were divided in two groups: the group I were studied without initial resection; group II included patients that were treated with resection. **Results:** In patients without initial resection (n=16) 11 required definitive resection in an average of twelve days, no complications were noted between the initial and definitive surgery; in remaining 5 patients final diagnostic was ameboma which responded well to medical treatment. In patients of group II (n=5), in three of them complications were present. **Conclusions:** In our country ameboma must be considered in the differential diagnosis of colonic tumors, no required resection. Therefore, discovery of unexpected colonic mass during surgery, justifies to realize complementary studies before resection.

Key words: Colon, colonic adenocarcinoma, colonic ameboma.

INTRODUCCIÓN

Ocasionalmente el cirujano se encuentra durante una operación abdominal, ya sea electiva o de urgencia,

ante un tumor inesperado en el colon y le es difícil diferenciar si es de origen benigno o maligno y debe decidir, por lo tanto, si lo reseca o lo deja intacto para realizar estudios diagnósticos complementarios.

Riseman¹ y Kovalick² concluyen que es aceptable la realización de hemicolectomía derecha para tumores insospechados del ciego, ya que, independientemente del diagnóstico, el segmento afectado del colon terminará reseccándose.

En México, como en otros países en desarrollo, la amebiasis colónica es frecuente^{3,4} y una de sus formas de presentación es el ameboma cecal, que semeja un tumor y que, siendo, en principio, beneficiado con tratamiento médico, no debe reseccarse y por lo tanto, en estos países, debe tomarse en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores del colon.

El propósito de este trabajo es presentar los casos atendidos en nuestro hospital con tumores insospechados del colon. Discutimos el curso clínico de los pacientes y los diagnósticos histopatológicos definitivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos los expedientes clínicos de 8,703 pacientes de operación abdominal en el periodo comprendido de junio de 1989 a agosto de 1995. Encontramos 25 que presentaron un tumor colónico como hallazgo quirúrgico, cuatro pacientes fueron excluidos por presentar oclusión intestinal secundaria al tumor y requerir necesariamente la resección de la lesión para el alivio de la oclusión colónica. Los 21 pacientes restantes se dividieron en dos grupos: grupo I que incluyó a 16 pacientes que fueron tratados sin resección y la realización de estudios posoperatorios que incluyeron colonoscopia con toma de biopsia entre el séptimo y décimo día de la operación, determinación de anticuerpos antiameba y colon por enema; en caso de adenocarcinoma o linfoma, realizamos TAC de abdomen y estudios de extensión. El grupo II incluyó a cinco pacientes que se trataron mediante resección del segmento afectado con anastomosis primaria. Los 21 pacientes recibieron metronidazol, 500 mg IV cada 8 horas y amikacina, 500 mg IV cada 12 horas desde el preoperatorio, y cuando el diagnóstico definitivo descartó enfermedad infecciosa, los antimicrobianos fueron suspendidos. Si el diagnóstico fue ameboma, el metronidazol se continuó por 10 días seguido de diydrohidroxiquinoleína, 650 mg tres veces al día por 20 días y se realizó colon por enema a los 21 días del posoperatorio (16 a 25 días) en promedio. En los casos de tumores malignos, enfermedad de Crohn y diverticulitis, se procedió a preparar el colon mediante enemas evacuantes, catárticos y metronidazol-ami-

kacina a las mismas dosis descritas para realizarles resección del colon afectado y anastomosis primaria.

RESULTADOS

En un periodo de seis años, se intervino a 8,703 pacientes de operación abdominal, de los cuales 21 fueron catalogados como que presentaban un tumor insospechado en el colon (0.24%); fueron 9 hombres (43%) y 12 mujeres (57%) con edad promedio de 46.1 años (rango de 23 a 65 años). De los 16 pacientes del grupo I, en dos la operación fue electiva (colecistectomías abiertas) y en catorce la intervención fue de urgencia; a los primeros el tumor se encontró en sigmoides; los estudios complementarios revelaron adenocarcinoma en ambos pacientes y fueron sometidos a hemicolectomía izquierda posteriormente.

De los 14 pacientes que se operaron por urgencia, trece se intervinieron con diagnóstico presuncional de apendicitis aguda y uno de colecistitis aguda; en este último el tumor se encontró en el segmento transversal del colon y resultó ser ameboma. De los 13 pacientes con diagnóstico de probable apendicitis, en doce se encontró un tumor en ciego con el apéndice libre y sin datos de inflamación. Los diagnósticos definitivos de estos casos se describen en el cuadro 1. De los pacientes con diverticulitis, en uno de ellos fue en el ciego y en el otro en el sigmoides.

Cuatro de los cinco pacientes con ameboma presentaron anticuerpos antiameba positivos (80%) y fueron tratados con antiamibianos con buenos resultados, no

CUADRO 1
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN LOS PACIENTES
DEL GRUPO I CON DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL
DE APENDICITIS AGUDA

Diagnóstico definitivo	Núm. de pacientes
Ameboma	4
Adenocarcinoma	4
Diverticulitis(*)	2
Enfermedad de Crohn	1
Linfoma	1
Flemón apendicular	1

*La diverticulitis fue cecal en un paciente y en sigmoides en el otro.

CUADRO 2
DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES DEL GRUPO II

Diagnóstico preoperatorio	Localización del tumor	Tipo de cirugía	Diagnóstico definitivo
(1) Apendicitis aguda	Ciego	Hemicolectomía der.	Enfermedad de Crohn
(2) Apendicitis aguda	Ciego	Hemicolectomía der.	Enfermedad de Crohn
(3) Apendicitis	Ciego	Hemicolectomía der.	Linfoma
(4) Apendicitis aguda	Sigmoides	Sigmoidectomía	Adenocarcinoma
(5) Embarazo ectópico	Sigmoides	Sigmoidectomía	Diverticulitis

requirieron resección colónica, y el colon por enema de control a las tres semanas demostró cambios inflamatorios mínimos en el ciego. A los 11 pacientes restantes de este grupo se les realizó resección del colon entre los 10 y 12 días posteriores a la operación sin presentar complicaciones durante este periodo.

Los cinco pacientes del grupo II tratados sin resección, fueron intervenidos de urgencia y se resumen en el cuadro 2. De los tres pacientes con hemicolectomía, dos evolucionaron satisfactoriamente y uno (con enfermedad de Crohn) presentó dehiscencia de la anastomosis, requirió reintervención y se le realizó ileostomía con fístula mucosa. Los dos pacientes con sigmoidectomía presentaron complicación, uno con

CUADRO 3
DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LOS 21 CASOS DE TUMOR INSOSPECHADO EN EL COLON

Diagnóstico	Núm. de pacientes	Por ciento
Adenocarcinoma	7	33.3
Ameboma	5	23.8
Diverticulitis	3	14.2
Enfermedad de Crohn	3	14.2
Linfoma	2	9.5
Apendicitis (flemón)	1	4.7

absceso residual intraabdominal y el otro con infección de la herida quirúrgica.

Los diagnósticos definitivos de todos los pacientes se describen en el cuadro 3, en donde se aprecia que los principales diagnósticos histopatológicos fueron adenocarcinoma en el 33% y ameboma en el 24%. El promedio de estancia hospitalaria para el grupo I fue de 6.2 días y para el grupo II de 11.8 días.

DISCUSIÓN

Ocasionalmente el cirujano se encuentra con un tumor colónico insospechado cuando está operando electivamente o de urgencia y frecuentemente no le es posible identificar con seguridad su origen inflamatorio o neoplásico por la ausencia de hallazgos macroscópicos característicos para cada una de las alteraciones, así como ausencia de lesión en otros órganos que sugieran el origen maligno de la lesión. Ante estas circunstancias, el cirujano puede optar por reseccionar la lesión con morbilidad y mortalidad de hasta el 7%^{1,2} o cerrar el abdomen y realizar estudios diagnósticos complementarios.⁵ La biopsia transoperatoria es una opción, sin embargo, existe la posibilidad de fístulas en casos de enfermedad inflamatoria o en casos de ameboma; esta observación no ha sido estudiada en diseños de investigación, sin embargo, es un peligro latente.

Las causas más frecuentemente reportadas de tumores insospechados del colon incluyen al adenocarcinoma, a la enfermedad diverticular, a la enfermedad de Crohn y al linfoma, principalmente.^{2,6-8} En nuestra revisión encontramos al ameboma como segunda causa de presentación con una incidencia del 23%, por lo que consideramos debe ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial. Se ha reportado que la amibiasis colónica responde al tratamiento antiamebiano en 90%; la mejoría fue notada en todos los pacientes de nuestro grupo, lo que creemos justifica el tratamiento no resectivo inicial cuando se sospecha su presencia en los casos de tumores insospechados del colon. En los estudios complementarios podemos llegar al diagnóstico exacto para poderle ofrecer al paciente el tratamiento adecuado y con los criterios oncológicos cuando el diagnóstico definitivo es cáncer o linfoma.

En el presente estudio observamos que el sitio de localización más frecuente del tumor colónico fue en el ciego y semejando apendicitis aguda, por lo que los antecedentes de disentería, dolor abdominal y masa

palpable en la fosa iliaca derecha deben hacernos sospechar un ameboma. No encontramos complicaciones en el tiempo transcurrido entre la primera operación y la definitiva.

Los pacientes a quienes se les realizó resección colónica durante su hallazgo presentaron complicaciones y creemos se debe a la manipulación de colon no preparado, con concentración alta de bacterias y de tejido inflamatorio que predispone a abscesos y dehiscencias.⁵

CONCLUSIONES

En nuestro medio el ameboma debe ser tomado en cuenta como diagnóstico diferencial en los casos de tumores colónicos. En el hallazgo insospechado de un tumor en el colon durante la intervención quirúrgica, en el que no sea posible diferenciar su posible origen maligno, está justificada la conducta no resectiva inicial, ya que puede ahorrarle morbilidad y mortalidad innecesaria al paciente, además de que al tener el diagnóstico definitivo se le puede ofrecer al paciente el tratamiento médico o quirúrgico más adecuado.

REFERENCIAS

1. Riseman JA, Wichterman K. Evaluation of right hemicolectomy for unexpected cecal mass. *Arch Surg* 1989;124:1043-44.
2. Kovalicik PJ, Simstein NL, Cross CH. Ileocecal masses discovered unexpectedly at surgery for appendicitis. *Am Surg* 1978;44:279-281.
3. Treviño GN, Escandón RC, Escobedo PJ, Hernández JM, Fierro H. Amibiasis in the epidemiologic transition in Mexico: its morbidity and mortality trends in the Mexican Institute of Social Security. *Arch Med Res* 1994;25:393-399.
4. Tay Zavala J, Velasco Castrejón O, Lara Aguilera R, Gutiérrez Quiroz M. *Parasitología médica*. 1a ed. México: Editorial Francisco Méndez Cervantes, 1982:49-66.
5. Bravo JL, De la Garza L, Álvarez Tostado F. *Colon y recto*. 1a ed. México: Instituto Nacional de la Nutrición, 1972:331.
6. Auger MJ, Allan NC. Primary ileocecal lymphoma. A study of 22 patients. *Cancer* 1990;65:358-361.
7. Carreira Gómez C, Gómez León MN, Rodríguez Rodin ML. Dolor abdominal y masa palpable con cirugía abdominal previa. *Rev Clin Esp* 1990; 186:407-409.
8. Mosser JJ, Barras SP, Baer HV. Diagnostic surprises in apparently inflammatory masses of the right iliac fossa. *Helv Chir Acta* 1994;60:653-656.