

Obstrucción intestinal por cuerpo extraño en paciente con adenocarcinoma de colon. Informe de un caso

René Francisco Candia-de la Rosa, Raúl Candia-García,** Mary Carmen Pérez-Martínez**

Resumen

Introducción: Cada año en todo el mundo se identifica alrededor de un millón de casos nuevos de cáncer colorrectal y medio millón de muertes. En México es la segunda neoplasia maligna gastrointestinal, después del cáncer de estómago. La sobrevida a cinco años en etapas tempranas es mayor de 90 %. No es raro el diagnóstico incidental por los cirujanos generales. El propósito de este trabajo es analizar el manejo por el cirujano general del cáncer de colon que se diagnostica incidentalmente.

Caso clínico: Hombre de 74 años de edad quien ingirió accidentalmente su prótesis dental al estar comiendo; 72 horas previo al ingreso al servicio de urgencias inició con abdomen agudo por obstrucción intestinal. Por laparotomía exploradora se observó una masa estenosante en colon descendente, donde se alojó la prótesis dental; el informe de patología indicó adenocarcinoma de colon izquierdo Dukes A. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue integrado a un protocolo oncológico. Al momento de este informe el paciente tenía cinco años sin actividad tumoral.

Conclusiones: Es conveniente que los cirujanos que se enfrentan a obstrucción intestinal por la ingestión accidental de un cuerpo extraño en la edad adulta, sospechen siempre una estenosis por posible neoplasia.

Palabras clave: Cuerpo extraño, tubo digestivo, adenocarcinoma, colon.

Summary

Background: Approximately one million new cases of colorectal cancer are detected worldwide, causing about one million deaths per year. In Mexico it is the second most common gastrointestinal malignancy, after stomach cancer. The 5-year survival in early stages is >90%. This condition is accidentally diagnosed by the general surgeon in many cases because ingestion of foreign bodies is a not uncommon condition in adults, reported more frequently in older people because of their dentures. One complication of ingestion of any foreign body is intestinal obstruction. The aim of this study is to analyze management of colon cancer diagnosed incidentally by the general surgeon.

Clinical case: We report the case of a 74-year-old male who accidentally swallowed his dentures while eating. After 72 h of admission to our emergency department, his clinical diagnosis was acute abdomen due to intestinal obstruction. Laparotomy was performed and revealed a stenosing mass in the left colon where the dentures were located. Pathology later reported a left colon adenocarcinoma staged as Dukes A. The patient evolved satisfactorily and is currently at 5 years without tumor activity.

Conclusions: It would be useful for surgeons who are faced with an intestinal obstruction due to the accidental ingestion of a foreign body in an adult to always suspect stenosis for possible malignancy.

Key words: Foreign body, digestive tract, adenocarcinoma, colon.

* Departamento de Cirugía.

** Departamento de Radiología eImagen.

Clinica Médica Quirúrgica Candia "Nuestra Señora de Lourdes", Puebla, Puebla, México.

Solicitud de sobretiros:

René Francisco Candia-de la Rosa.

Privada 101 Oriente 1612, Col. Granjas de San Isidro, 72587, Puebla, Puebla, México.

Tel./fax: (222) 311 2032; 311 2033.

E-mail: renef_candia@yahoo.com.mx.

Recibido para publicación: 18-11-2008

Aceptado para publicación: 07-10-2009

Introducción

La obstrucción intestinal es una situación que requiere atención médica urgente. Los tumores y cuerpos extraños son algunos de los factores que la pueden ocasionar, entre otros.¹ La mayoría de los casos de ingestión de cuerpos extraños ocurre en niños. En adultos hay que destacar a los pacientes psiquiátricos, retrasados mentales y aquellos con dentaduras o puentes dentales, en quienes la sensibilidad táctil durante la deglución está alterada por lo que presentan mayor riesgo de ingestión accidental.² El 6 % de todas

las obstrucciones intestinales son de colon, y 90 % de éstas se debe a tumoraciones malignas primarias o secundarias; otras causas son benignas, como la impactación fecal, hernias, infarto intestinal, diverticulitis, vólvulos, pancreatitis, radioterapia, endometriosis, enfermedad inflamatoria del intestino y adherencias.² Cuando un adulto mayor presente obstrucción intestinal por la ingestión de un cuerpo extraño, debe descartarse la existencia de una neoplasia primaria o secundaria.

El cáncer de colon ocupa el cuarto lugar en incidencia a nivel mundial, con aproximadamente 1 millón de casos nuevos cada año y una mortalidad de 500 mil personas por año.^{3,4} En México, el cáncer de colon es la décima neoplasia en forma global y la segunda neoplasia maligna gastrointestinal, después del cáncer de estómago.⁵ En 2006, Villalobos informó en su estudio de cuatro hospitales de la ciudad de México, que el cáncer colorrectal constituía el primer lugar en frecuencia de los tumores del tubo digestivo.⁶ Algunas investigaciones han identificado al sexo masculino con tasa de incidencia más alta que el femenino, sin embargo, se acepta que prácticamente afecta por igual a uno y otro.

Por su localización, el cáncer de colon es más común en las mujeres.⁶ Es predominantemente un cáncer de personas de edad avanzada. La edad promedio más frecuente es entre los 62 y 75 años.⁷ El cáncer de colon puede presentarse en personas asintomáticas, con factores de riesgo como poliposis adenomatosa familiar, antecedente familiar de cáncer de colon hereditario, enfermedad inflamatoria del colon, síndrome de Peutz-Jeghens. Estos pacientes deberán ser sometidos a estudios como tacto rectal, sigmoidoscopia flexible y colonoscopia.⁴

Los síntomas del cáncer de colon y recto son muy variados y todo paciente con sangrado rectal no deberá ser tratado de hemorroides hasta descartar cáncer de colon y recto. El diagnóstico siempre será primero por sospecha clínica y después por exploración clínica mediante tacto rectal, ya que como es sabido 5 a 10 % de los cánceres de colon y recto pueden ser palpados. En este orden seguirá la colonoscopia, con fines diagnósticos y paliativos.

La estirpe histológica maligna más frecuente (más de 95 %) es el adenocarcinoma, de ahí que durante mucho tiempo se utilizara la clasificación de Broders.⁶ Actualmente se emplea la TNM (tumor, ganglios, metástasis) propuesta por *American Joint Committee on Cancer*.^{8,9} Otro factor para establecer un pronóstico es la determinación del antígeno carcinoembrionario, el marcador tumoral más confiable para la detección del cáncer de colon y recto. Se ha demostrado que el antígeno carcinoembrionario es más elevado mientras más avanzado e indiferenciado es el tumor, sin embargo, no es un predictor de sobrevida.⁸

El avance en las técnicas quirúrgicas y en la quimioterapia adyuvante, así como el mejor entendimiento de la

enfermedad, han permitido que la sobrevida mejore en los últimos 50 años. Sin embargo, a pesar de que a 85 % de los pacientes se le reseca el tumor con fines curativos, un número significativo morirá por cáncer.³ Aproximadamente 90 % de los pacientes con cáncer de colon es tratado quirúrgicamente.¹⁰ La mayoría de las cirugías tiene una finalidad curativa, lo que resulta en 53 a 85 % de sobrevida a cinco años. Infortunadamente, menos de 40 % de los casos es diagnosticado en etapas tempranas. En México, 70 % de los casos se diagnostica en etapa clínica III o IV.³ La sobrevida a cinco años para los enfermos diagnosticados con cáncer diseminado es menor de 10 %.¹¹ La obstrucción es el síntoma principal en 8 a 29 % de los pacientes con cáncer de colon, generalmente en etapas avanzadas. El ángulo esplénico es el sitio más frecuente (49 %) seguido del colon sigmoideo.³ Se ha indicado que el cáncer de colon obstructivo tiene un pronóstico más desfavorable que el no obstructivo, con una supervivencia de 31 % a cinco años, comparada con 72 % sin obstrucción.⁷

Una vez determinado cuidadosamente el estadio del tumor primario, es muy importante englobarlo en uno de dos grandes grupos: aquel en el cual la finalidad es la curación y el grupo en el que solo se busca la paliación. Esto es muy importante debido a que el planteamiento quirúrgico y la terapia adyuvante son diferentes.³

Caso clínico

Hombre de 74 años de edad con antecedente de haber sido intervenido por enfermedad hemorroidaria un año antes por rectorragia, y con colecistectomía laparoscópica dos años antes. Al momento del cuadro que se describe refirió haber ingerido accidentalmente su prótesis dental parcial al estar comiendo; 72 horas previas al ingreso a nuestro servicio de urgencias presentó dolor abdominal tipo cólico, obstipación y constipación, con gran distensión abdominal.

A la exploración física, presión arterial de 100/60 mm Hg, pulso de 100 por minuto, respiración de 24 por minuto, temperatura de 37 °C, consciente con facies de angustia, en posición de gatillo, mucosas deshidratadas, anictérico, abdomen distendido con dolor a la palpación superficial y profunda, dolor a la descompresión con ruidos hidroaéreos de lucha. La radiografía simple de abdomen de pie y decúbito con imagen de cuerpo extraño opaco y gran distensión colónica y de intestino delgado (figuras 1 y 2). Se estableció diagnóstico de vientre agudo con obstrucción intestinal baja por ingestión accidental de prótesis dental. La biometría hemática indicó hemoglobina de 11 g/dl, hematocrito de 30 %, leucocitosis de 17 mil; el resto normal.

Se realizó laparotomía exploradora, encontrando gran distensión de asas de intestino delgado y de colon, con masa



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en la que se aprecia prótesis dental parcial y cuerpo extraño en colon.



Figura 2. Radiografía simple de abdomen de pie que muestra obstrucción intestinal baja por cuerpo extraño.

estenosante en colon descendente, donde se alojo la prótesis dental (figuras 3, 4 y 5). En ese momento se efectuó hemicolectomía izquierda con boca de colostomía y cierre en bolsa de Hartman del sigmoides. Se exploró toda la cavidad no identificando masas en hígado ni retroperitoneo. El estudio histopatológico posterior indicó adenocarcinoma de colon descendente Dukes A, bien diferenciado. El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado a los 12 días. En el Servicio de Oncología Quirúrgica fue integrado a un protocolo oncológico de cáncer colorrectal, con determinación inicial de antígeno carcinoembrionario de 10 ng/ml. Se realizó tomografía de positrones, no detectándose metástasis hepáticas ni datos de tumoración. La reconexión intestinal se llevó a cabo a los tres meses con engrapadora circular y con una nueva determinación de antígeno carcinoembrionario, cuyo nivel fue de 2 ng/ml. Durante los dos primeros años de seguimiento se le realizaron colonoscopias cada tres meses; al tercer año, cada seis meses y después cada año. Al momento de este informe tenía cinco años sin actividad tumoral.



Figura 3. Colon descendente donde se aprecia la estrechez con cambio de consistencia en el sitio del tumor.



Figura 4. Pieza quirúrgica con estenosis por adenocarcinoma en colon descendente, con la placa dental parcial que obstruía el tránsito intestinal.

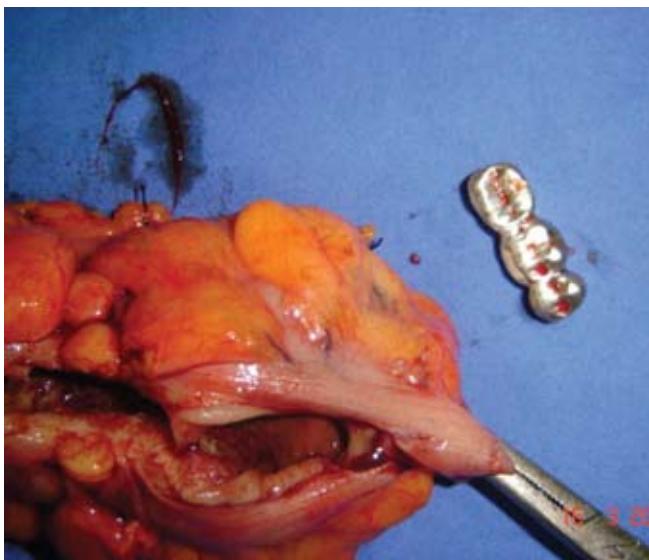


Figura 5. Prótesis dental parcial y estenosis de colon descendente por adenocarcinoma.

Discusión

No es tan infrecuente que el cirujano general se encuentre con hallazgos inesperados en las cirugías de urgencias, por lo que requiere gran experiencia para resolver los problemas de la mejor manera posible. Debe estar consciente de la patología encontrada, así como de la experiencia que tiene en la misma, y principalmente de sus limitaciones y del lugar donde labora: si se cuenta con laboratorios auxiliares de diagnóstico, terapia intensiva y banco de sangre, ya que esto permitirá tomar una decisión sobre la conducta quirúrgica apropiada y así enfrentar la patología identificada.¹²

El caso clínico descrito refleja lo mencionado, ya que el cirujano se enfrentó a una urgencia quirúrgica: abdomen agudo por bloqueo intestinal debido a cuerpo extraño. Ante edad avanzada del paciente se deberá siempre pensar que la estrechez que detuvo el viaje del cuerpo extraño en el colon izquierdo puede deberse a un cáncer. Generalmente los cuerpos extraños ingeridos pasan por todo el tubo digestivo sin complicaciones, pero algunos se detienen en alguna parte del tracto intestinal debido a angulaciones de la luz intestinal o estrechez por cualquier causa;¹ 10 a 20 % deberá ser removido por endoscopia y 1 a 14 % requerirá cirugía.¹² Los cuerpos extraños pueden causar en ocasiones obstrucción de colon al insertarse en el recto. Los síntomas y signos mayores de obstrucción intestinal pueden incluir dolor abdominal, distensión, vómito, obstipación y constipación; la obstrucción colónica es más gradual y tiene un dolor más moderado que cuando se presenta en el intestino delgado. En todas las obstrucciones intestinales es muy importante el examen rectal, principalmente cuando está involucrado un cuerpo extraño.¹³

La tomografía axial computarizada de abdomen es el estudio de elección para establecer el diagnóstico de presunción de neoplasia, aunque tiene baja seguridad para identificar cáncer de colon y recto incipiente, ya que es difícil determinar la profundidad del mismo y solo tiene 45 % de sensibilidad para detectar ganglios linfáticos, por tal motivo no es conveniente para estadificar la neoplasia.⁸ Los nuevos aparatos de tomografía axial computarizada con emisión de positrones pueden ayudar a la estadificación del cáncer rectal cuando se maneja terapia preoperatoria de radiación con quimioterapia antes de la cirugía. Nuestro hospital es una clínica privada de segundo nivel que no cuenta con tomógrafo, motivo por el cual no se realizó el estudio.

El colon por enema con doble contraste es una gran herramienta diagnóstica y está indicado para descartar pólipos, carcinoma y enfermedad inflamatoria; por lo tanto, se solicita ante la presencia de constipación y pérdida de peso, variaciones en los hábitos intestinales, distensión abdominal, masa palpable en marco cólico y sospecha de obstrucción. Sin embargo, existen condiciones clínicas que contraindican la realización de este procedimiento: sospecha de perforación intestinal, megacolon tóxico y distensión colónica.¹⁴ El paciente referido presentaba distensión colónica severa, por lo que no se realizó el procedimiento ante el peligro de perforar el intestino.

La colonoscopia se ha convertido en herramienta importante en el manejo de cuerpos extraños en el colon, permitiendo la extracción de los objetos que anteriormente solo era posible recuperar por intervención quirúrgica. Sin embargo, puede haber complicaciones como hemorragia masiva y perforación intestinal.¹² Como se mencionó, nuestro paciente presentaba gran distensión colónica, por lo

que se decidió intervenir quirúrgicamente con laparotomía exploradora.

Por las condiciones generales del paciente realizamos el procedimiento de resección del tumor con hemicolectomía izquierda, cierre del sigma en bolsa de Hartman y colostomía, a pesar de la morbilidad que existe en el segundo tiempo quirúrgico del cierre de la colostomía. La decisión fue afortunada y salvó la vida del paciente, quien al momento de este informe cumplía cinco años de sobrevida sin actividad tumoral.

Es importante hacer énfasis en la determinación del antígeno carcinoembrionario en pacientes en quienes se sospeche cáncer de colon. Como se ha señalado, es un excelente marcador tumoral y es utilizado también para monitorizar a pacientes en quienes se realiza cirugía con fines curativos. En nuestro caso se solicitó su determinación 12 días después de la cirugía, encontrando valores de 10 ng/ml cuando se ingresó al protocolo oncológico; la última determinación a los tres meses de tratamiento se encontraba en 2 ng/ml. Se puede pensar que los valores hubieran sido más elevados si se hubieran determinado inmediatamente después de la cirugía. Al reinterrogar al paciente se estableció que muy posiblemente la rectorragia un año antes del incidente aquí señalado no se debiera a enfermedad hemorroidaria sino a manifestación de la misma tumoración.

Es indiscutible la situación de emergencia que presentaba el paciente así como la necesidad inmediata de cirugía, y es justificable no sospechar una tercera patología, sin embargo, se debe asumir siempre la conducta más beneficiosa para el paciente, que puede ser proceder a resolver el problema o solicitar apoyo de otro especialista.

Conclusiones

El cirujano general que se enfrente a una urgencia por un cuadro de bloqueo intestinal bajo por la ingestión accidental de un cuerpo extraño en la edad adulta, debe sospechar estenosis generada por posible neoplasia.

Referencias

1. Vardaki E, Maniatis V, Chrisikopoulos H, Papadopoulos, Roussakis A, Kavadias S, et al. Sigmoid carcinoma incidentally discovered after perforation caused by an ingested chicken bone. Am J Roentgenol 2001;176:153-154.
2. Kountouras J, Chatzopoulos D, Zavos Ch, Kouklakis G, Vrettos M. Perforation of midpart of ileum caused by entrapment of a large, wide foreign body. Ann Gastroenterol 2001;14:329-332.
3. Belmontes-Montes C, Cosme-Reyes C. Tratamiento del cáncer de colon y seguimiento. Rev Gastroenterol Mex 2007;72:122-125.
4. Nogueira-de Rojas JR, Huerta-Iga F, López-Colombo A, Huerta-Guerrero H, Salazar-Correa LE, Madrid-Franco JR, et al. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento del carcinoma de colon y recto. Generalidades. Rev Gastroenterol Mex 2003;68:114-117.
5. Vinageras-Barroso JI, Cáncer de colon. Rev Gastroenterol Mex 2008;73(suppl 1):96-99.
6. Charúa-Guindic L, Lagunas-Gasca AA, Villanueva-Herrero JA, Jiménez-Bobadilla B, Avendaño-Espinoza O, Charúa-Levy E. Comportamiento epidemiológico del cáncer de colon y recto en el Hospital General de México. Análisis de 20 años: 1988-2007. Rev Gastroenterol Mex 2009;74:99-104.
7. Torres-Zavala NM, Yan-Quiroz EF, Díaz-Plasencia JA, Burgos-Chávez OA. Factores pronósticos de sobrevivencia en cáncer colorrectal resecable obstructivo y no obstructivo. Rev Gastroenterol Peru 2006;26:363-372.
8. Skibbe JM, Minsky BD, Hoff PM. Cancer of the colon. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001. pp. 1216-1271.
9. Colon and Rectum in American Joint Committee on Cancer Staging Manual. Springer: New York; 2006; pp. 113-124.
10. O'Connell JB, Maggard MA, Ko CY. Colon cancer survival rates with the new American Joint Committee on Cancer. 6th ed. Staging. J Natl Cancer Inst 2004;96:1420-1425.
11. Rossi H, Rothenberger DA. Surgical treatment of colon cancer. Sur Oncol Clin North Am 2006;15:109-127.
12. Cervantes J, Rojas Reyna GA, Chaparro González JM. Conducta del cirujano ante hallazgos quirúrgicos inesperados. Bol AMCG 2008;XIV:1-10.
13. Chien-Yu T, Chia-Chang H, Seng-Kee C, King-Wah C, Chi-Sin C. Endoscopic removal of a dental prosthesis in the hepatic flexure of the colon. Chang Gung Med J 2003;26:843-846.
14. Hidalgo L. Generalidades de radiología. En: Duque-Ramírez LG, Rubio-Vanegas H, eds. Semiología Médica Integral. Colombia: Universidad de Antioquia; 2006. pp. 51-64.