

CASOS CLÍNICOS

Una curiosa presentación de recidiva por implante tumoral en cáncer de colon

Drs. JAIME CONTRERAS P, GUILLERMO BANNURA C, FRANCISCO RICAURTE M

Departamento de Cirugía Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile,
Servicio de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán

RESUMEN

En el transcurso de la cirugía por un cáncer colorrectal se puede presentar un implante tumoral en las heridas operatorias de laparotomía, laparoscopia, de periné, drenajes u ostomías. Este hecho, de frecuencia desconocida, ocurre en el mismo lecho quirúrgico y está descrito como causa de recidiva locorregional. Se comunica el curioso caso de una paciente sometida a tres cirugías anales consecutivas, que un año después fue tratada por un carcinoma de colon, y luego de otros dos años presenta una masa tumoral ulcerada en el margen anal en concordancia con la cicatriz de cirugía previas.

PALABRAS CLAVES: *Recidiva loco-regional, carcinoma de colon*

SUMMARY

During surgery for colorectal cancer, the tumor may be implanted at the surgical wound of the laparotomy, laparoscopy, perineum, drainage sites or ostomies. The frequency of these occurrences is unknown and is a reason for loco-regional recurrence. We report the case of a patient submitted to 3 consecutive anal surgeries who one year later was treated for colon cancer and 2 year afterwards presented with an ulcerated tumor mass in the anal margin in relation to the scar from previous surgeries.

KEY WORDS: *Loco-regional recurrences, colon cancer*

INTRODUCCIÓN

En pacientes sometidos a cirugía con intención curativa por un carcinoma colorrectal, se puede esperar la aparición de una recidiva locorregional en aproximadamente un 30% de los casos en que el tumor ya ha penetrado toda la pared.¹ Algunas de estas recidivas, más frecuentes en la pelvis en cáncer de recto, y en la cavidad peritoneal y retroperitoneo en el de colon, pueden corresponder a implantes tumorales en las superficies cruentas de heridas quirúrgicas de laparotomías, de periné, de ostomías y drenajes. El mecanismo de implante intraoperatorio por las maniobras quirúrgicas ha sido mencionado como la causa más importante de

recidivas luego de una amputación abdominoperineal.² Sin embargo, no hemos encontrado mención alguna de esta siembra tumoral en una herida operatoria previa, como es el caso que presentamos.

CASO CLÍNICO

Mujer de 27 años. Consulta por cuadro clínico de dolor y sangrado anal de 2 meses de evolución. Se diagnostica una fisura anal y se opera en abril de 1996: Esfinterotomía interna lateral. Se complica en 2 ocasiones con abscesos perineales en sitio de esfinterotomía, lo que obliga en la primera ocasión a un drenaje y en la segunda a una fistulotomía, ambos en mayo de 1996. Evoluciona favorablemen-

te, con cicatrización completa en 6 semanas luego de las últimas intervenciones. Sin embargo, a pesar de no presentar dolor defecatorio, sigue presentando sangrado anal ocasional de color rojo oscuro. Por tal motivo consulta otro médico, quien realiza colonoscopia y encuentra lesión ulcerada estenosante tipo Bormann II en colon descendente. La biopsia confirma un adenocarcinoma túbulo-papilar.

El 6 de mayo de 1997 es sometida a una hemicolectomía izquierda con anastomosis transverso-rectal. Evolución favorable.

Estudio AP: Carcinoma túbulo-papilar mucinoso de colon, con compromiso seroso y metástasis en 1/23 linfonodos de primera barrera y 2/25 de la segunda. (Estadio C₂ de Dukes, Jass IV). Quimioterapia desde junio a octubre, suspendida en esta fecha por embarazo de seis semanas, seguido de aborto espontáneo, legrado y perforación uterina operada con sutura y aseo.

La paciente es controlada según protocolo a los 3-6-9-12-18-24 meses con anamnesis y examen físico, imagenología y CEA. En el control último refiere dolor anal de dos semanas de evolución en relación a induración de un cm de diámetro mayor, ubicado en zona quirúrgica previa. La masa crece y se ulcera, por lo que se reseca ampliamente el 22 de mayo de 1999 (Figura 1). Excelente evolución con cicatrización completa en 2 meses. Biopsia: Carcinoma mucosecretor en ubicación subepitelial anal.

Los estudios de seguimiento oncológico han continuado hasta el momento actual (60 meses en mayo de 2002), sin evidencias de enfermedad local o a distancia.

DISCUSIÓN

La secuencia de los hechos, la coincidencia de los estudios de anatomía patológica y la ubicación del implante anal son evidencias de que se trata de una recidiva por implante en el lecho cruento de la fistulotomía realizada un año antes del diagnóstico de carcinoma de colon. Interpretamos que la aparición tardía de esta recidiva puede estar relacionada a la extirpación del tumor primario y a la quimioterapia postoperatoria. Nuestro desconocimiento en casos similares nos plantearon varias interrogantes en cuanto al manejo y pronóstico, ya que la paciente no fue sometida a terapia adyuvante luego de la resección del implante, considerando los riesgos de incontinencia y proctitis más importantes que los beneficios teóricos de evitar una recidiva.

Por otra parte, este caso demuestra nuevamente la necesidad del estudio exhaustivo de las proctorragias, que siempre pueden corresponder a



Figura 1. Macroscopia de losanjo de piel perineal, con tumor extirpado.

un carcinoma colorrectal avanzado, independiente de la edad del paciente. Aunque se ha insistido en la evolución completa de todo paciente que pierde sangre por el ano, estudios nacionales han demostrado que un 20% de los enfermos portadores de una neoplasia colorrectal fueron tratados médica y quirúrgicamente por hemorroides, sin sospecha alguna del diagnóstico de carcinoma.³ En cuanto a la edad, un 4% de los pacientes estudiados en el Hospital Clínico San Borja Arriarán son menores de 30 años, tasa que se eleva al 10% en los menores de 40.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Reynolds J, Joyce W, Dolan J: Patological evidence in support of total mesorectal excision in the management of rectal cancer. *Br J Surg* 1996; 83: 1112-5.
2. Heald R, Smedh R, Kald A: Abdominoperineal excision of the rectum-an endangered operation. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 747-51.
3. Llorens P, Contreras J: Aspectos clínicos del cáncer rectocolónico. Libro: Avances en el Diagnóstico y Tratamiento de las Afecciones Rectocolónicas. Edit Pedro Llorens y K Nakamura 1995; 26-34.
4. Bannura G, Contreras J, Cumsille M: Resultados alejados del tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal: Análisis de la recurrencia y sobrevida en 400 pacientes. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 464-72.