

Pseudotumor de colon sigmoide

Sigmoid colon pseudotumor

Jorge José Pérez Assef¹ <https://orcid.org/0000-0003-4905-6104>

Juan Antonio Sori Peña²

Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez¹

¹ Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas "Dr. José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba.

* Autor para la correspondencia: jorgej@infomed.sld.cu

RESUMEN

Numerosas enfermedades clínicas pueden afectar la estructura o el funcionamiento normal del colon, cada vez son más frecuentes las tumoraciones, los procesos inflamatorios e infecciosos y los trastornos fisiológicos o mecánicos de ese órgano. Se presenta el caso de un paciente masculino, blanco, de 45 años de edad que 10 meses antes comenzó con dolor cólico en hemiabdomen superior izquierdo. Este dolor se desplazó gradualmente al flanco y fosa ilíaca de ese lado, moderadamente intenso, intermitente, sin relación prandial, acompañado de aerocolia, constipación que alternaba con heces blandas con flemas y pérdida de peso de aproximadamente 8 libras. En ese tiempo su salud empeoró gradualmente, por lo cual solicita atención médica. Se realizaron procedimientos endoscópicos y

estudios imagenológicos, se detectó carcinoma de sigmoides. Se realiza laparotomía exploradora con escisión del órgano y se comprueba una formación granulomatosa que a su apertura se aprecia un cuerpo extraño con tejido fibroso y angiogénesis. A todo paciente que solicite atención médica por manifestaciones digestivas bajas de tiempo prolongado de evolución y que se le constate al examen físico una masa inflamatoria o tumoral en el colon, más aún en su parte izquierda, o que presente manifestaciones obstructivas, es imprescindible realizarle una minuciosa anamnesis que incluya la posible ingestión de un cuerpo extraño.

Palabras clave: Colon sigmoide; cuerpos extraños; colon sigmoide.

ABSTRACT

Numerous clinical diseases can affect the colon structure or normal functioning. Tumors, inflammatory and infectious processes and physiological or mechanical disorders of that organ are increasingly frequent. We report the case of a male patient, white, 45 years old, who 10 months earlier began with colicky pain in the upper left hemiabdomen. This pain gradually shifted to the flank and iliac fossa on that side, becoming moderately intense, intermittent, without prandial relation, accompanied by aerocolia, constipation that alternated with soft stools with phlegm and weight loss of approximately 8 pounds. During this time, his health gradually worsened, which is why he requests medical attention. Endoscopic procedures and imaging studies were performed. Sigmoid carcinoma was detected. An exploratory laparotomy was performed with excision of the organ and a granulomatous formation was confirmed, which upon opening revealed a foreign body with fibrous tissue and angiogenesis. It is essential to perform a meticulous anamnesis including the possible ingestion of a foreign body to all patients who request medical assistance due to low digestive manifestations of long time of evolution and whose physical examination confirms an inflammatory or tumoral mass in the colon, even more in its left part, or to those presenting obstructive manifestations.

Keywords: Sigmoid colon; strange bodies; sigmoid carcinoma.

Recibido: 27/09/18

Aprobado: 30/12/18

INTRODUCCIÓN

El intestino grueso se extiende desde el final del intestino delgado hasta el orificio del ano y consta de seis porciones anatómicas: ciego, con el apéndice vermiforme, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoideo y recto; su longitud oscila entre 1 y 1,5 m, su ancho en la región del ciego llega hasta 7 cm, luego va disminuyendo paulatinamente siendo de unos 4 cm en el colon descendente. El colon sigmoideo es continuación del colon descendente y se extiende hasta el comienzo del intestino recto, por delante queda en contacto con las asas del intestino delgado y por todos los lados está cubierto por el peritoneo, presenta un mesenterio bastante desarrollado que le infiere gran movilidad y le permite su curvatura característica en forma de “S”.

Numerosas entidades clínicas pueden afectar la estructura o el funcionamiento normal del colon, cada vez son más frecuentes las tumoraciones, los procesos inflamatorios e infecciosos y los trastornos fisiológicos o mecánicos de ese órgano. Todos estos problemas médicos ocasionan el hallazgo de signos imagenológicos más simples o más complejos, directos o indirectos, que ayudan al personal médico y paramédico a definir su diagnóstico.

Importancia particular merecen las imágenes radiológicas lacunares o de sustracción que, aunque son provocadas por disímiles causas,^(1,2) siempre alertan a pensar en la posibilidad de un proceso neoplásico generalmente maligno.

Se discute el caso singular de un enfermo que es atendido en consulta médica con manifestaciones digestivas bajas, al que se le constata al examen físico una masa palpable en

el flanco izquierdo, apreciándose en los exámenes imagenológicos iniciales un defecto de lleno en la unión rectosigmoidea, sugerente de un carcinoma a ese nivel.

Teniendo en cuenta la peculiaridad del caso, la escasez de notificaciones afines en la literatura nacional consultada y la ausencia de reportes en la provincia de Ciego de Ávila, se presenta el caso de un paciente con pseudotumor de colon por ingestión de un cuerpo extraño.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Dolor del abdomen

Historia de la enfermedad actual: Paciente JFPY, masculino, blanco, de 45 años de edad, con antecedentes de HTA hace 10 años, lleva tratamiento con enalapril 2 tabletas diarias e hidroclorotiazida 1 tableta diaria. Hace 10 meses comenzó con dolor cólico en hemiabdomen superior izquierdo, que se trasladó gradualmente al flanco y fosa ilíaca de ese lado, moderadamente intenso, intermitente, sin relación prandial, acompañado de aerocolia, constipación que alternaba con heces blandas con flemas y pérdida de peso de aproximadamente 8 libras. En las últimas semanas ha empeorado gradualmente, por lo cual solicita atención médica.

Datos positivos al examen físico: Dolor a la palpación profunda en flanco y fosa ilíaca izquierdos, con masa palpable redondeada de aproximadamente 5 cm de diámetro, de consistencia dura y poco movable.

Exámenes complementarios

Hemoglobina 16,0 g/L; eritrosedimentación 6 mm/h; colesterol 6,2 mmol/L; triglicéridos 2,1 mmol/L; urea 5,0 mmol/L; creatinina 48,1 mmol/L; ácido úrico 231 mmol/L; TGP 12,0 UI; TGO 8 UI.

Heces fecales seriadas, tres muestras para examen parasitológico que resultaron negativas.

Rayos X de tórax PA: Índice cardiotorácico normal, no lesiones pleuropulmonares; EKG: Ritmo sinusal.

Ultrasonido abdominal: A nivel de hipogastrio hacia la pared superior de la vejiga se aprecia imagen de pseudoriñón alargada, que mide 78 × 26 mm.

Rayos X de colon por enema: Defecto de lleno de aspecto tumoral en el sigmoide, de aproximadamente 6 cm, de contorno irregular, que estenosa la luz del órgano, (impresión diagnóstica: Neoplasia de colon sigmoide) (Fig. 1).

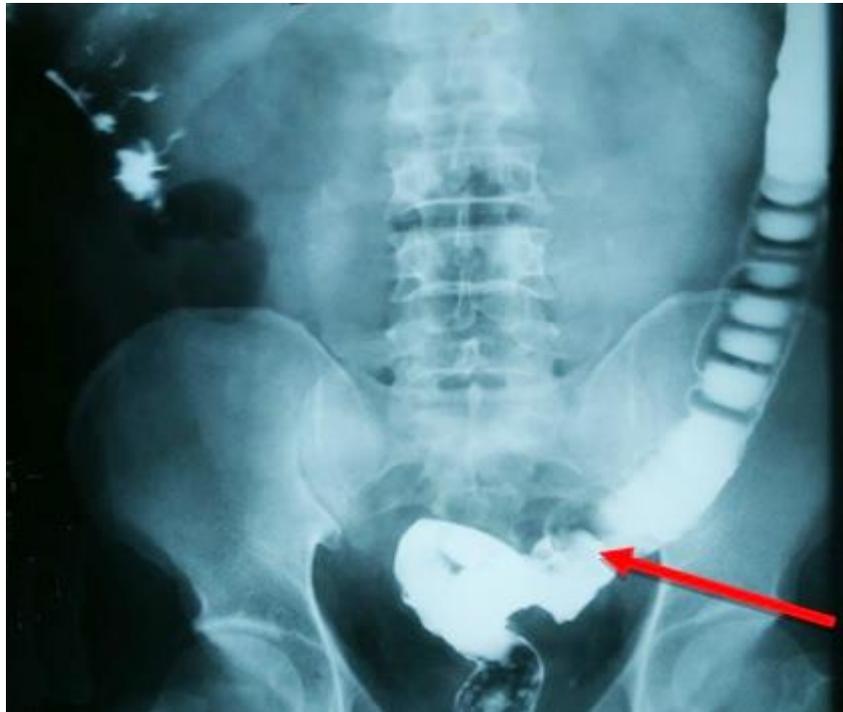


Fig. 1 - Defecto de lleno de aspecto tumoral.

Rectoscopia: Plastrón vascular aumentado que impresiona lesión tumoral a distancia. Se recomienda colonoscopia.

Colonoscopia No. 1: A los 28-30 cm del ano hay un área de aspecto irregular, dura, pétrea, friable, que sangra con facilidad y se desprende en forma de arrancamiento a la toma de biopsia, (impresión diagnóstica: Tumoración del sigmoide).

Biopsia de sigmoide No. 2773: Colitis crónica, no se observa tumoración en los 7 fragmentos enviados.

Colonoscopia No. 2 (a los dos meses de evolución): En la porción distal del sigmoide, en la unión rectosigmoidea, hacia los 25 cm del borde anal se observa imagen de color blanquecino, ovalada, dura, plana, pétreo, que se intenta abordar con la pinza pero está fuertemente adherida a la mucosa, con pliegues engrosados y eritematosos a su alrededor, (impresión diagnóstica: Tumoración maligna del sigmoide), se toman varias muestras para estudio histológico.

Biopsia de sigmoide No. 3503: Los fragmentos muestran infiltrado inflamatorio crónico.

Tomografía axial computarizada de abdomen simple y contrastada No. 6274: Colon sigmoide con pared gruesa de 17 mm, irregular, con estenosis de la luz del asa a ese nivel, que mide 85 × 48 mm. No adenopatías paraaórticas. (Impresión diagnóstica: Neoplasia del sigmoide).

Teniendo en cuenta la disociación entre los resultados endoscópicos, histológicos e imagenológicos, se decidió practicar laparotomía exploradora con sigmoidectomía. Se realiza escisión del sigmoide, extrayéndose una masa estenosante, granulomatosa, dura, con tejido fibroso, vascularizada, amarillo-rojiza, sangrante, al realizar cortes y abrirla, contiene una prótesis dental parcial (Fig. 2). No ocurrieron complicaciones durante el proceder quirúrgico ni posterior a este y el paciente evolucionó satisfactoriamente. A los treinta días se realizó nueva radiografía contrastada de colon y el aspecto anatómico y funcional de ese órgano fue normal.



Fig. 2 - Prótesis dental ingerida y extraída con el proceder quirúrgico.

DISCUSIÓN

Inicialmente, el enfermo fue diagnosticado con un cáncer de la unión rectosigmoidea; sin embargo, luego del proceder quirúrgico, se comprobó un pseudotumor de colon por ingestión de un cuerpo extraño, al volver a interrogar al paciente se aclaró que había sido ingerido accidentalmente con un año de antelación, pero no le había dado a ello importancia alguna.

Al aplicar un método clínico correcto, mediante la anamnesis, el examen físico y con exámenes complementarios, hematológicos, e imagenológicos se deben descartar, ante casos como el que ocupa, otras enfermedades, entidades clínicas e imágenes radiológicas lacunares o de sustracción que pueden simular un cáncer de colon izquierdo, tales como: vólvulos del sigmoide, adherencias y bridas del apéndice al colon descendente, tuberculosis intestinal, invaginaciones del colon, diverticulitis, poliposis múltiple rectosigmoidea, sigmoiditis esclerosante, fecalomas, colitis y pericolicitis, enfermedad de Crohn, absceso pericólico, linfoma intestinal y compresiones extrínsecas del colon por tumores o paquetes ganglionares.^(1,2,3,4)

Patel A y otros notificaron un pseudotumor de rectosigmoide por un pólipo inflamatorio por cytomegalovirus, aunque ello es más frecuente en personas con inmunodeficiencias.⁽⁵⁾

El cáncer colorrectal es considerado el tumor más común del tubo digestivo en los países industrializados y muestra una curva de frecuencia ascendente. Su incidencia es mayor en el recto que en el colon. A nivel mundial ocupa, en relación con todos los tumores malignos, el tercer lugar en frecuencia para el sexo masculino y el segundo para el femenino, cada año se notifican en los Estados Unidos más de 130 mil nuevos diagnósticos y 55 mil muertes.^(3,4,5,6,7,8,9,10) En Cuba, según el Anuario Estadístico 2017, en el año 2016 el número de defunciones por cáncer del rectosigmoide fue de 380 casos, que representa una tasa de 3,4 por 100 mil habitantes.⁽¹¹⁾

Es importante hacer énfasis en la introducción de cuerpos extraños por vía oral, sean tragados voluntariamente, con fines suicidas, o accidentalmente, siendo esta última, como es lógico, la forma más frecuente en la práctica médica.⁽¹²⁾ Estos objetos incluyen una extensa

variedad de materiales tales como semillas, medicamentos, agujas, tornillos, clavos, joyas, baterías, perdigones, huesos, espinas de pescados y prótesis dentales, entre otros.^(12,13,14,15,16,17) Ellos a su paso por el colon descendente y especialmente por el sigmoide o por la unión rectosigmoidea pueden provocar manifestaciones clínicas que pudiesen simular una neoplasia colónica a ese nivel, debe tenerse en cuenta que en esas áreas el tracto digestivo es angulado y la luz intestinal es más estrecha.

Algunos autores han reportado casos de personas con ingestión de bolsas con cocaína en su interior, con fines ilícitos.⁽¹⁸⁾

La ingestión oral de cuerpos extraños es más frecuente en la infancia, aunque en personas adultas con enfermedades psiquiátricas y retraso mental esa posibilidad aumenta, resulta siempre un problema clínico de interés.^(13,16,17) Generalmente no produce complicaciones clínico-quirúrgicas graves, la mayoría de los objetos atraviesan el tracto intestinal sin provocar ningún incidente;⁽¹²⁾ no obstante, existe el riesgo de perforación intestinal con el consecuente abdomen agudo, que pueden desarrollarse solamente en menos de 1 % de los casos, varios autores reportan enfermos con estos problemas.^(12,13,15,16,17) Las localizaciones anatómicas más frecuentes que se asocian a la perforación son la región ileocecal y el rectosigma.⁽¹²⁾ Estas resultarán de fácil diagnóstico con un adecuado examen físico y el uso de estudios tomográficos.⁽¹⁹⁾

Otros estudios hacen hincapié en la posibilidad de la ocurrencia de una obstrucción intestinal por ingestión de cuerpos extraños, ante este peligroso drama abdominal, siempre debe descartarse una estenosis local, posiblemente por una neoplasia.^(16,17)

En las personas con prótesis o puentes dentales la sensibilidad táctil durante la deglución está alterada, por lo cual presentan riesgo de ser tragados accidentalmente.⁽¹⁶⁾

Candia de la Rosa y otros notificaron la atención de un hombre de 74 años que ingirió accidentalmente, como nuestro paciente, una prótesis dental y presentó obstrucción intestinal, se realizó laparotomía y se comprobó la existencia de un adenocarcinoma de colon.⁽¹⁶⁾ Este cáncer tiene una alta morbilidad, cada año se precisan en el mundo alrededor de un millón de casos nuevos y se citan medio millón de muertes.^(7,8,9,10,11,12,13,14,15,16) Ante la ingestión de un cuerpo extraño alojado en el colon izquierdo o un proceso maligno a ese

nivel, se crea una difícil ambigüedad diagnóstica que siempre será de interés científico para el personal médico y paramédico.

A pesar de la repercusión psicológica que tienen estos problemas en el propio enfermo y en sus familiares, por fortuna, el paciente tuvo una evolución satisfactoria, no ocurrieron complicaciones clínicas ni posquirúrgicas y fue egresado de sala hospitalaria oportunamente con un buen pronóstico. Otros autores han reportado casos con un curso clínico similar.⁽¹⁴⁾

Con la experiencia acumulada durante la atención, diagnóstico y seguimiento de este enfermo, es muy importante destacar que ante cualquier situación problemática de salud y particularmente ante la que nos ocupa, siempre deben cumplimentarse organizadamente todas las etapas o fases del método clínico, y, específicamente la recogida o búsqueda de la información primaria, que incluya una minuciosa anamnesis sobre la historia reciente o anterior de ingestión voluntaria o accidental de cuerpos extraños. Como se ha subrayado, ellos pueden provocar manifestaciones clínicas y radiológicas que simulen procesos tumorales de colon y por lo tanto, conllevarían a errores diagnósticos que afectan el bienestar del enfermo y el de sus familiares e incrementan su sufrimiento, además aumentarían la estadía en salas de ingreso hospitalario y desordenarían de forma mayúscula los costos de salud. Es el método clínico una herramienta indispensable para nuestro trabajo.^(20,21)

A todo paciente que solicite atención médica por manifestaciones digestivas bajas de tiempo prolongado de evolución y que se le constate al examen físico una masa inflamatoria o tumoral en el colon, más aún en su parte izquierda, o que presente manifestaciones obstructivas, es imprescindible realizarle una minuciosa anamnesis que incluya la posible ingestión de un cuerpo extraño. Este sería considerado un pseudotumor de colon y conllevaría a diversos diagnósticos diferenciales. La correcta y completa aplicación secuencial del método clínico será siempre necesaria en estos casos.

Un descubrimiento médico no es lo único importante, una simple reflexión, un hallazgo clínico de interés, puede convertirse en un aporte trascendental, siempre que beneficie al enfermo y a sus familiares y mejore el conocimiento científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ugarte Suárez JC, Ugarte Moreno D, Cepero Nogueira M, Hernández Rivero H. Manual de Imagenología. 3ra ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2017 [acceso: 7/09/2018]. Capítulo 6. Imagenología del Aparato Digestivo. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros/manual_imagenologia_3edicion/13_capitulo06.pdf
2. Pedrozo Mendoza LE, Vázquez Ríos BS. Imagenología. La Habana: ECIMED; 2013 [acceso: 7/09/2018];71-76. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/imageonologia_nuevo/imagenologia.epub
3. Panadero F. Farreras Rozman. Medicina Interna. 17ma ed España: Elsevier España, SL; 2012 [acceso: 8/09/2018]. Cap 23. Tumores del Intestino. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?id=zDI_DAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Farrera+Rozman+Medicina+Interna+17th+edition&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
4. Goldman L, Schafer A, Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 25ta ed. España: Elsevier; 2016 [acceso: 8/09/2018]; Sección XII. Enfermedades gastrointestinales. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130338000999>
5. Patel A, Benhammou JN, Ohning GV, Lewis M, Ishimitsu D, Pisegna JR. Rectosigmoid inflammatory cytomegalovirus pseudotumor: A Disappearing Act. Gastroenterol Pancreatol Liver Disord. 2015 [acceso: 12/09/2018];2(4):1-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15226/2374-815X/2/4/00145>
6. Velez Cuban FO, Ng EP, Fontaine JP, Toloza EM. Robotic-Assisted Videothoroscopic Surgery of the Lung. Cancer Control. 2015[acceso: 12/09/2018];22(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://espanol.moffitt.org/media/4321/july-2015_082415.pdf#page=44
7. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins Basic Pathology. 10th ed España: © Elsevier; 2017 [acceso: 12/09/2018]; Chapter 6: Neoplasia. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0B9780323353175000193?scrollTo=%23s0260>

8. Pérez Assef JJ, Nicolau Díaz O, Morales Esteban G. Mesotelioma pleural con síndrome de osteólisis. *MediCiego*. 2018 [acceso: 12/09/2018];23(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/739>
9. Noya Chaveco ME, Moya González NL. Roca Goderich *Temas de Medicina Interna*. 5ta ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2017 [acceso: 14/09/2018]. Tomo II. Capítulo 97. Cáncer de colon y recto. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/roca_temas_medicina_interna_tomo2_quintaedicion/cap_97.pdf
10. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin*. 2015 [acceso: 14/09/2018];65(1):5-29. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21254>
11. Infomed. Anuario Estadístico de Cuba. 2017. La Habana: Infomed; 2018 [acceso: 12/09/2018]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Español-2017-ed-2018.pdf>
12. Alonso Gómez S, Rubio González E, Donat Garrido M, Lomas Espadas M, Solís Herruzo JA, Moreno González E. Perforación de colon sigmoide por ingestión de cuerpo extraño. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012 [acceso: 17/09/2018];104(2):90-91. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/diges/v104n2/imagenes2.pdf>
13. Rodríguez FG, Campos JB, Silva GD, Wexner SD. Endoscopic ultrasound in the diagnosis of foreign bodies of the colon and rectum. *Rev Assoc Med Bras*. 2016 [acceso: 17/09/2018];62(9):818-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28001252>
14. Elmoghrabi A, Mohamed M, Wong K, McCann M. Proctalgia and colorectal stricture as the result of a 2-year transit of a retained rectal chicken bone: a case presentation and review of the literature. *BMJ Case Rep*. 2016 [acceso: 17/09/2018];10(1):11-36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27325671>
15. Domínguez Jiménez JL, Jaén Reyes MT. Perforación de divertículo de colon sigmoide por hueso de pollo. *RevGastMéx*. 2015 [acceso: 18/09/2018];80(1):107-108. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090615000051/pdf?md5=902b7488a3b5d9c4b2fd2165f7e842ca&pid=1-s2.0-S0375090615000051-main.pdf>

16. Candia de la Rosa FR, Candia García R, Pérez Martínez MC. Obstrucción intestinal por cuerpo extraño en paciente con adenocarcinoma de colon. Informe de un caso. *Cir Ciruj*. 2010 [acceso: 19/09/2018];78(1):87-91. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66219265013>
17. Rodas J, Frachi F, Gutiérrez T. Perforación de colon sigmoides por ingestión de cuerpo extraño. *Rev Cir Parag*. 2012 [acceso: 20/09/2018];36(2):23-24. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2307-04202012000200005&script=sci_arttext
18. Esterson YB, Patel V, Nicastro J, Friedman B. Plain radiography may underestimate the burden of body packer ingestion: A case report. *Clin Imaging*. 2017 [acceso: 20/09/2018];44(1):55-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28441549>
19. Saturnino PP, Pinto A, Liguori C, Ponticiello G, Romano L. Role of multidetector computed tomography in the diagnosis of colorectal perforations. *semin ultrasound CT MR*. 2016 [acceso: 20/09/2018];37(1):49-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26827738>
20. Pérez Assef JJ, Armenteros Castañeda JK, Hernández de Oro LM. Avicena, príncipe de los médicos. Vida, obra y legado para la medicina contemporánea. *Rev Cubana Med*. 2018 [acceso: 21/09/2018];57(1):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol57_1_18/med10118.htm
21. Espinosa Brito AD. Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico-paciente y del método clínico. *Rev Cubana Med*. 2017 [acceso: 23/09/2018];56(2):[aprox. 4 p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol56_2_17/med09217.htm

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Jorge José Pérez Assef: realizó la concepción y diseño del trabajo, la redacción del manuscrito, revisión crítica, aprobación de la versión final y el aporte de pacientes o material de estudio.

Juan Antonio Sori Peña: realizó el análisis e interpretación de datos, la redacción de manuscrito y la revisión crítica del manuscrito

Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez: realizó el análisis e interpretación de datos, la redacción de manuscrito y la revisión crítica del manuscrito.