

7. Xuan Z, Xiao-Qian Z, Bi-Min L, Ping X, Kun-He Z, Jiang C. Esophageal mesenchymal tumours: Endoscopy, pathology and immunohistochemistry. *World J Gastroenterol.* 2007;13:768-73.

María Jesús Álvarez Martín*, Ana García Navarro, Alfonso Mansilla Roselló, Manuel Segura Reyes y Antonio Ferrón Orihuela

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: MJALVAREZMARTIN@terra.es (M.J. Álvarez Martín).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.014

Adenocarcinoma mucinoso sobre fístula anorrectal en paciente con enfermedad de Crohn

Mucinous adenocarcinoma over an anorectal fistula in a patient with Crohn's diseases

Como sabemos las fístulas anorrectales son una manifestación común de la enfermedad de Crohn (EC). Si bien la asociación entre cáncer colorrectal y enfermedad de Crohn está en torno al 5% y ha sido bien establecido, el riesgo de padecer un carcinoma sobre fístula es aún menor¹.

Presentamos un caso de carcinoma sobre una fístula anal en un paciente con enfermedad de Crohn de larga evolución.

Varón de 51 años, que padece de EC desde hace 32 años. Si bien el debut inicial de la enfermedad fue una ileítis severa que requirió cirugía resectiva por fracaso del tratamiento médico, años más tarde, comienza con una afectación severa perineal. El paciente requirió drenajes sucesivos de abscesos, así como tratamiento intensivo médico sin buena respuesta. Por propia iniciativa el paciente no vuelve a revisión durante años.

Sin embargo, como consecuencia de un dolor inguinal que limita la deambulaci3n, y marcado empeoramiento del periné, decide consultar.

A la exploraci3n se evidencia una importante delgadez y palpaci3n abdominal dolorosa a nivel de la fosa iliaca derecha y dificultad en la movilizaci3n tanto activa como pasiva de miembro inferior derecho.

Una inspecci3n del periné muestra múltiples orificios fistulosos externos, edema y empastamiento. No es posible realizar un tacto rectal, por existir estenosis anal, así como ulceraciones cavitantes en el margen anal. El índice de actividad (PDAI) actual es de 18 (0-20, 20 lo más severo).

Se solicita una resonancia nuclear magnética y una exploraci3n bajo anestesia con colonoscopia intraoperatoria.

La resonancia nuclear magnética objetiva inflamaci3n rectal y una colecci3n en hemipelvis derecha de 10 x 10 x 9 cm que se continúa con absceso en ileopsoas derecho y regi3n

inguinal derecha, con sinovitis de cadera derecha asociada. De igual modo varios trayectos supra- e infraelevadores que se abren en superficie cutánea de regi3n interglútea y perianal (fig. 1). La vejiga parece estar afectada por el proceso inflamatorio.

La colonoscopia no evidenci3 actividad inflamatoria. En el mismo acto se realiza drenaje quirúrgico de los abscesos, legrado-biopsia de los trayectos fistulosos, colocaci3n de sedales y colostomía derivativa laparoscópica.

El resultado histol3gico del material de legrado es informado como adenocarcinoma mucinoso de bajo grado.

Se decide nueva intervenci3n quirúrgica con el fin de practicar amputaci3n del recto y periné amplia, con todos los trayectos fistulosos en bloque.



Figura 1 – Resonancia nuclear pélvica donde se aprecia la colecci3n en hemipelvis derecha que se continúa con absceso en ileopsoas derecho y regi3n inguinal derecha, con sinovitis de cadera derecha asociada.

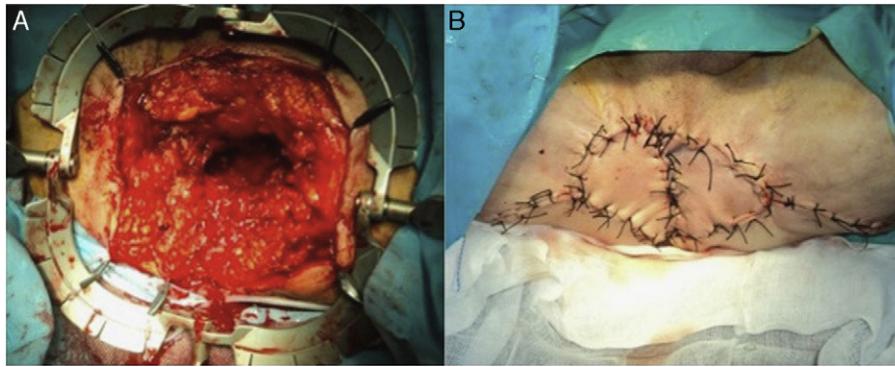


Figura 2 – A) Resultado campo quirúrgico perineal tras la extirpación amplia de todo el periné con los trayectos fistulosos. B) Reconstrucción plástica del periné con un colgajo V-Y.

Se realiza abordaje abdominal en un primer tiempo, donde se apreció múltiples conglomerados adenopáticos de aspecto mucinoso y necróticos en el trayecto de los vasos ilíacos y región inguinal, que son resecaos. Durante la proctectomía se evidencia una invasión de cara posterior de vejiga por una tumoración que se extiende hasta periné, por lo que se practica exenteración pélvica con extirpación en bloque del periné. La reconstrucción del defecto perineal se practica con colgajo V-Y bilateral (fig. 2).

El paciente evolucionó favorablemente, presentando un postoperatorio sin complicaciones salvo infección profunda de herida perianal que se resolvió con curas locales, siendo dado de alta al 9.º día postoperatorio.

El examen anatomopatológico fue de adenocarcinoma mucosecretor moderadamente diferenciado sobre fístula profunda, que afecta a musculatura perianal y partes blandas adyacentes, sin afectación de ganglios linfáticos, e invasión tumoral de pared vesical con afectación transmural. Con estos resultados se estadió como T4bN0 (estadio IIC).

La primera descripción de la malignización de la fístula fue realizada por Lightdale en 1974². Posteriormente se ha demostrado una incidencia de malignización en estos pacientes del 0,7%^{3,4}.

Se ha sugerido como causas de su origen: la constante regeneración de la mucosa en las fístulas crónicas⁵ los inmunosupresores o incluso el virus del papiloma humano⁶. También, la estenosis anal y el dolor pueden limitar el examen adecuado y conducir a un retraso en el diagnóstico.

La edad media de presentación es de 50 años y al menos se requiere 20 años de evolución de su EC⁷.

La tomografía computarizada y la resonancia magnética se han utilizado como método para facilitar el diagnóstico, pero no suelen ser de gran ayuda^{7,8}. La ecografía endorrectal también puede ser utilizada, aunque el dolor y la estenosis a veces la hacen imposible⁹.

La mejor forma para el diagnóstico precoz debe ser tener un alto grado de sospecha de carcinoma en los pacientes con enfermedad de Crohn con fístulas complejas, que no respondan a tratamiento o que presenten intenso dolor. En los casos en los que no sea posible una exploración satisfactoria, recomendamos el examen bajo anestesia, con biopsia o legrado de los tractos fistulosos⁷.

En los últimos 60 años solo hay 61 casos recogidos en la literatura. El 61% de los pacientes registrados corresponden a mujeres, en quienes se objetivó una edad en el momento del diagnóstico del cáncer más joven que en hombres y una duración de la enfermedad de Crohn menor hasta el desarrollo del carcinoma. En el examen inicial la transformación maligna se sospechó y comprobó en solo un 20% de los pacientes. La variedad histológica más frecuente fue el adenocarcinoma seguida del carcinoma de células escamosas^{7,8}.

De todo lo anterior debemos tener presente la posibilidad de malignización de las fístulas en EC, sobre todo si es mujer y con una enfermedad de larga evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chaikhouni A, Regueyra FI, Stevens JR. Adenocarcinoma in perianal fistulas of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 1981;24:639-43.
2. Lightdale CJ, Sternberg SS, Posner G, Sherlock P. Carcinoma complicating Crohn's disease. Report of seven cases and review of the literature. *Am J Med*. 1975;59:262-8.
3. Onerheim RM. A case of perianal mucinous adenocarcinoma arising in a fistula-in-ano: a clue to the early pathologic diagnosis. *Am J Clin Pathol*. 1988;89:809-12.
4. Smith R, Hicks D, Tomljanovich PL, Lele SB, Rajput UN, Dunn KB. Adenocarcinomas derivados de crónica de la enfermedad de Crohn perianal: caso clínico y revisión de la literatura. *Surg Am*. 2008;74:59-61.
5. Traube J, Simpson S, Riddell RH, Levin B, Kirsner JB. Crohn's disease and adenocarcinoma of the bowel. *Dig Dis Sci*. 1980;25:939-44.
6. Church JM, Weakley FL, Fazio VW, Sebek BA, Achkar E, Carwell M. The relationship between fistulas in Crohn's disease and associated carcinoma. Report of four cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 1985;28:361-6.
7. Thomas M, Bienkowski R, Vandermeer TJ, Trostle D, Cagir B. Malignant transformation in perianal fistulas of Crohn's disease: a systematic review of literature. *J Gastrointest Surg*. 2010;14:66-73.
8. Ky A, Sohn N, Weinstein MA, Korelitz BI. Carcinoma arising in anorectal fistulas of Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 1998;41:992-6.

9. Buchmann P, Allan RN, Thompson H, Alexander Williams J. Carcinoma in a rectovaginal fistula in a patient with Crohn's disease. *Am J Surg*. 1980;140:462-3.

Jesús Cañete, Fernando de la Portilla*, Carlos Jordán, José Manuel Sánchez-Gil y Francisco Javier Padillo

Unidad de Coloproctología, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

fernando.portilla.sspa@juntadeandalucia.es

(F. de la Portilla).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.03.010

Perforación uterina y de colon sigmoides por dispositivo intrauterino[☆]

Uterine and sigmoid colon perforation due to an intrauterine device

Se presenta una paciente de 20 años procedente de Luque - Paraguay, portadora de dispositivo intrauterino (DIU) desde 8 meses antes del ingreso (se colocó un mes después de su parto vaginal), consulta por dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda de 3 semanas de evolución, de inicio insidioso, continuo, tipo puntada, de intensidad leve, que no irradia, que se exacerba con la flexión del tronco, que cede parcialmente con la ingesta de analgésicos comunes, sin síntomas acompañantes.

Al examen físico presentaba abdomen blando, depresible, doloroso en fosa iliaca izquierda, sin defensa muscular ni signo de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos normales. A la especuloscopia no se observaba hilo de DIU. Al tacto vaginal presentaba signo de Fraenkel y al tacto rectal presentaba tumoración sólida elástica, dolorosa de 3 x 4 cm en región parauterina izquierda. La ecografía informaba DIU en posición anómala que atraviesa la serosa uterina (fig. 1).

Se realizó laparotomía exploradora constatándose proceso plástico en hipogastrio, por adherencia del colon sigmoides al fondo uterino. Al liberar dicha adherencia se constata salida de una rama de T de cobre por la pared del colon sigmoides (fig. 2). Luego se extrae el DIU del útero y se constata orificio de entrada del DIU al colon sigmoides. Se comunican las dos perforaciones del colon sigmoides extrayendo el DIU. Se reavivan los bordes del colon sigmoides y se realiza sutura primaria en un solo plano a puntos separados con hilo reabsorbible. Se sutura el fondo uterino con hilo reabsorbible y se realiza lavado de cavidad. Se dejó un drenaje laminar en fondo de saco de Douglas exteriorizado por contraabertura.

Fue dada de alta en su 7.º día postoperatorio con buena evolución.

La perforación uterina es una seria complicación asociada a los dispositivos intrauterinos. Ocurre con una frecuencia promedio estimada entre 0,87 y 1,6 por cada 1.000 inserciones¹. Puede ocurrir en el momento de la inserción, siendo su

mayor incidencia en el puerperio inmediato y postaborto o como consecuencia de un proceso gradual de migración hacia la cavidad pelviana por contracción uterina en caso de que el DIU haya quedado parcialmente incrustado².

Ocasionalmente puede perforar órganos adyacentes como recto, colon sigmoides, vejiga, apéndice, intestino delgado e incluso parénquima ovárico, con una frecuencia de 0,1 a 0,9% del total de las perforaciones, estas habitualmente son sintomáticas. Son factores condicionantes de perforación uterina el tamaño y posición del útero al momento de la inserción, malformaciones congénitas uterinas, tipo de dispositivo y la experiencia del operador².

La perforación uterina y del colon sigmoides por DIU es extremadamente rara y en las publicaciones médicas encontramos 9 casos.

La ecografía pélvica y transvaginal es considerada una buena herramienta en la localización del DIU, ya que nos

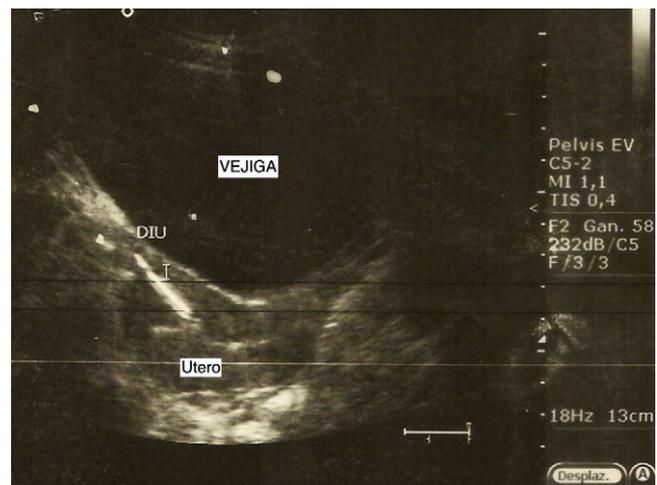


Figura 1 – Imagen ecográfica en donde se observa el dispositivo intrauterino perforando el fondo uterino.

[☆] Presentado en el XV Congreso Paraguayo de Cirugía, del 13 al 15 de septiembre de 2010, Lambaré (Paraguay).