



P-620 - MASA PÉLVICA SECUNDARIA A NEOPLASIA DE SIGMA COMPLICADA

Pérez Reyes, María; Aranda Narváez, José Manuel; Fernández Sánchez, Ana; Romacho López, Laura; González Sánchez, Antonio Jesús; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal supone un problema de salud de primer orden en el mundo occidental. Supone la segunda causa de muerte por cáncer. En España constituye el tercer lugar en frecuencia entre las neoplasias malignas.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 65 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal, malestar general y deposiciones diarreicas de una semana de evolución. Asociaba fiebre de 39 °C las últimas 24 horas. En la inspección, presentaba regular estado general, hipotensión arterial, taquicardia, y en la palpación, dolor abdominal e irritación peritoneal generalizada. En la analítica destacaba leucocitosis y elevación de PCR (45 g/L), deterioro de función renal y coagulación alterada. Se realizó un TAC abdominal que mostraba una masa pélvica de 16 × 15 cm de probable origen ginecológico complicada, con aire en su interior por probable fistulización con el tracto digestivo y líquido libre. Se decidió intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía. Los hallazgos observados fueron una peritonitis generalizada evolucionada y compartimentada que afectaba a todos los cuadrantes abdominales; una gran masa de origen ginecológico, perforada, tapizada por asas de intestino delgado y epiplón, que infiltraba el sigma en toda su extensión. Asumiendo que la perforación debía localizarse en el trayecto intratumoral del mismo. Dado que era imposible diferenciar macroscópicamente el origen del tumor primario por implicar la totalidad del aparato genital y sigma, se decidió exéresis en bloque de la masa que ocupaba toda la pelvis. El abordaje fue difícil, pero se pudo completar una sigmoidectomía, histerectomía total, doble anexectomía, apendicectomía y omentectomía en bloque respetando en todo momento los uréteres. El posoperatorio fue favorable, como incidencias presentó íleo posoperatorio que mejoró de forma conservadora, y fue dada de alta a las dos semanas de la cirugía. La anatomía patológica informó adenocarcinoma de sigma bien diferenciado (G1), que infiltra toda la pared intestinal, afectando mesorrecto, cara posterior de útero y tejidos perianexiales, con invasión perineural y metástasis en 1 de 13 ganglios. (pT4bpN1a). El útero estaba aumentado de tamaño por presencia de leiomiomas. Y el resto de estructuras ginecológicas mostraron características normales. Con los resultados se presentó en el comité oncológico, se decidió valoración en consulta de oncología y finalmente se decidió quimioterapia adyuvante.

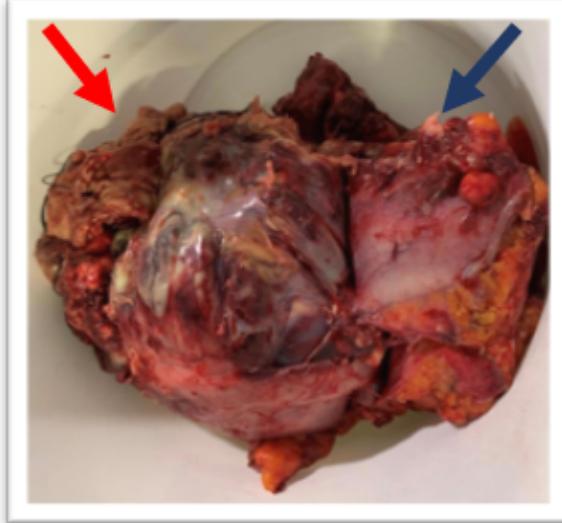
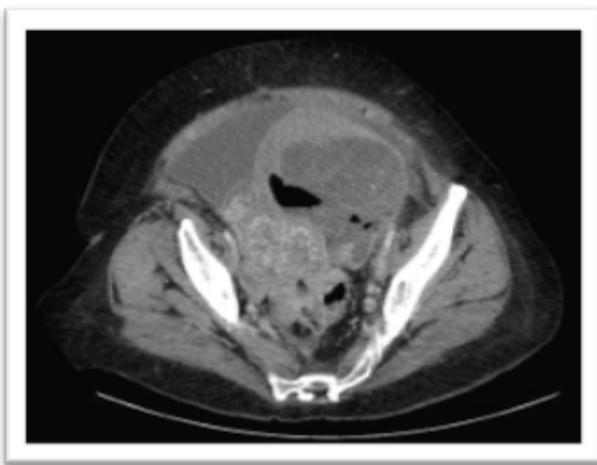


Fig. 1 TAC abdomen: masa pélvica (16x15cm) de probable origen ginecológico complicada con aire en su interior por probable fistulización con tracto digestivo.

Fig. 2 Pieza quirúrgica: gran masa de origen ginecológico (flecha roja), perforada y adherida a sigma (flecha azul) en toda su extensión.

Histerectomía total con doble anexectomía y sigmoidectomía en bloque.

Discusión: Un tercio de los pacientes de cáncer colorrectal se presentará de manera urgente con un tumor complicado. Esta situación implica alta mortalidad y peor pronóstico a largo plazo. Constituyen del 60 al 85% de pacientes intervenidos de urgencia por enfermedad colónica. Las formas más frecuentes de complicación son oclusión y perforación. La perforación es menos frecuente, afecta del 2 al 12% de los pacientes. Esta es la segunda causa de peritonitis de causa colónica después de la diverticulitis aguda perforada, representa el 38% de los casos. La clínica dependerá de si presenta peritonitis difusa purulenta o fecaloidea o localizada. Pueden aparecer abscesos, fijación a estructuras vecinas o fistulas como sucede con nuestra paciente. La capacidad de curación de la cirugía urgente dependerá de la radicalidad de la resección realizada.