

# Cáncer de colon: una complicación rara, en el segmento de reemplazo esofágico, después de esofagocoloplastia

Miguel Ángel Martín y Albio Ferrás

Servicio de Cirugía General. Hospital Hermanos Ameijeiras. Ciudad de la Habana. Cuba.

## Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 65 años, operada hace 40 de una esofagocoloplastia por esofagitis cáustica, atendida en el hospital Hermanos Ameijeiras, Cuba, por disfagia de 5 meses de evolución. Se le diagnosticó un adenocarcinoma en el segmento de colon transpuesto. Se realizó resección del tumor, con márgenes oncológicos, y el restablecimiento adecuado del tránsito de alimentos.

**Palabras clave:** *Esofagitis cáustica. Esofagocoloplastia. Cáncer de colon.*

## COLON CANCER: A RARE COMPLICATION IN A COLONIC ESOPHAGEAL SEGMENT AFTER COLOESOPHAGOPLASTY

We report the case of a 65-year-old woman who presented to the Hermanos Ameijeiras Hospital in Cuba due to dysphagia for the previous 5 months. Forty years previously, she had undergone esophagocoloplasty for caustic esophagitis. Adenocarcinoma was diagnosed in the colonic interposition. The tumor was resected with oncologic margins and food transit was successfully restored.

**Key words:** *Caustic esophagitis. Esophagocoloplasty. Colon cancer.*

## Introducción

La interposición colónica en niños es el tratamiento de elección cuando se hace necesario el reemplazo esofágico<sup>1</sup>, así como en adultos cuando la esofagitis cáustica requiere una esofagocoloplastia como sustituto de un segmento largo de esófago dañado<sup>2</sup>. Este procedimiento se asocia con complicaciones tardías, tanto del órgano afectado no resecado como del segmento de colon interpuesto. En el segundo grupo se encuentran algunas como el pseudodivertículo en la anastomosis proximal, la estenosis cervical, un segmento colónico redundante y el reflujo gastrocólico por obstrucción pilórica<sup>3</sup>. Otra de las complicaciones es la que presentamos en este trabajo.

## Caso clínico

Mujer de 65 años, de raza negra y procedencia urbana, con antecedente de una esofagocoloplastia 40 años atrás por una estenosis secundaria a una esofagitis cáustica, en la que se empleó el colon derecho por vía retroesternal. Acudió por una disfagia de 5 meses de evolución y pérdida de 20 libras de peso. El tránsito baritado mostró una dilatación del segmento de colon, con el extremo distal irregular (fig. 1) y sin paso del contraste al estómago. En la endoscopia a los 45 cm de la arcada dentaria se encontró una estenosis con mucosa irregular, friable y multinodular. La biopsia informó un adenocarcinoma papilar, bien diferenciado e infiltrante. El resto de los estudios no evidenciaron diseminación metastásica. Se realizaron laparotomía y esternotomía, resección del tumor con márgenes oncológicos (fig. 2) y anastomosis colocolónica, terminoterminal. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta a los 8 días. La biopsia postoperatoria reveló un adenocarcinoma bien diferenciado ulcerovegetante (6,5 × 3,5 cm), infiltrante hasta la subserosa colónica. No había tumores en los bordes de sección ni ganglios, y fue clasificada en estadio B de Dukes.

## Discusión

Esta es una complicación poco frecuente y es el séptimo caso desde que el primero fuera publicado por Goldsmith et al<sup>4</sup>. La sustitución se ha realizado en 4 neoplasias<sup>4-7</sup> y 3 estenosis benignas de esófago<sup>8,9</sup>. El colon

Correspondencia: Dr. M.A. Martín González.

A N.º 101.ª e/5.ª y Calzada, Vedado, Plaza. 10400 Ciudad de la Habana. Cuba.

Correo electrónico: miguelmg@infomed.sld.cu

Manuscrito recibido el 28-8-2003 y aceptado el 20-5-2004.

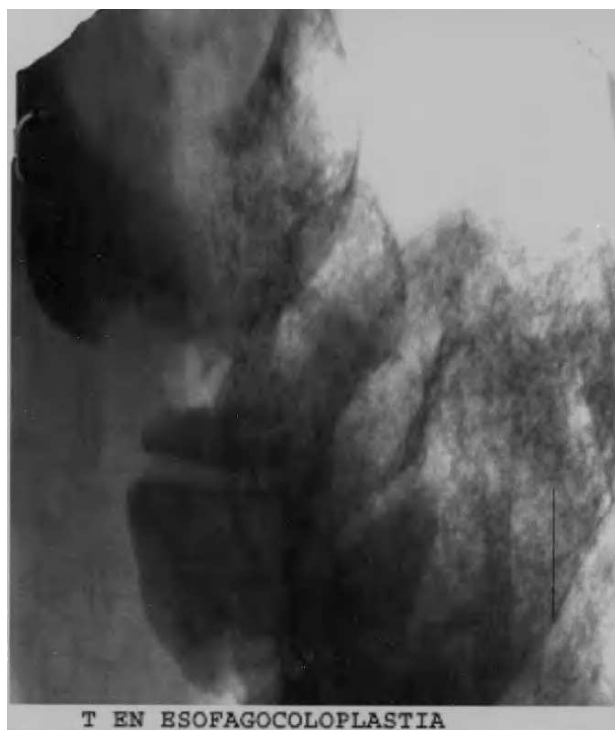


Fig. 1. Irregularidad que produce el cáncer en el segmento de colon de la esofagocoloplastia.

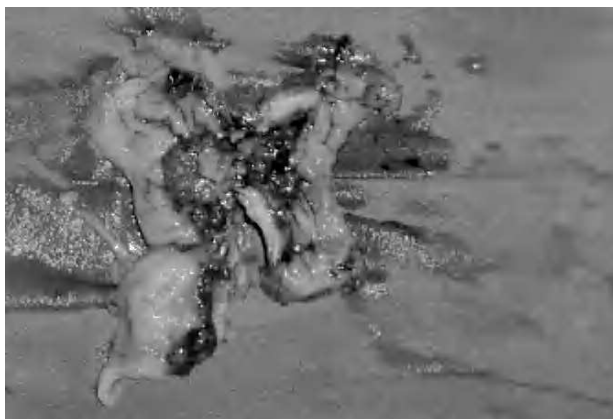


Fig. 2. Pieza quirúrgica.

empleado es el derecho, en posición preesternal en un caso, después de un intento previo con el yeyuno por vía retroesternal<sup>5</sup>, uno mediastínico<sup>8</sup> y el resto retroesternal.

El tiempo desde la coloplastia hasta el diagnóstico de la neoplasia puede ser muy variable, entre 5 y 40 años<sup>9</sup>, como en el enfermo que presentamos. La cirugía debe ajustarse a cada paciente y la redundancia del colon debía permitir una resección oncológica y el restablecimiento del tránsito en 3 de los casos, incluido el nuestro<sup>1,5</sup>. Otras técnicas fueron la sustitución con un segmento de yeyuno<sup>7</sup>, el empleo del estómago en una resección tipo Ivor Lewis<sup>8</sup> y una esofagoyeyunostomía<sup>9</sup>. Sólo 1 fue irresecable por infiltración del esternón y la raíz mesentérica del colon<sup>6</sup>. En la pieza de 2 de ellos se encontró un adenocarcinoma que crecía en un adenoma vellosos<sup>4,8</sup>.

No creemos necesario realizar un seguimiento especial de los enfermos en los que se ha empleado el colon como sustituto, a excepción de los que tienen antecedentes familiares de carcinoma de colon o la presencia de pólipos o colitis, en cuyo caso se deben seguir las mismas pautas que las utilizadas en estas enfermedades, teniendo en cuenta la nueva localización quirúrgica del órgano. Debemos sospechar una neoplasia maligna ante cualquier grado de disfagia en los pacientes con interposición de colon después de una resección por estenosis benigna o maligna del esófago, en especial cuando se realiza en personas jóvenes con una expectativa de vida prolongada.

## Bibliografía

1. Erdogan E, Emir H, Eroglu E, Danismend N, Yeker D. Esophageal replacement using the colon: a 15-year review. *Pediatr Surg Int*. 2000; 16:546-9.
2. Orringer MB. Tumors, injuries, and miscellaneous conditions of the esophagus. En: Greenfield LJ, Mulholland M, Oldham KT, Zelenock GB, Lillemoe KD, editors. *Surgery. Scientific principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 694-735.
3. Kotsis L, Krisar Z, Orban K, Csekeo A. Late complications of coloesophagoplasty and long-term features of adaptation. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2002;21:79-83.
4. Goldsmith HS, Beattie EJ. Malignant villous tumour in a colon bypass. *Ann Surg*. 1968;167:98-100.
5. Theille DE, Smithers BM, Strong RW, Windsor CJ. Primary adenocarcinoma in a colonic oesophageal segment. *Aust NZ J Surg*. 1991; 61:953-5.
6. Haerr RW, Higgins EM, Seymore CH, El-Mahdi AM. Adenocarcinoma arising in a colonic interposition following resection of cell esophageal cancer. *Cancer*. 1987;60:2304-7.
7. Lee SJ, Koay CB, Thompson H, Nicolaidis AR, Das Gupta AR. Adenocarcinoma arising in an oesophageal colonic interposition graft. *J Laryngol Otol*. 1994;108:80-3.
8. Houghton AD, Jourdan M, McColl I, Duke A. Carcinoma after colonic interposition for oesophageal stricture. *Gut*. 1989;30:880-1.
9. Altorjay A, Kiss J, Voros A, Szanto I, Bohak A. Malignant tumor developed in colon-esophagus. *Hepatogastroenterology*. 1995;42:797-9.