

Edurne Álvaro^a, José Perea^{a,*}, Manuel Lomas^a, Miguel Urioste^b y Manuel Hidalgo^a

^aServicio de Cirugía General B, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.03.002
doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.022

^bGrupo de Genética Humana, Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josepereag@hotmail.com (J. Perea).

Pseudocarcinoma de colon

Pseudo-carcinoma of the colon

El pseudocarcinoma de colon es una forma inusual de presentación de la isquemia intestinal. Desde que en 1968 Kilpatrick et al describieran el primer caso de simulación de carcinoma colorrectal por una isquemia intestinal¹, pocos casos se han publicado en la literatura.

Presentamos el caso de un paciente con isquemia cólica, tratada inicialmente como un carcinoma de colon, debido a la presentación clínica, radiológica y endoscópica, y tras la aparición de rectorragias con anemización progresiva.

Varón de 85 años con antecedentes cardiológicos importantes. Portador de marcapasos por síntomas de repetición y 2 stent por enfermedad coronaria. Diagnosticado un año antes de urotelioma de riñón izquierdo, tras episodio de dolor lumbar. No historia de sintomatología a nivel abdominal. Acude por dolor súbito en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo y leucocitosis (16.000 y 80% neutrófilos). En el estudio de laboratorio destaca una anemia microcítica leve (Hb 10,8 g/dl, VCM 75 fl) con CEA, CA 19,9 y CA 72,4 dentro de límites normales. La ecografía y la TC abdominal revelan la existencia de un engrosamiento del ángulo hepático del colon, de unos 10 cm de longitud (fig. 1A y B). La colonoscopia realizada fue completa, con masa vegetante y ulcerada en ángulo hepático. Las biopsias fueron informadas como células epiteliales atípicas no concluyentes de carcinoma. Con la

sospecha de carcinoma colorrectal de ángulo hepático, aunque sin confirmación histopatológica, se somete al paciente a hemicolectomía derecha de forma programada, debido a la aparición de rectorragias con anemización progresiva. La anatomía patológica definitiva fue informada como cambios vasculares compatibles con proceso isquémico. El paciente fue dado de alta en el 12.º día postoperatorio y se encuentra asintomático en la actualidad.

La colitis isquémica es la forma más frecuente de enfermedad vascular intestinal². El pseudocarcinoma de colon es una rara forma de presentación de la colitis isquémica en la que los hallazgos clínicos, radiológicos y endoscópicos simulan un carcinoma. El 90% de los pacientes con colitis isquémica son mayores de 70 años⁵. Muchos casos de isquemia cólica son transitorios y completamente reversibles, por lo que la incidencia de esta patología está infraestimada. Existen múltiples factores etiológicos relacionados con la colitis isquémica, como la arteriosclerosis, el bajo gasto cardiaco o la ligadura de vasos intraabdominales, pero la mayoría de los episodios ocurren de forma inesperada e inexplicable^{3,4}. Dependiendo del grado y duración del episodio isquémico, el examen anatomo-patológico revela cambios reversibles (hemorragia o edema), cambios crónicos (erosiones, úlceras, fibrosis) o, en los casos más avanzados, gangrena⁶. Resulta

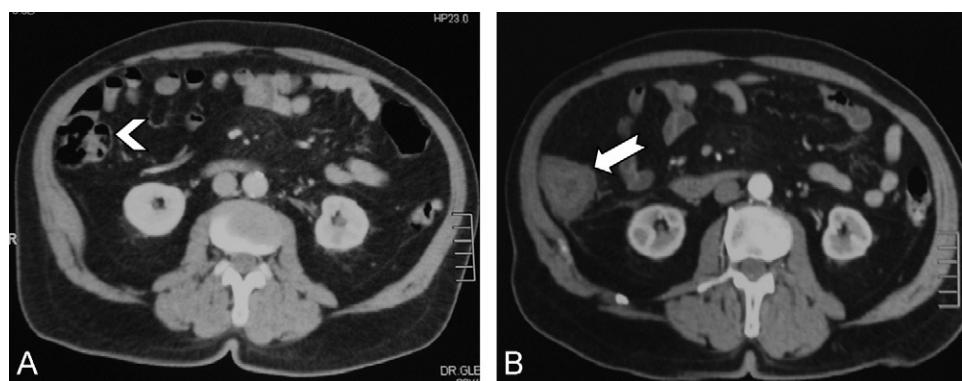


Figura 1 - A) Corte axial de TC en agosto de 2008, que muestra un ángulo hepático normal (cabeza de flecha). B) Misma imagen un año más tarde, con masa en ángulo hepático (flecha).

Tabla 1 – Casos publicados de pseudocarcinoma y actitud terapéutica

	n	Tratamiento quirúrgico	Causa
Brandt et al (1985)	9	3 pacientes	Diagnóstico inicial de carcinoma
Lee et al (1986)	1	1 paciente	Diagnóstico inicial de carcinoma
Jeck et al (1996)	8	3 pacientes	Diagnóstico inicial de carcinoma
Rodríguez-Sanjuán et al (1997) ⁹	1	1 paciente	Diagnóstico inicial de carcinoma
Karamouzis et al (2002)	1	1 paciente	Sangrado
Morales et al (2005)	1	1 paciente	Obstrucción intestinal
Barquero-Romero et al (2008)	1	1 paciente	Obstrucción intestinal

útil la clasificación de los procesos en gangrenosos y no gangrenosos. Estos últimos se pueden subdividir a su vez en transitorios y crónicos⁷. Un tercio de los casos presentan características de colitis crónica. El diagnóstico diferencial, en estos casos, incluye la enfermedad diverticular, el carcinoma de colon y la enfermedad inflamatoria intestinal. Aunque la coexistencia de isquemia cólica secundaria a carcinoma, u otra causa obstructiva distal a la misma, se ha demostrado hasta en un 20% de casos, es infrecuente que un segmento isquémico de colon simule un carcinoma clínica, radiológica y endoscópicamente^{7,8}.

La clínica no permite diferenciar el pseudocarcinoma del carcinoma de colon, ya que ambos pueden cursar con dolor abdominal, obstrucción o rectorragias. El enema opaco, la tomografía axial computarizada y la colonoscopia son las pruebas diagnósticas aconsejadas para el diagnóstico diferencial entre ambas entidades, pero los hallazgos encontrados, en presencia de una anatomía patológica no concluyente, no permiten distinguir entre ambas patologías. El examen histopatológico de la colitis isquémica es característico, ya que muestra cambios vasculares que incluyen hiperemia, trombosis y proliferación de capilares, congestión venosa y formación de pseudomembranas^{4,6}. En muchas ocasiones, la isquemia cólica produce cambios reactivos en las células epiteliales que simulan displasia, como en nuestro caso. Los hallazgos radiológicos y endoscópicos de la colitis isquémica cambian con el tiempo, debido a la reabsorción del edema y de la hemorragia. Por ello, ante la presencia de hallazgos clínicos, radiológicos y endoscópicos sugestivos de carcinoma en un paciente con antecedentes cardiológicos importantes, riesgo quirúrgico elevado, situación clínica estable y con una anatomía patológica no concluyente, podría ser conveniente repetir los estudios en 2 ó 3 semanas^{5,8}. En el caso que presentamos, ante la mala evolución clínica y analítica, se optó por el tratamiento quirúrgico. Aunque resulta difícil mantener una actitud conservadora ante la sospecha de un carcinoma colorrectal, la cirugía para la resección del pseudocarcinoma solo estaría indicada en el caso de circunstancias que comprometan la vida del paciente, como el sangrado o la estenosis severa. Podría ser aconsejable, por lo tanto, un tratamiento conservador inicial ante la sospecha de pseudo-

carcina colorrectal⁵ en pacientes mayores de 70 años con riesgo cardiológico muy elevado y situación clínica estable, ya que la reversibilidad de los hallazgos evitaría someter al paciente a una intervención quirúrgica con una morbilidad considerable (tabla 1).

B I B L I O G R A F Í A

1. Kilpatrick ZM, Farman J, Yesner R, Spiro HM. Ischemic proctitis. J Am Assoc. 1968;20:64-70.
2. Brandt LJ, Katz HJ, Wolf EL, Mitsudo S, Boley SJ. Simulation of colonic carcinoma by ischemia. Gastroenterology. 1985;88:1137-42.
3. Lee HH, Agha FP, Owyang C. Ischemic colitis masquerading as colonic tumor: an unusual endoscopic presentation. Endoscopy. 1986;18:31-2.
4. Jeck T, Sulser H, Heer M. Local ischemia causes carcinoma-like changes of the rectum. Dis Colon Rectum. 1996;39: 1026-30.
5. Zhang S, Ashraf M, Schinella R. Ischemic colitis with atypical changes that mimic dysplasia (pseudodysplasia). Arch Pathol Lab Med. 2001;125:224-7.
6. Karamouzis MV, Badra FA, Papatsoris AG. A case of colonic ischemia mimicking carcinoma. Int J Gastrointest Cancer. 2002;32:165-8.
7. Morales García D, Bernal Marco JM, Naranjo Gómez A. Isquemia cólica simulando un carcinoma. Rev Esp Enferm Dig. 2005;97:66-7.
8. Barquero-Romero J, García García G, Ambel Albarán I. Seudocarcinoma de colon por colitis isquémica tras un tratamiento radioterápico. Gastroenterol Hepatol. 2008;31:49-50.
9. Rodríguez-Sanjuán JC, Naranjo Gómez A. Cecal ischemia mimicking carcinoma. Dis Colon Rectum. 1997;40:867-8.

Pablo Granero Castro*, María Moreno Gijón,
José Granero Trancón, Ana Llaneza Folgueras y
Juan José González González

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: pgranerocastro@aecirujanos.es
(P. Granero Castro).