

Notas clínicas

Adenocarcinoma sobre colostomía en paciente afecto de enfermedad de Crohn

Adenocarcinoma on colostomy in patient affected by crohn's disease

R. Martínez Mojarro, B. García-del Pino, R. Pérez-Quintero, R. Rada-Morgades, M.J. Perea-Sánchez, R. Martín-García de Arboleya, R. Balongo-García

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

RESUMEN

Los tumores malignos periestomales más ampliamente descritos son adenocarcinomas en pacientes con colitis ulcerosa que precisan colectomía total o subtotal. La localización más común es la piel de pared abdominal, pero también sobre el estoma, piel periestomal o cicatrices quirúrgicas anteriores incluyendo la cicatriz de la colostomía. En casos de malignidad previa, las vías de diseminación pueden ser sanguínea, linfática, por contigüidad, por implantación iatrogénica o debido a otros procedimientos invasivos como la colonoscopia. Las neoplasias del estoma ocurren frecuentemente con pocos signos clínicos pero evidentes, y el diagnóstico precoz es la mejor forma de controlar la enfermedad, determinando baja morbilidad y mayor supervivencia de los pacientes ostomizados. Realizamos una revisión de esta entidad para conocer la naturaleza, pronóstico y para recomendar pautas de actuación.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, tumor periestomal, adenocarcinoma, fístula.

ABSTRACT

The most frequent periestomal malignant tumors are adenocarcinomas in patients with ulcerative colitis who require total or subtotal colectomy. The most common location is the abdominal wall skin, but also on the stoma, periestomal skin or previous surgical scars including colostomy's scar. In cases of previous malignancy, the dissemination routes can be blood, lymphatic, by contiguity, by iatrogenic implantation or due to other invasive procedures such as colonoscopy. Neoplasia of the colostomy site occurs in frequently with few but evident clinical signs, and its early diagnosis is the best way of controlling the disease, determining a low morbidity and a better survival for the ostomized patient. We review this entity to know the nature, prognosis and to recommend action guidelines.

Keywords: Crohn's disease, periestomal tumor, adenocarcinoma, fistula.

INTRODUCCIÓN

La neoplasia colorrectal es la segunda más prevalente en España, presentando una incidencia de 49 casos/100.000 habitantes al año. Aproximadamente un 15% de los pacientes intervenidos de cáncer colorrectal presentan colostomía.

CORRESPONDENCIA

Rocío Martínez Mojarro
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
21005 Huelva
rommojarro@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Martínez Mojarro R, García del Pino B, Pérez Quintero R, Rada Morgades R, Perea Sánchez MJ, Martín-García de Arboleya R, et al. Adenocarcinoma sobre colostomía en paciente afecto de enfermedad de Crohn. Cir Andal. 2019;30(2):243-45.

La colostomía definitiva es una técnica quirúrgica asociada en su mayoría a la realización de una amputación abdominoperineal en el paciente con cáncer de recto.

Existen casos documentados de aparición de neoplasias sobre colostomías, aunque se trata de una entidad muy poco frecuente.

La colostomía, ya sea temporal o definitiva, no está exenta de complicaciones. Las complicaciones tardías aparecen en un 25% de los casos, con una tasa de reintervención que varía según las series del 13-23%.

Entre ellas se encuentran el pseudotumor y el tumor. El pseudotumor del estoma es más frecuente, pudiendo corresponder a un quiste de retención mucoide, pseudopólipo hiperplásico, tejido de granulación, granuloma por hilo de sutura, etc. El tratamiento en estos casos consiste en los cuidados locales y en la resección local en caso de ausencia de mejoría con las curas.

Los tumores verdaderos son poco frecuentes, pudiendo tener origen digestivo o parietal. La colostomía, al considerarse un segmento exteriorizado del colon, presenta los mismos factores predisponentes para el desarrollo de una neoplasia. Por tanto se admite que el riesgo de neoplasia es similar al de cualquier otro segmento del colon. En estos casos el tratamiento es quirúrgico, asegurando una resección amplia con bordes libres de tumor y una transposición estomal.

En casos de pacientes ostomizados por patología neoplásica, los tumores sobre colostomía pueden aparecer por micrometástasis debido a invasión ganglionar, invasión vascular desde el pedículo de los vasos mesentéricos inferiores o por iatrogenia implantando células tumorales en el momento de la cirugía inicial oncológica. No obstante, en pacientes ostomizados por patología no neoplásica, como es nuestro caso, existen varias causas implicadas en la carcinogénesis: progresión adenoma-carcinoma sobre pólipo, contacto continuo con ácidos biliares y daño persistente del estoma por material fecal.

El principal factor predisponente de malignidad en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente en pacientes con rectocolitis ulcerosa, consiste en el componente inflamatorio crónico sobre la mucosa estomal de éstos. Además, estos pacientes tienen mayor riesgo de complicaciones del estoma, al igual que los pacientes ostomizados con poliposis adenomatosa familiar, ya que el riesgo de degeneración adenomatosa está aumentado.

CASO CLÍNICO

Varón de 61 años, diagnosticado desde hace 38 años de enfermedad de Crohn con patrón fistulizante severo perianal. A los diez años del diagnóstico precisa colostomía derivativa dado el mal control de la patología perianal. Se realiza reconstrucción de tránsito gastrointestinal a los dos años de la cirugía, con mala evolución y dehiscencia anastomótica, por lo que se reinterviene de urgencias realizándose operación de Hartmann. Dada la infausta evolución perianal fue intervenido nuevamente cuatro años después realizándose amputación abdominoperineal de Miles, sin evidencia de malignidad en la pieza anatomopatológica extirpada.

Tras veinte años de la última intervención, acude a nuestra consulta por aparición de lesión granulomatosa en borde de piel de colostomía

en contacto con ésta, ocupando la mitad de la circunferencia del estoma, sangrante y de rápido crecimiento. Se decide realizar biopsia excisional, siendo diagnóstica de adenocarcinoma.

El paciente es estudiado mediante colonoscopia y TAC abdominal (**Figura 1**) sin apreciar hallazgos patológicos, por lo que se indica hemicolectomía izquierda con márgenes amplios a nivel de la colostomía. Se reimplanta nueva colostomía de colon transversal en vacío derecho.



Figura 1

TAC abdominal.

Presenta buen curso postoperatorio, dándose de alta sin incidencias al cuarto día postoperatorio. El resultado anatomopatológico definitivo de la pieza de hemicolectomía informa sobre ausencia de malignidad.

DISCUSIÓN

Los tumores periostomales constituyen una complicación muy rara y tardía de la enfermedad inflamatoria intestinal, con pocos casos descritos en la literatura. Las formas de presentación pueden ser estenosis del estoma, erupción, ulceración, masa periostomal, o más frecuentemente como placas o nódulos eritematosos, con o sin dolor, fácilmente sangrantes y con un crecimiento rápido. La exploración de las ostomías con biopsia de las lesiones sospechosas debe realizarse de forma rutinaria. El tratamiento de elección suele ser la cirugía (resección local amplia del tumor seguida de una recolocación del estoma) o la quimioterapia dirigida al tumor primario en caso de que exista. La radioterapia focal no suele tener una respuesta adecuada.

Las metástasis periostomales tienen muy mal pronóstico, con alta tasa de morbimortalidad, ya que suelen implicar una enfermedad sistémica. Es fundamental educar al paciente para la detección de signos precoces y un equipo multidisciplinar para conseguir un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz. La rápida actuación del cirujano estableciendo un diagnóstico precoz establece un pronóstico favorable, no olvidando realizar periódicamente pruebas para detectar de forma precoz una posible recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cremades Pérez M, Gómez Artacho M, Navinés J, Fernández Llamazares Rodríguez J. Adenocarcinoma sobre colostomía terminal: una entidad rara pero relevante. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015; 107(5): 309-309.
2. Mourra N, Bataillon G, Lesurtel M. Fungating Mass Occurring at a Colostomy Site 50 Years After Colectomy for Inflammatory Condition. *Gastro.* 2014; 146:1-2.
3. Alegre SVJ, Basilio SM, Germano BD, Roberto de PP. Neoplasia occurring at the colostomy site: Report of two cases and review of the literature. *Rev Mex Col.* 2007; 13: 24-26.
4. Couëtte, F. Dumont, E. Thibaudeau. Técnicas de las colostomías y tratamiento de sus complicaciones. *EMC - Técnicas quirúrgicas - Aparato digestivo* 2018;34(3):1-24 [Article 40-540].