

INFORME DE CASO

Colitis ulcerosa y su relación con el desarrollo de carcinoma colorrectal

Ulcerous colitis and its relationship with the development of carcinoma

Indira Noa Lores, Lorenzo Dorado Nicó, Natalis Galano Lores

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó un caso de un paciente con colitis ulcerativa de varios años de evolución con un cuadro de oclusión intestinal por un adenocarcinoma de colon izquierdo. Durante el acto quirúrgico se constató la presencia de una tumoración en el ángulo esplénico del colon. Se realizó hemicolectomía izquierda con colostomía tipo Hartman.

Palabras clave: colitis ulcerosa; oclusión intestinal; carcinoma colorrectal

ABSTRACT

A case of a patient with ulcerative colitis is presented with several years of evolution with a picture of intestinal occlusion by a left colon adenocarcinoma. During the surgery, a tumor was observed in the splenic angle of the colon. Left hemicolectomy was done with Hartman type colostomy.

Keywords: ulcerative colitis; intestinal occlusion or blockage; colorectal carcinoma

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa es una enfermedad intestinal inflamatoria que afecta la mucosa y la submucosa del colon y del recto. Es más frecuente en países desarrollados. Cada año se diagnostican 4 nuevos casos por cada 100 000 adultos blancos.

Tiene una prevalencia entre 40 y 100 casos por cada 100 000 habitantes. Afecta a ambos sexos por igual¹, aunque algunos autores refieren que ligeramente es más frecuente en mujeres.² Hay un pico de incidencia en la sexta década de la vida.¹

Los pacientes con colitis de larga duración, tienen mayor riesgo de desarrollar carcinoma colorrectal, siendo esta última la afección maligna más común del tubo digestivo.

La inflamación crónica predispone a la mucosa a alteraciones malignas. En general, la duración y extensión de la colitis se correlacionan con el riesgo. Anualmente se diagnostican más de 150 000 casos nuevos de carcinoma colorrectal y mueren más de 52 000 pacientes por este trastorno.³

Entre sus complicaciones más graves se encuentran: el sangramiento gastrointestinal masivo bajo, el megacolon tóxico, la perforación, la obstrucción intestinal y el carcinoma.

Es la decimoquinta forma más común de cáncer y la segunda causa más importante de mortalidad asociada a cáncer en América. El cáncer colorrectal causa 639,000 muertes a nivel mundial cada año.⁴⁻⁵ Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo, y también en Cuba.⁴⁻⁶

Además de la evolución prolongada de la enfermedad, existen otros factores de riesgo en la aparición de cáncer colorrectal en los pacientes con colitis ulcerosa: la enfermedad pancolónica, las lesiones activas continuamente y el grado de inflamación.¹

En la pancolitis ulcerativa, el riesgo de carcinoma se aproxima al 2 % después de los 10 años, 8 % a los 20 años y 18 % después de los 30 años.³

El riesgo acumulado de cáncer aumenta también con la duración de la enfermedad, y es del 25 % a los 25 años, del 35 % a los 30 años, del 45 % a los 35 años y del 65 % a los 40 años.¹

A diferencia de los cánceres colorrectales esporádicos, es más probable que el carcinoma que se desarrolla en el contexto de la colitis ulcerosa surja de áreas de displasia plana y puede ser difícil diagnosticarlo en una etapa temprana.

Por lo tanto, en individuos con colitis ulcerosa de larga duración se recomienda vigilancia colonoscópica con múltiples biopsias.³

A continuación, se presenta un caso de un paciente con colitis ulcerativa de varios años de evolución con un cuadro de oclusión intestinal por un adenocarcinoma de colon izquierdo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años de edad, sexo masculino, procedencia urbana, antecedentes patológicos personales de colitis ulcerativa hace 8 años, para la cual llevaba tratamiento con sulfapiridina 1 tableta cada 12 horas, colecistectomizado hace 2 años.

Acude al cuerpo de guardia, refiriendo dolor abdominal difuso tipo cólico desde hace tres días, acompañado de vómitos e imposibilidad para expulsar heces y gases. Refiere también sed y decaimiento.

Al examen físico:

Mucosas: normocoloreadas y secas.

Frecuencia respiratoria: 22 resp/min

Frecuencia cardíaca: 105 latidos/min

Lengua saburral.

Tensión arterial: 90/60 mmHg

Abdomen: cicatriz quirúrgica subcostal de Kocher, distendido a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo. Reacción peritoneal y percusión dolorosa en esa región. Ruidos Hidroaéreos (RHA) aumentados en intensidad y frecuencia.

Estudios de laboratorio:

Hemoglobina: 13 g/L

Leucograma: conteo global: 11.2×10^9

Coagulograma: tiempo de coagulación: 2 minutos; tiempo de sangramiento: 7 minutos; plaquetas: $200 \times 10^9/L$; coágulo: retráctil.
Polimorfonucleares: 0.80.

Glicemia: 5 mmol/L

Radiografía de abdomen simple AP de pie: asas intestinales delgadas y gruesas distendidas, niveles hidroaéreos diseminados.

Ultrasonido abdominal: hígado, bazo y ambos riñones sin alteraciones ecográficas. Páncreas no se visualiza por aumento del patrón gaseoso. Asas delgadas dilatadas con contenido líquido en su interior. Imagen de falso riñón hacia hipocondrio izquierdo. Vejiga vacía.

Ante el cuadro clínico y el resultado de los complementarios realizados se decide ingresar y anunciar de urgencia para intervenir quirúrgicamente al paciente con el diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal mecánica por tumor de colon.

Durante el acto quirúrgico se constató la presencia de una tumoración en el ángulo esplénico del colon, (Figura 1).

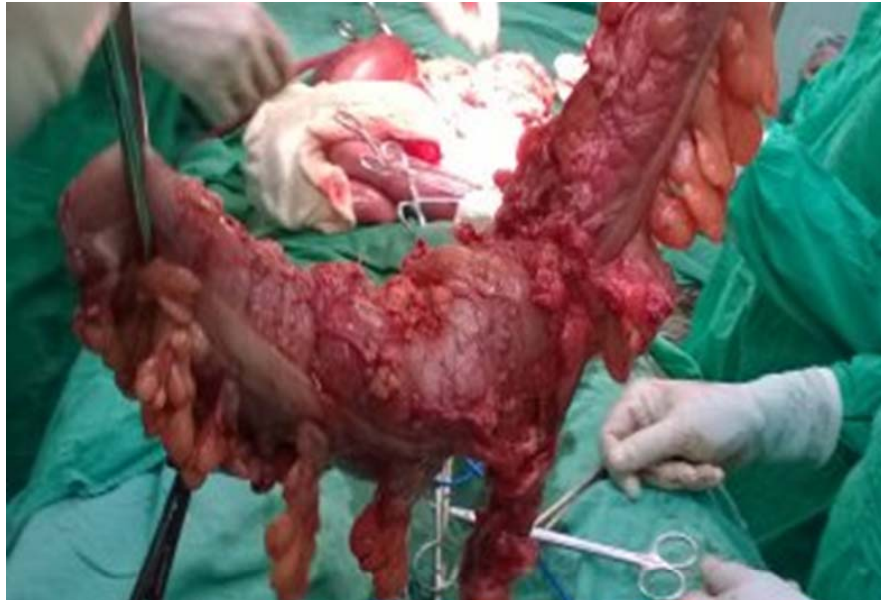


Figura 1. Segmento de colon que incluye el tumor.

Se realizó hemicolectomía izquierda con colostomía tipo Hartman.

El paciente evolucionó favorablemente y fue dado alta a los 9 días de operado.

El resultado de la biopsia informó: adenocarcinoma, bien diferenciado que infiltra hasta la serosa, con área de necrosis, reacción desmoplásica moderada, grado histológico 1, grado nuclear 1 e invasión de vasos sanguíneos y linfáticos, fórmula ganglionar 6/6.

DISCUSIÓN DEL CASO

La colitis ulcerativa idiopática se incluye dentro del término: enfermedad inflamatoria intestinal, que también abarca a la enfermedad de Crhon.¹

Es una enfermedad crónica, de comienzo casi siempre insidioso y de etiología aún desconocida, que afecta la mucosa del colon y recto, caracterizada por diarreas, a veces en gran número, con mucus, pus y sangre, así como dolores cólicos y tenesmo, sintomatología que se exacerba y cede sin causa aparente.

Las lesiones comienzan por lo general en el recto, se extienden proximalmente y afectan porciones crecientes del colon por extensión directa.

Este proceso puede terminar abruptamente en la unión ileocecal, aunque en cerca del 20 % de los pacientes con el ciego afectado existen también lesiones del íleon terminal (ileocolitis).⁷

Además de las manifestaciones anteriormente mencionadas, existen manifestaciones extraintestinales: artritis, la espondilitis anquilosante, el eritema nudoso, la piodermia gangrenosa y la colangitis esclerosante primaria (CEP).³

Para su diagnóstico se realizan los exámenes complementarios como:

Endoscopias, rectosigmoidoscopia o colonoscopia con biopsia, cistoscopia (descartar fístula o infiltración en vejiga), radiografía simple del abdomen (vertical y horizontal), en la fase aguda, para comprobar megacolon tóxico y neumoperitoneo (perforación), colon por enema con doble contraste, para confirmar el diagnóstico y descartar el adenocarcinoma injertado (no debe realizarse en la fase aguda), fistulografía, cuando existen fístulas externas, endoscópica del recto (caracteres de la pared, tumor) además de los exámenes de laboratorio.⁷

La colitis ulcerosa crónica aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de colon, aproximadamente en un 30 % a partir de los 25 años si el colon entero está afectado.³

De todos los procesos malignos viscerales que afectan a ambos sexos, el cáncer colorrectal es el que causa la muerte con mayor frecuencia. La incidencia empieza a elevarse a la edad de 40 años y es máxima entre los 60 y los 75 años.

El cáncer de colon es más frecuente en las mujeres y el cáncer de recto más frecuente en los hombres.

En la colitis ulcerativa, el riesgo de cáncer está relacionado con la edad de comienzo y la duración de la enfermedad⁸, lo cual coincide con este paciente, al cual se le diagnosticó un cáncer de colon en el desarrollo de una colitis ulcerativa de 8 años de evolución.

La colitis en el lado izquierdo posee un riesgo un poco menor. Por esa razón se recomienda colonoscopia de detección con múltiples biopsias de la mucosa al azar cada año, después de 8 años de enfermedad en personas con pancolitis y después de 12-15 años de afección en enfermos con colitis del lado izquierdo.³

Aunque se señala que la colitis del lado izquierdo supone un riesgo menor para el desarrollo del carcinoma de colon, este paciente con una colitis izquierda fue operado por un tumor maligno del ángulo esplénico del colon.

Contrario al cáncer colorrectal esporádico, es más probable que el carcinoma que se desarrolla en el contexto de la colitis ulcerosa surja de áreas de displasia plana y pueda ser difícil diagnosticarlo en estadios tempranos³, además, por lo general son tumores poco diferenciados y bien agresivos.

Por lo anteriormente expuesto, en aquellos pacientes con colitis de larga duración debe realizarse vigilancia colonoscópica con un número de biopsias aleatorias no menor de 30¹, algunos señalan hasta 40 y 50 biopsias, para identificar las zonas de displasia y evitar el desarrollo de afecciones malignas invasoras.³

Otros autores recomiendan para la toma de muestra de una biopsia más precisa, el uso de cromo endoscopia con magnificación.

La cromoendoscopia con magnificación consiste en la utilización de pigmentos tópicos (soluciones de lugol, azul de metileno, carmín indigo) que se aplican a la mucosa colónica durante la endoscopia.⁹

El riesgo de desarrollar un carcinoma varía con el grado de displasia. En los pacientes con displasia cólica de gradobajo el riesgo es de un 10 %; en los que presentan una displasia de grado alto es de 30-40 % y en aquellos con displasia cólica asociada a una lesión o una masa es del 50 %.¹

El manejo de la colitis ulcerosa se basa en cuatro grupos de tratamientos médicos: salicilatos, esteroides, inmunosupresores y agentes biológicos.

Los salicilatos son los fármacos "más seguros, pero también los menos potentes", y se utilizan sobre todo en las formas más leves de colitis ulcerosa, mientras que los esteroides clásicos convencionales "siguen siendo la terapia de elección para los brotes agudos de ambas enfermedades, pero tienen muchos efectos colaterales asociados".¹⁰

La displasia y el carcinoma se encuentran entre las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerativa.

Las opciones de este tratamiento son: proctocolectomíatotal con ileostomía terminal; proctocolectomía con ileostomía continente y proctocolectomía con anastomosis entre una bolsa ileal y el ano. Esta última se haconvertido en la operación definitiva más utilizada para el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerativa.¹

Nos llama la atención que junto este paciente, otros fueron intervenidos quirúrgicamente en nuestro hospital, también por la misma causa, con antecedentes de colitis ulcerativa, siendo pacientes jóvenes (35-40años) y sin tratamiento regular, cuyo diagnóstico histológico concluyó un carcinoma de colon.

Por lo que, dado el riesgo de carcinoma colorrectal en la colitis ulcerativa y el aumento de la mortalidad en la población adulto-joven por cáncer de colon, se considera de vital importancia que tanto el médico de asistencia como el paciente deben seguir una adecuada conducta ante la enfermedad, no solo en el tratamiento de base y la realización de los exámenes para un seguimiento periódico, sino también en la actuación sobre los factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Twnsend B, Mattox E. Sabiston Tratado de Cirugía. 19 ed. México: McGraw Hill; 2013.
2. Pardo Gómez G, García Gutiérrez A. Temas de Cirugía. 3ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
3. Brunnicardi FCh, Arcusen DK, Biliar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE, et al. Schwarts: Principios de Cirugía. 9ed. México: McGraw Hill; 2010.
4. Conde Cueto T, Rodríguez Pino M, Barrios Fuentes P, García Hernández B, Suz Piña J, Díaz Yanes N. Caracterización por imagenología del cáncer de colon. MediSur [Internet]. 2010 [citado 21 Mar 2017]; 8(2): [aprox. 13p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&
5. Corrales Hernández Y. Tumor de colon. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. Medisur [Internet]. 2013 [citado 5 Sep 2016]; 11(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1667>
6. Waisberg DR, Fava AS, Martins LC, Matos LL, Franco MI, Waisberg J. Colonic carcinoid tumors: a clinicopathologic study of 23 patients from a single institution. Arq Gastroenterol. 2009; 46(4):288-93.
7. García Gutiérrez A. Colitis ulcerativa idiopática. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 Dic [citado 5 Sep 2016]; 46(4):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000400017&lng=es.
8. Torreblanca Xiques A. Colitis ulcerativa idiopática. Rev Electr Dr. Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2015 [citado 5 Sep 2016]; 40(1): Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/207/277>
9. Matzymoto T, Iwao Y, Igerashi M. Endoscopic and chromoendoscopic atlas featuring dysplastic lesions insurveillance colonoscopy for patients with long – stading ulcerative colitis. Inflamm Bowel Dis. 2008:14,259.
10. Ramírez Vázquez H. Las enfermedades inflamatorias intestinales suponen un reto para el tratamiento. Diario Médico [Internet]. 2012 [citado 5 Sep 2016]. Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/01/18/las-enfermedades-inflamatorias-intestinales-suponen-un-reto-para-el-tratamiento/>

Recibido: 3 de mayo de 2017

Aprobado: 14 de mayo de 2017

Dra. Indira Noa Lores. Especialista de I Grado en Cirugía General.
Instructor. Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y de la
Pedraja", Baracoa. Guantánamo. Cuba. Email:
dra.indira.lores@gmail.com