

Intususcepción secundaria a cáncer de colon hereditario, una manifestación inusual

Jaime E. Cruz-López, Rafael Guzmán-Aguilar*, Mario Y. Ruiz-Fuentes, Luis M. Burgos-Arriaga y María A. Conde-Mora

Departamento de Cirugía General, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, Ciudad de México, México

Resumen

La intususcepción es una patología poco frecuente en adultos. Su presentación tiene una incidencia del 2 al 3% de las oclusiones que se presentan en pacientes adultos. El objetivo de este estudio es presentar una forma inusual de aparición de adenocarcinoma de colon, ya que en la gran mayoría de los casos inicia con dolor abdominal. Paciente de género femenino de 25 años, con antecedente familiar de cáncer, comienza con dolor abdominal súbito, náuseas y vómito; por estudios de imagen y hallazgos quirúrgicos intususcepción de colon ascendente, se aprecia presentación inusual en el cáncer de colon. La intususcepción debe hacer sospechar sobre una patología maligna, ya que es raro, y se debe realizar la historia clínica en busca de antecedentes oncológicos.

Palabras clave: Cáncer de colon. Intususcepción. Hereditario. Inusual.

Intussusception secondary to hereditary colon cancer, an unusual manifestation

Abstract

Intussusception is a rare pathology in adults. Its presentation has an incidence of 2 to 3% of the occlusions that occur in adult patients. The objective of this study is to present an unusual form of colon adenocarcinoma appearance, since in most of the cases starts with abdominal pain. A 25-year-old female patient, with a family history of cancer, began with sudden abdominal pain, nausea, and vomit; by imaging studies and surgical findings intussusception of the ascending colon, an unusual presentation in colon cancer can be seen. Intussusception should lead to suspicion of a malignant pathology, since it is rare, and a clinical history should be taken in search of an oncological history.

Keywords: Colon cancer. Intussusception. Hereditary. Unusual.

*Correspondencia:

Rafael Guzmán-Aguilar

E-mail: cirugiageneralhjm@gmail.com

2565-005X/© 2022 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-06-2022

Fecha de aceptación: 22-06-2022

DOI: 10.24875/j.gamo.22000089

Disponible en internet: 19-07-2023

Gac Mex Oncol. 2023;22(Supl):18-22

www.gamo-smeo.com

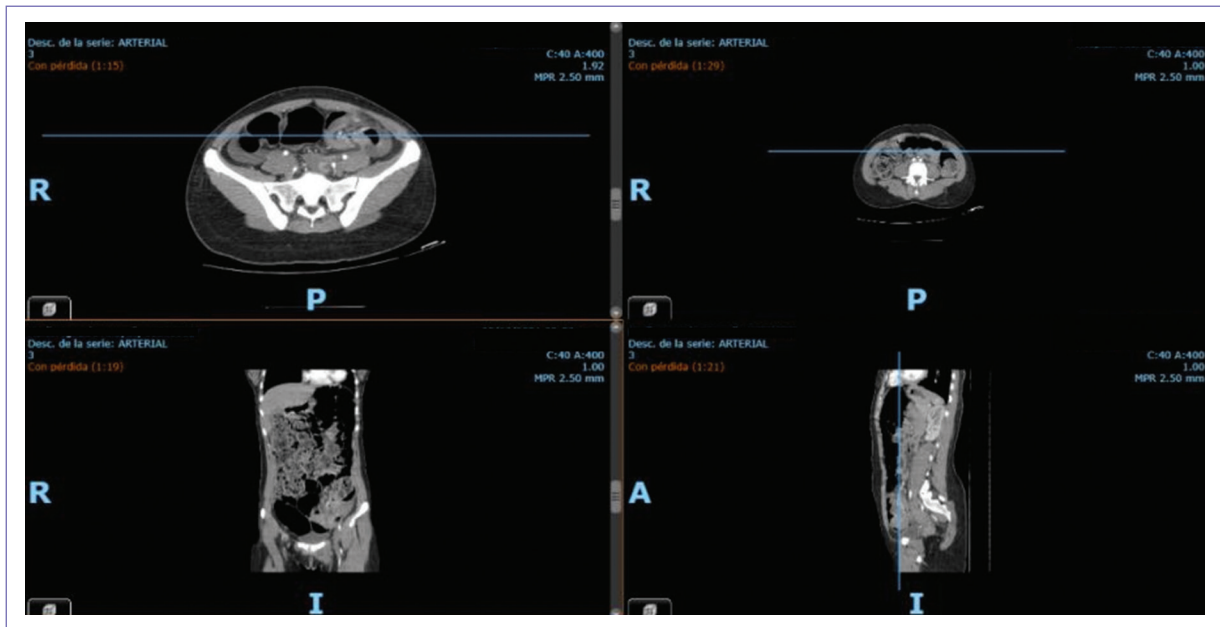


Figura 1. Tomografía simple y contrastada de abdomen y pelvis que reporta asas intestinales de colon con presencia de abundante material de residuo prácticamente en todo el marco colónico. En colon descendente cambio en la configuración del patrón colónico, observando un asa dentro de otra con paso de su mesenterio, identificando al menos dos imágenes adyacentes al sitio, de morfología ovalada, de bordes regulares y definidos, con pared delgada, que registra 31 y 76 UH en la pase simple y venosa respectivamente, así como centro hipodenso con índices de atenuación de -51 UH. Además, adyacente a dicha área se identifican vasos mesentéricos que conforman parcialmente el signo del torbellino, ganglios circundantes, los cuales conservan su morfología e hilio graso, con diámetro en su eje corto en el plano axial menores a 8 mm con diagnóstico de imágenes sugerentes coprostasis y lipomas colónicos que asocian invaginación colo-colónica, ganglios cecales de aspecto inflamatorio, líquido libre abdominal.



Figura 2. Invaginación de colon sigmoides como hallazgo quirúrgico.

Introducción

La intususcepción es una patología poco frecuente en la población adulta, su presentación tiene una incidencia del 2 a 3% de las oclusiones que se presentan en pacientes adultos¹. El mecanismo por el cual ocurre la intususcepción consiste en que un segmento de

intestino se invagina en la luz del segmento adyacente. En adultos, más de 2/3 de las intususcepciones colónicas son de etiología maligna².

El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor con una incidencia en los países desarrollados y se ubica dentro de las primeras tres causas de muerte por cáncer. En México en el 2020 se diagnosticaron 14,901 nuevos casos, (7.6%). En hombres ocupa el segundo lugar con 7,936 nuevos casos anuales, correspondientes al 8.9%. En mujeres el CCR ocupa el 4.º lugar detrás del cáncer de mama, cervicouterino y tiroideo. El CCR es el 6.º como causa de defunción en México respecto a todas las defunciones oncológicas³.

El CCR en orden de frecuencia se localiza en: región rectosigmoidea (55%), ciego (13%), colon transverso (11%), colon ascendente (9%) y colon descendente (6%)⁴.

La etiología del CCR es compleja, es la combinación de diversos factores ambientales y genéticos. Los factores de riesgo ambiental incluyen el tipo y cantidad de la dieta, estilo de vida y uso de terapia de reposición hormonal. Los factores genéticos son disposición hereditaria, síndromes de poliposis familiar, síndromes no

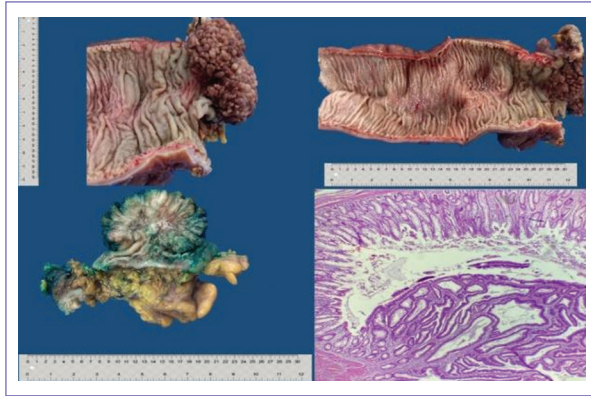


Figura 3. Estudio histopatológico. Producto de hemicolectomía izquierda (con descendente y sigmoides): adenocarcinoma con diferenciación mucinosa invasor moderadamente diferenciado de 7.5 cm de eje mayor, extensión tumoral a través de la muscular propia, originado en un adenoma tubulovenoso, abundante desmoplasia, necrosis tumoral del 30%, a más de 1 cm de borde referido proximal, a 19 cm del borde designado distal y a más de 1 cm del borde radial, resto de márgenes negativos, invasión linfovascular no identificada, 15 ganglios linfáticos con hiperplasia mixta y sustitución adiposa, mucosa colónica residual con inflamación crónica, edema de pared y fibrosis marcada sin displasia epitelial.

polipósicos familiares, otras causas familiares y no familiares⁵.

La poliposis adenomatosa familiar representa el 1% de los casos CCR. Esta se hereda de manera autosómica dominante con penetrancia del 100%. Se caracteriza por una gran cantidad de pólipos adenomatosos que pueden ser cientos o hasta miles, que sin tratamiento desarrollan CCR a edad temprana. El antecedente de CCR en familiares de primer grado aumenta el riesgo en dos a tres veces; este riesgo aumenta a mayor número de familiares afectados entre más jóvenes sean al diagnóstico. En los familiares de segundo grado con CCR, el riesgo aumenta en un 25 a 50% con respecto a la población promedio⁶.

Presentación de caso

Paciente de sexo femenino de 25 años que cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: cáncer de colon en dos primos maternos, tío y prima maternos, tabaquismo positivo, inicio a los 22 años a razón de un cigarro cada siete días suspendido hace cuatro meses. Comienza padecimiento actual con dolor abdominal localizado en fosa iliaca izquierda de inicio súbito, de intensidad 7/10, sin irradiación, acompañado de

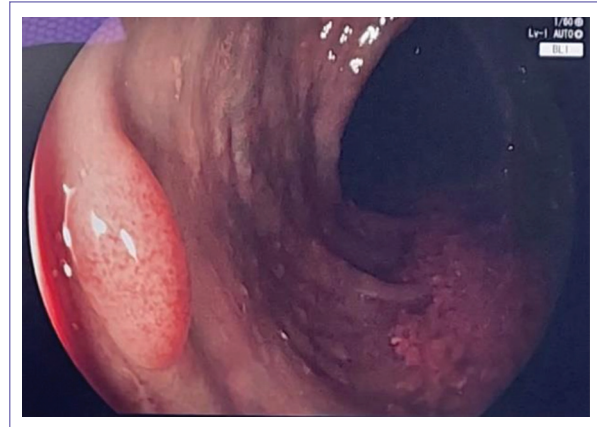


Figura 4. Colonoscopia en donde se observa íleon terminal con forma y distensibilidad conservada, mucosa de aspecto normal en toda su extensión, patrón mucosa y vascular conservado. Ciego, colon ascendente y colon trasverso: forma alterada por antecedente quirúrgico, distensibilidad conservada, en colon trasverso se observa una lesión elevada de aproximadamente 4 mm de diámetro, sésil, con mucosa que la recubre similar a la adyacente, a la aplicación de cromoendoscopia digital patrón criptoglandular tubular largo, patrón vascular regular. Recto: forma alterada por antecedente quirúrgico, se observan líneas de sutura a los 25 cm del margen anal, se observan múltiples lesiones elevadas, la más grande de 4 mm de diámetro sésiles a la aplicación de cromoendoscopia digital patrón de criptas tubular largo. Diagnóstico: pólipos en colon trasverso París 0-1s, KUDO IIIL, múltiples pólipos en recto París 0-1s, KUDO IIIL.

hematoquecia abundante, sin evacuaciones ni canalización de gases, mareo, diaforesis, náuseas que llegan al vómito en varias ocasiones. Se realizan estudios de imagen (Fig. 1). Se ingresa a cirugía y se realiza laparotomía exploradora, en donde se encuentra colon descendente y colon sigmoides dilatado de aproximadamente 10 cm de diámetro, se localiza sitio de estenosis en sigmoides (Fig. 2). Se inicia disección de colon sigmoides de medial a lateral, se diseca mesocolon y se realiza control vascular. Se efectúa resección intestinal de aproximadamente 20 cm, se revisa masa intraluminal al extraer pieza quirúrgica y se observa pólipo sésil de característica tubular, agrandado y deformado de las papilas. Hallazgos quirúrgicos: dilatación de sigmoides de 10 cm aproximadamente secundario a estenosis de sigmoides secundario a pólipo sésil ocluyendo el 60% de la luz intestinal. Se envía la pieza a patología, lo cual nos arroja el diagnóstico de adenocarcinoma (Fig. 3). La paciente evoluciona de manera adecuada al tratamiento quirúrgico y se egresa tolerando vía oral y con colostomía funcional. Se realiza colonoscopia a los

Tabla 1. Comparación de los casos presentados en los trabajos estudiados

	Autor	País	Sexo	Edad	Intususcepción	Presentación clínica	Estudio de imagen	Localización	Antecedente familiar	Estudio histopatológico
1	Wiener et al., 2014 ⁸	México	F	70	Sí	Dolor abdominal	TC	Válvula ileocecal	No	Tumor carcinoide
2	López-Zamudio et al., 2015 ³	México	M	59	Sí	Dolor abdominal	TC	Píloro-duodenal	No	Lipoma gástrico
3	Romano-Munive et al., 2016 ¹⁰	México	F	41	No	Pérdida de peso				
4	Álvarez-Bautista et al., 2021 ⁷	México	M	50	Sí	Dolor abdominal	TC	Colon ascendente	No	Lipoma colónico
4	Álvarez-Bautista et al., 2021 ⁷	México	M	42	Sí	Distensión abdominal	TC	Colon transverso	No	Lipoma colónico
4	Álvarez-Bautista et al., 2021 ⁷	México	F	54	Sí	Dolor abdominal	TC	Colon ascendente	No	Lipoma colónico

F: femenino; M: masculino; TC: tomografía computarizada.

15 días de manera ambulatoria (Fig. 4). La paciente continúa con manejo oncomédico.

Discusión

Se efectuó una búsqueda en PubMed con las palabras colon, intususcepción, cáncer y México con la aplicación de filtro «que tenga disponible abstract» y «artículo», lo cual nos arrojó cuatro trabajos del periodo del 2014 a 2022⁷⁻¹⁰. Se descarta el trabajo de Romano-Zamudio et al. debido a que no hace referencia a intususcepción. Se realizó una tabla para realizar comparación de los datos (Tabla 1) y se encontró que el promedio de edad de presentación de los casos es de 55^{7,8,10}, ninguno de estos pacientes presentaba antecedentes familiares al manifestar intususcepción. El dolor abdominal fue la forma de presentación clínica más frecuente de los casos que se reportaron. El estudio de imagen que se utilizó para el diagnóstico de la intususcepción fue la tomografía axial computarizada en todos los casos, lo cual se comparte en el caso que se presenta en esta ocasión^{7,8,10}. Solo uno de los casos reportó origen oncológico. No existe una relación entre intususcepción con respecto al sitio anatómico de la intususcepción en los adultos. En comparativa al caso que se presenta en esta ocasión, se puede mencionar que la paciente cuenta con antecedentes familiares de cáncer de colon y la edad a la que se presenta es muy prematura con respecto al origen de la patología, así como la forma en la que aparece. En la bibliografía mundial, el origen de las intususcepciones en gran porcentaje es oncológico, como es en este caso; pero en pocas ocasiones existe el antecedente de poliposis adenomatosa familiar y que inicien con la intususcepción³.

Conclusión

La intususcepción secundaria a un proceso oncológico es una forma de presentación muy inusual. Se debe sospechar de malignidad en cuanto se diagnostique una intususcepción en un paciente adulto y verificar en el historial clínico los antecedentes oncológicos del paciente independientemente de la edad de este. El estudio de imagen con más certeza para el diagnóstico es la tomografía. La presentación de intususcepción, intestinal en el paciente adulto debe hacer sospechar etiología maligna en el 2/3 de los casos. El tratamiento en la gran mayoría de los casos es la intervención quirúrgica. La intususcepción en adultos es

una forma de presentación de cualquier patología que está poco documentada.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento

informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Bibliografía

1. Honjo H, Mike M, Kusanagi H, Kano N. Adult Intussusception: A retrospective review. *World Journal of Surgery*. 2014 Sep 6;39(1):134-8.
2. Xu X-Q. A long adult intussusception secondary to transverse colon cancer. *World J Gastroenterol*. 2013;19(22):3517.
3. Neazy SA, Mikwar Z, Sameer AS, Alghamdi K, Alowaydhi HM, Hashim RT, et al. Risk factors, clinical manifestations and treatment outcomes of colon cancer patients in National Guard Hospital in Jeddah, Saudi Arabia. *Cureus*. 2021;13(9):e18150.
4. Reyes NM, Blankenship KP, Elrod MA. Cecal adenoma presenting as a large bowel intussusception in an adult. *Cureus*. 2021;13(9):e17680.
5. Teixeira H, Hauswirth F, Römer N, Muller MK, Baechtold M. An ileo-colic intussusception reaching down to the descending colon - A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022;93:107009.
6. Qiryaqoz ZA, Katiyar U, Shebrain S. Recurrent right upper quadrant pain masquerading an underlying colon adenocarcinoma-induced intussusception. *Case Rep Gastroenterol*. 2021;15(2):501-6.
7. Álvarez-Bautista FE, Moctezuma-Velázquez P, Cisneros-Correa JC, Aguilar-Frasco JL, Vélez-Valle A, Vergara-Fernández O, et al. Colonic lipomas an uncommon cause of intussusception in adult patients: report of three cases and literature review. *Cir Cir*. 2021;89(S2):9-12.
8. Wiener-Carrillo I, González-Alvarado C, Cervantes-Valladolid M, Echeverry-Navarrete D, Zubieta-O'Farrill G, Gudiño-Chávez A. Intussusception secondary to a carcinoid tumor in an adult patient. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(5):265-7.
9. López-Zamudio J, Leonher-Ruezga KL, Ramírez-González LR, Razo Jiménez G, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Lipoma gástrico pediculado. Reporte de caso. *Cir Cir*. 2015;83(3):222-6.
10. Romano-Munive AF, Barreto-Zuñiga R, Rumoroso-García JA, Ramos-Martínez P. Pólipo fibroideo inflamatorio del tracto gastrointestinal: 10 años de experiencia del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81(3):134-40.