

Adenocarcinoma comedo-cribiforme de colon una causa poco frecuente de abdomen agudo: Reporte de un caso

Comedo-cribiform adenocarcinoma of the colon, a rare cause of acute abdomen: A case report

Jorge Sarmiento-Bobadilla^{1,2,3}, Roberto Correa-Bravo^{2,4}, Eli Lucas-Mera⁵, Lizbeth Cárdenas-Garófalo²

¹ InterHospital, Guayaquil, Ecuador.

² Hospital General del Norte de Guayaquil IESS, Los Ceibos, Guayaquil, Ecuador.

³ Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

⁴ Hospital Clínica Kennedy Alborada, Guayaquil, Ecuador.

⁵ Hospital Universitario de Manresa, Manresa, España.



PARA CITAR ESTE ARTÍCULO

Sarmiento Bobadilla JA, Correa Bravo R, Lucas Mera E, Cárdenas Garófalo L. Adenocarcinoma comedo-cribiforme de colon una causa poco frecuente de abdomen agudo: Reporte de un caso. Rev. Med. UCSG [Internet];24(3).

DOI

<https://doi.org/10.23878/medicina.v24i3.1217>

CORRESPONDENCIA

dr.sarmiento.bobadilla@gmail.com



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Av. Carlos Julio Arosemena, Km 1,5. Guayaquil, Ecuador
Teléfono: +593 4 3804600
Correo electrónico: revista.medicina@cu.ucsg.edu.ec
Web: www.ucsg.edu.ec



© The Autor(s), 2023

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this license visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Adenocarcinoma comedo-cribiforme de colon una causa poco frecuente de abdomen agudo: Reporte de un caso

Comedo-cribiform adenocarcinoma of the colon, a rare cause of acute abdomen: A case report

Jorge Sarmiento-Bobadilla^{1,2,3}, Roberto Correa-Bravo^{2,4}, Eli Lucas-Mera⁵, Lizbeth Cárdenas-Garófalo²

¹ InterHospital, Guayaquil, Ecuador.

² Hospital General del Norte de Guayaquil IESS, Los Ceibos, Guayaquil, Ecuador.

³ Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.

⁴ Hospital Clínica Kennedy Alborada, Guayaquil, Ecuador.

⁵ Hospital Universitario de Manresa, Manresa, España.

RESUMEN

El término abdomen agudo engloba un conjunto de enfermedades que tiene como síntoma común el dolor abdominal. Aproximadamente el 20% de las causas de abdomen agudo obstructivo corresponden a neoplasias del tubo digestivo, con más del 90% de los casos de cáncer de colon correspondiendo a adenocarcinomas. Pese a esto, el subtipo comedo-cribiforme es poco frecuente, presentándose en menos del 7% de los adenocarcinomas. Presentamos el caso de un hombre de 72 años con cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución, acompañado de constipación y signos de irritación peritoneal. Se le diagnostica una neoplasia en rectosigmo que estaba ocasionando un cuadro de obstrucción intestinal, por lo cual se realiza procedimiento de Hartmann. Luego de la extirpación del tumor, el estudio histopatológico reportó un adenocarcinoma comedo-cribiforme. Este subtipo histológico posee como principal característica la presencia de glándulas con un patrón cribiforme, además de un área de necrosis central similar a la observada en los carcinomas intraductales de mama. Subsecuentemente recibió radioterapia en zona rectal y ciclos de quimioterapia con capecitabina y oxaliplatino. Previo a realizarse restitución de tránsito intestinal paciente fallece por neumonía SARS-CoV-2. Es de recalcar que, ante un paciente con sospecha de abdomen agudo, la historia clínica y los exámenes complementarios son claves para establecer la causa del proceso agudo. En caso que la causa sea de resolución quirúrgica esta debe realizarse a la mayor brevedad posible.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de colon; obstrucción intestinal; abdomen agudo; adenocarcinoma comedo-cribiforme.

ABSTRACT

The term acute abdomen encompasses a group of diseases that have abdominal pain as a common symptom. Approximately 20% of the causes of acute obstructive abdomen correspond to neoplasms of the digestive tract, with more than 90% of colon cancer cases corresponding to adenocarcinomas. Despite this, the comedo-cribiform subtype is rare, occurring in less than 7% of adenocarcinomas. We present the case of a 72-year-old man with 4 days of abdominal pain accompanied by constipation and signs of peritoneal irritation. He was diagnosed of having a rectosigmoid neoplasm that was causing intestinal obstruction, for which Hartmann procedure was performed. After surgical resection of the tumor, the pathological study reported a comedo-cribiform adenocarcinoma. This histological subtype has as its main characteristic the presence of glands with a cribriform pattern, in addition to an area of central necrosis similar to that observed in intraductal breast carcinomas. Subsequently, he received radiotherapy to the rectal area and cycles of chemotherapy with capecitabine and oxaliplatin. Prior to performing restitution of intestinal transit, the patient died of SARS-CoV-2 pneumonia. It is worth emphasizing that in a patient with suspected acute abdomen the clinical history and complementary tests are the key to establishing the cause of the acute process. If the cause is surgically resolved, this should be done as soon as possible.

KEYWORDS

Colon cancer; intestinal obstruction; acute abdomen; comedo-cribiform adenocarcinoma

CORRESPONDENCIA: dr.sarmiento.bobadilla@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.23878/medicina.v24i3.1217>

Introducción

El término abdomen agudo fue desarrollado por Battle en 1911 el cual engloba un conjunto de enfermedades que desarrollan una situación crítica catalogada como emergencia médica. Se ha estimado que corresponde aproximadamente al 10% de las consultas en los servicios de urgencias (1). En este grupo de enfermedades el síntoma predominante es la presencia de dolor abdominal. Generalmente las enfermedades que condicionan la presencia de cuadros de abdomen agudo tienen evolución rápida por lo cual requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno. Las causas de abdomen agudo son diversas y se las puede agrupar en: inflamatorias, traumáticas, vasculares y obstructivas. Este último grupo se caracteriza por presentar tránsito intestinal anormal dado por causas metabólicas o mecánicas. Entre las causas mecánicas encontramos presencia de adherencias, vólvulos y/o tumores del tracto digestivo. Las neoplasias del tubo digestivo son responsables del 20% de los casos de abdomen agudo obstructivo (2).

Según datos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ecuador (SOLCA) en la ciudad de Guayaquil el cáncer de colon es el quinto más común en hombres (3), presentando en esta misma ciudad en 2017 una tasa de mortalidad de 4.49 por 100,000 habitantes. A nivel mundial se estima que el cáncer de colon es responsable del 17% de las muertes; por lo cual debe ser considerado un problema de salud pública (4). Existe una gran variedad de tipos histológicos de cáncer de colon descritos por la Organización Mundial de la Salud, siendo el más común el adenocarcinoma con más del 90% de los casos. Este a su vez presenta varios subtipos como son mucinoso, células en anillo de sello, medular, micropapilar, adenoescamoso, comedo-cribiforme, de células fusiformes, indiferenciado (5,6); siendo los primeros tres los que se reportan con mayor frecuencia (7). El adenocarcinoma comedo-cribiforme de colon es un subtipo reportado con poca frecuencia en la literatura médica, siendo su principal característica histológica la presencia de glándulas con un patrón cribiforme, además de un área de necrosis central similar a la observada en los carcinomas intraductales de mama (8).

Reporte del caso

Se trata de un paciente masculino de 72 años de edad, etnia mestiza, quien acude al área de emergencia del Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Los Ceibos por presentar cuadro

clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal de moderada a gran intensidad, el cual se acompaña de constipación. El paciente es una hipertenso controlado. Niega alergias, antecedentes quirúrgicos, refiriendo como hábitos el tabaquismo y consumo de alcohol. Previo a acudir al hospital indica haberse realizado enema sin obtener resultados. Al examen físico presenta facie de dolor, mucosas semi-húmedas, abdomen distendido, poco depresible, doloroso a la palpación profunda, con presencia de rebote y timpánico a la percusión. Al realizar el tacto rectal no se evidencia presencia de restos fecales en la ampolla rectal. Inicialmente se procede a colocar sonda nasogástrica obteniendo escaso débito intestinal y realizar restitución de fluidos con cristaloides, hasta obtener resultados de estudios complementarios.

Los exámenes de laboratorio reportan: leucocitosis con neutrofilia, estando el resto de parámetros de laboratorio incluido electrolitos en valores normales. Se realizó radiografía simple de abdomen en bipedestación en la que se evidencia presencia de niveles hidroaéreos, así como distensión de asas intestinales (Figura 1). Al solicitar tomografía con contraste intravenoso y oral hidrosoluble se aprecia a nivel de rectosigma presencia de estenosis la cual impide el paso del contraste hacia la ampolla rectal (Figura 2). Con lo antes expuesto se establece el diagnóstico de abdomen agudo obstructivo por posible neoplasia en rectosigma y se procede a realizar una laparotomía, encontrándose una tumoración en rectosigma la cual se encuentra adherida al uréter izquierdo, liquido inflamatorio aproximadamente 200 ml en cavidad abdominal, distensión de asas intestinales. Se procede a realizar resección en bloque del tumor en rectosigma, colostomía con técnica de Hartmann y colocación de catéter doble J en uréter izquierdo.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen en bipedestación. Se aprecia niveles hidroaéreos, ausencia de aire en ampolla rectal y dilatación de asas intestinales.



Figura 2: Tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso de abdomen en la cual se observa área de estenosis (flecha amarilla) en rectosigmo. Corte Axial (A) y corte sagital (B).

Paciente realiza postquirúrgico en unidad de cuidados intensivos (UCI), tolerando vía oral a las 24 horas. Durante su postoperatorio presentó infección de sitio operatorio la cual se solucionó con limpiezas quirúrgicas y antibioticoterapia, presentando posteriormente evolución favorable por lo cual es dado de alta hospitalaria. Realiza posteriormente controles en consulta externa con cirugía general y oncología, realizándose radioterapia en zona rectal y ciclos de quimioterapia con capecitabina y oxaliplatino. Durante el seguimiento, a los 24 meses de la cirugía se realiza tomografía de emisión de positrones en la cual no se reportan metástasis ni actividad tumoral local. Previo a realizarse restitución de tránsito intestinal paciente contrae neumonía por SARS-CoV-2 falleciendo a consecuencia de esta.

La anatomía patológica de la pieza resecada durante cirugía reporta a la macroscopía un segmento de rectosigmo de 24 cm x 6 cm, de serosa rojiza. Al corte presenta luz estenosada en un 95% ligeramente ulcerada, de bordes rojizos elevados y fondo necrosado que infiltra toda la pared hasta el tejido adiposo peri-intestinal (Figura 3). Al estudio microscópico se reporta adenocarcinoma tipo comedo-cribiforme bien diferenciado, con infiltración metastásica de ganglios regionales (Figura 4).

Discusión

En el caso del abdomen agudo obstructivo, los estudios de imágenes, sobre todo la tomografía computarizada, proporcionan información útil para confirmar la existencia de obstrucción, la localización, posibles causas, grado de obstrucción (9); tal como ocurrió en el presente caso, permitiendo la resolución quirúrgica en el menor tiempo posible desde que se estableció el diagnóstico, a fin de reducir la morbilidad y mortalidad dadas por el compromiso sistémico



Figura 3: Segmento de sigmoide resecado durante procedimiento quirúrgico.

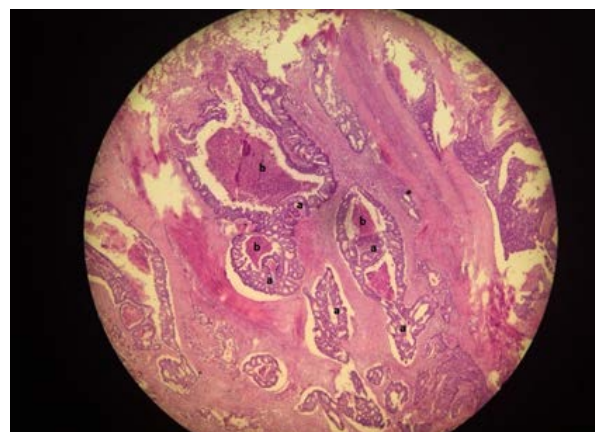


Figura 4: Placa de estudio histopatológico del tumor de colon donde se evidencia áreas cribiformes (a) y zonas de necrosis central (b).

en el paciente a consecuencia de la progresión de la enfermedad.

En pacientes con abdomen agudo, el manejo se realiza en base a su estado hemodinámico, así en aquellos que están inestables, se debe iniciar reanimación con cristaloides hasta conseguir diuresis igual o mayor a 0.5 ml/Kg/h, una tensión arterial media superior a 65 mmHg, y una presión venosa central entre 8 y 12 mmHg (10). En casos donde no se logre estos objetivos se debe recurrir a fármacos vasoactivos, y en aquellos con sospecha de origen infeccioso se debe obtener muestra para hemocultivo e iniciar antibioticoterapia dentro de la primera hora (11). Cuando el paciente está estable se debe iniciar medidas generales como son canalizar vía e iniciar hidratación, administrar analgesia posterior a la valoración por el cirujano, suspender alimentación vía oral, administración de antibioticoterapia empírica en caso de sospecha de infección (12); además de realizar los estudios de imágenes y laboratorios que permitan establecer un diagnóstico. Basado en el diagnóstico se determinará si el caso de abdomen agudo es de causa médica, en cuyo caso se dará el tratamiento clínico correspondiente o de causa quirúrgica debiendo realizarse la resolución quirúrgica del cuadro a la brevedad.

Según reportan las estadísticas de SOLCA, la tasa de mortalidad por causa de cáncer de colon en nuestro medio ha incrementado de 3.23 por 100,000 (2008) a 4.49 por 100,000 habitantes (2017). Pese a que el cáncer de colon es más común en países desarrollados en comparación a aquellos menos desarrollados como los Latinoamericanos, existe poca diferencia en la incidencia cuando se compara hombres y mujeres. Respecto a la edad, se presenta con mayor frecuencia entre los 60 y 74 años (4), encontrándose en este grupo etario el paciente aquí reportado.

El adenocarcinoma de colon es el tipo histológico más común de cáncer de colon, representando más del 90% de los casos, siendo el subtipo comedo-cribiforme poco frecuente. Este subtipo ha sido reportado en menos del 7% de todos los adenocarcinomas, caracterizándose por presentar baja supervivencia, invasión vascular, extensión a ganglios linfáticos comparado con el adenocarcinoma convencional (13,14). Un estudio de Kim et al. (15) revela mal pronóstico en términos de supervivencia libre de enfermedad.

En América Latina, pese a la alta incidencia que presenta el cáncer de colon y recto, aun es controversial la implementación de pruebas de detección precoz como sigmoidoscopia, colonos-

copia debido al costo/beneficio del uso de los programas de detección precoz (16). Recientemente iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud busca implementar en América Latina y el Caribe estrategias de prevención primaria para el cáncer colorectal como son cambios en alimentación, practicar ejercicio de forma periódica, eliminar consumo de alcohol y tabaco, además de fomentar la implementación de prevención secundaria mediante tamizaje con sigmoidoscopia flexible o colonoscopia (17). En Ecuador en el año 2017, se creó la estrategia nacional para la atención integral del cáncer en el Ecuador donde se indica las actividades de tamizaje a realizar en los diferentes niveles de complejidad de las unidades de salud para prevenir diversos tipos de cáncer entre esos el de colon.

Conclusión y recomendaciones

Ante un paciente con sospecha de abdomen agudo, la historia clínica y los exámenes complementarios son claves para establecer la causa del proceso agudo; en caso que la causa sea de resolución quirúrgica esta debe realizarse a la mayor brevedad posible. El adenocarcinoma comedo-cribiforme es un subtipo poco reportado de cáncer de colon. En caso de encontrarlo se debe reportar al registro local de tumores para poder documentar apropiadamente los tipos histológicos de neoplasia maligna en nuestra ciudad.

Referencias

1. Mayo Ossorio MA, Pacheco García JM, Vázquez Gallego JM. Abdomen agudo. *Medicine*. 2016;12(7):363-379.
2. Medina Villaseñor EA, Quezada Adame I, Martínez Macías R, Neyra Ortiz E, Oliver Parra PA, Rosario Cruz M. Urgencias gastrointestinales en el paciente con cáncer. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2011; 9(3):136-142.
3. SOLCA. Registro de Tumores Guayaquil 2015. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 1. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Infografias/Banner-Solca-TUMORES-Guayaquil.jpg>
4. SOLCA. Mortalidad por cáncer de colon - recto en Guayaquil período 2008 - 2017. [Online].; 2018 [cited 2019 Abril 1. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/5%20Boletin%20Epi%20Ca%20Colon%20-%20recto.pdf>
5. Gonzalez R. World Health Organization (WHO) classification of colorectal carcinoma. [Online].; 2015 [cited 2019 Abril 2. Disponible en: <https://www.pathologyoutlines.com/topic/colontumorwhoclassification.html>

6. Aust D. WHO classification 2010 for the lower gastrointestinal tract: what is new? *Pathologie*. 2011;Suppl 2:326-331.
7. Fleming M, Ravula S, Tatishchev S, Wang H. Colorectal carcinoma: Pathologic aspects. *J Gastrointest Oncol*. 2012; 3(3):153-173.
8. Branca G, Ieni A, Barresi V, Tuccari G, Caruso R. An updated review of cribriform carcinomas with emphasis on histopathological diagnosis and prognostic significance. *Oncology Reviews*. 2017;11(317):1-6.
9. Carreras-Aja M, Arrieta-Artieda I, Borrueal-Nacenta S. La tomografía computarizada multidetector en el abdomen agudo. *Radiología*. 2011;53:60-69.
10. Dellinger R, Levy M, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal S, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. *Crit Care Med*. 2013;41(2):580-637.
11. Marterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, Sanhueza A, Vial M. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD0056620.
12. Guirao X, Arias J, Badia J, García-Rodríguez J, et al. Recomendaciones en el tratamiento antibiótico empírico de la infección intraabdominal. *Cirugía Española*. 2010;87(2):63-81.
13. Lino-Silva L, Salcedo-Hernández R, Herrera-Gómez A, et al. Colonic cribriform carcinoma, a morphologic pattern associated with low survival. *Int J Surg Pathol*. 2015;23(1):13-19.
14. Tapia E, Roa S, Manterola D, Bellolio J. Colon and rectum cancer: morphological and clinical description of 322 cases. *Int J Morphol*. 2010;28(2):393-398.
15. Kim J, Bae J, Oh H, Lee H, Kang G. Pathologic factors associated with prognosis after adjuvant chemotherapy in stage ii/iii microsatellite - unstable colorectal cancers. *J Pathol Transl Med*. 2015;49(2):118-128.
16. Bixquert Jiménez M. Early diagnosis of colorectal cancer. Diagnostic delay reduction or rather screening programs? *Rev. Esp. Enferm. Dig*. 2006;98(5):315-321.
17. PAHO. Tamizaje de Cáncer Colorrectal en las Américas. [Online].; 2016 [cited 2019 Abril 2. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/Colorrectal-Cancer--Screening-Landscape--Spanish.pdf>