

Presentación de Casos

Tumor de ángulo hepático del colon encarcerado en hernia umbilical. Reporte de caso

Tumor of the hepatic flexure of the colon incarcerated in an umbilical hernia. A case report.

Amanda Rodríguez Chaviano^{1*}, Mayquel Monzón Rodríguez², Dayner Alberto Ulloa Aguirre³, Joel David Monzón Li⁴, Chabely Valdés Sánchez⁵

¹Residente 3er. año Cirugía General. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5609-7900>

²Especialista 2do Grado Cirugía General. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8202-4721>

³Especialista 1er grado Cirugía General. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1393-8025>

⁴Estudiante de 4to Año. Medicina. AA Cirugía General. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7731-8848>

⁵Estudiante de 4to Año. Medicina. AA Cirugía General. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8043-675X>

Hospital General Universitario de Cienfuegos, Cuba.

* Autor para la correspondencia: amandarchaviano951119@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los tumores de colon ocupan la tercera causa de muerte por cáncer en Cuba. Los encarcerados en hernias son raros. Se ve con más frecuencia en las hernias inguinales que en las umbilicales.

Objetivo: Caracterizar un caso de tumor de ángulo hepático del colon encarcerado en una hernia umbilical.

Caso: Paciente anciana, femenina que acude a consulta por presentar fatiga, pérdida de peso y deposiciones oscuras. Al examen físico hernia umbilical con pérdida del derecho a domicilio. Se diagnostica una posible "T" de vías digestivas. Se realiza proceder quirúrgico de urgencia.

Conclusiones: Los tumores de colon encarcerados en hernias umbilicales son raros. Los síntomas más significativos son astenia, pérdida de peso, alteraciones en las heces y dolor abdominal. Suele presentarse como una masa palpable de difícil reducción. El

método diagnóstico por excelencia es el colon por enema y el tratamiento es quirúrgico. La variedad histopatológica más frecuente es el adenocarcinoma.

Palabras clave: TUMORES INCARCERADOS, HERNIAS, TUMOR DE COLON

ABSTRACT

Introduction: Colon tumors are the third leading cause of cancer death in Cuba. Those incarcerated in hernias are rare. It is seen more often in inguinal hernias than in umbilicals.

Objective: To characterize a case of an incarcerated colon hepatic flexure tumor in an umbilical hernia.

Case: An elderly, female patient who came to the office due to fatigue, weight loss and dark stools. Upon physical examination, umbilical hernia with loss of right to home. A possible "T" of the digestive tract is diagnosed. An emergency surgical procedure is performed.

Conclusions: Incarcerated colon tumors in umbilical hernias are rare. The most significant clinical symptoms are asthenia, weight loss, stool changes, and abdominal pain. It usually presents as a palpable mass that is difficult to reduce. The diagnostic method par excellence is the colon by enema and the treatment is surgical. The most common histopathological variety is adenocarcinoma.

Key words: INCARCERATED TUMORS IN HERNIAS, COLON TUMOR

INTRODUCCIÓN

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo, con aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos en el año 2018 (GLOBLOCAN). Los tumores más frecuentemente diagnosticados en el año 2018 fueron los de pulmón, mama, colon y recto, próstata y estómago, responsables del mayor número de fallecimientos a nivel mundial.¹

En Cuba los tumores malignos constituyen la segunda causa de mortalidad, luego de las enfermedades del corazón. La mortalidad es mayor en el sexo masculino. En Cienfuegos la tasa de mortalidad por cáncer es de 219.1 por cada 100 000 habitantes.^{2,}

³

La mortalidad por cáncer de colon en Cuba ocupa la tercera posición entre las causas de muerte por cáncer, contrastando con las cifras a nivel mundial donde ocupa el

segundo lugar siendo más frecuente en el grupo de edad de 60-79 años y en el sexo femenino.^{1,2}

Trujillo Pérez YL, et plantea que el colon es el segmento del sistema digestivo que con mayor frecuencia se ve afectado por tumores. Se relaciona con factores de riesgo como las dietas poco saludables, la obesidad y el tabaquismo.³

El hallazgo de tumores malignos en el contenido de un saco herniario o de implantes metastásicos en la propia pared del saco es un hecho infrecuente y las publicaciones sobre el tema son escasas. Estos presentan una incidencia entre el 0.07% y 0.5% de las hernias reparadas quirúrgicamente.^{4,5}

El primer caso fue descrito por Arnaud en 1749. En la extensa revisión bibliográfica (años 1960-1994) efectuada en 1995 por Rubio, et al, se encuentran publicadas 131 lesiones metastásicas en hernias de cualquier localización (inguinales, femorales y umbilicales). En 1997, Kageyana et al describieron una metástasis en cordón inguinal y túnica vaginalis en un paciente intervenido previamente de cáncer gástrico.^{4,5,6}

A pesar de su rareza, Lejars en 1889, clasificó el hallazgo en tres tipos basándose en la relación anatómica del tumor y del saco herniario: intrasacular, que es la variedad más frecuente, sacular y extrasacular.^{4,5,7,8}

El caso que ocupa a los autores de esta presentación corresponde a un tumor de ángulo hepático del colon encarcerado en una hernia umbilical.

En la bibliografía revisada no se encuentra ningún reporte de una neoplasia de colon como contenido de hernias umbilicales, pero sí en hernias inguinales, habiéndose publicado menos de 50 casos en la literatura hasta el año 2017.⁷

La literatura reporta 38 casos de cáncer de colon encarcerados en hernia. El primer caso fue reportado por Gerhardt y sus colegas en 1938.^{8,9}

Por todo lo anterior el siguiente trabajo que tiene como **objetivo** caracterizar un caso de tumor de ángulo hepático del colon encarcerado en una hernia umbilical.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente CEOA de 77 años de edad, blanca, femenina, de procedencia rural, sin hábitos tóxicos. Antecedentes patológicos personales de fibrilación auricular hace más menos 10 años con tratamiento regular. Acude a consulta el día 13 de febrero de 2020 porque hace más menos 6 meses presenta fatiga, cansancio, pérdida de peso a pesar

de conservar su apetito, al igual que notaba que sus deposiciones eran un poco oscuras. Al examen físico: piel y mucosas hipocoloreadas. Hernia umbilical con pérdida de derecho a domicilio. Se valora y se decide su ingreso en el Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Gustavo Alderegúa Lima" de la provincia de Cienfuegos, planteando una posible "T" de vías digestivas.

A la paciente se le realizaron exámenes complementarios, algunos de ellos con hallazgos positivos. Hemograma: Hb: 84g/L, Hto: 0.27%. Leucograma y diferencial: Leucocitos: $19.4 \times 10^9/L$, Stab: 0.00, Segmentados: 0.82 Linfocitos: 0.18. Lámina periférica: hematíes en pila de monedas, hipocromía xxx, anisopoiquilocitosis. Conteo de reticulocitos: 18×10^{-3} . Hemoquímica: glicemia: 4.70mmol/L, creatinina: 31 $\mu\text{mol/L}$, urato: 193 $\mu\text{mol/L}$, colesterol: 2.06mmol/L, triglicéridos: 0.81mmol/L, proteínas: 36g/L, albúmina: 30g/L, globulinas: 26g/L, TGP: 10U/L, TGO:19U/L, FAL: 121U/L, LDH: 318U/L. Bilirrubina Total: 6 $\mu\text{mol/L}$, bilirrubina directa: 3 $\mu\text{mol/L}$, bilirrubina indirecta: 1 $\mu\text{mol/L}$, ferritina:0.00 $\mu\text{g/L}$, TREF2: 1.91 g/L.

Se realizó un electrocardiograma donde se observó una fibrilación auricular con respuesta ventricular conservada y una radiografía simple de tórax con engrosamiento del hilio derecho de 4.6cm de aspecto vascular.

Se solicita interconsulta con Cirugía General puesto que se encontraba con dolor abdominal a nivel de la hernia umbilical, sospechando una complicación aguda de la misma; el cirujano de estancia decide intervenir quirúrgicamente de urgencia.

Se le realiza laparotomía exploradora + hemicolectomía derecha + ileotransversostomía término lateral (T-L) en 2 planos de sutura, a través de una incisión media indiferente inmediatamente encima de la tumoración la cual se reduce inmediatamente durante el transoperatorio, contenido que se correspondía con proceso tumoral de ángulo hepático del colon de más o menos 7cm el cual llegaba a invadir la serosa del mismo hasta los niveles ganglionares intermedios. Se revisa resto de órganos de la cavidad abdominal los cuales no presentaban metástasis. Se diagnostica entonces un Tumor de ángulo hepático del colon T4N1M0 encarcerado en una hernia umbilical, con un tiempo anestésico de 3h y quirúrgico 2h:50 mtos.

La paciente sale bien del salón, se recibe en sala de Unidad de Cuidados Polivalentes, ventilando espontáneamente, hidratada por vía parenteral, con diuresis por sonda

vesical, hemodinámicamente estable, transfundiéndose con 2 unidades de glóbulos rojos. La paciente evoluciona favorablemente y egresa a los 5 días de operada sin complicaciones.

La pieza fue enviada a Anatomía Patológica y el estudio histológico ofreció el diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado con áreas mucoproducidas que infiltran hasta la serosa y tejido adiposo vecino. Los bordes de sección se encontraron libres de tumor y no se disecaron estructuras ganglionares.

DISCUSIÓN

Agudelo L, et al, en un estudio realizado en Meredí, Hospital Universitario Mayor mencionan que la edad más representativa en los pacientes con cáncer de colon fue durante la sexta década de la vida lo cual difiere con el caso que se presenta. Cobos Valdés D, et al, mencionan la edad como elemento de riesgo para padecer cáncer de colon sobre todo en pacientes de más de sesenta años.^{3, 10}

Domínguez González EJ, plantea un predominio del sexo masculino, lo que contrasta con la prevalencia en el sexo femenino encontrada por Trujillo Pérez YL, et al. Rodríguez Fernández Z, et al, observaron un predominio del sexo femenino lo cual se pone de manifiesto con la paciente en estudio.^{3, 11}

Sin embargo, a diferencia de algunos de los autores anteriores, en el Servicio de Cirugía del Hospital Central de Paraguay, Cuevas R, reporta que el intervalo de edad más afectado es entre los 60-69 años con 45 % de los pacientes, seguido en frecuencia por el de los mayores de 70 años y el 58 % de los casos correspondían al sexo femenino.^{3, 12}

En Cuba, Torreblanca Xiques A et al, concluyeron en una investigación realizada en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna en un período de dos años que los pacientes en el grupo de edades entre los 70 a 79 años predominaban con 34 %.³

De acuerdo a la presentación clínica Cuevas R, señaló como motivos de consulta más frecuente dolor abdominal 33%, anemia y decaimiento 15%, detección de cambios en las heces y gases 10%, alteración del hábito intestinal 10%, pérdida de peso 7%. Otros señalan la enterorragia. En la paciente la enfermedad se presentó con un síndrome

general y alteración en las heces fecales lo que concuerda con los motivos señalados por este autor.^{3, 12}

La presentación clínica depende de la localización del tumor primario y además de los síntomas locales. Se reportan en orden de frecuencia las siguientes localizaciones de tumor: unión rectosigmoidea 70,5 %, colon ascendente 18,5 %, seguido por los localizados en el ciego 6,0 %. Baldi D, et al, también consideran que la neoplasia de la región sigmoidea es más frecuente.^{3, 8}

En otro estudio Torreblanca Xiques A et al, encontraron como la localización más frecuente la unión rectosigmoidea con el 42,76 %; añaden además que es consecuencia de una disminución de la motilidad intestinal, además de la acción de las toxinas liberadas por la materia fecal, cuando pasa un tiempo prolongado en esa zona por constipación u otros factores, los que ocasionan daño en la mucosa del colon.³

Pese a la escasa frecuencia de neoplasias en las hernias, se debe recordar esta entidad ante un paciente que presente una hernia de larga evolución que se encarcele repentinamente, en especial si el cuadro no se acompaña de signos de obstrucción intestinal pero sí de síntomas constitucionales o dolor abdominal. La forma más común de presentación de esta entidad es como masa palpable de difícil reducción.⁶

Baldi D, indica que muchos casos se pueden confirmar con un minucioso examen físico y el ultrasonido puede ser útil para el diagnóstico. González González DA, et al, considera también el estudio ecográfico como una poderosa herramienta. Sin embargo, en casos complicados como en esta paciente, dichos métodos tienen un rol limitado. El principal diagnóstico diferencial sería la estrangulación de una hernia, debido a un tumor maligno intrasacular perforado, que puede reproducir esta presentación clínica y tiene un peor pronóstico.^{7, 8}

González González DA, et al, indica que el colon por enema constituye el diagnóstico por excelencia pues permite visualizar el contenido del saco y además las características de la lesión que, en general, se trata de zonas de extensión variable de estenosis irregulares de la luz colónica. La colonoscopia tiene el inconveniente de no poder explorar el colon intrasacular por la imposibilidad de progresar en el bucle determinado por el intestino dentro de la hernia.⁷

Otro estudio imagenológico de utilidad es la tomografía axial computarizada del abdomen. En este caso, la paciente se encontraba ingresada para estudio por la sospecha de la neoplasia de colon, pero debido a la complicación aguda durante su estancia en el hospital, se decidió su intervención quirúrgica de urgencia, siendo diagnosticado el tumor durante el acto quirúrgico y no por los métodos por imagen.

La literatura refiere que en cirugía electiva no siempre se abre ni revisa el saco y este una vez aislado es ligado en su base o invaginado completamente hacía la cavidad abdominal. En cirugía de urgencia se recomienda abrir el saco para revisar el contenido y en esos casos el cirujano tiene oportunidad de ver las paredes del saco. Es razonable y se recomienda que, si una tumoración es encontrada al interior o en el saco herniario, se explore digitalmente el abdomen abordable y los órganos pélvicos a través del saco herniario.⁴

La exploración del abdomen se realiza con el objetivo de encontrar metástasis en órganos contenidos dentro de la cavidad. No constatadas en la paciente.

Su hallazgo constituye un mal pronóstico para el paciente, pues el tumor está en una etapa avanzada, disminuyendo la sobrevida, la cual además dependerá de la evolución del tumor primario y de la individualización de cada paciente.

Como desventaja de la cirugía realizada, González González DA, et al, plantea la infección del sitio quirúrgico, pues se trata de una cirugía limpia contaminada (cirugía colónica) y otra limpia (cirugía de la hernia umbilical). Se ha reportado la resolución de del cáncer de colon por abordaje laparoscópico y la reparación de la hernia por vía convencional. También es posible la resolución laparoscópica de ambas enfermedades, aunque no se haya reportado ningún caso.⁷

Los tipos histológicos más frecuentemente son los adenocarcinomas mucoscretorios desde bien diferenciados hasta moderadamente diferenciados. Rubio González T y Verdecia Jarquel M, indican que los tumores de tipo adenocarcinoma son superiores en frecuencia a los carcinomas epidermoides. En el caso referido se observó un adenocarcinoma mucoscretor moderadamente diferenciado y que infiltró serosa y tejido adiposo vecino, relacionándose este diagnóstico con los referidos en las investigaciones como más frecuente.^{4, 7, 8, 13}

CONCLUSIONES

Los tumores de colon incarcerados en hernias umbilicales son raros y predominan más en las hernias inguinales. Los síntomas más significativos son astenia, pérdida de peso, alteraciones en las heces y dolor abdominal. La forma más común de presentación es como una masa palpable de difícil reducción. La zona de asiento más frecuente es la región rectosigmoidea. El método diagnóstico por excelencia es el colon por enema. El tratamiento de esta patología es quirúrgico. La variedad histopatológica más frecuente es el adenocarcinoma bien o moderadamente diferenciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España [Internet]. Madrid (España); 2020 [citado 20 Mayo 2020]. Disponible en: https://www.google.com/url?s=t&sourceweb&rct=j&url=https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf&ved=2ahUKEwiiv_Ha-MnoAhUqnAKHcSqAaQ_QFjABegQIAxAB&usq=AOvVaw1MDLVYFCySGIqJI_qm2gRV
2. Ministerio de Salud Pública; Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2019 [Internet]. La Habana (Cuba): Ministerio de Salud Pública; 2020 [citado 20 Mayo 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
3. Trujillo Pérez YL, Rojas Peláez Y, Carmenates Álvarez BM, Reyes Escobar AD, Pérez Álvarez M. Comportamiento del cáncer colorrectal en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Amalia Simoni. AMC [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado 20 Mayo 2020]; 23(2):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552019000200188&script=sci_arttext&tlng=pt
4. Owen Korn B, Leonor Moyano S, Renato Cabello E, AttilaCsendes J. Hallazgo incidental de cáncer en saco herniario inguinal. Rev Méd Chile [Internet]. 2002 Ene [citado 20 Mayo 2020]; 130(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000100013

5. Vieiro Medina MV, Díaz Pérez D, Marcacuzo Quinto A, Domínguez Sánchez I, De la Fuente Bartolomé M, Moreno Bargueiras A, et al. Hernia inguinal como presentación rara de metástasis pancreática .RevHispanoam Hernia [Internet]. 2016 [citado 20 Mayo 2020]; 4(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255267716000104>
6. Ramia JM, Pardo R, Martín F, Padilla D, Ortega G, Martín J, et al. Metástasis de cáncer gástrico en hernia inguinal. Cirugía Española [Internet]. 2000 Abr [citado 20 Mayo 2020]; 67(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-metastasis-cancer-gastrico-hernia-inguinal-10053>
7. González González DA, Tarigo N. Cáncer colon sigmoides como contenido de una hernia inguinal izquierda .RevMédUrug [Internet]. 2017 [citado 20 Mayo 2020]; 33(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v33n3/1688-0390-rmu-33-0300115.pdf&ved=2ahUKEwYqV9snoAhXQnOAKHXp5B0oQFjAFegQIAhAB&usg=AOvVaw0Qr6GhRjndxNHGRx2AcD6b>
8. Baldi D, Alfano V, Punzo B, Tramontano L, Baselice S, Spidalieri G, et al. A Rare Case of Sigmoid Colon Carcinoma in Incarcerated Inguinal Hernia. Diagnostics [Internet]. 2020 [citado 20 Mayo 2020]; 10(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.mdpi.com/20754418/10/2/99/pdf&ved=2ahUKEwiivHaMnoAhUqnAKHcSqAaQQFjAEegQICBAB&usg=AOvVaw0POmNgLcZ5M7CVXxzXZCa5>
9. Chern TY, Tay YK, Perera DS. A rare case of ascending colon adenocarcinoma incarcerated in an inguinoscrotal hernia: Case report and literature review. Surg Case Rep [Internet]. 2018 Dic [citado 20 Mayo 2020]; 4(48):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5962524/>
10. Agudelo L, Isaza Restrepo A, Figueroa C, Monroy A, Padrón JO, Villaveces M. Experiencia en el manejo de cáncer colorrectal en Méderi-Hospital Universitario Mayor, 2012-2014. Rev Colomb Cir [Internet]. 2017 Dic [citado 21 Mayo 2020];

- 32(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822017000400004&script=sci_abstract&lng=es
11. Domínguez González EJ. Predictores de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica por cáncer de colon. Rev Cubana Cir [Internet]. 2016 Oct-Dic [citado 21 Mayo 2020];55(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000400003&lng=es
12. Cuevas R. Caracterización del cáncer de colon. Cir Parag [Internet]. 2017 [citado 21 Mayo 2020];41(1):[aprox.6p.]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v41n1/2307-0420-sopaci-41-01-0008.pdf>
13. Rubio González T, Verdecia Jarquel M. Algunos aspectos genéticos y epidemiológicos relacionados con el cáncer colorrectal. MEDISAN [Internet]. 2016 Mar [citado 22 Mayo 2020];20(3): [aprox.12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000300014

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores: Amanda Rodríguez, residente del caso, ayudó en la recopilación y selección de referencias, datos y análisis de revisión, en la redacción del documento. Chabely Valdés y Joel D. Monzón contribuyeron en el análisis de los informes clínicos del paciente, la obtención del consentimiento informado. Mayquel Monzón y Dayner Ulloa, cirujanos principales, contribuyeron en el análisis de los informes clínicos del paciente y la redacción del informe.