



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-064 - ADENOCARCINOMA DE COLON SOBRE COLOPLASTIA

Pizarro Aranda, María José¹; Avellana Moreno, Rocío¹; Sánchez del Pueblo, Cristina¹; Estela Villa, Luis Miguel²; Gómez Latorre, Lorena¹; Lasses, Bibiana¹; Sánchez Pernaute, Andrés¹; Torres García, Antonio José¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ²Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Resumen

Introducción: La coloplastia es una alternativa quirúrgica para la reconstrucción esofágica. Dentro de sus complicaciones está descrita la disfagia cuyas principales causas son isquemia de la plastia, dehiscencia de anastomosis, dismotilidad, fibrosis y estenosis. Existen pocos casos descritos en la literatura que describan la existencia de un proceso neoplásico sobre la coloplastia como causa de disfagia. Presentamos dos casos clínicos en los que describimos esta complicación, así como el manejo realizado en cada uno.

Casos clínico: Mujer de 59 años, intervenida a los 22 años de estenosis esofágica trascausticación en la infancia. Se le realizó esofagocoloplastia con trasposición de colon izquierdo. En 2020 presentó tumoración cervical de crecimiento progresivo asociado a disfagia para sólidos. En el estudio de la misma se realizó gastroscopia donde se evidenció lesión mamelonada y ulcerada que se biopsió. La anatomía patológica fue compatible con adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado. El estudio de extensión descartó enfermedad a distancia por lo que se decidió resección segmentaria de colon con movilización de plastia y anastomosis esófago-cólica termino-terminal. La anatomía patológica definitiva fue adenocarcinoma de colon bien diferenciado T3N2. A las 3 semanas presentó fistula anastomótica tardía que fue manejada de forma conservadora. Varón de 74 años intervenido hace 31 años de gastrectomía total con anastomosis esófago-yeyunal por adenocarcinoma de cardias. Presentó como complicación fuga anastomótica, practicándose stripping esofágico y coloplastia con trasposición colon derecho a expensas de la cólica media. El paciente 16 años después presentó disfagia mixta, por lo que en el estudio de la misma se realizó gastroscopia evidenciando sobre la coloplastia una lesión vegetante que afectaba al 70% de la circunferencia. La anatomía patológica obtenida de la biopsia fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El estudio de extensión descartó enfermedad a distancia por lo que se le realizó exéresis de la coloplastia y realización de una nueva a expensas de colon izquierdo. La anatomía patológica definitiva fue adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado T4bpN0. Durante el seguimiento a los 3 meses se diagnosticó de recidiva tumoral precoz, falleciendo al año por progresión de la enfermedad.

Discusión: A pesar de ser una complicación infrecuente hay que tener presente esta entidad en pacientes portadores de coloplastia que asocien disfagia tardía. El tiempo de aparición desde la cirugía es variable, sin embargo, en la mayoría de los casos publicados en la literatura suele ser superior a 20 años. Entre los factores de riesgo que podrían estar relacionados están la historia personal de pólipos colónicos, la colitis e historia familiar de cáncer colorrectal. En estos casos se recomienda realizar un control endoscópico precoz de la coloplastia. Dada la poca incidencia de

estos casos, a día de hoy sigue siendo un tema controvertido y poco estudiado, por lo que harían falta más estudios para establecer el rol del screening endoscópico para la detección temprana de pólipos o procesos neoplásicos sobre la coloplastia. Un diagnóstico precoz podría disminuir la morbimortalidad, evitando así cirugías agresivas.