



P-142 - ADENOCARCINOMA EN INTERPOSICIÓN COLÓNICA TRAS ESOFAGOCOLOPLASTIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Conde Inarejos, Belén; Abad Martínez, María; Usero Rebollo, Servando; Miota de Llama, José Ignacio; Luengo Ballester, Olga; Sánchez Gallego, Alba; Aguado Rodríguez, Beatriz; Rueda Martínez, Juan Luis

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: La interposición colónica es un procedimiento realizado para el tratamiento de enfermedades benignas y malignas del esófago. El desarrollo de una neoplasia en el colon transpuesto es una rara complicación que plantea un reto diagnóstico y técnico muy importante.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 54 años, con antecedente de esofagocoloplastia tras esofagitis cáustica a los 4 años de edad. Remitido desde Digestivo por hallazgo de triple neoplasia en esofagocoloplastia tras estudio por disfagia y pérdida de peso. El esofagograma mostró estenosis de anastomosis del esófago cervical con dilatación retrógrada de plastia. La gastroscopia objetivó tres tumoraciones en coloplastia, localizadas en íleon terminal, válvula ileocecal y otra a varios centímetros en colon ascendente. Los resultados de las biopsias confirmaron malignidad (adenoma tubular en íleon y pólipo en colon ascendente, y carcinoma intramucoso en válvula ileocecal). La colonoscopia fue normal. El TAC tórax-abdomen-pelvis confirmó las lesiones y evidenció diseminación metastásica hepática con infiltración del parénquima hepático locorregional (s. II-III) y a distancia con múltiples LOEs en lóbulo hepático derecho, siendo éstas confirmadas por RMN (tres en s. VI, una en s. V, una en s. IVb y una en s. III); así como adenopatías en el mesocolon mediastínico y abdominal de la coloplastia. Se realizó laparotomía media y cervicotomía con resección de la coloplastia junto con bisegmentectomía II-III, segmentectomía VI y resecciones hepáticas limitadas múltiples. Reconstrucción del tránsito a través de plástia gástrica a expensas de la curvatura mayor, movilizada a región cervical por espacio retroesternal, y realizándose anastomosis esófago-gástrica terminoterminal junto con yeyunostomía de alimentación. El curso postoperatorio evolucionó favorablemente siendo dado de alta al décimo día postoperatorio. El estómago es el órgano de primera elección para reconstruir el tránsito tras una esofagectomía. Cuando éste no está disponible (invasión tumoral, necrosis), el colon es la segunda opción más usada. La interposición colónica conlleva una mortalidad perioperatoria del 5-8% debido al riesgo de isquemia de la plastia o fuga de la anastomosis y una alta morbilidad secundaria a estenosis del injerto o redundancia del mismo. El cáncer de colon interpuesto es una complicación tardía poco común. La patogenia puede estar relacionada con la exposición a alimentos no digeridos y el reflujo de los jugos intestinales. Los factores de riesgo incluyen historia previa de pólipos, colitis y antecedentes familiares de carcinoma de colon. El síntoma de alarma que debe hacernos sospechar malignidad es la disfagia tardía. Se recomienda endoscopia superior de *screening* dentro del primer año y vigilancia periódica, ya que las lesiones pueden detectarse temprano y así mejorar el

pronóstico.

Discusión: Todos los pacientes sometidos a esofagocoloplastia que presenten disfagia, particularmente cuando se ha realizado por una enfermedad benigna en un sujeto joven y con una esperanza de vida prolongada, deben ser estudiados teniendo un alto índice de sospecha de malignidad; evitando el diagnóstico inicial de estenosis de la anastomosis sin biopsia. Actualmente, no hay directrices disponibles para el tratamiento del cáncer que ocurre en el intestino traspuesto, debiendo individualizar cada caso.