



# Neoplasia de colon, una excepcional posibilidad en una coloplastia

## Colonic neoplasms, an exceptional possibility in a coloplasty

La coloplastia es una técnica quirúrgica reservada para reconstrucciones esofágicas, cuando no es factible interponer el estómago. Este procedimiento se asocia a una significativa morbimortalidad perioperatoria y, sobre todo, al desarrollo de estenosis a largo plazo; sin embargo, cabe la posibilidad, excepcional, de que surja una neoplasia en el colon interpuesto. Son pocos los casos descritos en la literatura, por tanto es común que ante su escasa incidencia y desconocimiento, el diagnóstico suele ser insospechado y tardío.

Describimos el caso de un varón de 72 años de edad, que 23 años antes ingresó por cuadro de hemorragia digestiva alta (HDA) masiva secundaria a una úlcera benigna de cuerpo gástrico. El paciente tuvo que ser intervenido de urgencias, realizándose gastrectomía total y reconstrucción en Y de Roux. Al sexto día de la intervención, por clínica de peritonitis e insuficiencia respiratoria, fue reintervenido observándose dehiscencia total de la anastomosis esófago-yeyunal. Se realizó esofagectomía transhiatal, esofagostomía cervical terminal, cierre del asa yeyunal y yeyunostomía de alimentación. A los 7 meses, se realizó una reconstrucción digestiva con coloplastia transversa isoperistáltica dependiendo de los vasos cólicos izquierdos y a través del mediastino anterior. La continuidad digestiva se realizó con la antigua asa en Y de Roux. El paciente fue dado de alta y no siguió los controles ambulatorios. A raíz de disfagia progresiva es diagnosticado por endoscopia de neoplasia a 30 cm de arcada dentaria, con biopsia de adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado. El estudio de extensión fue de cT3N0 (fig. 1). Se realizó un abordaje por cervicotomía iterativa, esternotomía media y laparotomía media, con exéresis de la coloplastia.



Figura 1 – Tomografía computarizada del tórax, que muestra la imagen de la neoplasia (flechas) en la coloplastia.

La reconstrucción del tránsito digestivo se efectuó con un segmento yeyunal «supercharged», al que se le proporcionó un flujo sanguíneo adicional mediante anastomosis de la vena y arteria yeyunal a los vasos mamarios internos izquierdos. Las anastomosis digestivas fueron una esófago-yeyunostomía término-lateral y una yeyuno-yeyunostomía latero-lateral sobre el asa en Y de Roux de la antigua coloplastia.

El esquema secuencial de la reconstrucción se representa en la figura 2.

La evolución postoperatoria fue correcta, diagnosticándose una fístula cervical de bajo débito al 11º día, que se resolvió con tratamiento conservador. La anatomía patológica definitiva fue de adenocarcinoma infiltrante de bajo grado pT4aN2b, por lo que se indicó quimioterapia adyuvante. En la actualidad, el paciente sigue controles en consultas externas y continúa con una alimentación exclusivamente oral.

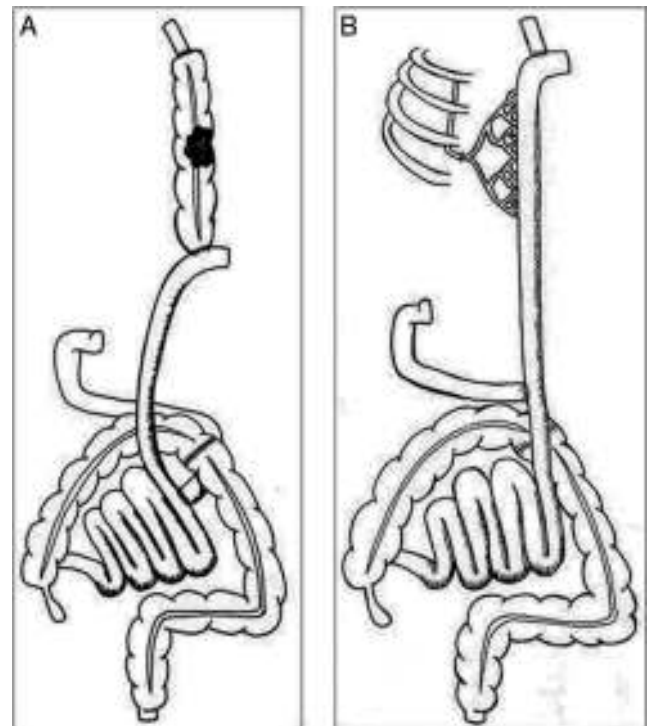


Figura 2 – Dibujo que muestra: A) la situación previa del paciente con el adenocarcinoma surgido en el segmento de colon interpuesto, y B) la reconstrucción, tras la exéresis del colon, mediante una interposición de un segmento largo de yeyuno con anastomosis de la vena y arteria yeyunales a la vena y arteria mamaria interna (supercharged).

La coloplastia es una alternativa quirúrgica tras la esofago-gastrectomía aunque está asociada a una morbimortalidad considerable. Dentro de las complicaciones descritas se encuentran: isquemia de la plastia, dehiscencia de anastomosis, dismotilidad y estenosis<sup>1,2</sup>.

En la literatura hay pocos casos que describan el desarrollo de un adenocarcinoma en la coloplastia. Se ha sugerido que la fisiopatología de su aparición es la misma que para una neoplasia de colon, aunque algunos autores proponen que la acción del reflujo biliar sobre la mucosa cólica puede favorecer cambios displásicos. Nuestro grupo siempre realiza las reconstrucciones digestivas altas con un asa en Y de Roux para evitar un reflujo biliar que puede ser muy invalidante. El tiempo hasta el desarrollo de una neoplasia en una coloplastia es muy variable, pudiendo aparecer entre los 3-55 años después de la cirugía<sup>3-6</sup>.

En cuanto al tratamiento, la cirugía debería respetar los criterios oncológicos con márgenes de resección amplios y una linfadenectomía para una correcta estadificación. La quimioterapia adyuvante, en este caso para cáncer de colon debería administrarse según el estadio y siguiendo la estadificación TNM, mientras que no es recomendable la administración de radioterapia por la posibilidad de enteritis rádica<sup>1,7,8</sup>.

Si bien hasta el momento no es necesario un *screening* a todos los pacientes con coloplastia, consideramos que ante la aparición de disfagia es importante tener en cuenta este diagnóstico tan infrecuente.

## Autorías

Todos los autores han contribuido en la realización de este artículo, han leído y aprobado el manuscrito y los requisitos para la autoría se han cumplido.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Isolauri J, Helin H, Markkula H. Colon interposition for esophageal disease: Histologic finding of colonic mucosa after a follow-up of 5 months to 15 years. *Am J Gastroenterol.* 1991;86:277-80.
2. Bando H, Ikematsu H, Fu KI, Oono Y, Kojima T, Minashi K, et al. A laterally-spreading tumor in a colonic interposition treated by endoscopic submucosal dissection. *World J Gastroenterol.* 2010;16:392-4.
3. Grunner S, Gilshtein H, Kakiashvili E, Kluger Y. Adenocarcinoma in colonic interposition. *Case Rep Oncol.* 2013;6:186-8.
4. Shersher DD, Hong E, Warren W, Penfield Faber L, Liptay MJ. Adenocarcinoma in a 40-year-old colonic interposition treated with Ivor Lewis esophagectomy and esophago-gastric anastomosis. *Ann Thorac Surg.* 2011;92:e113-4.
5. Martín MA, Ferrás A. Colon cancer: A rare complication in a colonic esophageal segment after colo-esophagoplasty [Article in Spanish]. *Cir Esp.* 2005;77:46-7.
6. Houghton AD, Jourdan M, McColl I. Dukes a carcinoma after colonic interposition for oesophageal stricture. *Gut.* 1989;30:880-1.
7. Ramage L, Davies AR, Deguara J, Mason RC. Polyps arising in a colonic interposition graft: Instigation of endoscopic graft surveillance may be required. *Surgeon.* 2012;10:304-5.
8. Altomare JF, Komar MJ. A tubular adenoma arising in a colonic interposition. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:765-6.

Ana Gálvez-Saldaña\*, Mónica Miró, Anna López, David Toral y Leandre Farran

Unidad Esofagológica, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anagalvezs@gmail.com](mailto:anagalvezs@gmail.com)  
(A. Gálvez-Saldaña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.06.001>  
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

# Isquemia intestinal transitoria por espasmo aórtico



## Transient intestinal ischemia caused by aortic spasm

El espasmo aórtico es una entidad clínica desconocida, de la que existe escasa mención en la bibliografía internacional. Sin embargo, en contraposición, el espasmo de grandes vasos es una entidad relativamente frecuente producida por numerosos desencadenantes<sup>1,2</sup> tales como enfermedades autoinmunes, fármacos y enfermedades autosómicas recesivas, pero no existe conocimiento alguno que haya afectado a la aorta. Se trata de una entidad clínica muy rara y de difícil diagnóstico, lo

cual podría explicar la ausencia de su descripción en la literatura, sumado al hecho que sintomatología similar tal vez pueda llevar a su desaparición con tratamiento médico intensivo, pero sin estudios de imagen que puedan comprobar el cuadro clínico del paciente.

Se trata de un paciente varón de 56 años de edad y sin antecedentes personales de interés, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de aparición brusca, junto con