

cirugía inmediata y que la indicación de intervención quirúrgica se debe basar en el estado del paciente y en su evolución clínica.

Bibliografía

1. St Peter SD, Abbas MA, Kelly KA. The spectrum of pneumatosis intestinalis. *Arch Surg.* 2003;138:68–75.
2. Galandiuk S, Fazio VW. Pneumatosis cystoides intestinalis. A review of the literature. *Dis Colon Rectum.* 1986;29:358–63.
3. Nathan H, Singhal S, Cameron JL. Benign pneumatosis intestinalis in the setting of celiac disease. *J Gastrointest Surg.* 2006;10:890–4.
4. Gómez-de Antonio D, Gámez P, Garijo J, Varela A. Causa intratorácica poco frecuente de neumoperitoneo espontáneo. *Cir Esp.* 2007;82:52–3.
5. Karaman A, Demirbilek S, Akin M, Gürnlüoğlu K, Irşi C. Does pneumoperitoneum always require laparotomy? Report of six cases and review of the literature. *Pediatr Surg Int.* 2005;21:819–24.

6. Buckle C, Holdridge C, Xu T, Akhwais F, Sinha A, Doddi S, et al. Acute abdominal pain and radiological pneumoperitoneum - always an indication for laparotomy? *J Clin Med Res.* 2013;5:132–4.
7. Adar T, Paz K. Images in clinical medicine. Pneumatosis intestinalis. *N Engl J Med.* 2013;11:368.

Isabel Pascual Migueláñez*, David Fernández Luengas, Javier Martínez Alegre, Francisca Lima Pinto y Jesús Torres Jiménez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelpasmi@hotmail.com
(I. Pascual Migueláñez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.019>

Carcinomas adenoescamosos y escamosos de colon y recto



Adenosquamous and squamous carcinomas of the colon and rectum

La variante histológica más frecuente del cáncer de colon es el adenocarcinoma. Otros subtipos son infrecuentes y presentan unas características propias en lo referente a supervivencia y manejo terapéutico. Presentamos 3 casos de tumores escamosos/adenoescamosos de colon y debatimos las implicaciones que tiene esta infrecuente estirpe histológica.

Caso 1: varón, 86 años, sin antecedentes de interés que acude al servicio de urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal de 4 días de evolución. El TAC abdominal demostraba dilatación cólica con ciego de 12 cm por neoplasia de colon descendente sin metástasis hepáticas. La intervención constató la tumoración estenosante en colon descendente con dilatación cólica proximal y áreas de necrosis en ciego. Se realizó colectomía total e ileostomía terminal en fosa iliaca derecha. La anatomía patológica informó de carcinoma adenoescamoso (CAE) de intestino grueso que alcanza la grasa pericólica y 26 ganglios linfáticos sin invasión tumoral (pT3N0cM0). El paciente continúa vivo y sin evidencia de enfermedad 14 meses después de la intervención (fig. 1).

Caso 2: varón de 78 años con antecedentes de cardiopatía isquémica. Acude a urgencias por cuadro de abdomen agudo. El TAC abdominal mostraba tumoración estenosante en recto-sigma con dilatación proximal, líquido libre intraabdominal y neumoperitoneo. La intervención constató la existencia de una tumoración en recto-sigma con peritonitis fecaloidea por perforación proximal a 20 cm del tumor sin metástasis hepáticas. Se realiza intervención de Hartmann. La anatomía patológica informó de carcinoma escamoso (CE) pobremente diferenciado de intestino grueso con infiltración de la grasa pericólica y 4 de 13 ganglios con metástasis

(pT3N2acM0). El TAC de control a los 3 meses de la intervención mostraba nódulos pulmonares y hepáticos. Se instauró tratamiento paliativo con capecitabina y falleció a los nueve meses de la intervención.

Caso 3: varón de 78 años que en estudio por hemorragia digestiva baja se detecta por colonoscopia una tumoración estenosante en recto-sigma. La biopsia es informada como adenocarcinoma. En la resonancia magnética se aprecia una tumoración localmente avanzada en la unión recto-sigmoidea con múltiples adenopatías regionales. El TAC mostraba un nódulo en lóbulo hepático izquierdo que fue biopsiado mediante punción percutánea e informado como metástasis por carcinoma epidermoide. Ante los hallazgos se completó el estudio con PET-TC descartándose la presencia de otro tumor. Se instaura tratamiento neoadyuvante con radioterapia y capecitabina. A las 6 semanas se realiza de forma sincrónica resección anterior con escisión mesorrectal y seccionectomía lateral izquierda. La anatomía patológica informó de metástasis de CAE de intestino grueso en hígado de 5 cm (fig. 2) y pieza de recto con CAE residual (regresión parcial: fibrosis sobre neoplasia) y metástasis en 3 ganglios de 14 (ypT3N1bM1a). Se instauró tratamiento con FOLFOX-6 y cetuximab apareciendo en TAC de control a los 3 meses nuevas lesiones hepáticas y pulmonares compatible con metástasis. Fallece a los 4 meses de la intervención.

Han sido descritos 3 tipos de neoplasias primarias de intestino grueso con diferenciación escamosa: el adeno-carcinoma (adenocarcinoma con metaplasia escamosa), el carcinoma escamoso y el carcinoma adenoescamoso⁴. En el CAE los elementos glandulares y escamosos tienen potencial de metastatizar^{5,6}. Para ser considerado un verdadero CAE o CE de origen colorrectal se debe descartar la presencia de otro tumor escamoso primario en otro órgano, no debe existir trayectos fistulosos cercanos y debe excluirse la presencia de un CE de canal anal con extensión a recto^{2,7,8}.

Se han propuesto varias teorías que intentan explicar el origen de este tipo de neoplasia como son: el tumor deriva de células pluripotenciales con capacidad de diferen-

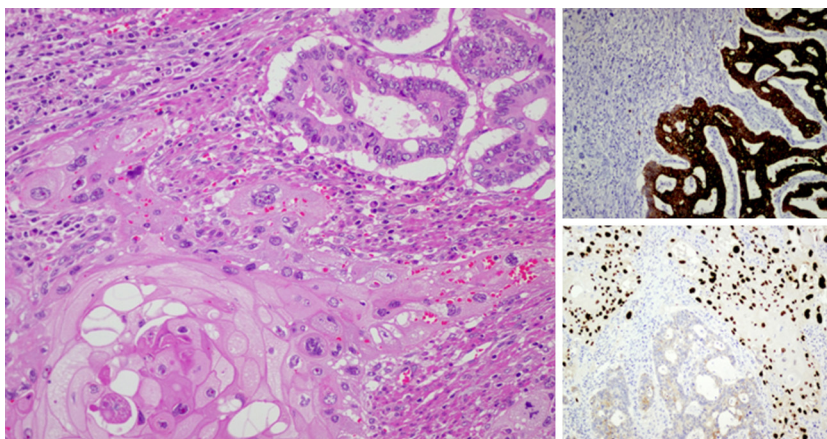


Figura 1 En la imagen de la izquierda (hematoxilina-eosina) se reconocen los 2 componentes de la neoplasia, en la parte inferior el carcinoma epidermoide y en la superior el adenocarcinoma. Por técnica de inmunohistoquímica se identifica el componente glandular, citoqueratina 20 positivo (foto derecha-superior) y el componente escamoso, p63 positivo (foto derecha-inferior).

ciación multidireccional, existencia de restos embriológicos heterotópicos de epitelio escamoso en la mucosa del colon, diferenciación escamosa de adenomas o adenocarcinomas, metaplasia escamosa del epitelio glandular por irritación crónica secundario a procesos inflamatorios como la colitis ulcerosa, radiaciones y las infecciones como la amebiasis, esquistosomiasis y por el virus del papiloma humano^{2,3,6-9}.

La clínica de presentación es similar a los adenocarcinomas⁷. En el diagnóstico es necesario descartar la existencia de otro tumor primario epidermoide para excluir que sea metastásico. La mayoría de los pacientes presentan en el momento del diagnóstico metástasis ganglionares (30%) y a distancia (40%)⁵.

El tratamiento fundamental es la resección quirúrgica^{2,5}. Se sugiere tratamiento adyuvante con quimioterapia cuando hay presencia de ganglios positivos aunque su efectividad no está demostrada habiéndose empleado diversos regímenes. En la localización rectal existe escasa experiencia sobre

el efecto de la neoadyuvancia y la adyuvancia pero ha sido recomendada en caso de enfermedad avanzada^{1,6,7}.

El pronóstico en el estadio I y II es similar a los adenocarcinomas con supervivencia del 85% a los 5 años, sin embargo en el estadio III y IV el pronóstico es peor que el esperado en el adenocarcinoma con una supervivencia del 23 y 5% respectivamente^{3,7}.

Como conclusión, aportamos 3 nuevos casos de CE/CAR en distintos estadios tratados todos ellos quirúrgicamente. Estos tumores son muy infrecuentes y siempre se debe descartar otro tumor primario como causa de la enfermedad. El tratamiento adyuvante más adecuado no está claramente definido.

Bibliografía

1. Nozoe T, Anai H. Adenosquamous carcinoma of the sigmoid colon: Report of a case. *Surgery Today*. 2001;31:830-2.
2. Anagnostopoulos G, Sakorafas GH, Kostopoulos P, Grigoriadis K, Pavlakis G, Margantinis G, et al. Squamous cell carcinoma of the rectum: A case report and review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005;14:70-4.
3. Frizelle FA, Hobday KS, Batts KP, Nelson H. Adenosquamous and squamous carcinoma of the colon and upper rectum. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:341-6.
4. Odze RD, Goldblum JR. *Surgical pathology of the GI tract, liver, biliary tract, and pancreas*. 2 ed. Saunders Elsevier; 2009. p. 610-1.
5. Okabayashi K, Hasegawa H, Ishii Y, Endo T, Kitagawa Y. Adenosquamous carcinoma of the sigmoid colon treated by the less invasive procedure of endoscopy and laparoscopy: Report of a case. *Surgery Today*. 2009;39:994-7.
6. Luigi A, Balsamo F, Magalhaes J, Britto R, Maciel A, Borges P, Sintonio GJ. Carcinoma adenoescamoso do reto: relato de caso. *Rev Bras Coloproct*. 2008;28:95-8.
7. Dong Y, Wang J, Ma H, Zhou H, Lu G, Zhou X. Primary adenosquamous carcinoma of the colon: Report of five cases. *Surg Today*. 2009;39:619-23.
8. Draganov PV. Squamous cell cancer of the rectum. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4380-6.
9. Kong CS, Welton ML, Longacre TA. Role of human papillomavirus in squamous cell metaplasia-dysplasia-carcinoma of the rectum. *Am J Surg Pathol*. 2007;31:919-25.

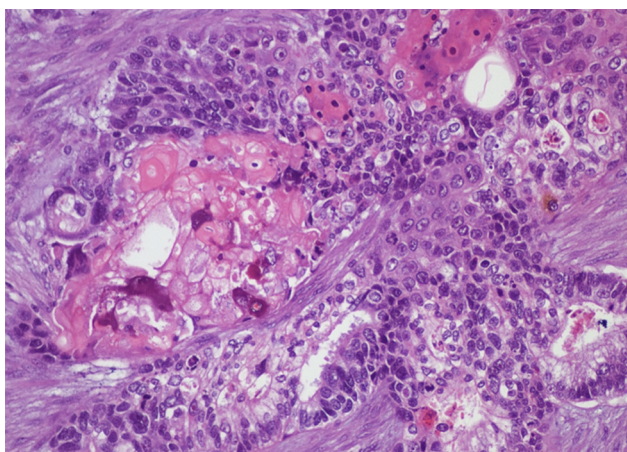


Figura 2 Metástasis hepática, en la que se reconocen los 2 componentes (adenocarcinoma y carcinoma epidermoide) del carcinoma adenoescamoso de intestino grueso (hematoxilina eosina).

Ramón Puga Bermúdez^a, José Manuel Ramia^{a,*}, Roberto de la Plaza Llamas^a, Cristina Sabater Maroto^a y Eugenia García Fernández^b

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia).

^a Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.03.018>

Tratamiento conservador de la perforación duodenal tras realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica terapéutica



Conservative treatment of duodenal perforation after therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) fue introducida en 1968¹ y se ha convertido en un instrumento imprescindible y de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de gran número de enfermedades del área biliopancreática. Aunque se trata de una técnica segura en manos de gastroenterólogos expertos², no está exenta de posibles complicaciones. Las complicaciones más frecuentes de la CPRE son la pancreatitis y la colangitis, ambas con un manejo médico inicial. Otras complicaciones, como la perforación y la hemorragia eran, hace unos años, indicativas de tratamiento quirúrgico, pero el manejo conservador y endoscópico ha ido sustituyendo al quirúrgico en la actualidad, con buenos resultados en la mayoría de los casos³.

Se presenta el caso de una mujer de 71 años con antecedentes personales de HTA, colecistectomizada y episodios de repetición de coledocolitiasis con 5 CPRE previas, que ingresa en el servicio de digestivo por cuadro de dolor abdominal localizado en epigastrio e irradiado en cinturón de una semana de evolución, e ictericia. Tras confirmar el diagnóstico de una nueva coledocolitiasis mediante colangiorresonancia nuclear magnética, se decide realizar una nueva CPRE. Durante la realización de la CPRE se observa una disminución importante de la luz de la papila y se canula la vía biliar con dificultad, evidenciándose una dilatación importante de la misma y la presencia de pequeños cálculos milimétricos en su interior. Ante los hallazgos descritos, se decide realizar ampliación de la papilotomía previa y la dilatación de la papila, así como la extracción de los cálculos y barro biliar con el balón de Fogarty, hasta la salida de bilis limpia.

A las 24 horas de la realización de la CPRE la paciente comienza con dolor abdominal intenso en hemiabdomen derecho y leve defensa abdominal a la palpación de dicha zona, sin alteraciones hemodinámicas. La analítica muestra una disminución de la bilirrubina total (1,04 mg/dl), una PCR elevada (17,8 mg/l) y una neutrofilia (87%) con leucocitos normales. Se realiza radiografía simple de abdomen, que no muestra alteraciones patológicas, y una tomografía axial

computarizada de abdomen (TC) con contraste intravenoso y contraste oral, mostrando abundante retroneumoperitoneo y abundante cantidad de gas en el espacio pararenal anterior, posterior derecho, retropancreático (a nivel de cabeza y proceso uncinado), hilio hepático y, en menor medida, en espacio pararenal anterior izquierdo, con neumoperitoneo a nivel de gotiera paracólica derecha y adyacente al marco cólico transversal derecho. Tras la administración de contraste oral se observa, a nivel de la segunda porción duodenal, adyacente a la papila, paso del contraste oral al espacio retroperitoneal, formando una colección de 3 × 2 × 3,5 cm (fig. 1).

Ante la estabilidad hemodinámica, los datos analíticos, la mejoría clínica y la exploración abdominal sin un cuadro de peritonismo difuso, se decide un tratamiento conservador, con colocación de sonda nasogástrica, dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia de amplio espectro con meropenem (1 g/8 h).

La paciente evoluciona de forma satisfactoria, con mejoría progresiva de la clínica, con normalización total de los valores analíticos y mejoría de las imágenes de la TC abdominal con contraste intravenoso y oral que se realiza previo al alta, en que hay una disminución del neumoperitoneo, del retroneumoperitoneo y de la colección retroperitoneal, no evidenciándose extravasación del contraste oral. Se completa el tratamiento antibiótico durante 10 días, siendo dada de alta a los 14 días de la realización de la CPRE.

La CPRE es un instrumento de gran utilidad, tanto diagnóstica como terapéutica, con tasa baja de complicaciones en manos expertas². La incidencia de complicaciones

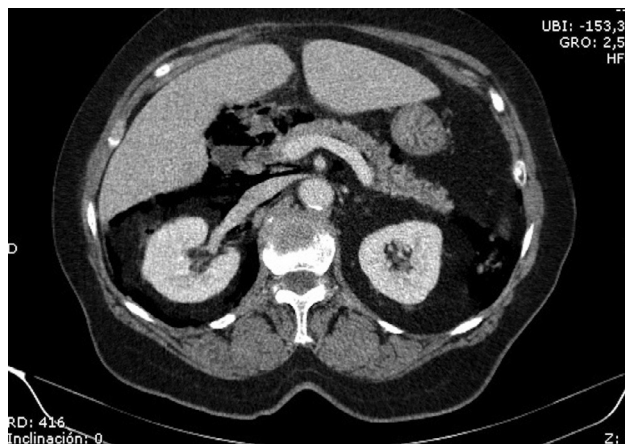


Figura 1 Imagen de TC abdominal tras la realización de la CPRE en la que se observa retroneumoperitoneo y neumoperitoneo importante.