

PERFORACIÓN DE COLON, CON UNA EVOLUCIÓN INESPERADA PERO DESEABLE

Historia oncológica

2018: diagnóstico de adenocarcinoma gástrico tipo difuso T4N0M0 MSH6 positivo PMS2 positivo HER-2 negativo, tratado mediante esquema perioperatorio FLOT (4 ciclos de 5-fluoracilo/oxaliplatino/docetaxel pre y post-cirugía), e intervenida quirúrgicamente en marzo de 2018 mediante gastrectomía total laparoscópica y anastomosis esófago yeyunal.

Abril 2019: ictericia obstructiva con dilatación de la vía biliar extra e intrahepática, resuelta mediante la colocación de stent mediante CPTH.

Mayo 2019: PET – TC objetiva un foco hipermetabólico en región teórica de hilio hepático, engrosamiento circunferencial de colon izquierdo, líquido libre intraabdominal y derrame pleural de nueva aparición.

Junio 2019: se realiza colonoscopia con toma de biopsia, siendo el diagnóstico histológico compatible con depósito secundario por carcinoma gástrico pobremente diferenciado HER-2 negativo. En Comité Multidisciplinar se decide la realización de laparoscopia exploradora para decidir posible actuación quirúrgica.

Enfermedad actual y exploración física

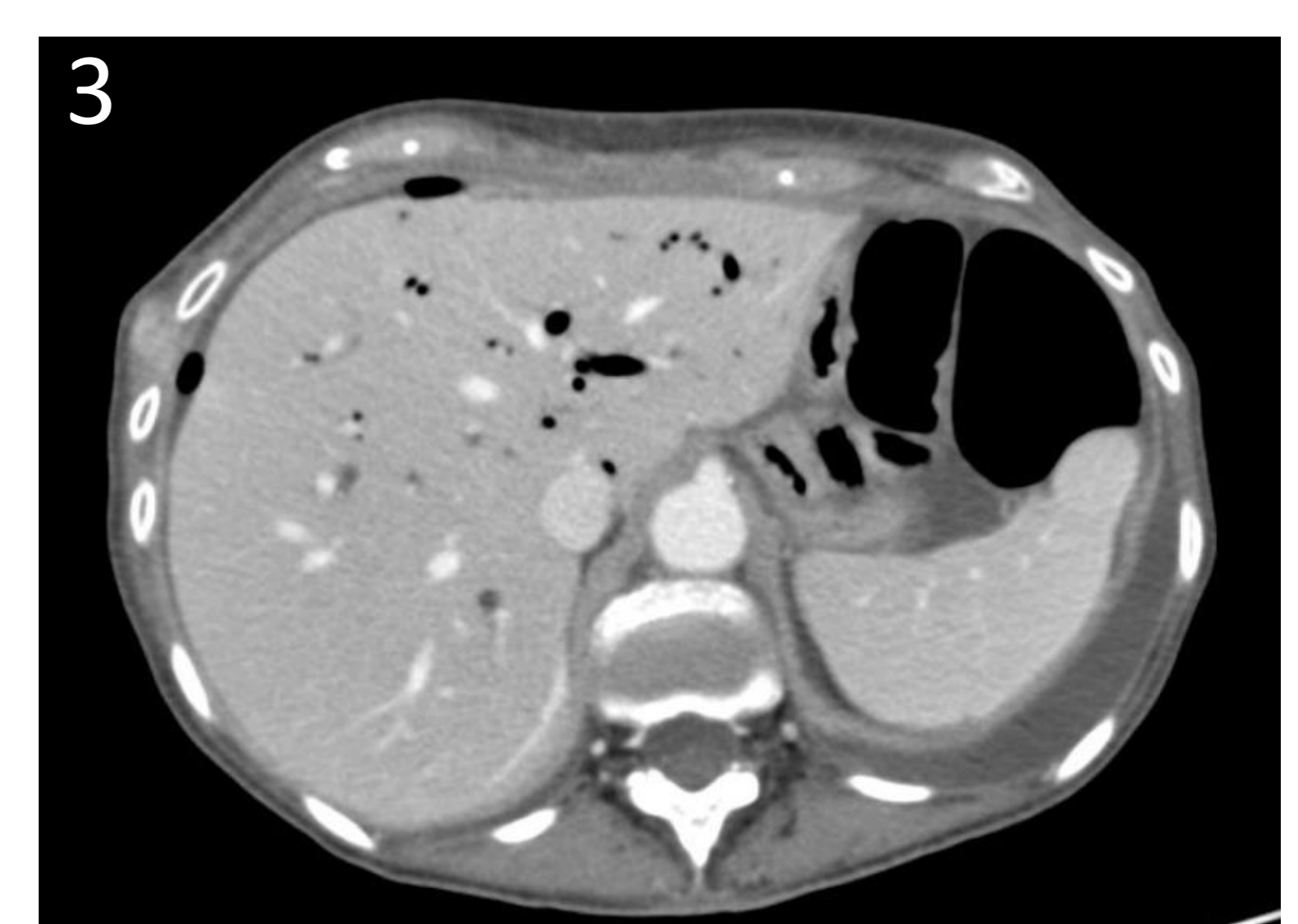
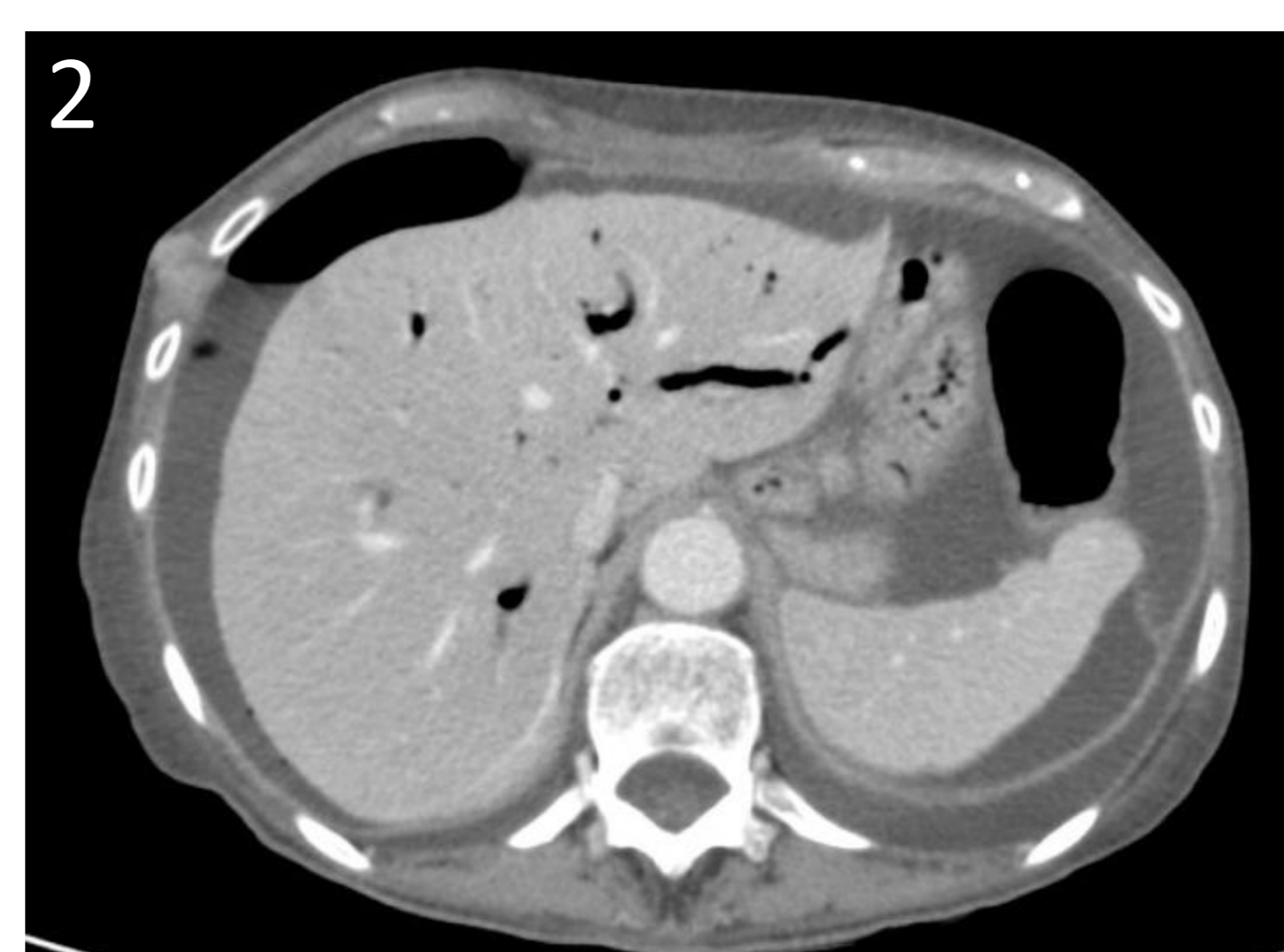
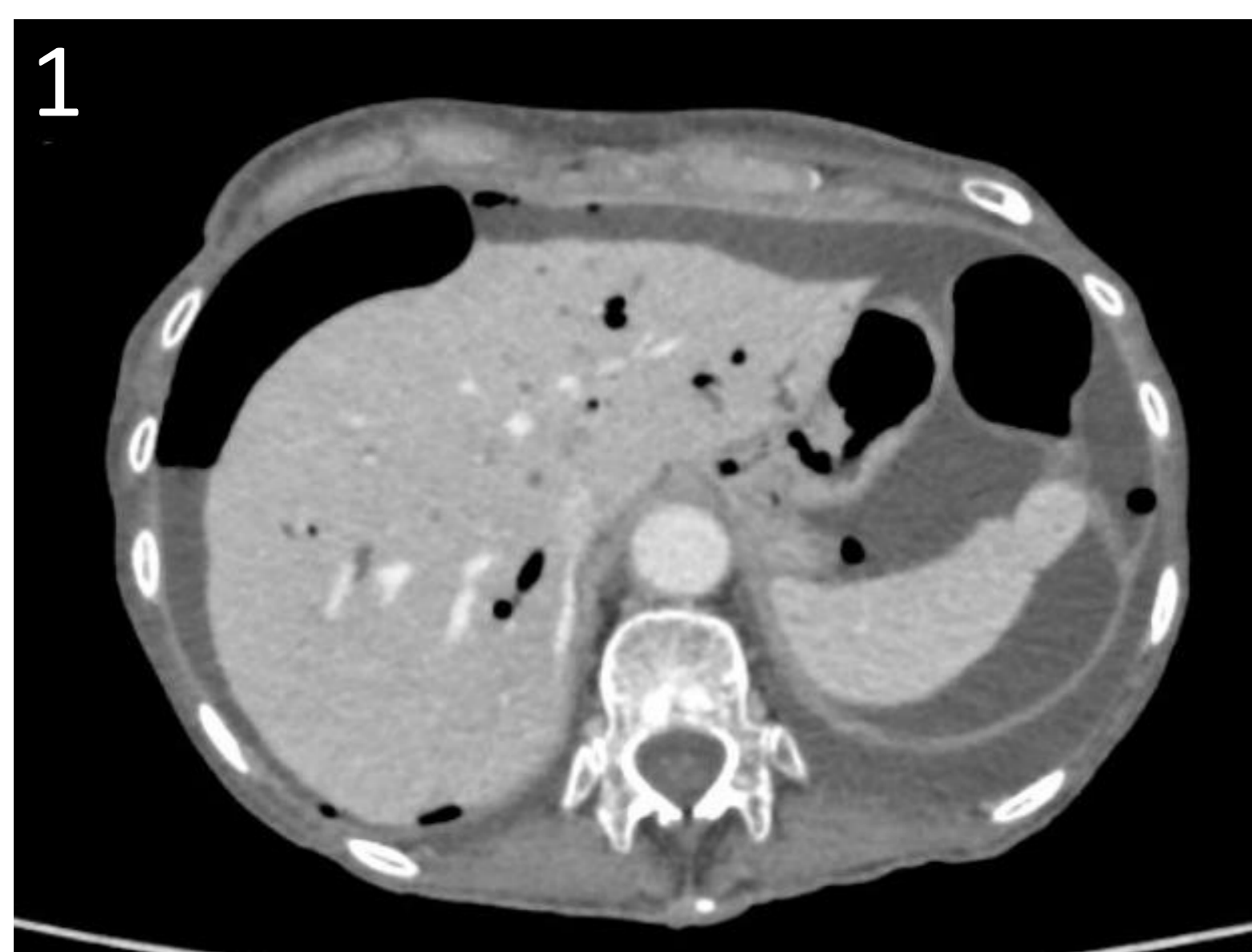
Mujer, 69 años, que consulta a finales de julio de 2019 por numerosas deposiciones diarias de morfología cambiante (pastosas, caprinas sin llegar a ser líquidas) de una semana de evolución, asociadas a distensión abdominal, incontinencia y escaso ventoseo. No refiere dolor abdominal, fiebre o sensación distérmica. No refiere otra clínica en la anamnesis por aparatos.

En la exploración física presenta un abdomen distendido, timpánico, no doloroso a la palpación, con RHA disminuidos.

Evolución posterior

En analítica sanguínea sobresale elevación de reactantes de fase aguda. En Rx de tórax y abdomen se observa neumoperitoneo. En TC abdomino – pélvico (figura 1) objetiva perforación de víscera hueca con signos de peritonitis aguda, con extensa afectación continua del marco colónico.

Se desestima tratamiento quirúrgico urgente y programado. Se inicia dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia, introduciéndose en los días posteriores nutrición parenteral. Sorprendentemente, la paciente presenta una buena evolución clínica con tratamiento conservador, sin dolor abdominal. En TC de control cada diez días se observa disminución progresiva de la burbujas de neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal, así como engrosamiento mural del colon (figura 2 y 3). Se introduce dieta de forma progresiva, consiguiéndose adecuada tolerancia oral.



En los TC sucesivos se contempla aumento progresivo de tamaño de las adenopatías retrocrales y retroperitoneales. Además, la paciente presenta disnea de moderados esfuerzos, requiriendo la realización de tres toracocentesis terapéuticas. Ante citología positiva, se coloca catéter tunelizado y se inicia de tratamiento de primera línea con FOLFOX. La paciente recibió el alta hospitalaria a comienzos de septiembre de 2019. Hasta la fecha, la paciente ha recibido cinco ciclos de tratamiento con buena tolerancia.

Discusión y conclusión

La perforación de víscera hueca es una complicación frecuente de los tumores digestivos en estadios avanzados. Es habitual que se desestime el tratamiento quirúrgico ante el mal pronóstico oncológico, iniciándose tratamiento conservador. Las tasas de fallecimiento por esta complicación son muy elevadas con el tratamiento conservador. En cambio, la paciente presentó una lenta pero buena evolución clínica, siendo un hecho inesperado pero deseable.

Bibliografía