

## Cartas al Director

### Isquemia cólica simulando un carcinoma

*Palabras clave:* Cáncer colorrectal. Isquemia de colon.

*Key words:* Colorectal cancer. Colonic ischemia.

*Sr. Director:*

El pseudocarcinoma de colon representa una forma muy inusual de isquemia cólica. Fue descrito por primera vez por Kilpatrick y cols. (1) en 1968 y desde entonces se han publicado un escaso número de referencias en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con un cuadro de isquemia cólica que se manifestó clínica y radiológicamente como un carcinoma de colon.

#### Caso clínico

Varón de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial, bypass aortobifemoral, bypass extraanatómico por aneurisma miocótico de aorta abdominal y polipectomía endoscópica por pólipos de colon. Tuvo múltiples ingresos en el Servicio de Cirugía General en los tres meses anteriores a la intervención quirúrgica por crisis oclusivas que se interpretaron como consecuencia de la cirugía vascular abdominal previa, y que cedieron parcialmente con dieta, sonda nasogástrica y sueros. La analítica era normal así como el CEA. El paciente refería alteración del ritmo intestinal en forma de estreñimiento alternando con episodios de diarrea en los últimos meses, así como distensión abdominal, náuseas, vómitos y rectorragia ocasional. El enema opaco mostraba una imagen de estenosis de características de malignidad a la altura de sigma (Fig. 1). La colonoscopia objetiva a 20 cm del margen anal una estenosis concéntrica severa, con mucosa ulcerada y desestructurada que no permite el paso del endoscopio. Se tomaron biopsias que fueron informadas como tejido inflamatorio con necrosis y presencia de células con atípias. La tomografía axial computarizada demostró la existencia de un engrosamiento a nivel del sigma



Fig. 1.- Enema opaco que demuestra una imagen de estenosis con características de malignidad en la proximidad de la unión rectosigmoidea.

sugestivo de malignidad. Ante la clínica de obstrucción persistente y los hallazgos radiológicos, el paciente fue intervenido con la sospecha de neoformación de sigma, practicándose una resección de sigma con criterios oncológicos. La anatomía patológica de la pieza fue informada como colitis con intensa ulceración compatible con colitis isquémica y linfadenitis reactiva en los doce ganglios de la pieza, encontrándose asintomático en la actualidad.

## Discusión

La colitis isquémica representa la forma más frecuente de isquemia intestinal (2,3), afectando principalmente a pacientes de edad avanzada. Su incidencia está posiblemente infraestimada debido a que muchas veces pasa desapercibida y no se diagnostica (2,4), pudiendo aparecer de forma aguda o crónica. El pseudocarcinoma es una forma muy inusual de presentación de la misma, en la que los cambios inducidos por la isquemia simulan tanto clínica como radiológicamente un carcinoma, lo que nos plantea un dilema cuando, ante la sospecha de tumor, no tenemos una confirmación histológica. Además, la existencia de una isquemia de colon simultánea a un carcinoma es un hecho conocido que puede llegar a afectar hasta un 20% de pacientes con isquemia cólica (3), aunque generalmente el área isquémica suele ser proximal al tumor. En nuestro caso, la etiología de la colitis isquémica se puede relacionar con los antecedentes de cirugía aórtica abdominal, pero la mayoría de las isquemias ocurren de forma inesperada e inexplicable (4). Desde un punto de vista anatómico-patológico, y dependiendo de la duración y la severidad de la isquemia puede haber hemorragia, ulceración y fibrosis. Las manifestaciones clínicas en forma de dolor abdominal, obstrucción o rectorragia (2,3) pueden aparecer tanto en la colitis isquémica como en el cáncer y no nos ayudan en el diagnóstico diferencial. Las pruebas de imagen como el enema opaco, la colonoscopia con biopsia y la tomografía axial computarizada deben de usarse de forma rutinaria y sobre todo, combinada, en el diagnóstico diferencial entre el carcinoma y el pseudocarcinoma (3-5). Imágenes de estenosis, ulceración, pérdida de la haustración o espiculación (5) pueden aparecer tanto en el pseudocarcinoma como en el cáncer, por lo que es muy difícil mantener una actitud conservadora ante una sospecha de neoplasia. Cuando se observan estas imágenes y la biopsia es negativa, conviene volver a repetir los estudios radiológicos y endoscópicos en 2 ó 3

semanas (3,4). Si se trata de un pseudocarcinoma debido a un episodio agudo de colitis, es esperable que los hallazgos radiológicos y endoscopios cambien de forma drástica debido a la reabsorción del edema y de la hemorragia que se traducirían en una desaparición de la imagen patológica o en una transformación de la misma en un patrón típico de colitis segmentaria (3). Si las imágenes persisten y no se modifican, está indicada la laparotomía ante la elevada sospecha que pueda ser un tumor. La importancia de la combinación de las pruebas de imagen reside en que la resección quirúrgica en el pseudocarcinoma sólo estaría indicada en caso de estenosis severa como era nuestro caso o sangrado persistente que comprometa la vida, mientras que cuando se trata de un cáncer colorrectal el tratamiento quirúrgico estaría claramente indicado.

D. Morales García, J. M. Bernal Marco<sup>1</sup> y A. Naranjo Gómez

*Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander*

## Bibliografía

1. Kilpatrick ZM, Farman J, Yesner R, Spiro HM. Ischemic proctitis. J Am Assoc 1968; 205: 64-70.
2. Pla Martí V, Alos Company R, Ruiz Carmona MD, Solana Bueno A, Roig Vila JV. Experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico y conservador de la colitis isquémica. Rev Esp Enferm Dig 2001; 93: 501-4.
3. Brandt LJ, Katz HJ, Wolf EL, Mitsudo S, Boley SJ. Simulation of colonic carcinoma by ischemia. Gastroenterology 1985; 88: 1137-42.
4. Jeck T, Sulser H, Heer M. Local ischemia causes carcinoma-like changes of the rectum. Dis Colon Rectum 1996; 39: 1026-30.
5. Lee HH, Agha FP, Owyang C. Ischemic colitis masquerading as colonic tumor: an unusual endoscopic presentation. Endoscopy 1986; 18: 31-2.