

Presentación de caso

Tumor en hipogastrio

Autores: Dra. Luisa Blanco Pineda.
Dra Sarahy Sepúlveda Figueroa.
Dra Aida Malagón Crespo.
Dr. Reidel Cabrales Romay.

Hospital Julio Trigo López.
2019

Paciente femenina de 47 años, con antecedentes de operación, hace un año, de oclusión intestinal por tumor de colon sigmoides, con colostomía. Ingresa por dolor lumbar izquierdo que se irradia a miembro inferior, deposiciones sanguinolentas, vómitos y fiebre desde hace 7 días.

Examen Físico: doloroso en fosa lumbar y fosa ilíaca izquierda, se palpa tumoración a este nivel. TR: aumento de volumen firme lobulado, liso, en cara anterior del recto, TV: útero de tamaño normal, firme, fijo, cuello corto, no se tactan los anejos.

Hto: 0,27 vol%, leucocitosis a predominio polimorfonucleares.

Eritrosedimentación: 112mm/h.

Se realiza US : Vejiga casi vacía, en hipogastrio y hacia la izquierda imagen compleja de 128x95mm, predominio ecogénica, contornos lobulados, sin señal de flujo, no movimientos peristálticos, en su cara posterior pierde la interfase con el recto y rodeada por escaso líquido. No se visualizan los anejos. Uretero-hidronefrosis izquierda.

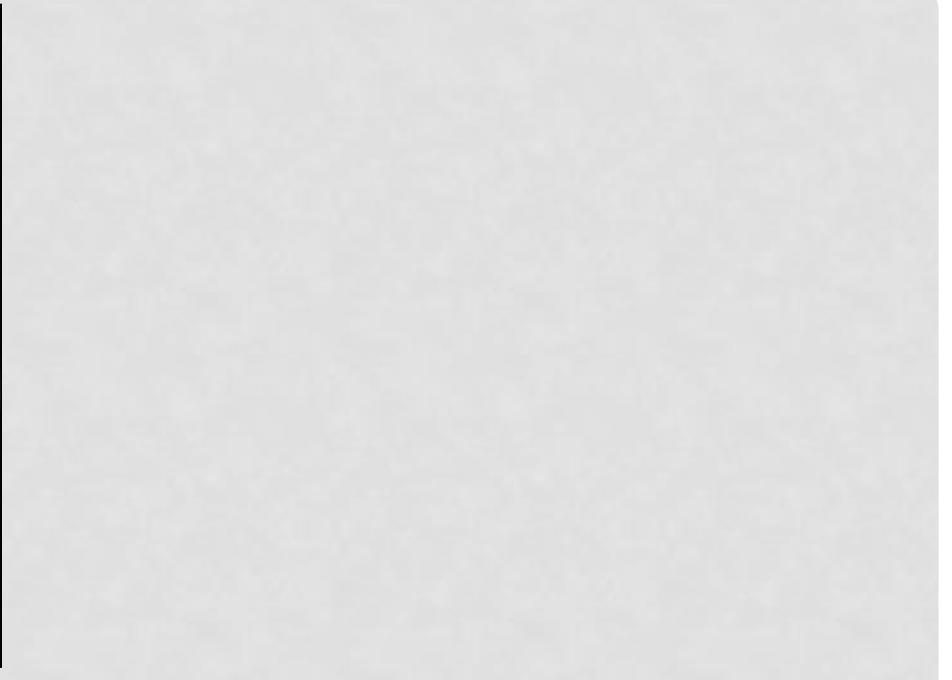
ID: Absceso vs Tumor abscedado.

US TV: Útero de tamaño normal eco-patrón heterogéneo, endometrio lineal, no se logran visualizar los anejos.

RSMC: se explora con equipo rígido hasta 12cm del borde anal, mucosa normal, a medida que se avanza con el equipo se observa gran cantidad de mucus amarillento mezclado con sangre.

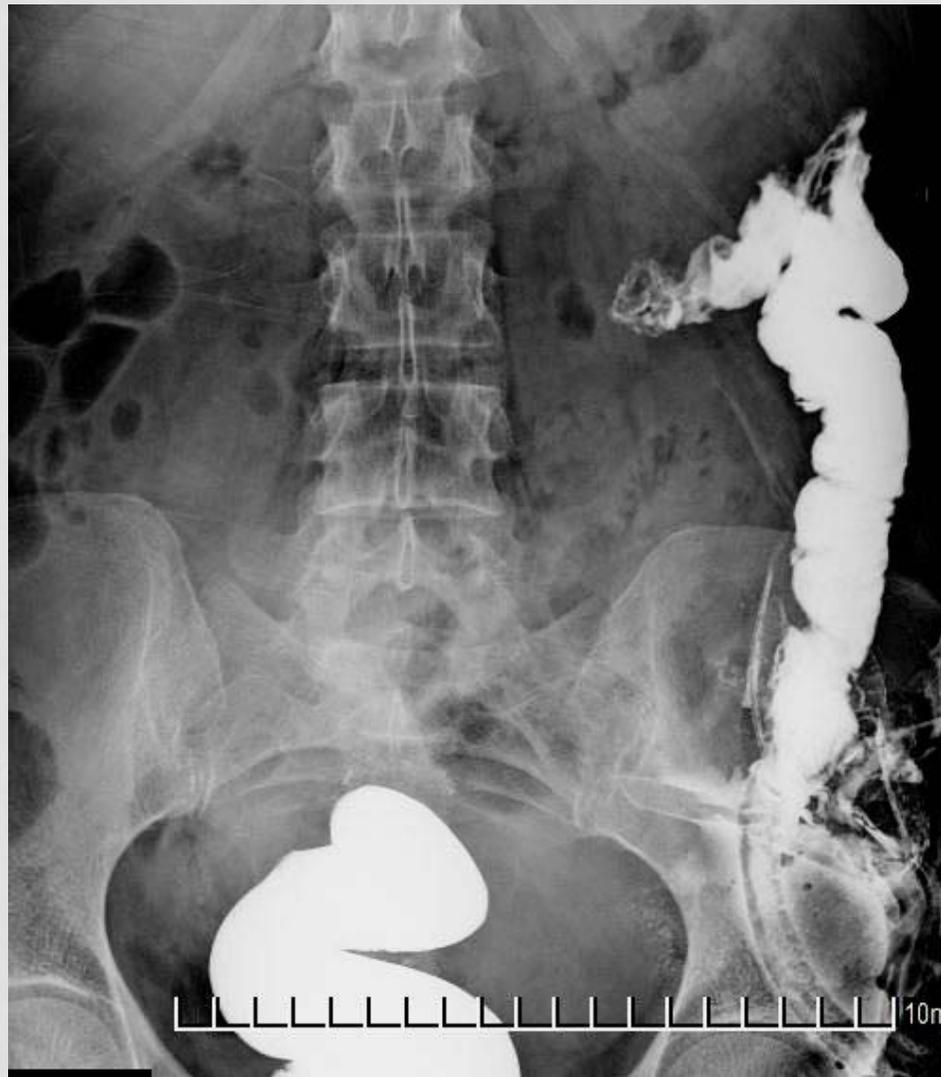
Cistografía miccional: se observa doble densidad del contraste mayor hacia el suelo vesical, contornos bien delimitados, en relación a compresión extrínseca.

Cistoscopia: pared posterior rechazada por compresión extrínseca, vejiga normal.



Cinco meses antes del ingreso



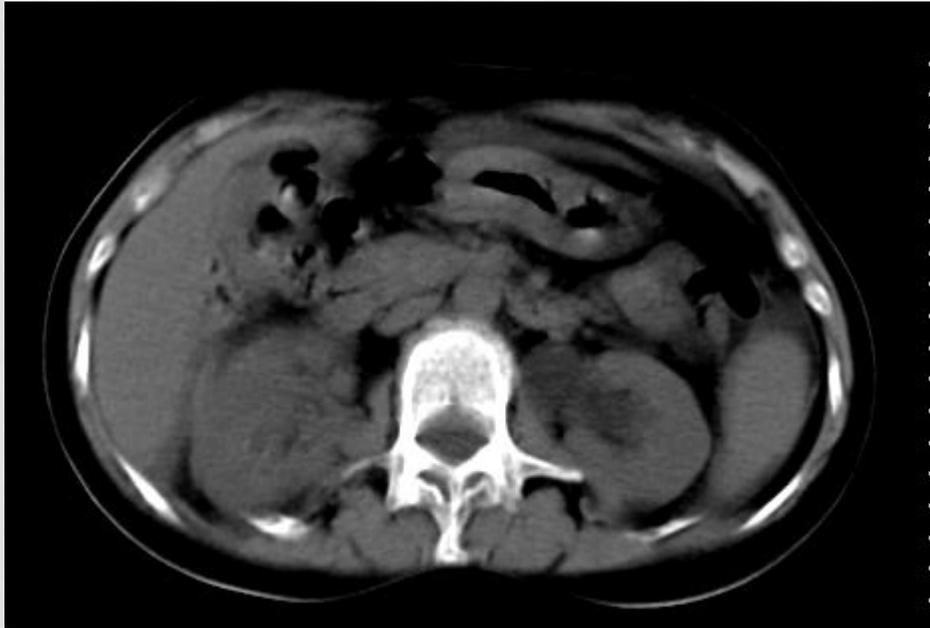


Un mes antes del ingreso



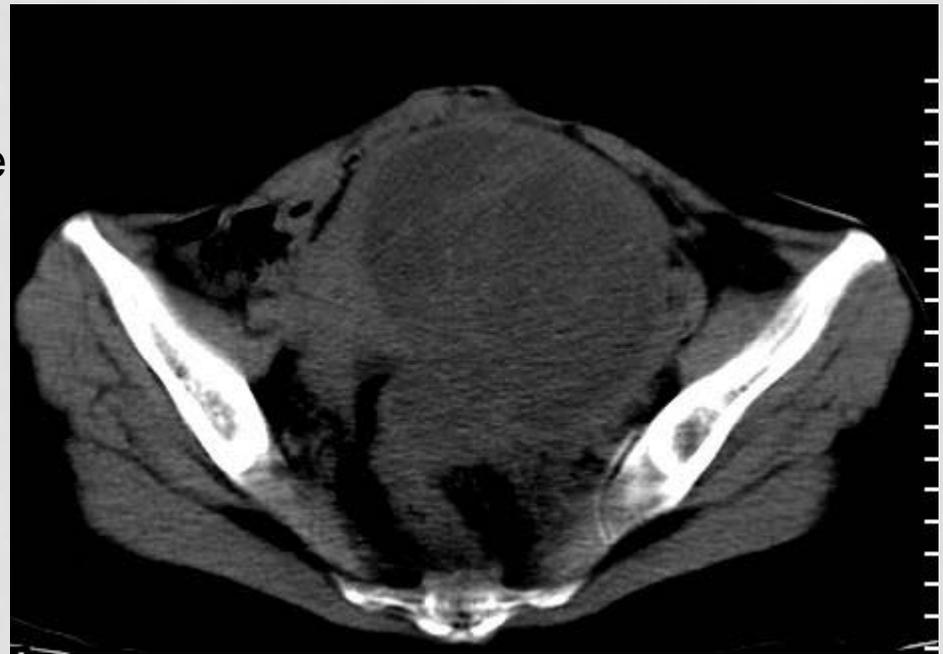






Hidronefrosis del RI

En hipogastrio imagen predominantemente hipodensa 29 a 36 UH con pared gruesa de 101x118x75 mm que sugiere ovario.



Se mantiene con el dolor y fiebre en ocasiones, leucocitosis a predominio de polimorfonucleares, eritrosedimentación acelerada.

Es intervenida quirúrgicamente: colección pélvica con pus y fibrina, se drena, lava y se deja drenaje.

Resultado de Anatomía Patológica: Adenocarcinoma de intestino, moderadamente diferenciado con áreas de necrosis.

Conclusiones: El ultrasonido continúa siendo una herramienta importante en el diagnóstico del tumor en hipogastrio.

Cáncer de colon

- Es el segundo tumor más frecuente.
- Se reportan 129 mil casos anuales y 56 600 muertes en el mundo.
- Colon derecho es anemisante, el izquierdo es estenosante.
- Mayor frecuencia se presenta en recto-sigmoides.
- Signo directo de presentación es un defecto de lleno del órgano.
- Metastizan hígado, pulmón, hueso.
- El 80% será potencialmente curable; de éstos, el 40% desarrollará recidivas, menos del 25% de éstas serán resecables, y la probabilidad de resección curativa es proporcional al tiempo de detección.
- Sólo la mitad de los pacientes con carcinomas de colon y recto vivirá más de 5 años y la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa.

Patrones de la neoplasia del colon

- Forma oclusiva
- Forma invaginada
- Forma polipoidea
- Forma estenosante

Factores de riesgo

1. Historia anterior
 - Pólipos o cáncer colónico
 - Carcinoma del tracto genital femenino o de la mama
 - Condiloma acuminado
2. Historia familiar
 - Cáncer o pólipos del colon
 - Poliposis familiar
 - Síndrome de Gardner
3. Enfermedades asociadas
 - Colitis ulcerativa
 - Colitis granulomatosa
4. Edad
 - Por encima de los 40 años

Bibliografía

- Elias AW, Merchea A, Moncrief S, Wise KB, Colibaseanu DT, Dozois EJ. Recurrence and long-term survival following segmental colectomy for right-sided colon cancer in 813 patients: a single-Institution study. J Gastrointest Surg, 2019. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04271-4>.
- Ramírez-Rodríguez JM y Aguilera-Diago V. Recidiva local en el cáncer de colon y recto. Cir Esp. 2005;78(6):344-50.
- Duineveld LAM, van Asselt KM, Bemelman WA, Smits AB, Tanis PJ, van Weert HCPM, Wind J. Symptomatic and asymptomatic colon cancer recurrence: A multicenter cohort study. Ann Fam Med 2016;14:215-220.
- Chesney TR, Nadler A, Acuna SA, Swallow CJ. Outcomes of resection for locoregionally recurrent colon cancer: A systematic review. Surgery 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2016.03.017>.
- Fuccio L, Rex D, Ponchon T, Frazzoni L, Dinis-Ribeiro M, Bhandari P, et al. New and recurrent colorectal cancers after resection: a systematic review and meta-analysis of endoscopic surveillance studies. Gastroenterology, 2019. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.006>.



MUCHAS GRACIAS