

Hemicolectomía derecha asociada a duodenopancreatectomía cefálica

*Por cáncer de colon transverso
fistulizado en duodeno*

Dres. Alberto Estefan, José L. Palacio,
Dercilio Oliveira, José Praderi,
Washington de Mello y Juan C. Falchetti

Los autores presentan un caso de fistula colo-duodenal maligna (F.C.D.M.) secundaria a un cáncer (adenocarcinoma medianamente diferenciado) del sector proximal del colon transverso.

La táctica quirúrgica empleada fue una hemicolectomía derecha asociada a duodeno-pancreatectomía cefálica.

No hubo complicaciones postoperatorias. Actualmente tiene 4 meses de evolución y se encuentra en excelentes condiciones.

A propósito de este caso se efectúa una discusión de los aspectos técnicos y tácticos de la H.C.D. asociada a D.P.C. por F.C.D.M.

Al mismo tiempo se presenta una revisión de 24 casos de F.C.D.M. tratados mediante este procedimiento.

Clinica Quirúrgica "3" (Dir. Prof. Dr. R. Praderi). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

The surgical technique used was a right hemicolectomy associated with a cephalic duodeno-pancreatectomy.

There has a four months' evolution and is in excellent condition.

In connection with this case, technical and tactical aspects of right hemicolectomy associated with cephalic duodeno-pancreatectomy due to malignant colo-duodenal fistula are discussed.

A review is also presented of 34 cases of malignant colo-duodenal fistula treated by the same procedure.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Colonic Neoplasms / Surgery.

SUMMARY: Right hemicolectomy associated with cephalic duodenopancreatectomy.

Authors present a case of malignant colo-duodenal fistula (M.C.D.F.) secondary to a cancer (fairly differentiated adeno carcinoma) of the sector proximal to the transverse colon.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 de agosto de 1985.

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía del M.S.P., Becario extranjero, Asistente de Clínica Quirúrgica y Residentes de Cirugía del M.S.P.

Dirección: José H. Figueira 2302. Montevideo (Dr. A. Estefan)

RÉSUMÉ: Hémiectomie droite associée à une duodénopancréatectomie céphalique par un cancer du côlon transverse, fistulisé dans le duodénum.

Les auteurs présentent un cas de fistule colo-duodénale maligne (F.C.D.M.) secondaire à un cancer (adénocarcinome moyennement différencié) du secteur proximal du côlon transverse. La tactique chirurgicale employée fut une hémiectomie droite associée à une duodénopancréatectomie céphalique. On n'a pas constaté de complications post-opératoires. Actuellement, le malade a 4 mois d'évolution et il est en parfaite condition.

A propos de ce cas on réalise une discussion sur les aspects techniques et tactiques de l'Hémiectomie droite associée à une duodénopancréatectomie céphalique para F.C.D.M. En même temps, on présente une révision de 24 cas de F.C.D.M. traités à travers ce procédé.

INTRODUCCION

La fístula digestiva interna secundaria a un tumor maligno de colon derecho fistulizado en el duodeno se conoce en la literatura bajo la denominación genérica de fístula duodeno-cólica maligna.

La clínica, los estudios contrastados (tránsito gastro-duodenal y colon por enema), la exploración operatoria y la anatomía patológica demuestran lo siguiente: 1) el tumor primitivo es colónico, que en su crecimiento primero invade al duodeno y luego se fistuliza en la luz de este órgano; 2) el sentido del tránsito es bidireccional, dependiendo de la diferencia de presiones en el duodeno y en el colon.

Es por ello que proponemos denominar a esta afección como fístula colo-duodenal maligna (F.C.D.M.).

La F.C.D.M. es una entidad anátomo-clínica infrecuente. Haldane⁽²²⁾ en 1862, publica el primer caso de F.C.D.M.: se trataba de un cáncer de ciego fistulizado en duodeno y en colon transverso simultáneamente. Lefebvre y Gardner⁽³¹⁾ en 1959, reúnen 39 casos y Chang y Rhoads⁽¹²⁾ en 1982, efectúan una revisión de 55 casos (54 adenocarcinomas y un linfosarcoma); ambas series corresponden a revisiones de la literatura anglosajona.

La incidencia de cánceres del ángulo derecho y del sector proximal del colon transverso es relativamente escasa en comparación al resto de las neoplasias colónicas. En efecto, su frecuencia varía entre el 4.1%⁽⁵¹⁾ al 6%⁽¹⁷⁾.

Phillips y cols.⁽³⁹⁾ establecen que los cánceres del ángulo derecho y del sector proximal del colon transverso tienen, a la exploración operatoria, una fijación a estructuras anatómicas adyacentes (vaina y grasa perirrenal, hígado, vesícula, duodeno, páncreas, etc.) en el 19% al 24% de los casos.

Calmeson y Black⁽⁵⁾ reportan que de 1.400 cánceres del colon derecho en 6 (0.4%) existía una infiltración tumoral del duodeno y en 2 (0.1%) una F.C.D.M. Welch y Warshaw⁽⁵⁷⁾ recolectan 5 casos de F.C.D.M. provenientes del Massachusetts General Hospital en el período entre 1944 y 1972. Establecen una frecuencia estimada de F.C.D.M. de 1 en 900 cánceres del colon derecho. Bertrand y cols.⁽⁴⁾ reportan 3 infiltraciones del duodeno en una serie de 100 cánceres de colon derecho y ninguna F.C.D.M.

Metman y cols.⁽³⁵⁾ encuentran 3 F.C.D.M. en 128 cánceres del colon derecho (2.4%).

Herthenson y Kirsner⁽²³⁾ hallan 1 caso de F.C.D.M. en 8.100 autopsias.

En nuestro medio se han comunicado fístulas colo-digestivas neoplásicas por Schneeberger y

col.⁽⁴⁹⁾ y Armand Ugon y col.⁽²⁾ pero ninguna de ellas se trataba de una F.C.D.M. L. Praderi⁽⁴⁰⁾ plantea las posibles soluciones tácticas frente a la F.C.D.M. pero no aporta casuística.

El motivo de esta comunicación es: a) reportar un caso de F.C.D.M. tratada mediante hemicolectomía derecha (H.C.D.) asociada a duodeno-pancreatectomía cefálica (D.P.C.) con sobrevida. Según nuestra encuesta bibliográfica sería la primer F.C.D.M. reportada en nuestro medio y por ende también la primer H.C.D. asociada a D.P.C. por esta etiología; b) discutir los problemas técnicos y tácticos que esta rara complicación del cáncer colónico plantea; c) reportar la experiencia recolectada de la literatura (25 casos).

CASO CLINICO

M.A.T. Sexo femenino, 70 años, labores, Montevideo.

Comienza hace 10 meses con dolor en hipocondrio derecho postprandial inmediato y distensión abdominal. Consulta en policlínica y es medicada con medicación sintomática, no mejorando el cuadro clínico. 3 meses después, consulta nuevamente en el mismo Servicio por diarreas líquidas en número de 7 a 8 deposiciones por día en las cuales reconoce alimentos digeridos horas o días antes. Simultáneamente, reiterados episodios de enterorragias. Se decide su internación efectuándose los siguientes estudios: colecistografía, esófago-gastroscofia, fibrocolonoscopia, ecotomografía, test de vaciamiento gástrico, estudio contrastado esófago-gastro-duodenal. El diagnóstico final fue de sangrado digestivo secundario a microtelangiectasias gástricas demostradas en el estudio endoscópico correspondiente. Es dada de alta tratamiento sintomático.

Ingresa al Hospital Maciel el 20/3/85 por persistencia del dolor y el autodescubrimiento de una tumefacción del hipocondrio derecho del tamaño aproximado a "un puño". Persiste con 4 o 5 deposiciones diarias y con el reconocimiento en las materias fecales de alimentos ingeridos horas o días antes. Adelgazamiento de 14 kilos.

Al examen: enferma adelgazada, palidez cutáneo-mucosa, tumoración de hipocondrio derecho intraabdominal e intraperitoneal de 6 por 8 cm de superficie irregular, consistencia dura y discretamente dolorosa a la compresión, fija.

Colon por enema: imagen estenosante, vegetante e infiltrante localizada en el sector proximal del colon transverso.

La fibrocolonoscopia sólo pudo visualizar hasta el ángulo esplénico, no reveló patología en el sector colo-rectal explorado.

Hto: 29%; Hb: 9 gr%; Alb: 2.6 gr%; F.A.: 220 mU/ml.

OPERACION. Incisión: transversa supraumbilical bilateral.

Tumor del ángulo hepático del colon exteriorizado a la serosa que ocupa la casi totalidad de la circunferencia del colon, vegetante e infiltrante. El tumor está fijo al sector inferior del duodeno II, al ángulo II-III del duodeno y a la cabeza del páncreas en su sector yuxtaduodenal. No se individualizan ganglios metastasiados.

Fístula neoplásica colo-duodenal de 4 por 2 cm aproximadamente.

Procedimiento: Decolamiento total retro-duodeno-pancreático. Liberación de la pequeña y gran curva gástrica. Sección del estómago en su sector medio. Vaguetomía troncular bilateral. Sección del páncreas a nivel del cuerpo pancreático. Disección del pedículo hepático. Hepato-colédoco de 7 mm de diámetro. Cístico de abocamiento yuxtapapilar. Vesícula sin litiasis. Arteria hepática propia pre-hepática. La rama derecha de la arteria hepática propia es también prehepática y cruza al hepático co-

mún a 1 cm de la confluencia de los hepáticos derecho a izquierdo. Ligadura y sección de la arteria gastro-duodenal. Colectectomía. Sección del hepático común. Disección del hepático y decruzamiento bilio-vascular. Sección del duodeno III a la derecha de los vasos mesentéricos. Desprendimiento final del páncreas cefálico de la vena porta.

Hemicolectomía derecha convencional seccionando al colon transverso en su sector izquierdo próximo al ángulo esplénico y al ileon a 70-80 cm de la válvula ileo-cecal.

Anastomosis pancreático-gástrica por intususcepción del páncreas residual en la cara posterior del muñón gástrico. Gastro-yeyunostomía oral parcial. Confección de un asa de Hivet-Warren modificada. Sección del extremo inferior del hepático común en "pico de flauta". Hepático-yeyunostomía término-lateral en un plano de Dexon 5/0 a puntos separados.

Se calibra la anastomosis con un tubo transhepático izquierdo en sedal. Anastomosis ileo-colónica látero lateral en dos planos.

EVOLUCION. Alta a los 22 días. A los 4 meses se retira el tubo transhepático izquierdo en sedal previo control colangiográfico. Último control a los 5 meses; asintomática; alimentación libre; ha recuperado 8 kilos de peso.

ANAT. PATOL. Macroscópico: Pieza integrada por un segmento de estómago, duodeno I y 5 cm del duodeno II. Colon ascendente, transverso y 70 cm de ileon terminal.

A nivel de la rama eferente del ángulo derecho se encuentra un proceso vegetante, que se extiende unos 30 mm en sentido longitudinal y toma los 3/4 de la circunferencia del órgano. El proceso tumoral tiene una solución de continuidad de aproximadamente 3-4 cm.

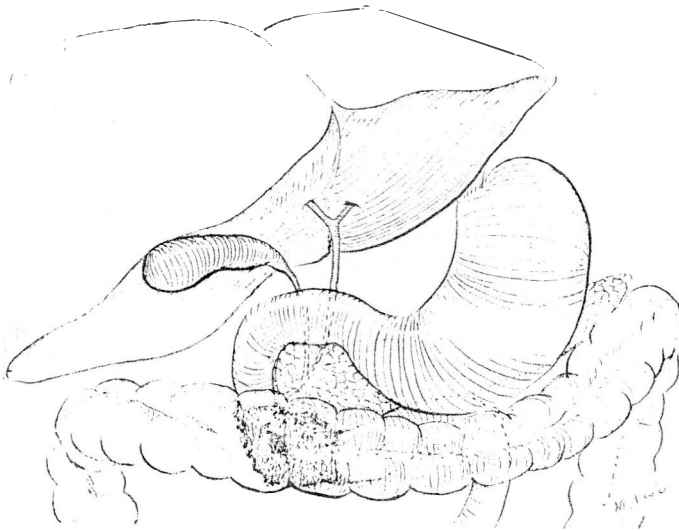
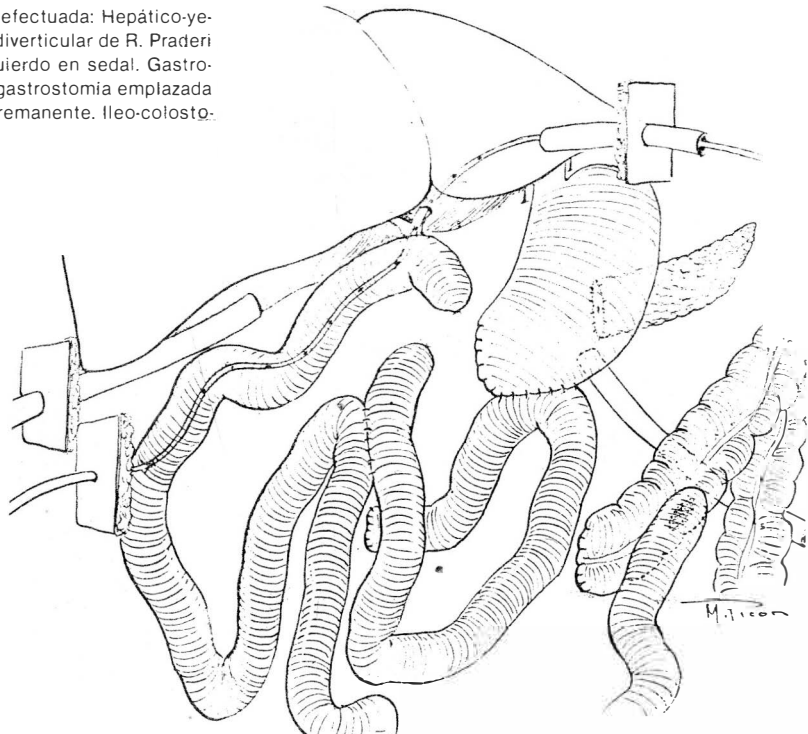


Fig. 1. Esquema de los hallazgos operatorios.

Fig. 2. Esquema de la reconstrucción efectuada: Hepático-yeyunostomía término-lateral sobre asa diverticular de R. Praderi calibrada con tubo trans-hepático izquierdo en sedal. Gastro-yeyunostomía oral parcial. Páncreato-gastrostomía emplazada sobre la cara posterior del estómago remanente. Ileo-colostomía látero-lateral.



En el duodeno II y el ángulo II-III existe una solución de continuidad de 3 a 4 cm.

Acompañan a esta pieza la vesícula biliar.

Microscópico: Microscópicamente: a) Secciones de pared de colon con una neoformación celular atípica, integrada por elementos epitelioides cilíndricos-cúbicos, con moderado pleomorfismo nuclear, regular número de mitosis, sin evidencias de secreción. Conforman una estructura glanduliforme que infiltra todas las paredes del órgano, con zonas de necrosis existiendo un extremo con un exudado fibrino purulento.

b) Secciones de pared de duodeno infiltradas por la neoplasia anteriormente descrita. Existen lobulillos pancreáticos, con moderada fibrosis septal sin otras alteraciones.

c) Pared de vesícula biliar sin alteraciones histopatológicas de significación diagnóstica.

d) No existen metástasis ganglionares.

En suma: Adenocarcinoma de colon, medianamente diferenciado fistulizado en duodeno e infiltración de la pared del duodeno en todo su espesor.

DISCUSION

La sobrevida actual a los 5 años del cáncer de colon estadificado según el sistema Aster-Coller modificado por Funderson y Susin⁽²¹⁾ en el estadio B3 (tumor que infiltra un órgano adyacente pero sin ganglios positivos) es del 63%. En el estadio C3 (tumor que infiltra un órgano adyacente pero con ganglios positivos) es del 38%⁽⁵⁸⁾.

El cáncer del ángulo derecho o del sector proximal del transversal fistulizado en duodeno no implica, pues, necesaria y obligatoriamente la imposibilidad de "curación". Para lograr o pretender la "curación" es necesario emplear una táctica quirúrgica oncológica que incluya la resección en monoblock de: a) el sector colónico asiento del tumor; b) el trayecto fistuloso; c) el órgano infiltrado en forma parcial o total; d) vaciamiento linfo-ganglionar adecuado.

La primer H.C.D. asociada a D.P.C. con sobrevida fue efectuada por Linton⁽³²⁾ en 1941. La operación fue practicada en dos operaciones sucesivas. En una primera se "aisló la fístula" mediante: a) la transección y exclusión del estómago distal y gastro-yeyunostomía y b) íleo-transversostomía término-lateral. En una segunda operación (14 días después) se efectuó: a) la resección en block del duodeno-páncreas y la H.C.D.; b) anastomosis colecisto-yeyunal; c) exclusión mediante "ligadura" del páncreas remanente.

Janes y Mills⁽²⁶⁾ en 1959, reportan la primer H.C.D. y D.P.C. en una etapa quirúrgica con sobrevida. Guillemín y col.⁽²⁰⁾ en 1977 presentan una revisión de 7 casos tratados de este modo. Chang y Rhoads⁽¹²⁾ en 1982, analizan 13 casos de la literatura anglosajona. Por nuestra parte hemos reunido y analizado 25 casos de la literatura. (Tabla 1).

La H.C.D. asociada a D.P.C. es competitiva de otros procedimientos, también pretendidamente

radicales, pero que conllevan una exéresis más limitada. Estos procedimientos están representados por la H.C.D. asociada a la resección del trayecto fistuloso y una duodenectomía más o menos limitada^(1, 3, 4, 7, 9, 11, 15, 20, 23, 31, 56, 59). Los resultados inmediatos (mortalidad operatoria) y alejados parecen demostrar que la H.C.D. asociada a D.P.C. es la mejor opción terapéutica^(8, 12, 20, 32, 36, 54).

La H.C.D. asociada a D.P.C. por F.C.D.M. tiene desde el punto de vista técnico, algunas connotaciones que es necesario resaltar: 1 - Al tratarse de un cáncer colónico no es oncológicamente obligatoria la resección del uncus pancreático ni de la totalidad del duodeno. Por ello creemos aconsejable seccionar el duodeno a la derecha de los vasos mesentéricos con lo cual se evita el des-cruzamiento del duodeno y del ángulo duodeno-yeyunal.

2 - Por la misma razón, puede estar indicada la conservación del píloro y del sector proximal del duodeno I empleando la técnica propuesta por Traverso y Longmire⁽⁵²⁾.

3 - Existencia de un hepato-colédoco no dilatado como consecuencia de no coexistir una obstrucción biliar. Entendemos que es prudente efectuar la anastomosis bilio-yeyunal empleando la vesícula (cuando exista un cístico de calibre adecuado) o el hepático (resecando siempre la vesícula) pero procediendo a su calibrado mediante un tubo transhepático en sedal^(41, 42, 43, 44).

En nuestro caso se seccionó el duodeno III a la derecha de los vasos mesentéricos. La presencia de un cístico de abocamiento yuxta-papilar obligó a la colecistectomía. La disposición prehepática de la arteria hepática propia y de su rama derecha al des-cruzamiento bilio-arterial. La anastomosis hepático-yeyunal se efectuó seccionando el hepático en "pico de pato" y calibrando la anastomosis con un tubo transhepático izquierdo en sedal.

De 25 casos de H.C.D. asocia a D.P.C. por F.C.D.M. por nosotros analizado (Tabla 1), la mortalidad operatoria fue de 12% (3/25). De 22 enfermos que sobrevivieron a la operación, 5 (22.7%) fallecieron por recidiva neoplásica entre los 8 y los 30 meses.

Un caso falleció a los dos meses por colangitis: se había efectuado un colédoco-yeyunostomía con vesícula "in situ". La persistencia de la vesícula por debajo de una anastomosis bilio-digestiva la consideramos proscripta porque predispone a complicaciones infecciosas.

Otro caso falleció a los 12 meses por Infarto Agudo de Miocardio. Quince (68%) estaban vivos y sin manifestaciones de actividad oncológica en lapsos variables entre 4 meses y 26 años.

Autor	N° Casos operados	Muertes operator.	SEGUIMIENTO ALEJADO		
			Muerte por Recidiva	Muerte por Complic. No Neoplás.	Vivos
Linton 1941	1	—	—	12 m. (I.A.M.)	—
	2	—	8 m.	—	—
Calmenson 1947	3	—	12 m.	—	—
Prohaska 1956	4	—	30 m.	—	—
Gallagher 1956	5	—	—	—	12 m.
	6	—	—	2 m. (Colang.)	—
Janes 1959	7	—	—	—	18 m.
Hopkins 1965	8	—	—	—	?
Musicant 1969	9	—	—	—	8 m.
Cuinaud 1971	10	—	—	—	16 m.
Vieta 1974	11	—	—	—	11 a.
Hirscu 1975	12	—	—	—	26 a.
Welch 1977	13	—	—	—	14 a.
Francillon 1977	14	—	—	—	5 a.
Lombard 1977	15	—	—	—	12 m.
Cit. por Guillemin 1977	16	+	—	—	—
	17	+	—	—	—
	18	+	—	—	—
	19	—	18 m.	—	—
	20	—	30 m.	—	—
	21	—	—	—	27 m.
	22	—	—	—	30 m.
Mori 1981	23	—	—	—	?
Chang 1982	24	—	—	—	18 m.
Autores 1985	25	—	—	—	4 m.
TOTALES	25	3	5	2	15

Tabla 1. Revisión de la literatura. Resultados de la hemicolectomía derecha asociada a duodenopancreatectomía cefálica por F.C.D.M.

CONCLUSION

La H.C.D. asociada a D.P.C. tiene plena justificación en el tratamiento de la F.C.D.M. en enfermos seleccionados, por cuanto: a) es la mejor posibilidad de curación; b) está gravada de una morbi-mortalidad postoperatoria aceptable en manos experimentadas en cirugía duodeno-pancreática; c) los procedimientos "menores" de alternativa poseen resultados inmediatos (morbi-mortalidad postoperatoria) y alejados (sobrevida) sustancialmente peores que la D.P.C.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABACARIAN H., UDEZUE N. — Colenteric fistulas. Dis. Colon Rectum 21: 281, 1978.
2. ARMAND UGON A., ARRIAGA P., REISSEINWEBBER N. — Fistula neoplásica sigmoide-ileal asociada a colopatía diverticular. Cir. Urug. 45: 387, 1975.
3. BACAILE A. — Dix-Huit cas de fistule duodenocolique. Arch. Mal. App. Dig. 41: 6, 1952.
4. BERTRAND P., FRANCILLON J., SAUBIER E.C. — A propos de 3 cas de fistule duodeno-colique par cancer du colon droit. Lyon Chir. 54: 936, 1958.
5. CALMESON M., BLACK B.M. — Surgical management of carcinome of the right portion of the colon with secondary involvement of the duodenum including duodeno colic fistula. Surgery 21: 476, 1947.
6. CALVERT D.G., MEDHURST G.A. — Fistula formation between the duodenum and colon. Br. J. Surg. 48: 136, 1960.
7. CARNOT P., CAROLI J. — Fistule duodeno-colique par cancer du colon. Bull. Mem. Soc. Med. Hop. Paris 6: 234, 1936.