

Cáncer de colon como contenido de una hernia inguinal

Dres. José Luis Palacio¹, Oscar Cluzet², Francisco Font³, Augusto Müller⁴, Antuán El-Ters⁵

Resumen

Presentamos un caso de cáncer colónico como contenido de una hernia inguinal que constituye una rara asociación lesional. Se analizan los estudios que nos llevaron al diagnóstico preoperatorio de esta afección, así como hacemos una revisión de la bibliografía.

Palabras clave: Neoplasias de colon. Hernia inguinal.

Summary

A case of colonic cancer as content of inguinal hernia is presented. This is a rare lesional association. The studies that made preoperative diagnosis possible are analysed and a bibliographical revision is made.

Introducción

La hernia inguinal es una de las afecciones quirúrgicas más frecuentes del hombre a todas las edades. El colon dentro del saco hemiario ya sea libre o deslizado es una contingencia frecuente que contrasta con la aparición de un cáncer colónico como contenido de una hernia inguinal, hallazgo éste excepcional.

El motivo de esta presentación es mostrar la secuencia clínico-imagenológica que nos llevó al diagnóstico preoperatorio de esta rara asociación lesional, constituye el primer caso publicado en nuestro medio, según nuestra revisión bibliográfica.

Historia clínica

S.S.C. Hosp. Pasteur. Montevideo. Fecha de ingreso: 3 de abril de 1989.

Paciente de 83 años, epiléptico tratado, portador de

Trabajo de las Clínicas Quirúrgicas "1" y "2" Profs. Dir. Dres. B. Delgado y C. Silva. Facultad de Medicina. ROU.

1. Asistente de Clínica Quirúrgica "2". 2 Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica "1". 3. Residente de Clínica Quirúrgica "1". 4. Asistente de Clínica Quirúrgica "1". 5 Practicante interno MSP.

Presentado el 13 de junio de 1990.

Correspondencia: Dr. J.L. Palacio.
M. Errazquin 2370. Montevideo, Uruguay

hernia inguinal escrotal izquierda de 3 años de evolución, que hace 1 año se vuelve irreductible, notando a nivel escrotal una tumoración dura, de rápido crecimiento sin alteraciones del tránsito digestivo bajo.

Ingresa por marcada repercusión general con adelgazamiento de 17 kg, dolor epigástrico y vómitos.

Examen físico: adelgazado, anemia clínica. Abdomen excavado sin visceromegalias ni tumoraciones detectables. No ascitis. A nivel inguino-escrotal izquierdo presenta tumoración de 15 por 10 cm, dura pétreo, móvil, groseramente ovalada de superficie lisa, indolora, que permite definir un límite superior inguinal y un límite inferior que se separa nítidamente del testículo y epidídimo los cuales son de características normales, existiendo impresión semiológica que hay fijación de su pedículo a la tumoración. Tacto rectal normal.

Dado que el motivo de consulta fue el dolor epigástrico y vómitos se solicita una fibrogastroscofia que informa antritis erosiva y pólipo en cara posterior del cuerpo gástrico que se biopsia.

La anatomía patológica informa "gastritis crónica" sin malignidad.

Como estos hallazgos no explican por sí solos la anemia con un hematocrito de 29% y la repercusión general con adelgazamiento marcado que presenta, se estudia la tumoración escrotal izquierda.

Colon por enema: se aprecia el colon en el saco herniario con una imagen de estenosis extensa e irregular (figura 1).

Ecografía muestra hidrocele bilateral testículo y epidídimo normales, tumoración sólida de saco herniario que invade hemiescrotos izquierdo.

La **TAC** (Tomografía Axial Computarizada) es concluyente al mostrar en bolsa izquierda una masa sólida con gas y restos de bario extravasado. Con respecto a la luz, en la periferia se encuentra proceso de alta densidad que puede corresponder a hematoma. Ausencia de infiltración testículo epididimaria. Exploración abdominal normal (figura 2).

Completada la valoración general se opera con

Tabla 1. Cánceres de colon como contenido de hernias inguinales

	Autor	Año	Edad	Sexo	Organo	Tumor
1	Gerhardi	1933	37	M	Sigmoide	Carcinoma
2	Fieber	1955	60	M	Sigmoide	Carcinoma
3	Bruce	1958	66	M	Sigmoide	Carcinoma
4	Lookanoff	1960	67	M	Sigmoide	Carcinoma
5	Silberman	1969	62	M	Ciego	Carcinoma
6	Griffiths	1964	74	M	Sigmoide	Carcinoma
7	Dross	1973	76	M	Ciego	Carcinoma
8	Horvath	1974	71	M	Sigmoide	Carcinoma
9	Gross	1980	86	M	Colon ascendente	Carcinoma
10	Gross	1980	73	M	Sigmoide	Carcinoma
11	Kanzer	1983	70	M	Sigmoide	Carcinoma
12	Pappas	1983	80	M	Sigmoide	Carcinoma
13	Autores	1989	83	M	Sigmoide	Carcinoma

Modificado de Pappas y col (6) 1987.

diagnóstico de "Neoplasma de Colon Sigmoides contenido en hernia inguino-escrotal".

Incisión: inguino-escrotal izquierda.

Exploración: tumoración de origen sigmoides evadido infiltrando cordón espermático y escroto. No ascitis ni carcinomatosis peritoneal ni del saco hemiario.

Se realiza resección sigmoidea oncológica en sentido proximal y distal. Orquiectomía. Anastomosis colocolónica término-terminal en monopiano. Reparación parietal de tipo Bassini. Drenaje escrotal aspirativo.

Buena **evolución** posoperatoria, supuración parietal escrotal superficial.

Anatomía patológica: pieza de resección que comprende saco peritoneal herniario conteniendo sigmoides adherido a éste; formación brotante y ulcerada que ocupa casi toda la luz dejando un pequeño desfiladero, margen de resección distal y proximal libre de tumor. Testículo sin vinculación al tumor.

Microscopía: adenocarcinoma de colon de tipo mucinoso infiltrante parietal total (Dukes B) con infiltración del peritoneo (saco hemiario).

Discusión

Frente a esta tumoración de hemiescroto izquierdo en un enfermo portador de una hernia inguinal nos planteamos si el tumor se originaría en el tejido conjuntivo de las estructuras del cordón o en el colon contenido en el saco.

Descartamos el origen en testículo y epidídimo que se presentaban al examen normales y se separaban claramente de la tumoración.

A favor del origen conjuntivo constituyendo un sarcoma estaba la no existencia de alteraciones del tránsito intestinal, mientras que el antecedente de hernia

de reciente comienzo que se transformó en irreductible podría hacer sospechar el origen digestivo.

El colon por enema muestra una imagen en desfiladero, larga e irregular que podría ser por compresión extrínseca de una tumoración de bolsa.

La fibrocolonoscopia se descartó por la existencia de una angulación colónica a nivel del cuello herniario con riesgo perforativo.

La **TAC** no se solicitó para el diagnóstico de cáncer de colon aunque prácticamente lo confirmó al mostrar la existencia de una cavidad conteniendo contraste (bario) en comunicación con la luz colónica.

Comentario

Todas las vísceras abdominales han sido encontradas en distintas variedades de hernias.

Los hallazgos más frecuentes son intestino delgado y epiplón; menos frecuente es encontrar colon sigmoide, vejiga, ovarios, ciego, apéndice y estómago. Del mismo modo tumores de estas vísceras o sus metástasis pueden estar presentes en el saco herniario si bien su hallazgo es excepcional.

El primer caso reportado de tumor en un saco herniario fue publicado por Arnaud⁽¹⁾ en 1749. Lejars⁽⁴⁾ en 1899 desarrolla una clasificación en tumores saculares e intrasaculares que es usada actualmente.

Los tumores saculares son aquellos que se originan en el saco herniario o en las estructuras que componen el cordón espermático. Los tumores intrasaculares se originan en el órgano alojado en el saco herniario.

La asociación de cáncer de colon y hernia inguinal ha sido extensamente debatida por Davis⁽²⁾ y Maxwell⁽⁵⁾ pero la existencia de un cáncer colónico dentro de un saco herniario ha sido raramente comunicada.



Figura 1. Colon por enema que muestra desfiladero extenso e irregular a nivel herniario correspondiente a neoplasma colónico.

Yoell ⁽⁹⁾ en una revisión de 800 herniorrafias encontró 3 casos de tumores metastásicos (0,4%) aunque no encontró tumores primitivos.

En una revisión de la literatura hecha por Roslyn ⁽⁸⁾ en 1980 desglosa 23 tumores herniarios en 7 saculares y 16 intrasaculares; dentro de estos últimos predomina el cáncer de colon, 7 en 16 casos.

Pappas ⁽⁶⁾ revisa la asociación de cáncer de colon contenidos en hemias inguinales en 1987 incluyendo los casos publicados por Roslyn. Existen 12 casos de neoplasmas colónicos documentados siendo 9 de estos de origen en el sigmoides como es el caso que presentamos aquí (tabla 1).

Kanzer ⁽⁷⁾ jerarquiza el valor del estudio radiológico contrastado del colon para el diagnóstico del carcinoma colónico contenido en el saco herniario en el preoperatorio.

En nuestro caso también la TAC fue útil en el diagnóstico de esta tumoración escrotal quizás al mostrar el carcinoma ulcerado con depósitos de bario del estudio previo.

La enfermedad metastásica del saco herniario originada en un tumor primitivo no contenido en la hernia es la situación más frecuente observable en la práctica clínica.

También el cáncer de colon es el tumor más co-

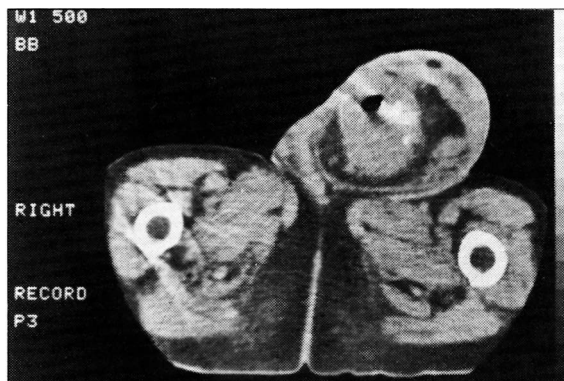


Figura 2. Tomografía computada que muestra tumoración herniaria con depósito de bario por fuera de la luz colónica.

múnmente asociado con metástasis en el saco herniario. Sin embargo han sido descritas metástasis de cáncer de vía biliar, próstata, ovario y páncreas así como metástasis de amígdalas, pericardio, estómago y melanoma.

Se invoca para explicar esta topografía de las metástasis fenómenos locales como inflamación y la gravedad.

Fieber ⁽³⁾ discute la significación de la incarceration para el tumor primario y el metastásico. Un tumor primario contenido en una hernia puede volverse irreductible por crecimiento, inflamación o adherencias. Asimismo la irreductibilidad de una hernia de larga evolución sugiere la posibilidad de asociación con un neoplasma.

Este caso representa la coincidencia de dos enfermedades muy comunes. La coexistencia de un cáncer de colon dentro de una hernia, sin embargo, es infrecuente.

Bibliografía

1. **Arnaud G.** Traite des hernies ou descentes. Paris, Le Mercier 1749 (vol 2).
2. **Davis WC, Jackson FC.** Inguinal hernia and colon carcinoma C.A. 1968; 18: 143-5.
3. **Fleber SS, Wolstenholme JT.** Primary tumors in inguinal hernia sacs. Arch Surg 1955; 71: 254-6.
4. **Lejars J.** Neoplasmes herniaires et periherniaires. Gaz Hosp 1899; 62:801.
5. **Maxell JW, Davis WC, Jackson FC.** Colon carcinoma and inguinal hernia. Surg clin North Am 1965; 45: 1165-71.
6. **Pappas D, Romeu J, Dave PB, Subietas A.** Colonic carcinoma in an inguinal hernia sac: Case Report and review of the literature. The Mount Sindr. J Med 1987; 54(2): 162-4.
7. **Kanzer B, Rosemberg RF.** Unusual contents in inguinal hernia sacs. NY State J Med 1983, 83: 1055-6.
8. **Roslyn JJ, Hable BE, Rangenath C.** Cancer in inguinal and femoral hernias. Am Surg 1980; 46: 358-362.
9. **Yoell JH.** Surprises in hernial sacs, diagnosis of tumors by microscopic examination. Calif Med 1959; 91:146-8.