

# CANCER DE COLON FISTULIZADO EN DUODENO TRATAMIENTO RADICAL

**Autores:** Dr. Alberto Estefan  
Dr. Roberto Cillereuelo  
Dr. José Praderi  
Dr. Manuel Justo  
Dr. Carlos Bianchi  
Dr. Raúl Praderi

**Trabajo de la Clínica Quirúrgica "3". Hospital Maciel  
Facultad de Medicina. Montevideo**

El objetivo de esta comunicación es reportar dos casos de fístula cólico-duodenal maligna (F.C.D.M) tratados en la Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi) en el Hospital Maciel de Montevideo, mediante hemicolectomía derecha asociada a duodeno-pancreatectomía cefálica con éxito inmediato y alejado.

## CASUÍSTICA

**Obs. No. 11.** M.A.T. Sexo femenino, 70 años. Comienza hace 10 meses con dolor en hipocondrio derecho postprandial inmediato. Tres meses después presenta diarreas (7-8/día) en las cuales reconoce alimentos ingeridos horas antes y enterorragias. Enferma adelgazada. Palidez cutáneo-mucosa. Tumoración de hipocondrio derecho.

Colon por enema: imagen estenosante, vegetante, del sector proximal del colon transverso.

Operación: 14.7.85. Cáncer de colon transverso fistulizado en el ángulo del duodeno II-III. Ausencia de manifestaciones de diseminación tumoral ganglionar, peritoneal y/o hepática. Se realiza duodenopancreatectomía cefálica asociada a hemicolectomía derecha. Hepático-yeyunostomía término-alteral sobre tubo transhepático izquierdo en sedal.

Evolución: Alta a los 22 días. A los 4 meses se retira el tubo transhepático.

Último control a los 4 años y medio en buenas condiciones y sin elementos anatómicoclínicos y paraclínicos de actividad neoplásica.

Anatomía Patológica: Adenocarcinoma medianamente diferenciado fistulizado en duodeno con infiltración del mismo en todo su espesor. Ausencia de adenopatías metastásicas.

**Obs. No. 2** J. D. Sexo masculino, 54 años. Comienza hace 2 meses con diarreas postprandiales inmediatas. 20 días antes del ingreso presenta dolor tipo cólico en hipocondrio derecho

postprandial inmediato que cede con la emisión de vómitos fecaloideos, reiterándose este cuadro en varias oportunidades.

Concomitantemente presenta mareos, lipotimias y adelgazamiento de 7 kgs. en 2 meses. Al examen: paciente adelgazado, palidez cutáneo-mucosa. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho donde se toca una tumoración redondeada de 5 x 5 cms. aproximadamente.

Fibrogastroduodenoscopia: lesión ulcerada en rodilla superior del duodeno con bordes brotantes y rigidez parietal. La anatomía patológica informa: adenocarcinoma medianamente diferenciado.

Colangiografía endoscópica retrógrada: No se rellena la vía biliar principal. Pápila sana. Wirsung s/p.

Estudio radiológico de esofagogastroduodeno: lesión estenosante y vegetante en duodeno II con fistulización al colon transverso.

Colon por enema: a nivel del sector proximal del colon transverso se observa imagen estenosante y vegetante fistulizada a duodeno.

Operación: Cáncer de colon transverso fistulizado en duodeno II. Ausencia de diseminación ganglionar peritoneal y/o hepática. Se realiza hemicolectomía derecha en block con duodeno-pancreatectomía cefálica. Pancreatogastrostomía. Hepato-colecistoyeyunostomía látero-alteral en asa diverticular calibrada con tubo de Kehr. Ileotransversostomía.

Evolución: alta a los 29 días. Control mensual durante los 3 primeros meses.

Ultimo control en abril/90 en buenas condiciones sin elementos de diseminación.

Anatomía Patológica: muestra un adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

## COMENTARIO

La sobrevida actual a los 5 años del cáncer de colon estadiado según el sistema de Aster-Coller modificado por Gunderson y Susin (1) en el Estadio 3 (tumor que infiltra un órgano y/o se fistuliza en el mismo con ganglios metastásicos) que fueron sometidos a una operación pretendidamente radical es del 38%. Esta cifra, obviamente, no es despreciable y obliga en casos criteriosamente seleccionados a una cirugía radical y no de "compromiso".

La existencia pues, de una F.C.D.M. por cáncer del sector proximal del colon transverso no implica necesaria y obligatoriamente la imposibilidad de "curación".

Para pretender la "curación" frente a una F.C.D.M. por cáncer del colon transverso es necesario emplear una táctica quirúrgica que incluya la resección en monoblock de: a) el sector colónico asiento del tumor (hemicolectomía derecha); b) el trayecto fistuloso; c) el órgano infiltrado por el tumor (duodeno) (D.P.C); d) vaciamiento linfoganglionar adecuado.

En 1984 analizamos (2) 25 casos de la literatura nacional e internacional (3,4,5,6,7) en la cual se aplicó esta táctica quirúrgica.

Los resultados aportados fueron: mortalidad operatoria, 12%; 22.7% fallecieron por recidiva neoplásica entre los 8 y 30 meses. Quince (68%) estaban vivos y sin elementos de actividad oncológica en lapsos variables entre 4 meses y 26 años.

La observación No. 1 lleva 4.9 años y la observación No. 2, 7 meses en buenas condiciones.

Contrasta este resultado con la serie presentada en nuestro país por Schneeberger y col. (8) en la cual de 6 casos con fístula colo-digestiva neoplásica (ninguna en duodeno) se operaron solo 4 y ninguna sobrevivió más de 3 meses de la intervención.

---

## DISCUSION

La hemicolectomía derecha asociada a duodenopancreatectomía cefálica posee plena justificación en el tratamiento pretendidamente radical (curativo) de las F.C.D.M. Está fundamentada en: a) es la única posibilidad de curación; b) está gravada de una morbimortalidad aceptable; c) los procedimientos "paliativos" poseen resultados inmediatos y alejados peores que la hemicolectomía derecha asociada a la duodenopancreatectomía cefálica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gunderson, L. L.; Sosin, H. Areas of failure found at reoperation (second or syntomatic) following "curative surgery" for adenocarcinoma of the rectum. *Cancer* 34: 1278, 1974.
2. Estefan, A.; Palacio, J.; Oliveira, D.; Praderi, J.; De Mello, W.; Falchetti, J.; Hemicolectomía derecha asociada a duodenopancreatectomía cefálica. Por cáncer de colon transverso fistulizado en duodeno. *Cir. Uruguay* 56: 256, 1986.
3. Couinaud, C.; Biotolsch, H.; Hidden, G.; Fine, A. Les fistules duodenocoliques par cancer colique. *Chirurgie* 97: 459, 1971.
4. Chang, A. E.; Rhoads, J. E. Malignant duodenocolic fistulas: A Case Report and Review of the Literature. *J. Surg. Oncol.* 21: 33, 1982.
5. Ellis, H.; Naunton, M. M.; Wastell, C. "Curative" surgery in carcinoma of the colon involving duodenum. A report of 6 cases. *Br. J. Surg.* 59:932, 1972.
6. Guillemin, G.; Barillon, r.; Rivier, R.; Bigay, D. L'envahissement duodenal du colon droit. *Lyon Chir.* 73:106, 1977.
7. Mori, F.; Miyamoto, M.; Torieda, M.; Morita, N.; Mohri, H. Malignant duodenical fistula. A case report. *Jap. J. Surg.* 11:50, 1981.
8. Schneeberger, F.; Aliano, A.; Armand Ugon, A.; Lorenzelli, J. La fistulización digestiva en el cáncer de colon. *Cir. Uruguay* 50:238, 1980