

Adenocarcinoma del colon en niños

Estudio de un caso

REGINALDO SILVA FERREIRA-VIANNA*
DALVO CRIVELANTI-MOURA*
LUIZ GONZAGA FREITAS-FILHO*
AGNALDO SIQUEIRA-VIANA**

Se presenta el caso de un niño de 12 años de edad con diagnóstico de adenocarcinoma de colon transverso y pésima evolución, para llamar la atención del cirujano pediatra hacia esta patología, que aunque rara, exige una conducta inmediata y la más adecuada posible.

Estos tumores son muy raros en la niñez, lo que hace que el diagnóstico sea insospechado, ya que además

de su rareza, el cuadro clínico en la infancia no es característico, predominando el dolor abdominal, constipación intestinal, cuadros oclusivos y semioclusivos, que permiten una evolución más larga de la patología antes de su diagnóstico, con pronóstico muy malo, lo que no ocurre en los adultos. *Adenocarcinoma del colon.*

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma de colon es una neoplasia frecuente en la edad adulta.¹ En la edad pediátrica es por el contrario extremadamente rara, además de no tener un cuadro clínico característico, lo que hace por tanto difícil su diagnóstico.

Es por ello que se presenta el caso de un niño de 12 años con adenocarcinoma de colon transverso, llamando la atención al pediatra y cirujano pediatra hacia esta patología que aunque rara, exige una conducta inmediata y adecuada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

J.C.C. Masculino, blanco de 12 años de edad, ingresado en el servicio de Cirugía Pediátrica del Instituto Santa Lydia de Ribeirão Preto, quejándose de dolor abdominal periumbilical, de tipo cólico de varios meses de evolución, progresivo, acompañando al final de vómitos, constipación y pérdida de peso.

* Médicos efectivos.

** Médico Residente, Servicio de Cirugía Pediátrica, Instituto Santa Lydia, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Solicitud de sobretiros: Dr. Reginaldo S. Ferreira-Vianna, Rua Padre Euclides 766, Campos Eliseos, Ribeirão Preto 14,100, São Paulo, SP, Brasil.

Al examen físico, el niño se encontró con mal estado general, pálido con deshidratación de segundo grado. Se palpó una masa abdominal, dolorosa, móvil, de consistencia aumentada sin límites precisos en región epigástrica. Había dolor a la descompresión brusca en todo el abdomen. El tacto rectal no evidenció tumoración y tampoco había sangre en el guante; el recto estaba vacío.

La placa simple de abdomen evidenció distensión acentuada de asas intestinales con niveles hidroaéreos sin aire en el recto (Fig. 1). La biometría hemática estuvo dentro de los límites de la normalidad.

Con la sospecha clínica de abdomen agudo por probable vólvulo intestinal, se hizo una laparotomía de urgencia, posterior a corrección del estado de desequilibrio hidroelectrolítico del paciente.

En el acto quirúrgico se encontró una masa estenosante en el colon transverso que circundaba un segmento de aproximadamente 8 cm. de longitud. Esta masa fue resecada con un margen libre de tumor de 5 cm. de cada lado, junto con una cuña del mesenterio, hasta su raíz, y se practicó una anastomosis término-terminal en dos planos. La evolución postoperatoria inmediata transcurrió sin complicaciones y el niño se dio de alta después de 10 días en buenas condiciones.

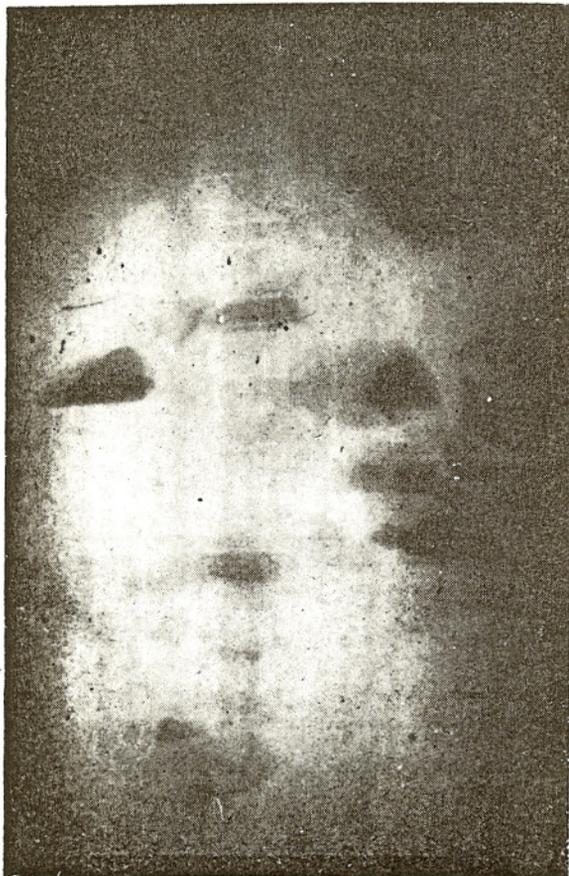


FIG. 1. Placa simple de abdomen. Distensión generalizada de asas intestinales; presencia de niveles hidroaéreos.

Al examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica, se informó como una lesión del colon transverso con aspecto macroscópico de "anillo de servilleta". El estudio histológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de colon con predominio de células en "anillo sello", (Fig. 2 y 3). Fueron analizados 13 ganglios del mesenterio y se confirmó la invasión tumoral en 6 de ellos.

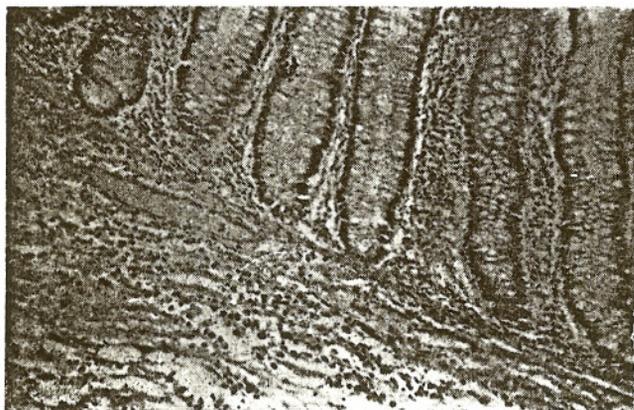


FIG. 2. Estudio histológico. Evidencia de células en "anillo de sello" invadiendo la pared del colon (100 x).

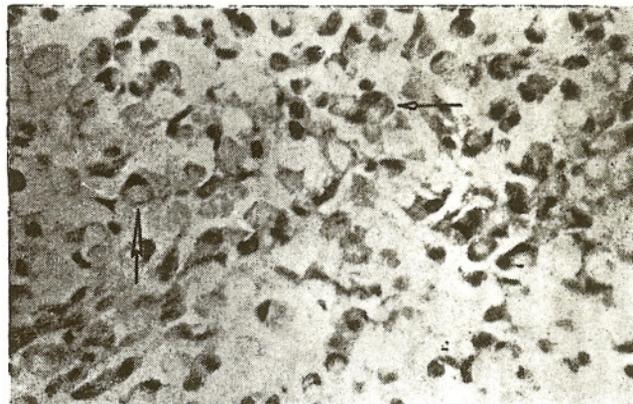


FIG. 3. Estudio histológico. Células en "anillo de sello", señaladas por las flechas en la pared del colon. (400 x).

Se procedió a pruebas de PPD y DNBC, siendo ambas negativas. La determinación de leucocitos periféricos fue de 3200/mm³. La albúmina y globulina sérica fueron de 3.6 g/dl y 4.0 g/dl respectivamente, lo que demostraba una deficiencia inmunológica en el paciente y una inversión de la relación albúmina-globulina.

En los primeros cuatro meses del postoperatorio, la evolución fue satisfactoria, reapareciendo

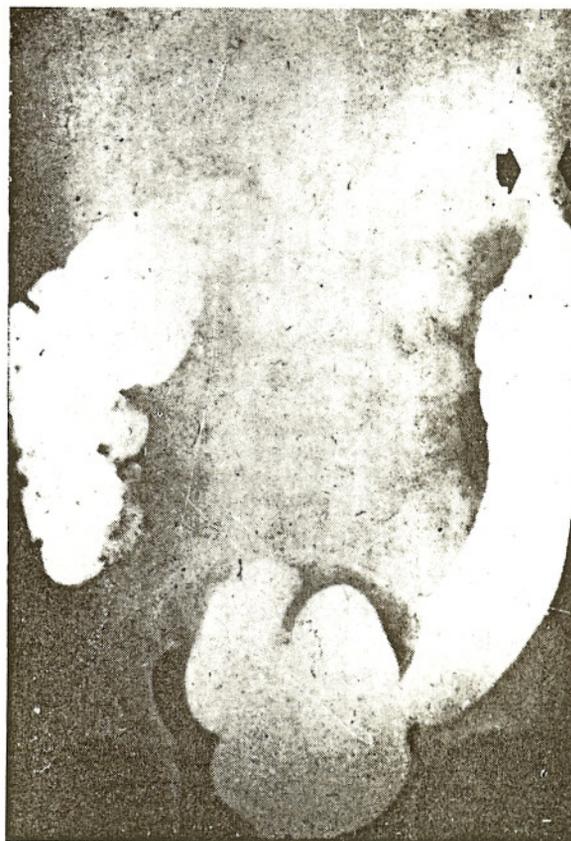


FIG. 4. Colon por enema. Zona de estrechamiento que empieza a nivel del ángulo esplénico. Comprobada recidiva tumoral en la segunda laparotomía. Las flechas indican la zona de inicio de la estrechez.

el dolor cólico cuatro meses después con pérdida de peso. En esta ocasión se realizó enema de bario que evidenció región de estrechamiento a nivel del ángulo esplénico de colon transverso (Fig. 4). Se hizo nueva laparatomía exploradora que mostró invasión tumoral en todo el abdomen, incluso en la cicatriz quirúrgica, a expensas de implantación de células carcinomatosas, confirmado con biopsias múltiples en la pared abdominal y en la cavidad. Se hizo una cecostomía, único sitio del colon libre de tumor para descompresión del intestino. Su evolución postoperatoria fue hacia la gravedad y falleció en el decimoquinto día, cinco meses después de haber sido diagnosticado carcinoma del colon tranverso.

DISCUSIÓN

La incidencia de los tumores malignos del colon es muy rara en la edad pediátrica: varía del 0.8 hasta el 3.7%, abajo de los 30 años de edad;^{2, 3} sin embargo, el colon es el segmento intestinal más frecuentemente afectado por el carcinoma del tubo digestivo en la niñez.⁴ La poliposis familiar y la rectocolitis ulcerativa, siempre fueron padecimientos considerados predisponentes para la malignización carcinomatosa del colon, aunque actualmente existen publicaciones que sugieren que fue exagerado el temor de estas malignizaciones.⁴⁻⁷

El pronóstico del carcinoma de colon en niños es muy malo, con sobrevida del 2.5% hasta un 19% a los cinco años; está posiblemente relacionado a la histología del tumor, inversión ganglionar y metástasis tempranas y la relación huésped-tumor.

En el niño, del 50% hasta el 79% de los casos tienen el tipo histológico llamado "adenocarcinoma productor de moco" que en los adultos no sobrepasa el 5% de los casos. Desafortunadamente, esta variedad es muy invasora y se presenta con metástasis tempranas e invasión gan-

glionar, por lo que su pronóstico es pésimo cuando es diagnosticado.^{2, 3, 6} Este tipo histológico de tumor, tiene como característica las células en "anillo de sello" que representaría la presencia del moco intracelular, pero el moco puede localizarse también en el espacio extracelular (tipo coloidal) lo que aparentemente es una subdivisión que no implica cambios en el pronóstico clínico del paciente.^{2, 3, 6}

Aparentemente la reacción inmunológica contra la presencia de este tumor condiciona su rápida diseminación, hecho que puede explicar los casos de diagnóstico temprano, con historia evolutiva corta, pero con mala evolución, a pesar del tratamiento.^{2, 8}

La extensión de la cirugía definitivamente influye en el pronóstico. La cirugía considerada como paliativa como la simple escisión del tumor o las derivaciones del intestino a la piel (ileostomía y colostomía descompresivas) tienen mal pronóstico, mientras que las hemicolectomías tienen mejor sobrevida.^{2, 3}

El caso aquí presentado es un ejemplo típico de la mala evolución de estos tumores en los niños y pensamos que todos los factores pronósticos se añadieron y culminaron con la evolución hacia la gravedad, puesto que se trata de un paciente joven donde la reacción huésped-tumor estaba comprometida (comprobada por las pruebas de PPD y DNBC negativas, además de la baja de los leucocitos periféricos y de la inversión de la relación albúmina-globulina), además de la presencia de la invasión ganglionar y el tipo agresivo del tumor y principalmente por la realización de una cirugía de simple escisión tumoral, considerando que la idea hubiera sido la hemicolectomía izquierda.^{9, 10}

RECONOCIMIENTO

Los autores agradecen la desinteresada y valiosa colaboración y orientación del Dr. Jesús de Rubens Villavazo, del Servicio de Oncología Quirúrgica Pediátrica del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ADENOCARCINOMA OF THE COLON IN CHILDHOOD CASE REPORT

The case of a 12 years old boy with the diagnosis of adenocarcinoma of transverse colon and follow-up is reported. Adenocarcinoma of the colon is one of the most frequent malignant tumors of the digestive tract in adults, much more in subjects over fifty years of age. These tumors are very rare in childhood and because of this, the diagnosis is often missed at the beginning.

The clinical picture is not characteristic showing abdominal pain, constipation, and intestinal occlusion, which extends the duration of the disease before it is diagnosed. The outlook is extremely poor.

We wish to call the attention of pediatricians and pediatric surgeons on this pathological condition in order that an early diagnosis and proper treatment may be made.

REFERENCIAS

1. Wilson JS, Tennant R: *Carcinoma of the colon. A ten years study.* Cancer 1958; 11: 278.
2. Mills SE, Allen MS: *Colorectal carcinoma in the first three decades of life.* Am J Surg Pathol 1979; 3: 443.
3. Anderson A, Bergdahl L: *Carcinoma of the colon in children. A report of six cases and review of the literature.* J Ped Surg 1976; 11: 967.
4. Alaghemand A: *Carcinoma of the colon in children.* Am J Surg 1962; 28: 784.
5. Johnson JW, Dahlin DC: *Malignant neoplasm of the colon and rectum in young persons.* Arch Surg 1959; 79: 365.
6. Middelkam JN, Haffner H: *Carcinoma of the colon in children.* Pediatrics 1963; 32: 558.
7. Wilcox HR, Beattie JL: *Carcinoma complicating ulcerative colitis during childhood.* Am J Clin Pathol 1956; 26: 778.
8. Donaldson MH, Taylor P, Rawitscher RS: *Colon carcinoma in childhood.* Pediatrics 1971; 48: 307.
9. Rossato FE, Frazier TG, Copeland EM, Miller LD: *Carcinoma of the colon in young people.* Am J Gynecol Obst 1969; 129: 29.
10. Smith LA, Massod S: *A modification of the Duke's classification of carcinoma of the colon and rectum.* Am J Surg 1978; 44: 94.

URGENCIAS EN PEDIATRIA

3a. Edición, 1982

Rústica con pastas plastificadas a dos tintas. 28 X 21 cm. 556 páginas

Contiene un prólogo y 23 capítulos, escritos por 75 médicos, Jefes de Servicio y adscritos del Hospital Infantil de México, del Centro Médico Nacional del I.M.S.S., de la Universidad Nacional Autónoma de México y del Hospital 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

CONTENIDO: Epidemiología. - Principales síntomas y signos del niño grave. - Urgencias en el período neonatal. - Urgencias en infectología. - Urgencias del aparato respiratorio. - Urgencias del aparato cardiovascular. - Urgencias renales e hidroelectrolíticas. - Urgencias urológicas. - Urgencias hematólogicas. - Urgencias endocrinológicas. - Urgencias neurológicas. - Urgencias en otorrinolaringología. - Urgencias alérgicas. - Urgencias en oftalmología. - Urgencias en odontopediatría. - Urgencias dermatológicas. - Urgencias del sistema músculo-esquelético. - Accidentes, intoxicaciones y quemaduras. - Urgencias quirúrgicas. - Urgencias psiquiátricas. - Laboratorio y gabinete de urgencia. - Procedimientos de urgencia. - Apéndice.

Precio: \$ 1,800.00 M.N.

\$ 20.00 Dlls.

VENTAS: OFICINA DE EDICIONES MEDICAS

Hospital Infantil de México

Apartado Postal N° 107-059

Dr. Márquez 162

Delegación Cuauhtémoc

06720 México, D. F.

ASPECTOS EMOCIONALES DE LA ENFERMEDAD FISICA
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

1a. Edición, 1982

Rústica (12.5 x 20 cm.) - 103 páginas - 8 capítulos

Autores: DR. ENRIQUE DULANTO GUTIERREZ
DR. LEOPOLDO CHAGOYA BELTRANPedidos: OFICINA DE EDICIONES MEDICAS
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
Dr. Márquez 162, Col. Doctores
Delegación Cuauhtémoc
06720 México, D. F.

\$ 250.00 M.N. en la Rep. Mexicana - \$ 3.00 Dls. en el extranjero