



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.389-395

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/808>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 389-395







Tratamiento quirúrgico de lesiones benignas y malignas del colon

Surgical treatment of benign and malignant lesions of the colon

Tratamento cirúrgico das lesões benignas e malignas do cólon

**Jonathan David Alvarado Cedeño¹; Olga Ivanova Chamorro Bedoya²;
Dalton Vladimir Pillasagua Pico³; Boris Efraín Narea Kaviedes⁴**

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Máster en Gerencia Hospitalaria y Administración de Hospitales; Médico General en Atención Primaria en Salud; Medicina y salud ocupacional; Auditor Médico Privado; Centro Médico Integral "Pazmiño & Alvarado"; Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador; jondavid_17@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1978-9892>
2. Médico General en Atención Primaria de Salud; Centro Médico Integral "Pazmiño & Alvarado"; Santo Domingo de los Tsachilas, Ecuador; ivanovachamorro@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7449-0773>
3. Médico General en Atención Primaria de Salud; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social "Medinorte S. A."; Quito, Ecuador; daltonv40@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0485-4922>
4. Médico General en Funciones Hospitalaria; Hospital General Docente de Calderón; Quito, Ecuador; borisnarea@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9121-1908>

CORRESPONDENCIA

Jonathan David Alvarado Cedeño
jondavid_17@hotmail.com

**Santo Domingo de los Tsachilas,
Ecuador**

RESUMEN

Las lesiones gastrointestinales pueden ser benignas o malignas, su enfoque de abordaje va a depender de en qué estadio, esta se encuentre, destacándose el cáncer colorrectal como factor maligno en edades avanzadas y predominantemente en el sexo masculino con pronósticos de vida a 5 años, luego del tratamiento, en el caso de los factores benignos la diverticulitis es una de las lesiones o afecciones a tener siempre en vigilancia ya que se puede complicar y cambiar su abordaje. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enfoca hacia una metodología orientada hacia la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación. Enmarcada dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Tratamiento quirúrgico de lesiones benignas y malignas del colon. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales impresos, audiovisuales y electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. Los tratamientos quirúrgicos para las lesiones benignas del colon son básicamente de manejo farmacológico y ambulatorio, salvo en las excepciones en que estas lesiones se compliquen y sea necesario cambiarle el enfoque al quirúrgico, como la enfermedad diverticular complicada. En cuanto a las lesiones malignas, se destaca el cáncer de colon y colorrectal, que están estrechamente vinculados a un enfoque quirúrgico con procedimientos que dependiendo del caso pueden ser: Hemicolectomía derecha, Proctosigmoidectomía, Resección anterior del recto, Sigmoidectomía, Colostomía derivativa, Hemicolectomía izquierda, Colectomía total, Ileostomía derivativa, Resección abdominoperineal, Cierre de estoma, Resección de colon transverso, entre otros.

Palabras clave: Colon, Cáncer, Lesiones, Benignas, Quirúrgica.

ABSTRACT

Gastrointestinal lesions can be benign or malignant, their approach will depend on what stage it is in, highlighting colorectal cancer as a malignant factor in advanced ages and predominantly in males with prognosis of life at 5 years, then of treatment, in the case of benign factors, diverticulitis is one of the injuries or conditions to always be on the lookout for, since it can complicate and change its approach. The methodology used for this research work focuses on a methodology oriented towards the need to investigate a situation precisely and coherently. Framed within a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as Surgical treatment of benign and malignant lesions of the colon. The technique for data collection is made up of printed, audiovisual and electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Surgical treatments for benign lesions of the colon are basically pharmacological and outpatient, except for the exceptions in which these lesions are complicated and it is necessary to change the approach to surgery, such as complicated diverticular disease. Regarding malignant lesions, colon and colorectal cancer stand out, which are closely linked to a surgical approach with procedures that, depending on the case, can be: Right hemicolectomy, Proctosigmoidectomy, Anterior resection of the rectum, Sigmoidectomy, Diversion colostomy, Left hemicolectomy, Total colectomy, diverting ileostomy, abdominoperineal resection, stoma closure, transverse colon resection, among others.

Keywords: Colon, Cáncer, Injuries, Benign, Surgical.

RESUMO

As lesões gastrointestinais podem ser benignas ou malignas, a sua abordagem dependerá da fase em que se encontram, destacando o cancro colorrectal como um factor maligno em idades avançadas e predominantemente em homens com prognóstico de vida aos 5 anos, depois do tratamento, no caso de factores benignos, a diverticulite é uma das lesões ou condições para estar sempre atento, uma vez que pode complicar e alterar a sua abordagem. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação centra-se numa metodologia orientada para a necessidade de investigar uma situação de forma precisa e coerente. Enquadrada numa revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico, tais como o tratamento cirúrgico de lesões benignas e malignas do cólon. A técnica de recolha de dados é constituída por material impresso, audiovisual e electrónico, este último como o Google Scholar, PubMed, entre outros. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. Os tratamentos cirúrgicos para lesões benignas do cólon são basicamente farmacológicos e ambulatorios, com excepção das excepções em que estas lesões são complicadas e é necessário alterar a abordagem à cirurgia, tal como a doença diverticular complicada. Relativamente às lesões malignas, destacam-se o cólon e o cancro colorrectal, que estão intimamente ligados a uma abordagem cirúrgica com procedimentos que, dependendo do caso, podem ser: Hemicolectomia direita, Proctosigmoidectomia, Ressecção anterior do recto, Sigmoidectomia, Colostomia de desvio, Hemicolectomia esquerda, Colectomia total, ileostomia de desvio, ressecção abdominoperatória, fechamento do estoma, ressecção transversal do cólon, entre outros.

Palavras-chave: Cólon, Cáncer, Lesões, Benigno, Cirúrgico.

Introducción

El tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto ha tenido importantes avances en la última década. La resección quirúrgica del tumor primario con márgenes de resección adecuados y la linfadenectomía correspondiente proporciona una mejor oportunidad de supervivencia libre de enfermedad a largo plazo. La colectomía abierta convencional es considerada como el tratamiento estándar para las enfermedades benignas y malignas. La colectomía laparoscópica se describió en los años 90 del siglo XX y, aunque es técnicamente desafiante, constituye una opción factible para la resección del colon. A medida que las técnicas y las tecnologías avanzan, la cirugía laparoscópica ha sido mejor aceptada y es más comúnmente usada en muchas instituciones debido a las ventajas descritas: reducción del dolor postoperatorio, menor tiempo de recuperación, mejor resultado cosmético y menor tiempo de hospitalización (Rueda Mesías et al., 2018).

El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia más frecuente a escala mundial tanto en hombres como

en mujeres. Si bien la mortalidad por cáncer de colon ha disminuido 51 % con respecto a 1976, aún continúa siendo una importante causa de mortalidad y corresponde a la segunda causa de muerte por cáncer en los hombres y la tercera en las mujeres. El hígado es su principal sitio de metástasis, debido a que el drenaje venoso del colon confluye a este órgano (Wilson et al., 2019). Estimándose que aproximadamente la mitad de los pacientes con cáncer colorrectal desarrollarán metástasis hepáticas en algún momento de la evolución de la enfermedad (Trujillo-Díaz et al., 2019).

La causa más frecuente de obstrucción de colon en el adulto es la neoplasia. El carcinoma colorrectal puede debutar como obstrucción en un 7-29%, siendo la causa más frecuente de intervención urgente en estos casos ya que dejada a su evolución, la distensión progresiva del intestino progresa desde dolor abdominal con náuseas y vómitos hacia la isquemia intestinal, perforación, sepsis y posterior fallecimiento del paciente (Sanchiz Cárdenas, 2018).

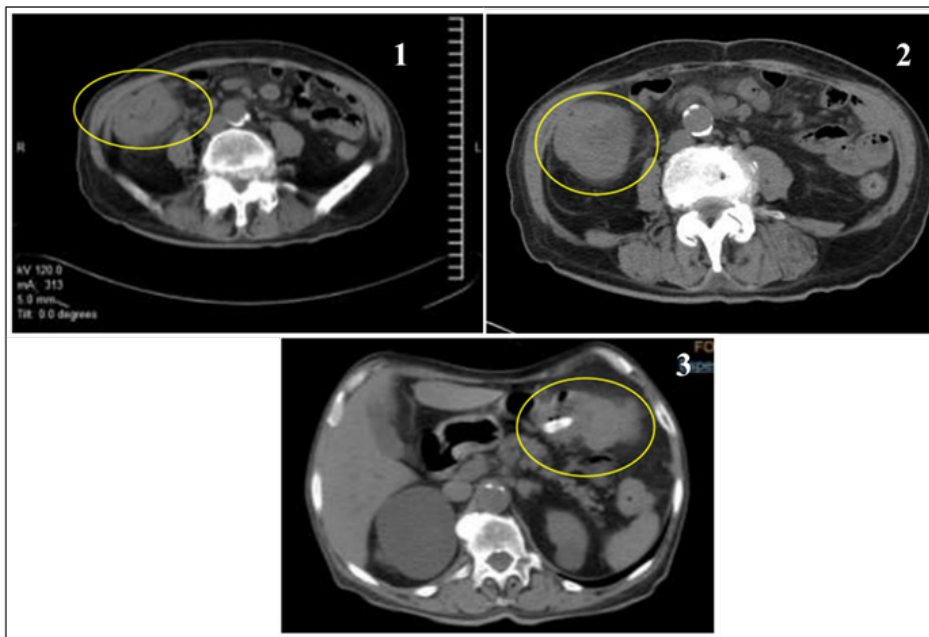


Imagen 1. TAC abdomen. 1. Cortes axiales realizados a 5mm donde se visualizan imágenes hipodensas, irregulares, localizada en colon ascendente. 2. Ángulo hepático. 3. colon descendente. Presencia de adenopatías perilesionales.

Fuente: (Cajigas Rodríguez et al., 2018)

Las neoplasias neuroendocrinas (NENs) gastrointestinales constituyen un grupo heterogéneo de patologías que se definen como tumores epiteliales con diferenciación predominantemente neuroendocrina. Proviene de las células del mismo nombre, distribuidas principalmente en la mucosa y submucosa del tracto gastrointestinal. La clasificación de las

NENs tiene en cuenta el sitio o ubicación primaria de lesiones, colon - recto, que se correlacionan, a su vez, con la diferente historia natural de estas (Bosolino & Ratto, 2018).

Estudios epidemiológicos recientes han sugerido que la distribución anatómica del cáncer colorrectal no experimentó cambio de distal a proximal en

las últimas décadas. Así se recogió en reportes procedentes de las estadísticas del cáncer nacional en EE.UU. que atestiguan un aumento de la incidencia en aquellos localizados en ciego, ascendente, así como en el transversal; este cambio puede ser el resultado de medidas preventivas y la perfección de las técnicas diagnósticas avanzadas, usadas en países desarrollados con alta incidencia, pero que no han tenido un impacto significativo en países menos desarrollados. Se aplica también el mejoramiento en las técnicas diagnósticas y en el tratamiento para explicar la elevación de la supervivencia en los tumores malignos del colon izquierdo y transversal con respecto a los del derecho (Garrido Argota et al., 2019). Las NENs de colon, de incidencia variable según la ubicación geográfica (4 al 8% de todas las NENs), se presentan en otras localizaciones distintas de la apendicular tradicionalmente descrita, y con mayor frecuencia en la raza negra.³ Son positivas a la inmunomarcación para sinaptofisina, con frecuente diseminación metastásica al momento del diagnóstico en hígado, peritoneo y ganglios linfáticos. La supervivencia a 5 años oscila entre 43 al 50% y el rango etario de los pacientes oscila entre los 55 y 65 años (Bosolino & Ratto, 2018).

Los linfomas son una entidad maligna que se origina a partir de células hematológicas del linaje linfocítico. Pueden tener un comportamiento indolente o agresivo, manifestándose con linfadenopatías o tumores sólidos que pueden comprometer cualquier órgano del cuerpo. El 90% corresponden a linfomas no Hodgkin, que pueden tener manifestaciones extranodales en un tercio de los casos y comprometer el tracto gastrointestinal en un 5-15%. El estómago es el órgano que más frecuentemente está comprometido por esta patología, aportando cerca del 50% de los casos, seguido por el intestino delgado y esófago. Los linfomas corresponden al 0,2-0,8% de todas las neoplasias colorrectales, son más comunes en el colon derecho y el tipo histológico más frecuente es el linfoma difuso de células B grandes (DLBCL, por su sigla en inglés) (Figuerola Bohórquez, 2021).

Factores de riesgo y protectores

La información referente a estos factores tiene una asociación mayor con el cáncer de colon que de recto, a pesar de esto se consideran factores asociados a ambos tipos de cáncer como una única entidad (CCR). Podemos clasificar los factores de riesgo en tres grupos bien definidos:

- Los síndromes hereditarios de CCR son los principales factores de riesgo; entre ellos destacamos la poliposis adenomatosa familiar (FAP), la poliposis asociada al gen MUTYH (MAP) y el síndrome de Lynch. La presencia de este tipo de patologías en los antecedentes del individuo supone una modificación de la edad de inicio del

cribado. En el caso del síndrome hereditario de cáncer de mama y ovario (HBOC), no existe consenso ya que no hay datos concluyentes que hagan modificar el protocolo de detección precoz.

- La enfermedad inflamatoria intestinal es un factor de riesgo importante, tanto la colitis ulcerosa como la enfermedad de Crohn (tenemos menos información con respecto a esta última entidad).
- La radiación abdomino-pélvica previa, en pacientes con neoplasia que han sido tratados con radioterapia.
- La fibrosis quística supone un riesgo de desarrollo de otras entidades entre las que se encuentra el CCR, por ello la Cystic Fibrosis Foundation ha desarrollado unas guías en relación con la detección precoz de esta entidad.
- La acromegalia supone un aumento del riesgo de desarrollo de adenomas y de CCR, sobre todo en pacientes con mal control de la enfermedad. Las guías de la Acromegaly Consensus Group recomiendan la realización de una colonoscopia para la detección y tratamiento precoz de los pólipos colónicos premalignos en el momento del diagnóstico de la enfermedad (García Arranz, 2021).

La Clasificación de Tumores del Aparato Digestivo de la OMS en su última edición (quinta) recomienda un sistema de clasificación más simplista en dos niveles:

- Bajo grado. Más del 50% de formación de glándulas, es decir, los bien diferenciados y moderadamente diferenciados.
- Alto grado. Menos del 50% de formación de glándulas, incluyen los mal diferenciados (García Arranz, 2021).

Por otro lado, la OMS presenta la clasificación de los carcinomas de colon y recto según sus características histológicas de la que destacamos:

- Los carcinomas mucinosos son un tipo de adenocarcinomas que se definen por una producción excesiva de mucina extracelular "mucina $\geq 50\%$ de la masa tumoral" que favorece la invasión a través de las paredes del colon. Representan entre el 11% y el 17% de los CCR siendo más frecuentes en el colon distal.
- Los carcinomas de células en anillo de sello (no formadores de glándulas), también adenocarcinomas, están formados en $\geq 50\%$ por células tumorales cuyo núcleo se encuentra desplazado debido a la gran cantidad de mucina intracelular. Son agresivos, con facilidad para la diseminación intramural y la carcinomatosis peritoneal;

afortunadamente suponen entre el 1% y 2% de los CCR.

- Los carcinomas adenoescamosos (0,05-0,2% de los CCR) son aquellos que poseen áreas de diferenciación escamosa y se localizan con frecuencia en el colon distal. La tasa de mortalidad general de esta variante es mayor que la de los adeconcarcinomas.
- Los carcinomas medulares, subtipo del adenocarcinoma no formador de glándulas, constan de células poligonales eosinofílicas de gran tamaño que se desarrollan sobre láminas sólidas y se encuentran con una gran cantidad de linfocitos infiltrantes del tumor.
- Los tumores neuroendocrinos son aquellos que surgen de las células neuroendocrinas distribuidas por todo el organismo, siendo bastante frecuentes en el epitelio intestinal, lo cual contrasta con la baja incidencia de este tipo de tumores. Se dividen en aquellos de alto grado o poco diferenciados, agresivos con tendencia a la metastatización; y los de bajo grado, bien diferenciados o carcinoides con mejor pronóstico que los adenocarcinomas. La implicación pronóstica de la diferenciación neuroendocrina dentro de otras variantes histológicas tales como el adenocarcinoma no está clara, aun así, su hallazgo es importante (García Arranz, 2021).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Tratamiento quirúrgico de lesiones benignas y malignas del colon. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, Pub-Med, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Tabla 1. Afecciones y Enfermedades benignas de colon y recto.

Afección	Descripción	Tratamiento
Diverticulitis	La diverticulosis del colon es la alteración anatómica del tiniciano grueso más frecuentemente identificada en la colonoscopia. Se trata de una alteración estructural de la pared del colon, que se acompaña de la presencia de una estructura, en forma de bolsa, a las que se les ha dado el nombre de divertículos. Estos divertículos se caracterizan por la herniación de la mucosa y submucosa del colon a través de defectos en la capa muscular en el punto más débil de la pared del colon: los sitios de penetración de los vasos sanguíneos de la pared del colon. La prevalencia de diverticulosis no se conoce con exactitud. Depende en gran medida de la edad y tiene una prevalencia que va desde 5% a los 40 años, hasta el 65% a más, en pacientes mayores de 80 años. El síntoma de presentación más común es el dolor abdominal, típicamente de inicio y agudo el subagudo, con un tiempo medio de presentación de 2 días, y se localiza en el dolor del cuadrante inferior izquierdo. El dolor es de naturaleza constante y tiende a empeorar con el movimiento, otros síntomas de presentación comunes incluyen diarrea, estreñimiento y náuseas sin vómitos.	El enfoque de tratamiento para pacientes con diverticulitis depende de la gravedad de la presentación, la presencia de complicaciones y las condiciones comórbidas subyacentes. El primer paso en el manejo implica determinar si el paciente tiene una enfermedad complicada o no complicada. La diverticulitis no complicada a menudo se puede manejar médicamente y en el ámbito ambulatorio, mientras que la diverticulitis complicada requiere atención más agresiva y a menudo, cirugía urgente o electiva. Los antibióticos son el pilar de la terapia para la mayoría de los pacientes con diverticulitis, aunque algunos pacientes con enfermedad no complicada pueden tratarse sin antibióticos. La cirugía es el tratamiento de elección para la diverticulitis. Las principales indicaciones para la intervención quirúrgica en la diverticulitis son la presencia de complicaciones, como perforación, absceso, estenosis o fístula y, la diverticulitis recurrente. El enfoque quirúrgico de ambas indicaciones está evolucionando y, en general, se está volviendo menos agresivo. La resección quirúrgica ha sido la piedra angular para el tratamiento de la diverticulitis complicada y la recurrencia. Sin embargo, estas intervenciones se basan 15 principalmente en el dogma y la opinión de expertos más que en datos.

Poliposis de colon y recto	Los polipos adenomatosos pueden clasificarse histológicamente como neoplásicos, hiperplásicos, hamartomatosos o inflamatorios. Los polipos neoplásicos son de importancia primordial su potencial transformación a malignidad, que representa una etapa en el desarrollo del cáncer colorrectal. Por esta razón, es esencial identificar estos polipos en una etapa suficientemente temprana. Los polipos colorrectales pueden clasificarse por su aspecto colonoscópico como sésiles, que son planos y surgen directamente de la capa mucosa o pedunculados, que se extienden desde la mucosa a partir de un tallo fibrovascular.	
Poliposis adenomatosa	Los polipos adenomatosos son tumores benignos que se originan a partir de las células epiteliales colónicas secretoras de moco. Los polipos adenomatosos son comunes, especialmente en países occidentales. En los Estados Unidos se reporta hasta el 40% de las colonoscopias de detección en personas mayores de 50 años. En personas menores de 50 años, el 12% de las mujeres y el 24% de los hombres tienen un adenoma en una colonoscopia de detección, estas cifras se incrementan considerablemente con el paso de los años. Los polipos más grandes pueden sangrar o obstruir parcialmente la luz del colon; por lo tanto, la hemorragia o los síntomas obstructivos, como dolor abdominal, distensión abdominal, o cambio en los hábitos intestinales pueden indicar la necesidad de descartar estas lesiones. Una de las formas posibles de presentación del adenoma viloso de colon, es con el síndrome de McKinrick-Wheelock, que se caracteriza por una diarrea secretora grave, con alteraciones hidroelectrolíticas importantes.	
Poliposis hiperplásica	Son el tipo más común de polipos colorrectales. Aunque a veces considerados como una entidad separada, pero hoy en día se cree que son un subgrupo de polipos serrados que se comparan el potencial maligno de los otros subgrupos, como los adenomas sésiles serrados (SSA) y los adenomas tradicionales serrados (TSA). Estos polipos suelen ser de menos de 5 mm de diámetro (polipos diminutos), sésiles y se encuentran con mayor frecuencia en el colon distal y el recto.	Desafortunadamente, los polipos hiperplásicos no siempre se pueden distinguir de los polipos adenomatosos en la endoscopia y, por lo tanto, a menudo se extirpan.
Poliposis hamartomatosas	También conocidos como "polipos juveniles" consisten principalmente en tejido conectivo (mucosa lisa, lámina propia e infiltrado inflamatorio) cubiertos por un epitelio hiperplásico. Macroscópicamente, son polipos pedunculados, rojo cereza, lisos y, a veces, son indistinguibles de los polipos adenomatosos pedunculados. Los hamartomas pueden aparecer esporádicamente o como parte de un síndrome de poliposis. Un polipo hamartomatoso esporádico suele ser solitario y aparece a una edad temprana. El TSA ocurre en niños menores de diez años.	
Poliposis inflamatorias	Los polipos inflamatorios también se conocen como pseudopolipos, son más frecuentes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, principalmente colitis ulcerativa. También pueden ocurrir después de un evento de colitis infecciosa o toxiguénica. Estas lesiones no son polipos verdaderos, sino acumulaciones de infiltraciones inflamatorias con aumento distorsional de la mucosa. No son lesiones premalignas, pero no se pueden distinguir de los polipos adenomatosos por su apariencia colonoscópica.	En general, no es necesario reseccionarlos a menos que sean sintomáticos.
Síndromes poliposos familiares	Poliposis adenomatosa familiar: Es el síndrome de poliposis hereditaria más representativo. Es una enfermedad genética autosómica dominante, causada por una mutación en el gen APC en el cromosoma 5q. Se han descrito varias mutaciones en este gen: la presentación clínica varía según la mutación específica. En general, la presentación clínica de la poliposis adenomatosa familiar es el desarrollo de múltiples polipos adenomatosos en todo el colon y el recto. Además, pueden ocurrir algunas manifestaciones extracolónicas y extra intestinales. El inicio es temprano durante la infancia o la adolescencia y la cantidad y el tamaño de los polipos aumentan con la edad. En la forma grave de esta enfermedad, el paciente desarrolla numerosos adenomas de colon en la edad adulta y la edad media de desarrollo del cáncer colorrectal es de 35 años si el paciente no recibe tratamiento. Los síndromes polipósicos hereditarios pueden acompañarse de manifestaciones extra intestinales, variables, que incluyen lesiones tumorales en testículos, hígado, suprarrenales, cerebro, huesos o dientes. Las manifestaciones extracolónicas pueden incluir polipos gástricos, duodenales y periapendiculares.	El tratamiento definitivo de la poliposis colónica es la extirpación de los polipos, sin embargo, se han establecido debates sobre la conveniencia de este procedimiento en las lesiones menores a 10 mm, por lo que, un abordaje universalmente aceptado es la resección de todos los polipos de entre mayores de 6 mm y, en las lesiones diminutas (realizar con fórceps, por vía endoscópica; con asa de polipectomía o por dirección submucosa endoscópica). La polipectomía puede asociarse a complicaciones como la perforación o la hemorragia, las cuales incrementan su probabilidad de aparición, según el tamaño y la complejidad del procedimiento.

Fuente: Tomado de (Calle Poveda, 2020). Elaboración Propia.

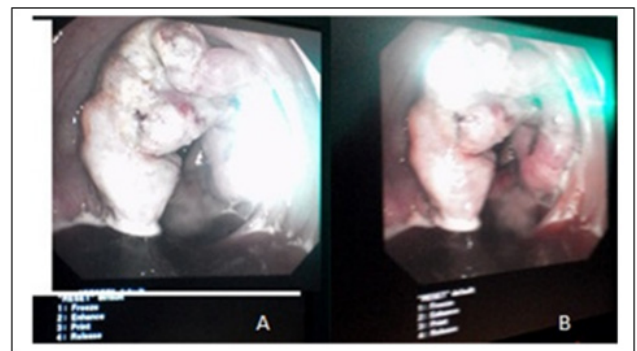


Imagen 2. Poliposis gigante de colon.

Fuente: (Morales Diaz et al., 2018).

En el caso que se presenta en la imagen 2 el tratamiento para la poliposis gigante de colon, detectado por medio de una colonoscopia fue farmacológico. Tratamiento con antibióticos: ceftriaxona (bulbo de 1 g) 1 bulbo c/12 h y metronidazol (frascos de 500 mg) 1 frasco c/8 h. También se aplicó tratamiento con esteroides en enemas a razón de 1 bulbo de hidrocortisona (bulbo de 100 mg) en 100 ml de suero fisiológico al 0.9 1592 % y 1 bulbo c/8 h por vía sistémica. A los 10 días se suspendieron los enemas y se continuó con mesalazina (tabletas de 500 mg), a dosis de 2 g/día por vía oral; y prednisona (tabletas de 20 mg), 40 mg vía oral que progresivamente se disminuiría después del primer mes hasta suspenderlo (Morales Diaz et al., 2018).



Tabla 2. Afecciones y Enfermedades malignas de colon y recto.

Afección	Descripción	Tratamiento
Cáncer colorrectal	El cáncer colorrectal es el segundo y tercer cáncer más común en mujeres y hombres, respectivamente. Combinado, en ambos sexos, el cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común y representa el 9,7% de todos los cánceres, excluyendo el cáncer de piel no melanoma. Más de la mitad de los casos ocurren en regiones más desarrolladas del mundo. La tasa de incidencia estandarizada por edad del cáncer colorrectal es más alta en hombres (20,6 por 100,000 individuos) que en mujeres (14,3 por 100,000). La mayoría de los pacientes con cáncer esporádico tienen más de 50 años de edad, con el 75% de los pacientes con cáncer rectal y el 80% de los pacientes con cáncer de colon tienen más de 60 años en el momento del diagnóstico.	<p>Cirugía de puerto único: los intentos de minimizar el trauma del acceso de la cirugía laparoscópica han llevado al desarrollo de la cirugía de puerto único. Este enfoque utiliza una sola incisión (a menudo en el ombligo o en un sitio de estoma futuro) a través del cual se pasan todos los instrumentos laparoscópicos. La ventaja obvia de este enfoque es una mejor cosmesis.</p> <p>Laparoscopia y endoscopia combinadas: la laparoscopia es útil en el tratamiento colonoscópico de pólipos grandes y cánceres tempranos. La laparoscopia puede mejorar el acceso colonoscópico al pólipo, y se ha utilizado en la resección transluminal asistida endoscópica, la escisión local laparoscópica guiada endoscópica o la escisión en cuña, y para ayudar a evaluar la integridad del intestino después de la escisión endoscópica del pólipo.</p> <p>Cirugía robótica: se puede usar como complemento de todos los procedimientos colorrectales laparoscópicos. Sus limitaciones incluyen el tiempo y los gastos de configuración, así como la flexibilidad limitada cuando la cirugía se lleva a cabo en más de un cuadrante del abdomen, y en el futuro, su papel principal probablemente será en la pelvis.</p>

Fuente: Tomado de (Calle Poveda, 2020). Elaboración Propia.



Imagen 3. Cáncer de colon ascendente que infiltra la pared abdominal. 1. Abdomen del paciente mostrando lesión cutánea. 2. Resección en bloque del área comprometida. 3. Pieza operatoria.

Fuente: (Ortega Checa et al., 2020)

Como método de tratamiento para este caso presentado en la imagen 3. Se realizó intervención quirúrgica, en donde se encontró una tumoración de 15x12x9 cm en colon ascendente que retraía el ciego, e infiltraba el íleon terminal, continuaba hacia la pared anterior de la región del flanco derecho y terminaba en la piel en una tumoración blanda de 9 cm de diámetro. Se realizó una colectomía derecha con resección en bloque de la pared abdominal comprometida por la tumoración. Además, se realizó una anastomosis ileotransversa laterolateral con sutura mecánica y reconstrucción de la pared abdominal con colgajo músculo cutáneo del transversal y recto abdominal (técnica TRAM) (Ortega Checa et al., 2020).

Conclusiones

Los tratamientos quirúrgicos para las lesiones benignas del colon son básicamente de manejo farmacológico y ambulatoria, salvo en las excepciones en que estas lesiones se compliquen y sea necesario cambiarle el enfoque al quirúrgico, como la enfermedad diverticular complicada. En cuanto a las lesiones malignas, se destaca el cáncer de colon y colorrectal, que están estrechamente vinculados a un enfoque quirúrgico con procedimientos que dependiendo del caso pueden ser: Hemicolectomía derecha, Proctosigmoidectomía, Resección anterior del recto, Sigmoidectomía, Colostomía derivativa, Hemicolectomía izquierda, Colectomía total, Ileostomía

derivativa, Resección abdominoperineal, Cierre de estoma, Resección de colon transversal, entre otros.

Bibliografía

Bosolino, A., & Ratto, R. (2018). Tumores neuroendocrinos de colon y recto. *Acta Gastroenterol Latinoam*, 48(4), 327–337.

Cajigas Rodríguez, O., Gómez García, N., Martínez Leyva, L., Bueno, F., Dalla, G., & Herrera Wainshok, A. C. (2018). Cáncer Metasincrónico de Colon, presentación de un caso inusual por Imagenología. *Convención Internacional de Salud*.

Calle Poveda, J. H. (2020). Predictores prequirúrgicos de complicaciones postquirúrgicas inmediatas en cirugía colorrectal en el Hospital IESS San Francisco de Quito desde el 2015 al 2019.

Figuroa Bohórquez, D. M. (2021). Indicaciones de manejo quirúrgico en pacientes con Linfoma No Hodgkin primario de colon. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Revista Argentina de Coloproctología*, 33(01). <https://doi.org/10.46768/racp.v33i01.120>

García Arranz, M. (2021). Valor Pronóstico del Perfil Mutacional en el Cáncer de Colon.

Garrido Argota, Y., Benítez González, Y., Solarana Ortiz, J., Arjona Pacheco, M., Leyva Pupo, A.,



Garrido Argota, Y., Benítez González, Y., Solara-na Ortiz, J., Arjona Pacheco, M., & Leyva Pupo, A. (2019). Caracterización de pacientes atendidos por neoplasia de colon en el Hospital Vladimir Ilich Lenin. *Holguín. Correo Científico Médico*, 23(4), 1180–1194. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812019000401180&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Morales Diaz, M., Corrales Alonso, S., Laud Martínez, P. M., Ballol Escalona, A., Coronel Naranjo, J., Prado Soler, L., Morales Diaz, M., Corrales Alonso, S., Laud Martínez, P. M., Ballol Escalona, A., Coronel Naranjo, J., & Prado Soler, L. (2018). Poliposis gigante de colon como forma de presentación de colitis ulcerativa ideopática. Reporte de caso. *Revista Médica Electrónica*, 40(5), 1585–1600. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000501585&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Ortega Checa, D., Vojvodic Hernández, I., & Ríos Quintana, K. (2020). Cáncer de colon ascendente que infiltra la pared abdominal. Reporte de un caso de inusual presentación. *Revista de Gastroenterología Del Perú*, 40(4), 351. <https://doi.org/10.47892/rgp.2020.404.1173>

Rueda Mesías, M., Peralta, P., & Mesías, C. (2018). Cirugía Laparoscópica en el Cáncer de Colon, en el Hospital Oncológico Solca Quito. *Oncología (Ecuador)*, 28(2), 103–111. <https://doi.org/10.33821/125>

Sanchiz Cárdenas, E. (2018). Abordaje Terapéutico de la Obstrucción Maligna de Colon. Actualización en las Indicaciones de Endoprótesis. *Archivos de Coloproctología*, 1(1). https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201812856

Trujillo-Díaz, J. J., Ruiz-Soriano, M., Montes-Manrique, M. A., López-López, J. C., Vázquez-Fernández, A., & Beltrán de Heredia y Rentería, J. P. (2019). Metástasis cutánea de cáncer de colon: una forma de presentación inusual y tardía a tener en cuenta. *Cirugía y Cirujanos*, 86(3). <https://doi.org/10.24875/CIRU.M18000041>

Wilson, A. L., de la Rosa-Santana, J. D., Wilson-Mustelner, A., & Milán-Dinza, E. M. (2019). Tratamiento quirúrgico de metástasis hepáticas sincrónicas de cáncer de colon. *Revista Científica Estudiantil UNIMED*, 1(1), 17–27.

CITAR ESTE ARTICULO:

Alvarado Cedeño, J. D., Chamorro Bedoya, O. I., Pillasagua Pico, D. V., & Narea Kaviedes, B. E. (2022). Tratamiento quirúrgico de lesiones benignas y malignas del colon. *RECIAMUC*, 6(1), 389-395. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.389-395](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.389-395)

