

Primer caso reportado en Cuba de un tumor de sigmoides como contenido de hernia inguino-escrotal

First case reported in Cuba of a sigmoid tumor contained in an inguinoscrotal hernia

Miguel Pérez Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3593-6012>

Raúl Rodríguez Larralde¹ <https://orcid.org/0000-0001-5773-5188>

Pedro Lázaro Fernández Sanz^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7802-8738>

Julio Esteban Díaz-Jardines¹ <https://orcid.org/0000-0001-7795-2323>

Mariela Erenia Rodríguez García¹ <https://orcid.org/0000-0002-4967-7659>

Eliecer Machado¹ <https://orcid.org/0000-0002-6368-779X>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Hospital General Universitario “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia: pedrofsz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los tumores malignos del colon sigmoides y las hernias inguinales son entidades frecuentes; pero es muy raro el hallazgo de una neoplasia de sigmoides como contenido de una hernia inguinoescrotal. El diagnóstico y tratamiento de esta condición constituye un reto para el cirujano oncólogo. En este artículo se reportó por primera vez en Cuba esta condición

Objetivo: Detallar la conducta a seguir ante un paciente con un tumor de sigmoides dentro de una hernia inguinoescrotal.

Caso clínico: Paciente masculino de 70 años, con diagnóstico inicial de hernia inguinoescrotal izquierda de larga evolución, al que se le inició estudios por presentar pérdida de peso y constipación en los últimos meses. Se diagnosticó el tumor contenido en la hernia y se realizó tratamiento quirúrgico. El paciente evolucionó favorablemente.

Conclusiones: Ante sospecha de neoplasia de colon contenida en una hernia inguinoescrotal, se deben utilizar todas las herramientas diagnósticas a disposición y efectuar el tratamiento quirúrgico de ambas entidades cumpliendo los principios de cirugía oncológica.

Palabras clave: hernia inguinal; neoplasia; cáncer; colon sigmoides.

ABSTRACT

Introduction: Sigmoid colon malignant tumors and inguinal hernias are frequent conditions, but it is very rare to find a sigmoid neoplasm contained an inguinoscrotal hernia. Diagnosis and treatment of this condition is a challenge to oncological surgeons. The paper presents the first report of this condition in Cuba.

Objective: Provide a detailed description of the actions to be taken to treat a sigmoid tumor contained in an inguinoscrotal hernia.

Clinical case: A male 70-year-old patient with an initial diagnosis of left inguinoscrotal hernia of long evolution reported weight loss and constipation in the last months. Examination led to the diagnosis of a tumor contained in the hernia and surgical treatment was applied. The patient evolved satisfactorily.

Conclusions: In case of suspicion of a colon neoplasm contained in an inguinoscrotal hernia, use should be made of all the available diagnostic tools and perform the surgical treatment of both conditions in compliance with the principles of oncological surgery.

Key words: inguinal hernia, neoplasm, cancer, sigmoid colon.

Recibido: 19/01/2021

Aceptado: 13/03/2021

Introducción

Las neoplasias de colon sigmoides como contenido de una hernia inguinoescrotal constituyen una muy rara condición, a tal punto que hasta el 2017, según autores uruguayos, se habían reportado menos de 50 casos en la literatura médica en el

mundo.⁽¹⁾ De los tipos de neoplasias involucradas en hernias inguinales, las intrasaculares (tumores primarios de los órganos de la cavidad abdominal), a las que pertenece la condición presentada en esta publicación, según estimaciones representa el 0,5 % de las hernias inguinales operadas.⁽²⁾ Para la elaboración de esta publicación se revisaron de forma extensa las bases de datos de Scielo, Pubmed y Google Académico y se incluyeron bibliografías en el estudio.

Debido a lo inusual de esta presentación de las neoplasias de colon, efectuar un diagnóstico preciso constituye un reto. Buscar en el examen físico una tumoración dura escrotal palpable e indagar en la anamnesis por hematoquezia, constipación o pérdida de peso son herramientas esenciales a tener en cuenta. El complemento debe efectuarse con estudios imagenológicos como el colon por enema, donde debe observarse defecto de lleno. La ultrasonografía permite observar independencia del tumor con respecto al testículo y en la tomografía axial computarizada se puede visualizar el proceso anarcoproliferativo dependiente del colon.⁽³⁾

Luego de confirmado el diagnóstico se debe trazar un plan que permita realizar una cirugía oncológica con los principios requeridos, además de una reparación del defecto herniario efectiva y duradera, que dependerá de las condiciones de los tejidos utilizados en la remodelación y el grado de infiltración tumoral de estructuras adyacentes.⁽⁴⁾

El objetivo de esta comunicación de caso fue detallar la conducta a seguir ante un paciente con un tumor de sigmoides dentro de una hernia inguinoescrotal. Se cumplió con los criterios SCARE para casos quirúrgicos.⁽⁵⁾

Presentación del caso

Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus tipo II con tratamiento dietético y antecedentes familiares por el padre de cardiopatía isquémica. Acudió a consulta de cirugía del Hospital Vladimir Ilich Lenin el 27/11/2020 por presentar hernia inguinoescrotal y cambios en el hábito defecatorio (constipación). Al ser interrogado refirió que la hernia databa de unos dos años de evolución pero en el último año alcanzó el

testículo y en los meses previos su consistencia fue tornándose más dura y aumentó el tamaño. También refirió que presentó en este período de tiempo pérdida de unas 40 libras de peso.

Se indicó ultrasonido testicular que informó glándulas testiculares de tamaño y ecogenicidad conservadas, se visualizó en bolsa escrotal izquierda masa tumoral, heterogénea de baja ecogenicidad adyacente al testículo y asas intestinales contenidas en la bolsa escrotal. En el ultrasonido abdominal no se reportó metástasis hepática u otra alteración. Por todo lo anterior se decidió ingreso en el servicio de Cirugía Oncológica, con número de Historia Clínica: 319847.

Luego del ingreso se le realizó tomografía axial computarizada (TAC) de tórax y abdomen, la cual tiene un alto valor como estudio de extensión y confirmó el diagnóstico ultrasonográfico (Fig. 1A). En esta se descartó presencia de lesión tumoral sincrónica de colon y se descartaron metástasis hepáticas, información coincidente con la ultrasonografía. Se le realizó un colon por enema donde se observó defecto de llenado en el intestino incluido en el escroto (Fig. 1B). Se completaron análisis sanguíneos encontrando como única alteración el valor de la hemoglobina en 91 mg/dl, por lo cual se indicó transfusión de dos unidades de glóbulos rojos. La preparación preoperatoria constó de colocación de sonda nasogástrica el día de la operación (01/12/2020) y profilaxis antimicrobiana con cefazolina y metronidazol. No se realizó preparación mecánica del colon.

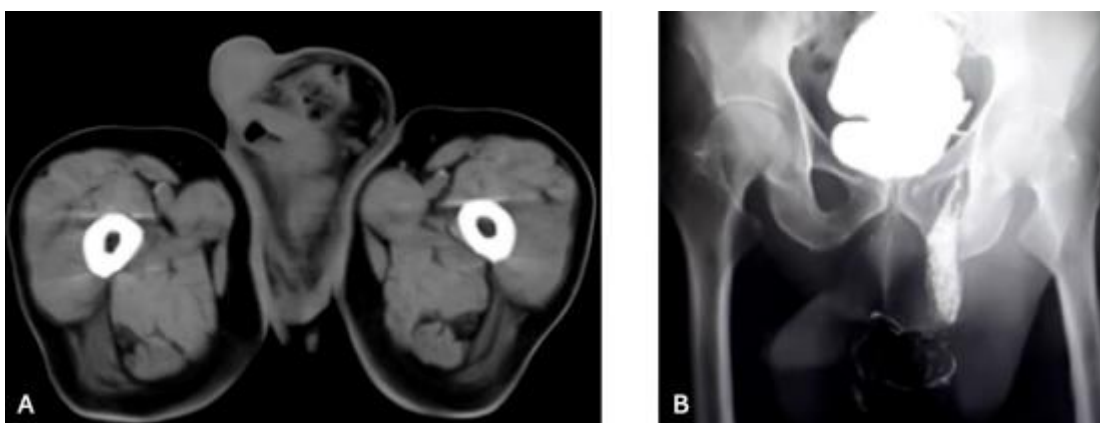


Fig. 1- A). Tomografía axial computarizada. B). Colon por enema.

Para el abordaje quirúrgico se utilizó una incisión amplia de 15cm vía inguinal que permitió eviscerar intestino delgado y palpar el resto del colon sin encontrar

siembras tumorales. Se encontró colon sigmoideo contenido en saco herniario y tumor sigmoideo adherido al cordón espermático. Por lo anterior se realizó sigmoidectomía con anastomosis termino-terminal a un plano extramucoso helicoidal con polyester 2-0 y orquiectomía con resección del cordón espermático por infiltración macroscópica. (Fig. 2).



Fig. 2- Pieza quirúrgica.

Se colocó un drenaje de goma en fondo de saco de *douglas* y un drenaje de penrose en bolsa escrotal. Se procedió a reparación de la pared posterior del canal inguinal mediante técnica de *Bassini*. Se mantuvo tratamiento con sulfaprim por siete días. Se retiró la sonda nasogástrica al tercer día, se inició vía oral al cuarto día y se decidió alta médica al octavo día. El paciente no sufrió complicaciones postoperatorias.

Se recibió el siguiente informe de biopsia: Adenocarcinoma de colon sigmoideo bien diferenciado de 5,5 x 4,5 x 5,3 cm. Infiltra hasta la capa muscular profunda, con áreas extensas de necrosis e inflamación crónica (Fig. 3-A y B). Se encuentra a más de 5 cm de ambos márgenes, los cuales no presentaron infiltración tumoral. Se encontraron 10 ganglios linfáticos, 5 de ellos metastásicos. El estadiamiento postoperatorio se concluyó como un T4_bN2_aM₀, etapa IIIc.

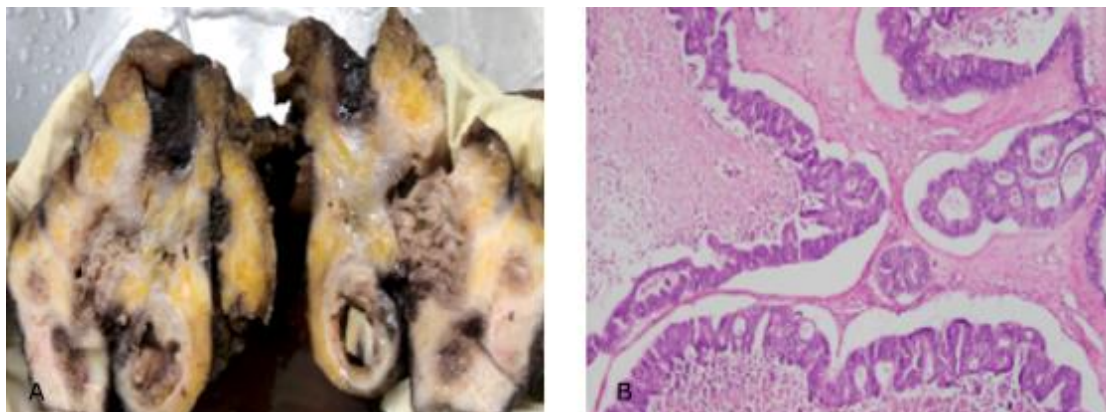


Fig. 3- A). Estudio macroscópico. B). Estudio histológico. Hematoxilina y eosina.

A los 45 días de operado el paciente no presentó complicaciones tardías y desapareció la sintomatología previa a la cirugía. Se decidió iniciar tratamiento oncológico con esquema de quimioterapia protocolizado.

Discusión

La edad de presentación más frecuente de esta entidad supera en la mayoría de los casos los 80 años^(6,7,8) aunque como se observó en el paciente, debe sospecharse en personas de la tercera edad. Para efectuar el diagnóstico se coincidió con los pasos establecidos en investigaciones previas donde se observaron similares imágenes a las del paciente y quedó demostrada la necesidad de los estudios imagenológicos. Es de señalar el alto valor que tiene el diagnóstico temprano para evitar complicaciones como abscedación, perforación o estrangulación, reportadas con frecuencia en estos casos como la causa quirúrgica.⁽⁷⁾

La vía de abordaje inicial fue la inguinal, que permitió una valoración precisa de la infiltración del cordón espermático y para facilitar una posible orquiectomía, como ocurrió en este caso. Luego de la apertura sacular se valoró si la incisión permitía obtener un margen mínimo de 5 cm a ambos extremos de la neoplasia, con una resección mesentérica conforme a los principios de cirugía oncológica y se consideró como factible completar la operación por esta vía. Se limitó a esta

incisión pues en los estudios de extensión no se encontró diseminación a distancia de la enfermedad o un tumor sincrónico de colon.

Esta única incisión ha sido elegida por varios autores previos pues por lo general el colon sigmoidees es bastante móvil para lograr la resección por vía inguinal. Para la reparación de la pared posterior del canal inguinal se aplicó la técnica de *Bassini* por las siguientes razones: primero el buen estado de los tejidos anatómicos a utilizar, segundo el paciente negó la necesidad de realizar esfuerzos físicos posterior a la cirugía y tercero para evitar una posible infección de la herida quirúrgica que, en caso de usar malla protésica comprometería la hernioplastia. En otros reportes se han considerado reparaciones con prótesis y se han obtenido resultados satisfactorios.⁽⁹⁾

En el postoperatorio se aplicaron los protocolos establecidos en el servicio de Cirugía Oncológica y la evolución a corto y largo plazo no tuvo complicaciones; un resultado positivo al tener en cuenta que al ser una cirugía compleja no está exenta de posibles complicaciones. En otros pacientes se ha reportado neumonía por aspiración y muerte, aunque la evolución favorable ha predominado en la bibliografía consultada.⁽¹⁰⁾

Al comparar el informe de biopsia con otros casos presentados se encontró coincidencia en que estas neoplasias suelen presentar etapas avanzadas con enfermedad localmente diseminada, con metástasis hepática múltiple como en el reporte de *Sabra* y otros o sin evidencia metastásica según *Mizuno* y otros. Los autores del trabajo consideran que la extensión a distancia de un tumor de colon no guarda relación directa con la sintomatología. En muchos casos esté presente una hernia o no, el tumor ya se ha extendido y es multicausal. Si bien es cierto que la presencia de una hernia puede enmascarar síntomas inespecíficos como el dolor, en ocasiones pudiera adelantar el diagnóstico de un tumor que en otro caso llegaría a la oclusión o a la perforación.^(7,11)

Se puede concluir que un diagnóstico oportuno basado en un minucioso interrogatorio, examen físico profundo, alta sospecha y estudios imagenológicos complementarios permiten trazar una estrategia quirúrgica efectiva ante un caso con un tumor de sigmoidees contenido en una hernia inguinoescrotal.

Referencias bibliográficas

1. González González DA, Tarigo N. Cáncer de colon sigmoides como contenido de una hernia inguinal izquierda. Rev. Méd. Urug. 2017;33(3):115-125. DOI: <http://dx.doi.org/10.29193/rmu.33.3.6>
2. Meniconi RL, Vennarecci G, Lepiane P, Laurenzi A, Santoro R, Colasanti M, et al. Locally advanced carcinoma of the cecum presenting as a right inguinal hernia: a case report and review of the literature. J. Med. Case. Rep. 2013;7(206). DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-1947-7-206>
3. Chern TY, Tay YK, Perera DS. A rare case of ascending colon adenocarcinoma incarcerated in aninguinoscrotal hernia: Case report and literature review. Surg. Case Rep. 2018;4(1):48. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40792-018-0457-9>
4. Pisano M, Zorcolo L, Merli C, Cimbanassi S, Poiasina E, Ceresoli M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. World J. Emerg. Surg. 2018;13(1):36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>.
5. Agha RA, Borrelli MR, Farwana R, Koshy K, Fowler AJ, Orgill DP, et al. The SCARE 2018 statement: updating consensus Surgical Case Report (SCARE) guidelines. Int J Surg. 2018;60:132-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2018.10.028>
6. Salemans PB, Vles GF, Fransen SAF, Meenk RMS. Sigmoid Carcinoma in an Inguinal Hernia: A Blessing in Disguise? Case Reports in Surgery. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/314394>
7. Sabra H, Alimoradi M, El-Helou E, Azaki R, Khairallah M, Kfoury T, et al. Perforated sigmoid colon cancer presenting as an incarcerated inguinal hernia: A case report. Int Jour of Surg Case Rep 72. 2020:108-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.067>
8. Baldi D, Alfano V, Punzo B, Tramontano L, Basalice S, Spidalieri G, et al. A Rare Case of Sigmoid Colon Carcinoma in Incarcerated Inguinal Hernia .Diagnostics. 2020 [acceso 08/01/2021];10(99). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/339167349_A_Rare_Case_of_Sigmoid_Colon_Carcinoma_Incarcerated_Inguinal_Hernia

9. Ruiz-Tovar J, Ripalda E, Beni R, Nistal J, Monroy C, Carda P, et al. Carcinoma of the sigmoid colon in an incarcerated inguinal hernia. *Can J Surg*. 2009 [acceso 07/01/2021];52:31-2. Disponible en: <https://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19399196>.
10. KoKH, Yu CY, Kao CC, Tsai SH, Huang GS, Chang WC, et al. Perforated Sigmoid Colon Cancer within an Irreducible Inguinal Hernia: a Case Report. *Korean J Radiol*. 2010 [acceso 08/01/2021];11(2):231-3. Disponible en: <https://www.core.ac.uk/reader/8382140>
11. Mizuno H, Nagai H, Maeda S, Miyake H, Yoshioka Y, Yuasa N, et al. Incarcerated sigmoid colon cancer in an inguinal hernia associated with an abdominal wall abscess: a case report. *Surg Case Rep*. 2019;5:189. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40792-019-0742-2>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Miguel Perez-Rodriguez: Conceptualización, supervisión quirúrgica, supervisión clínica, revisión.

Raúl Rodríguez Larralde: Conceptualización, supervisión quirúrgica, supervisión clínica, edición.

Pedro Lázaro Fernández Sanz: Investigación, supervisión clínica, metodología, borrador original, edición.

Julio Esteban Díaz-Jardines: Supervisión clínica, visualización, revisión.

Mariela Erenia Rodríguez-García: Supervisión clínica, visualización, revisión.

Eliecer Machado: Investigación, visualización, revisión, edición.