



Sarcomas y otros Tumores del Colon

E. MULETT, MD., SCC.

Palabras clave: Cáncer, Sarcomas, Linfomas, Colon.

Aunque nuestro país es considerado como de baja incidencia para la patología colorrectal, a medida que se dispone de nueva tecnología diagnóstica y de una conciencia más clara sobre esta patología, aparecen con frecuencia cada vez mayor, entidades clínicas que en algunos casos, por su muy baja frecuencia, crean dificultades para el diagnóstico. El objetivo de esta revisión es dar algunas sugerencias diagnósticas y terapéuticas para esta patología.

INTRODUCCION

A medida que se avanza en la búsqueda de los tumores del colon, se encuentran lesiones que no son tan comunes, pero que plantean algunas dudas diagnósticas y, por lo tanto, hay que tenerlas en cuenta en la evaluación de los pacientes con sintomatología del colon o del recto.

Para poder entender los diferentes tipos de tumores hay que tener como base las diferentes líneas de diferenciación tisular de las cuales se originan los tejidos. El ectodermo origina la epidermis; el mesodermo da origen, entre otros, al músculo, al tejido conectivo, a la sangre y al tejido linfoide; y el endodermo origina el epitelio de los diferentes órganos.

De todas estas diferentes líneas celulares toman origen, por lo tanto, diferentes tipos de tumores como se muestra en la Nomenclatura 1.

TUMORES MESENQUIMALES

Los criterios diagnósticos y los factores pronósticos respecto a las neoplasias malignas mesenquimales del tracto gastrointestinal son controversiales; la diferenciación es difícil de determinar y la conducta clínica difícil de predecir (1). Se revisarán algunas de las lesiones más frecuentes de este tipo que aparecen en el tracto gastrointestinal y específicamente en el colon y el recto.

Doctor Edelberto Mullet Vásquez, Cirujano de colon y recto, Hospital y Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

Leiomioma. Leiomiosarcoma

Este tipo de tumores se originan en las células del músculo liso que hacen parte de la pared del tubo digestivo. Son más comunes en el estómago y sólo el 3% ocurren en el colon (2). Respecto al recto, se considera que por cada 2.000 tumores que aparecen en éste, sólo 1 es de este origen (3).

La sintomatología es causada principalmente por la localización del tumor y por su tamaño. Principalmente son, sangrado rectal, dificultad en la evacuación, sintomatología obstructiva, masa y dolor abdominal; estos síntomas son comunes a cualquier patología de origen colónico y por lo tanto siempre se deben investigar y no dejarlos pasar inadvertidos.

Nomenclatura 1. Tumores del colon diferentes del adenocarcinoma.

Mesenquimales

- Fibroma
- Fibrosarcoma
- Lipoma
- Liposarcoma
- Leiomioma
- Leiomiosarcoma

Origen epitelial

- Carcinoide
- Melanoma
- Escamocelular
- Cloacogénico

Origen linfoide

- Hiperplasia linfoide
- Linfoma maligno
- Plasmocitoma extramedular

Vasculares

- Hemangioma
- Linfangioma
- Sarcoma de Kaposi
- Angiosarcoma

Origen neural

- Neurofibroma
- Neurilemoma
- Ganglioneuroma

Tabla 1. Diagnóstico de tumores de músculo liso*.

<i>Diagnóstico</i>	<i>Atipia</i>	<i>Mitosis 10 HPF**</i>
Leiomioma	-	0 – 1
Leiomiomasarcoma de bajo grado	+ ó -	2 – 5
	-	6 – 10
Leiomiomasarcoma de alto grado	+	6 – 10
	+ ó -	> 10

* Chou F, Eng H, Sheen-Chen S: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: Analysis of prognostic factors. *Surgery* 1996;119:171-7.

** Campos de alto poder.

Debido a estos síntomas inespecíficos la mejor ayuda diagnóstica es la endoscopia, ya sea la colonoscopia total o la izquierda en donde se puede encontrar una lesión submucosa con o sin necrosis de la mucosa y, por esto, se debe tener en cuenta que cuando se toman las muestras con la pinza de biopsia, ésta puede darnos el diagnóstico. Otras ayudas diagnósticas están en la utilización de medios radiactivos como la antimiosina con Indio¹¹¹, aunque éste es más útil para tumores de origen extra intestinal o para metástasis de tumores del colon (4). Respecto a la inmunohistoquímica, hay algunos marcadores que pueden ayudar en la diferenciación de estos tumores tales como el antígeno alfa SMA, la vimentina o la desmina.(5).

El diagnóstico definitivo está dado por la anatomía patológica la cual se basa principalmente en el grado de atipia celular o en el número de mitosis por diez campos de alto poder, donde se clasifica la lesión como leiomioma o como leiomiomasarcoma de bajo o de alto grado de malignidad (Tabla 2).

En los criterios para el diagnóstico de benignidad o de malignidad, también se toma en cuenta el tamaño de la lesión: si éste es mayor de 5 cm, se considera que la lesión tiene alta probabilidad de ser maligna, y como tal se debe enfocar el tratamiento; el número de mitosis sigue siendo por excelencia el mejor parámetro para diferenciar entre una lesión benigna o maligna; el análisis del DNA no ha comprobado su real efectividad. La presencia de metástasis hepáticas o la invasión local, claramente nos indica la malignidad de la lesión.

En al tratamiento la mejor opción es la cirugía, que va desde la resección local, en cuña o segmentaria, hasta la resección abdomino-perineal, dependiendo de la localización del tumor y de la agresividad de éste, al igual que de la condición clínica del paciente.

En la revisión de Berkley, *et al*, de 39 casos de leiomiomasarcoma se encontraron 3 pacientes vivos a 5 años pero 2/3 de éstos habían muerto durante el primer año (6). En la revisión de

Spiliotis se observó una sobrevida del 8.5% a 5 años del leiomioma, pero no se encontró sobrevida en pacientes con diagnóstico de leiomiomasarcoma (7).

Lipoma. Liposarcoma

El liposarcoma es un tumor extremadamente raro en el tracto gastrointestinal. Este y el lipoma se originan de los depósitos grasos en la pared del intestino. El lipoma se considera el segundo tumor benigno más frecuente del colon, el tumor intramural y el tumor mesenquimal más común, pero sólo ocurre en el 0.2% de los tumores del colon (8).

La distribución por sexos del lipoma es aproximadamente igual, siendo la máxima incidencia durante la sexta y séptima décadas de la vida. Estos pueden ser submucosos o subserosos. La sintomatología es variada pero se considera que las lesiones mayores de 2 cm comienzan a dar síntomas y las que sobrepasan los 4 cm, pueden presentar sangrado. Los síntomas pueden ser inespecíficos pero en términos generales son, el dolor abdominal, el sangrado rectal, la obstrucción del colon, los cambios del hábito intestinal y, además, la intususcepción en el adulto (9).

Para el diagnóstico del lipoma se puede utilizar el colon por enema de doble contraste, pero el método más adecuado es la colonoscopia, en la cual es común observar varios tipos de signos, a saber:

El signo de la almohada: al tocar la lesión con la pinza de biopsia da la impresión de tocar una almohada o cojín.

El signo de la carpa: se puede levantar la mucosa con la pinza de biopsia y separarla de la lesión subyacente.

Y el otro signo consiste en que cuando se toma una muestra de la mucosa, *la grasa subyacente protruye* a través del sitio de la muestra. Estas lesiones se presentan con más frecuencia en el colon derecho, aproximadamente en un 45%. Es importante diferenciar esta patología de la lipohipertrofia de la válvula ileocecal, que es una situación que se puede considerar normal. El ultrasonido endoscópico probablemente en un futuro será el método diagnóstico ideal (10).

En cuanto al tratamiento puede hacerse por resección endoscópica de la lesión o por resección quirúrgica del segmento del colon en el cual esté localizada la lesión. En el recto puede hacerse una resección transanal, si la lesión cumple los requisitos para este procedimiento. Para la resección endoscópica de la lesión se ha recomendado que sólo se utilice para tumores máximo de 1.8 cm, teniendo en cuenta que la lesión puede ser subserosa lo que aumentaría el riesgo de perforación; de lo contrario debemos llevar el paciente a cirugía para practicarle una resección convencional del colon. Es importante el diagnóstico diferencial con el cáncer del colon.

TUMORES DE ORIGEN LINFOIDE

Linfoma

El compromiso del colon o del recto por el linfoma puede ser parte de una enfermedad sistémica o como compromiso primario. Hay unos parámetros que nos indican que el compromiso es primario (11):

- Ausencia de adenopatías periféricas.
- Rayos X del tórax normales.
- Leucograma normal.
- Lesión primaria en el tracto gastrointestinal.
- Ausencia de compromiso hepatoesplénico.

El linfoma primario ocurre en el 0.2% de los tumores malignos del colon (12). En una revisión de 130 casos se encontró que la edad promedio es de 52.6 años, hay predominio del sexo masculino, la lesión es más frecuente en el ciego, con 71.5%, seguida por el recto con 16.9% y por el colon ascendente con 6.2% (13).

El linfoma primario del colon puede ser de uno de los siguientes tipos: histiocítico, linfocítico, mixto o enfermedad de Hodgkin; esta es también la forma de aparición histológica de estas lesiones según su frecuencia.

La sintomatología es inespecífica y está dada principalmente por el dolor abdominal, la disminución de peso, los cambios del hábito intestinal, la diarrea y el sangrado. Igualmente cuando el tumor es primario del recto puede haber sangrado, dolor anorrectal, cambios del hábito intestinal o disminución de peso (14).

El principal método diagnóstico es la endoscopia donde se puede encontrar diferentes imágenes que van desde un tumor de aspecto polipoide, una proctitis difusa o nódulos de aparición submucosa; es importante el diagnóstico diferencial con el carcinoma.

Respecto a la tomografía axial computarizada también hay algunos parámetros que nos sirven para pensar en el diagnóstico de linfoma (15):

- Crecimiento de la lesión hacia el íleon.
- Demarcación de la grasa pericólica.
- Ausencia de compromiso adyacente.
- Ausencia de reacción desmoplásica.

Respecto al tratamiento, el método ideal es la resección quirúrgica de la lesión que se utiliza principalmente en el caso de enfermedad primaria o cuando hay una clara indicación quirúrgica por una complicación de la enfermedad, como obstrucción, perforación, etc. La quimio y la radioterapia se utilizan cuando el compromiso intestinal hace parte de una enfermedad sistémica.

Los pacientes que se llevan a cirugía tienen mejor resultado que los tratados médicamente (12-14).

Hemangioma

Se considera que es el resultado del secuestro de tejido embrionario mesodérmico, y puede ser de diferentes tipos (16):

- Capilar
- Mixto
- Cavernoso: difuso
polipoideo
flebetasia múltiple.

La sintomatología del hemangioma está dada por el sangrado que puede ser escaso, intermitente o masivo; además, el paciente puede presentarse con un cuadro clínico de anemia crónica.

El diagnóstico se hace principalmente por endoscopia donde se puede observar una lesión submucosa o un tumor que aparentemente se colapsa con la insuflación. En las radiografías simples o en la TAC se pueden encontrar calcificaciones (17) que ayudan al diagnóstico; no hay ninguna diferencia con el uso de resonancia magnética nuclear y en algunos casos se ha utilizado la gamagrafía con sucralfate marcado con tecnecio⁹⁹ (18).

Para el tratamiento del hemangioma colorrectal se ha utilizado generalmente la cirugía que puede ir desde la colectomía total, resección segmentaria o resección anterior, con las posibles complicaciones de una cirugía en donde el sangrado puede ser de gran importancia. Se ha considerado también la mucosectomía o la ablación con láser (19). Se ha propuesto el tratamiento con interferón alfa 2a, que tiene los siguientes mecanismos de acción (20, 21):

- Inhibición de la proliferación de células endoteliales, músculo liso o fibroblastos.
- Aumento de prostaciclina.
- Disminución de la producción de colágeno.

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi es una lesión que aparece 20.000 veces más frecuentemente en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, aunque las lesiones aparecen generalmente primero en la piel; se han descrito algunos casos relacionados con colitis ulcerosa (22).

Los síntomas están dados principalmente por diarrea, moco, sangrado rectal o dolor rectal; es de tener en cuenta que los pacientes con VIH + pueden tener esta sintomatología por compromiso infeccioso del colon pero en el paciente con este cuadro persistente en quien no se encuentre alguna causa infecciosa, se debe pensar en este diagnóstico (23).

El diagnóstico de sarcoma de Kaposi se hace por endoscopia; se encuentran lesiones tipo máculas o angiodisplasias que pueden sangrar fácilmente al contacto con el instrumental de examen (24). Para la toma de biopsias y por el riesgo de sangrado masivo se recomienda la colocación de bandas de caucho antes de tomar las muestras.

El tratamiento de estos pacientes es casi siempre paliativo debido a que generalmente se encuentran en un estado avanzado de su patología de base en el momento de hacer el diagnóstico. Se han utilizado la quimioterapia o radioterapia paliativas o el control local de la enfermedad con resección quirúrgica en pacientes seleccionados.

ABSTRACT

SARCOMAS AND OTHER COLONIC TUMORS

Although our country is considered to have a low incidence of colorectal pathology, current advances in diagnostic technologies and higher level of public awareness have led to the identification of clinical entities that, in some cases and due to their scarce prevalence, cause diagnostic difficulties. The purpose of this review is to provide diagnostic and therapeutic suggestions for the management of such pathology.

REFERENCIAS

1. Chou F, Eng H, Sheen-Chen S: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract: Analysis of prognostic factors. *Surgery* 1996;119:171
2. Kadakia SC, Kadakia AS, Seargent K: Endoscopic removal of colonic leiomyoma. *J Clin Gastroenterol* 1992;15(1):59
3. Kusminsky RE, Bailey W: Leiomyomas of the rectum and anal canal: report of six cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1977; 20 (7):580
4. Nuessle WR, Magill TR: Leiomyosarcoma of the transverse colon. Report of a case with discussion. *Dis Colon Rectum* 1990;33(4):323
5. Iwasa K, Taniguchi K, Noguchi M, et al: Leiomyosarcoma of the colon presenting as acute suppurative peritonitis. *Surg Today* 1977;27(4):337
6. Berkley KM: Leiomyosarcoma of the large intestine, excluding the rectum. *Int Surg* 1981;66(2):177
7. Spiliotis J, Scopa CD, Kyriakopoulou D, et al: Smooth muscle tumors of the gastrointestinal tract. A 10—year experience. *Eur J Surg Oncol* 1992;18(6):580
8. Taylor BA, Wolff BG: Colonic lipomas— Report of two unusual cases and review of the Mayo Clinic experience, 1976 – 1985. *Dis Colon Rectum* 1987;30:888
9. Rodríguez DI, Drehner DM, Beck DE, et al: Colonic lipoma as a source of massive hemorrhage. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1990;33:977
10. Kameyawa H, Niwa Y, Arisawa T, et al: Endoscopic ultrasonography in the diagnosis of submucosal lesions of the large intestine. *Gastrointest Endosc* 1997;46:406
11. Gordon PH: Malignant neoplasms of the colon. In: Gordon PH, Nivatvongs S, editors. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. St. Louis: QMP, 1992, p. 501
12. Shepherd NA, Hall PA, Coates PJ, et al: Primary malignant lymphoma of the colon and rectum. A histopathological and immunohistochemical analysis of 45 cases with clinicopathological correlations. *Histopathology* 1988;12 (3):235
13. Jinnai D, Iwasa Z, Watanuky T: Malignant lymphoma of the large intestine. Operative results in Japan. *Jpn J Surg* 1983;13 (4):331
14. Devine RM, Beart RW, Wolff BG: Malignant lymphoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1986;29:821
15. Wyatt SH, Fishman EK, Hruban RH, et al: CT of primary colonic lymphoma. *Clin Imaging* 1994;18(2):131
16. Hooker JC, Espinosa R, Barraza M, et al: Hemangioma cavernoso de colon y recto. *Rev Col Gastroenterol* 1996;11:182
17. Dachman AH, Ros PR, Sheritka KM, et al: Colorectal hemangioma: radiologic findings. *Radiology* 1988;167(1):31
18. Scopinaro F, Signori C, Massa R, et al: Right colonic hemangioma diagnosed by scintigraphy with Tc 99 sucralfate. A case report. *Ital J Surg Sci* 1989;19:89
19. Telander RL, Ahlquist D, Blaufuss MC: Rectal mucosectomy: a definitive approach to extensive hemangiomas of the rectum. *J Pediatr Surg* 1993;28(3):379
20. White CW: Treatment of hemangiomatosis with recombinant interferon alfa. *Semin Hematol* 1990;27 (3) (suppl 4):15
21. Ricketts PR, Hatley RM, Corden BJ, et al: Interferon-alpha-2a for the treatment of complex hemangiomas of infancy and childhood. *Ann Surg* 1994;219 (6):605
22. Thompson GB, Pemberton JH, Morris S, et al: Kaposi's sarcoma of the colon in a young HIV negative man with chronic ulcerative colitis. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1989;32(1):73
23. Weber JN, Carmichael DJ, Boylston A, et al: Kaposi's sarcoma of the bowel presenting as apparent ulcerative colitis. *Gut* 1985;26 (3):295
24. Weprin L, Zollinger R, Clausen K, et al: Kaposi's sarcoma: endoscopic observations of gastric and colon involvement. *J Clin Gastroenterol* 1982;4 (4):357.

Correspondencia:

Doctor Edelberto Mullet Vásquez, Carrera 29 No. 70 - 34 Apto. 32 - Manizales, Colombia.