

Escisión mesocólica completa con duodenopancreatectomía por tumor de colon

Complete mesocolic excision with pancreatoduodenectomy for colon tumor

Emilio Domingo Tonina Pérez* , Esteban Daniel Mendoza Galván** , Katerine Colina*

*Instituto de Previsión Social, Hospital de Especialidades Quirúrgicas, Servicio de Cirugía General.
Fernando de la Mora, Asunción, Paraguay.*

RESUMEN

El cáncer colorrectal en menores de 50 años suele presentarse de forma agresiva y avanzada. La invasión local a órganos adyacentes representa un desafío quirúrgico de alta complejidad. Presentamos el caso de una mujer de 34 años con cáncer multifocal e invasión de colon ascendente al duodeno y cápsula renal. Se realizó un abordaje radical mediante colectomía subtotal, escisión mesocólica completa, duodenopancreatectomía cefálica y vaciamiento ganglionar D3 extendido.

Palabras claves: Neoplasias del colon, Oncología quirúrgica, duodenopancreatectomía.

ABSTRACT

Colorectal cancer in patients under 50 often presents with aggressive, advanced stages. Local invasion into adjacent organs poses a high-complexity surgical challenge. We report the case of a 34-year-old woman with multifocal cancer and invasion of the ascending colon into the duodenum and renal capsule. A radical approach was performed via subtotal colectomy, complete mesocolic excision, pancreatoduodenectomy, and extended D3 lymphadenectomy.

Keywords: Colonic neoplasms, Surgical Oncology, pancreatoduodenectomy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal en pacientes menores de 50 años representa un fenómeno de baja incidencia epidemiológica, pero de gran impacto clínico, que a menudo se asocia con una presentación agresiva y avanzada al momento del diagnóstico⁽¹⁾. La invasión local es un factor pronóstico negativo y plantea un desafío quirúrgico de complejidad elevada, siendo a menudo la resección multivisceral en bloque el único abordaje que garantiza un margen oncológico libre de enfermedad^(2,3).

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años, docente, consultó por cuadro de 1 mes de evolución de dolor en epigastrio, de tipo cólico, de intensidad

leve a moderada, que cede con el consumo de analgésicos acompañado de pérdida de 15 kilos. Se agregó al cuadro náuseas y vómitos por lo que acudió al servicio. Paciente asmática tratada con salbutamol según crisis. Como antecedente quirúrgico era doble cesareada y como antecedentes oncológicos familiares, tenía a la madre con cáncer de recto y cáncer de páncreas en la abuela materna.

Al ingreso, la paciente presentaba regular estado general, con pérdida ponderal evidente. Al examen físico se constató abdomen blando, depresible, doloroso a predominio de epigastrio, con masa de límites imprecisos palpable en hemiabdomen superior derecho, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. No se evidenció ictericia clínica. En el laboratorio se constató leve neutrofilia y elevación de PCR con valor de 69. El perfil hepático, renal y proteico se encontraban en rango.

Se realizó una **ecografía abdominal** al ingreso en donde se constató formación sólida en cabeza de páncreas, mal delimitada, hipoeoica, heterogénea y vascularizada, (115x53x90 mm) y vías biliares demarcadas (colédoco de 12mm de diámetro).

Debido a estos hallazgos se realizó una tomografía contrastada donde se evidenció una tumoración infiltrante heterogénea, con epicentro de localización entre la segunda porción duodenal y el ángulo hepático del colon, con dimensiones similares a la vista por ecografía. Presentaba un patrón de realce heterogéneo y abombaba la luz colónica con marcada densificación de la grasa pericólica y en la región periduodenal, asociado a linfonodos de 8 a 5 mm en la estación mesentérica superior, siendo imposible la determinación por este método del origen (duodeno o colónico) por los cambios asociados y la gran extensión. Se observó permeabilidad con plano de clivaje respecto a la masa tumoral de los vasos mesentéricos y la vena cava. (*Fig. 1*)

* Médico de Planta. Cirugía General, Hospital de Especialidades Ingavi IPS

** Jefe de Sala. Cirugía General, Hospital de Especialidades Ingavi IPS

Autor Correspondiente: Emilio Domingo Tonina Pérez - Correo: emiliotonina@gmail.com

Recibido: 08/01/2026 - Revisado: 02/03/2026 - Aceptado: 15/03/2026

Revisor: Carlos Arce Aranda MSP y BS

Proceso de revisión: Evaluación por pares a doble ciego.

Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



Figura 1. TC Fase Arterial: AO: Aorta, AMS: Arteria mesentérica superior, CP: Cabeza de páncreas, VMS: Vena mesentérica superior, *: Lesión comprimiendo la segunda porción duodenal

Se realizó una **resonancia magnética con contraste**, donde se constató la masa comprometiéndolo la segunda porción duodenal y el ángulo hepático del colon, impresionando crecimiento endofítico en ambas estructuras, ejerciendo efecto de masa en la cabeza del páncreas y consecuentemente comprimiendo el segmento intrapancreático del colédoco. Se identificó en la masa áreas hiperintensas en T2, restricción de la difusión y realce tras la administración de contraste endovenoso, caracterizándose como un tumor de tipo mucinoso, primario de colon, con extensión a grasa pericólica y fistulización hacia la segunda porción duodenal (Fig. 2), con posible trombosis de la rama venosa ileocecal, sin metástasis hepáticas.

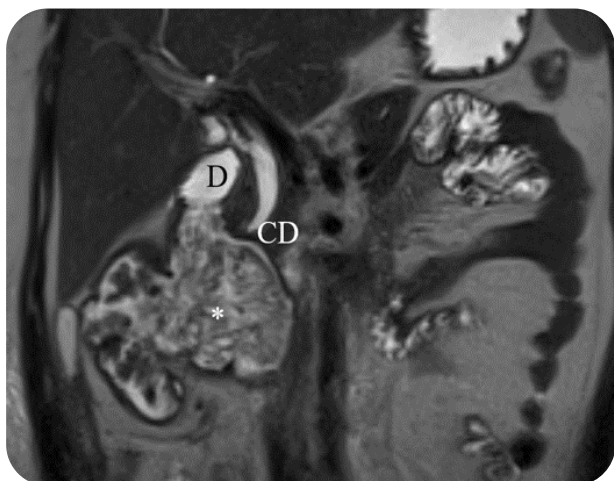


Figura 2. RMN: CD: Colédoco Distal, D: Duodeno, *: Lesión en Angulo hepático del colon

Se realizó una **endoscopia digestiva alta** observándose en duodeno, en su segunda porción, una lesión tumoral exofítica con superficie irregular y múltiples áreas ulceradas, ocupando la totalidad de la luz, no permitiendo el paso del endoscopio.

Se realizó una **colonoscopia** donde se observaron tres lesiones de aspecto neoplásico, una con patrón Kudo V en colon trasverso proximal; otra con Patrón Kudo IV en colon trasverso distal y una tercera con patrón Kudo IV en colon descendente.

Se decidió laparotomía exploradora constatándose tumoración en colon ascendente que infiltraba al duodeno, sin plano

de clivaje con el mismo, infiltrando también la capsula renal derecha; y una lesión ulcerada en colon descendente. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica con colectomía subtotal en bloque, incluyendo a la capsula renal derecha, (Fig.3) con vaciamiento ganglionar D3 e inclusión de cadena ganglionar cavo-aórtica. (Fig. 4) La reconstrucción se realizó en asa única; pancreatoyeyunal termino-lateral, hepaticoyeyunal termino-lateral, gastroyeyunal latero-lateral y la anastomosis ileosigmoidea termino-lateral.

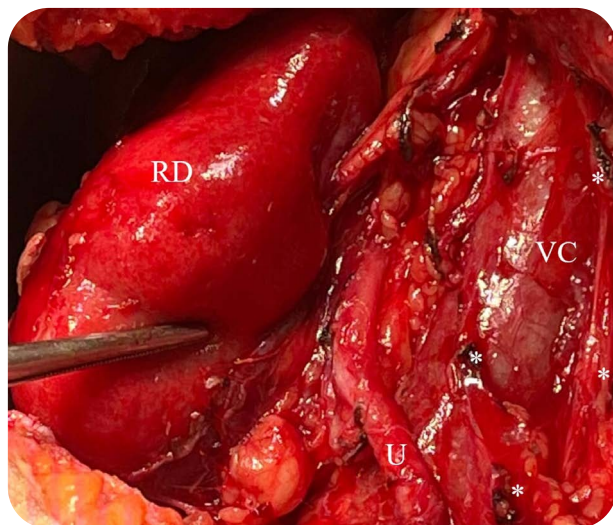


Figura 3. Intraoperatorio: RD: Riñón derecho decapsulado, U: Uréter derecho, VC: Vena cava, *: Márgenes de vaciamiento ganglionar



Figura 4. Pieza quirúrgica: CP: Cabeza de páncreas, D2: Segunda porción duodenal, D4: Cuarta porción duodenal, EP: Epiplón mayor, IT: Íleon terminal, VB: Vesícula biliar, *: Lesión en colon ascendente, **: Lesión en colon descendente.

El tiempo operatorio fue de 420 minutos, la pérdida hemática fue menor a 500cc, no requirió transfusiones durante el período operatorio y la paciente fue extubada al finalizar la cirugía.

El período postoperatorio inmediato estuvo marcado por una fistula pancreática grado B ISGPF (International Study Group on Pancreatic Fistula) ⁽⁵⁾ y una evisceración grado 2 que requirió relaparotomía.

La estadía total postquirúrgica fue de 36 días, de los cuales,

11 fueron en la terapia intensiva, prolongada por una neumonía intrahospitalaria de inicio tardío y una infección del sitio quirúrgico. No requirió terapia de reemplazo renal.

La Anatomía patológica informó un adenocarcinoma mucinoso invasivo en la tumoración del colon ascendente y adenocarcinoma invasivo convencional en la tumoración del ángulo esplénico, moderadamente diferenciado (grado 2), con invasión linfovascular presente; adenocarcinoma metastásico en 2 de 32 ganglios linfáticos y todos los márgenes quirúrgicos libres de carcinoma invasivo. Clasificación TNM: pT(m)4b, pN1b.

Además, dos adenomas tubulares, uno en ciego con displasia de alto grado y uno en colon trasverso con displasia de bajo grado. Enfermedad diverticular colónica.

El CCI (Comprehensive Complication Index) a los 90 días fue de 58.2⁽⁶⁾ y se encuentra actualmente en proceso de estudios de inmunohistoquímica a fin de determinar inestabilidad de microsatélites para tratamiento adyuvante.

DISCUSIÓN

El cáncer colorrectal en pacientes jóvenes y la presentación con invasión local representa un grupo de alto riesgo oncológico. Si bien los tumores de colon derecho son los menos invasivos localmente, autores como Gosavi et al. reportan una invasión macroscópica a órganos y tejidos adyacentes de entre 11 y 20%⁽⁴⁾. El caso presentado ilustra la necesidad de un abordaje quirúrgico agresivo y altamente especializado para el control de

la enfermedad avanzada.

A pesar de la complejidad del tratamiento propuesto, se logró la resección oncológica completa, el cual es el predictor más importante de supervivencia a largo plazo y justifica el riesgo inherente a la cirugía.^(2,3,4,8)

La estadificación patológica final TNM confirma un estadio pT(m)4b, pN1b, lo que subraya la agresividad del tumor y alto riesgo de recurrencia sistémica. Es fundamental reconocer que el precio de la radicalidad oncológica es una alta morbilidad; que en este caso se manifestó como una fistula pancreática grado B, neumonía intrahospitalaria, infección de sitio quirúrgico y evisceración, lo que elevó el Comprehensive Complication Index (CCI) a 58.2, una cifra que guarda consistencia con la elevada carga de morbilidad documentada por Lim SW et al. en resecciones multiviscerales de alta complejidad.^(3,6,7)

Por la presentación agresiva, a temprana edad, los antecedentes oncológicos familiares y los hallazgos intraoperatorios, es imperativo determinar si presenta inestabilidad de microsatélites en el estudio de inmunohistoquímica. Estos rasgos compatibles con el Síndrome de Lynch tienen implicancia clínica al momento de determinar el esquema quimioterápico adyuvante y su respuesta esperada.⁽⁸⁾

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

REFERENCIAS

1. Mueller M, Schneider MA, Deplazes B, Cabalzar-Wondberg D, Rickenbacher A, Turina M. Colorectal cancer of the young displays distinct features of aggressive tumor biology: A single-center cohort study. *World J Gastrointest Surg.* 2021 Feb 27;13(2):164-175. doi: 10.4240/wjgs.v13.i2.164.
2. Ri H, Kang H, Xu Z, Gong Z, Jo H, Amadou BH, et al. Surgical treatment of locally advanced right colon cancer invading neighboring organs. *Front Med (Lausanne).* 2023 Jan 13;9:1044163. doi: 10.3389/fmed.2022.1044163.
3. Gosavi R, Heriot AG, Warriar SK. Current management and controversies in management of T4 cancers of the colon—a narrative review of the literature. *Dig Med Res.* 2023;6:14. doi: 10.21037/dmr-22-63.
4. Gosavi R, Heriot AG, Warriar SK. Current management and controversies in management of T4 cancers of the colon—a narrative review of the literature. *Dig Med Res.* 2023;6:14. doi: 10.21037/dmr-22-63.
5. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Abu Hilal M, Adham M, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula 11 Years After. *Surgery.* 2017 Mar;161(3):584-591. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28040257/>
6. Luu AM, Braumann C, Munding A, Herzog T, Uhl W, et al. The Comprehensive Complication Index (CCI) is more sensitive than the Clavien-Dindo classification in patients with postoperative pancreatic fistula. *Langenbecks Arch Surg.* 2021;406(7):2335-2344. doi: 10.1007/s00423-021-02294-x.
7. Lim SW, Kim HJ, Kim CH, Lee SY, Kim HR. Oncologic outcomes of multivisceral resection for locally advanced colorectal cancer: a single-center retrospective cohort study. *BMC Surg.* 2025 Dec 17;25(1):12. doi: 10.1186/s12893-025-02685-4.
8. Benson AB 3rd, Venook AP, Adam M, Chang G, Chen Y, Ciombor KK, et al. Colon Cancer, Version 3.2024. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2024;22(2D):e240029. Disponible en: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2024.0029>