
REPORTE DE CASO CLÍNICO

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL Y PERITONITIS SECUNDARIA COMO COMPLICACIÓN POST COLECTOMÍA DERECHA POR ADENOCARCINOMA DE COLON T3N2Mx: REPORTE DE CASO

Intestinal Obstruction and Secondary Peritonitis as a Postoperative Complication Following Right Hemicolectomy for pT3N2Mx Colon Adenocarcinoma: A Case Report

DOI: <https://doi.org/10.65740/tw2rddy64>

Guilherme Borges Alves Silva

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0004-9372-627X>

Autor de correspondencia: guilhermefborges1414@gmail.com

Nelson Osmar Bobadilla Coronel

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0004-7584-8599>

nobc_123@hotmail.com

Adelia María Mercedes Romero Recalde

Universidad Columbia del Paraguay. Pedro Juan Caballero, Paraguay

<https://orcid.org/0009-0003-2953-6407>

adelia.romero.rodriquez@gmail.com

Resumen

La obstrucción intestinal constituye una complicación potencialmente grave en pacientes sometidos a cirugía colorrectal. Su aparición durante el período postoperatorio puede incrementar significativamente la morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes de edad avanzada con comorbilidades asociadas. Se presenta el caso de una paciente femenina de 83 años con antecedente reciente de colectomía derecha por adenocarcinoma de colon del ángulo hepático estadio T3N2Mx, quien consultó por distensión abdominal progresiva, dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos e inapetencia de siete días de evolución. Los estudios de imagen revelaron hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, mientras que los análisis laboratoriales evidenciaron leucocitosis, anemia, alteraciones hidroelectrolíticas y deterioro de la función renal. Durante la evolución presentó peritonitis secundaria, requiriendo manejo multidisciplinario con antibioticoterapia, soporte hidroelectrolítico y seguimiento quirúrgico. Este caso destaca la importancia del reconocimiento temprano de las complicaciones postoperatorias en pacientes con cáncer colorrectal y la necesidad de una vigilancia estrecha para prevenir desenlaces adversos.

Palabras clave: cáncer de colon; colectomía; obstrucción intestinal; peritonitis; complicaciones postoperatorias.

Abstract

Intestinal obstruction is a potentially serious complication following colorectal surgery and may significantly increase morbidity and mortality, particularly in elderly patients with multiple comorbidities. We report the case of an 83-year-old woman with a recent history of right colectomy for T3N2Mx adenocarcinoma of the hepatic flexure of the colon, who presented with progressive abdominal distension, diffuse abdominal pain, nausea, vomiting, and anorexia. Imaging studies

demonstrated findings consistent with intestinal obstruction, while laboratory tests revealed leukocytosis, anemia, electrolyte disturbances, and renal dysfunction. During hospitalization, the patient developed secondary peritonitis requiring multidisciplinary management, including antibiotic therapy, fluid and electrolyte replacement, and surgical follow-up. This case highlights the importance of early recognition of postoperative complications in colorectal cancer patients and emphasizes the need for close postoperative surveillance to prevent adverse outcomes.

Key words: colon cancer; colectomy; intestinal obstruction; peritonitis; postoperative complications.

Introducción

El cáncer colorrectal representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por neoplasias malignas a nivel mundial. El tratamiento quirúrgico continúa siendo la estrategia terapéutica fundamental en pacientes con enfermedad localizada o localmente avanzada; sin embargo, las complicaciones postoperatorias pueden afectar significativamente la evolución clínica y el pronóstico (1,2).

La obstrucción intestinal postoperatoria constituye una complicación relevante tras la cirugía colorrectal y puede originarse por adherencias, alteraciones de la motilidad intestinal, íleo prolongado o complicaciones anastomóticas (3,4). En pacientes de edad avanzada, la presencia de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas incrementa el riesgo de complicaciones y dificulta la recuperación postquirúrgica (2,5).

Se presenta el caso de una paciente octogenaria con antecedente reciente de colectomía derecha por adenocarcinoma de colon estadio T3N2Mx, quien desarrolló obstrucción intestinal complicada con peritonitis secundaria durante el período postoperatorio.

Presentación del caso clínico

Información del paciente

Paciente femenina de 83 años, procedente de Capitán Bado, Paraguay, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico y colectomía derecha realizada aproximadamente un mes antes por adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado del ángulo hepático del colon, clasificado anatomopatológicamente como estadio T3N2Mx. Ingresó al Hospital Regional de Pedro Juan Caballero derivada desde el Hospital Distrital de Capitán Bado por un cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado por distensión abdominal progresiva, dolor abdominal inicialmente localizado en epigastrio con posterior irradiación difusa, náuseas, vómitos alimentarios recurrentes e inapetencia.

Hallazgos clínicos

Al ingreso presentaba signos de deshidratación y compromiso del estado general. El examen físico evidenció abdomen distendido, globuloso y doloroso a la palpación profunda, con cicatrices quirúrgicas compatibles con intervención abdominal reciente. Se constató además palidez mucocutánea marcada, disminución de la elasticidad cutánea y signos clínicos de depleción de volumen.

Evaluación diagnóstica

Los estudios laboratoriales iniciales mostraron anemia microcítica hipocrómica, leucocitosis con neutrofilia, hipopotasemia, alteraciones del equilibrio ácido-base y deterioro de la función renal con elevación de urea y creatinina. Durante la evolución hospitalaria se observó incremento progresivo de los parámetros inflamatorios y persistencia de las alteraciones metabólicas, compatibles con un proceso obstructivo complicado. Los principales hallazgos clínicos, laboratoriales y evolutivos se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen clínico del caso.

Variable	Hallazgo
Edad	83 años.
Sexo	Femenino.
Procedencia	Capitán Bado, Paraguay.
Diagnóstico oncológico	Adenocarcinoma del colon derecho.
Estadificación	T3N2Mx.
Cirugía previa	Colectomía derecha.
Tiempo desde cirugía	Aproximadamente 1 mes.
Motivo de consulta	Distensión abdominal, dolor abdominal, vómitos e inapetencia.
Diagnóstico principal	Obstrucción intestinal postoperatoria.
Complicación	Peritonitis secundaria.
Laboratorio relevante	Leucocitosis, anemia, hipopotasemia y deterioro renal.
Tratamiento	Sonda nasogástrica, hidratación, corrección hidroelectrolítica y antibioticoterapia.
Evolución	Desfavorable con progresión a complicaciones sistémicas.

La radiografía simple de abdomen evidenció importante distensión de asas intestinales, hallazgo compatible con obstrucción intestinal mecánica. Posteriormente, la tomografía computarizada de abdomen sin contraste confirmó la presencia de obstrucción intestinal postoperatoria, permitiendo valorar la extensión del compromiso intestinal y orientar la conducta terapéutica (Figura 1).

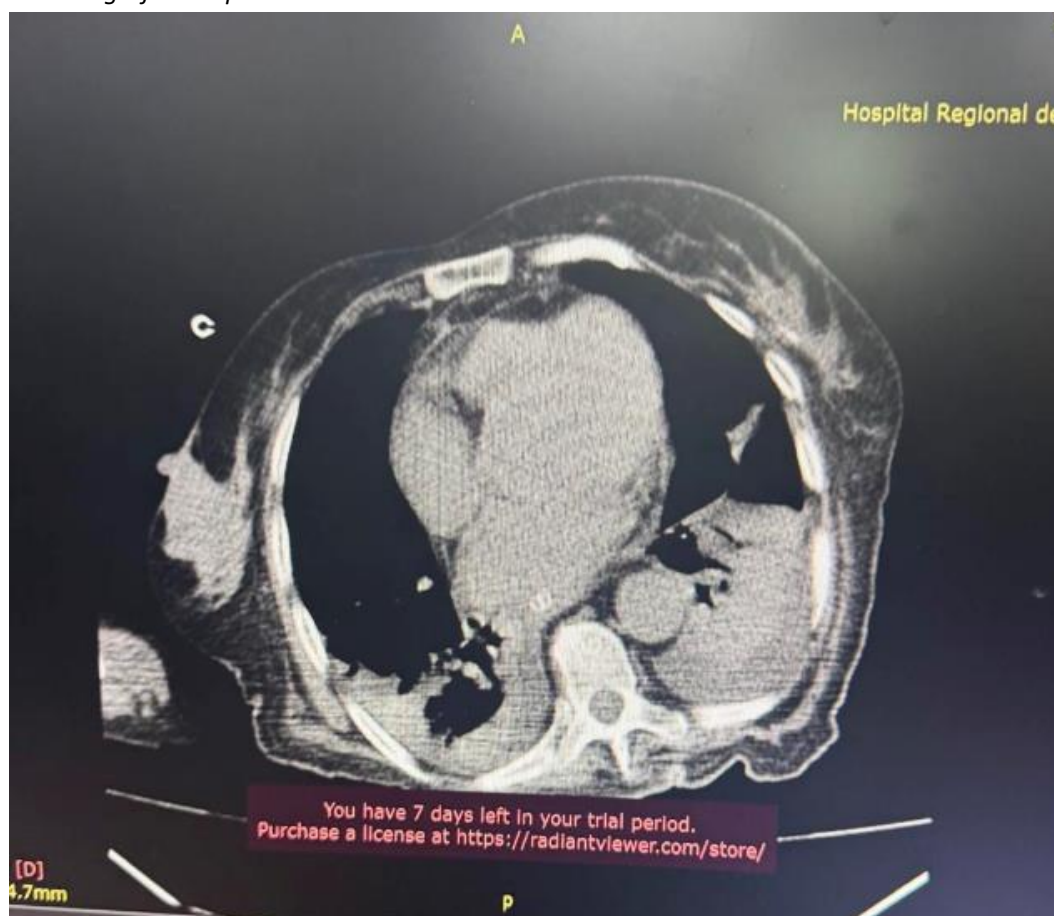
Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen sin contraste.

Figura 1. Estudio tomográfico que evidencia hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, utilizado para la evaluación diagnóstica y planificación terapéutica.

Intervención terapéutica

Ante la sospecha de obstrucción intestinal secundaria a complicación postoperatoria, se inició tratamiento con hidratación intravenosa intensiva, reposición de electrolitos, descompresión gastrointestinal mediante sonda nasogástrica y antibioticoterapia de amplio espectro con ciprofloxacina y metronidazol. La paciente fue evaluada conjuntamente por los servicios de Cirugía General y Clínica Médica, manteniéndose bajo monitorización continua debido a su edad avanzada y al elevado riesgo de complicaciones.

Durante la evolución presentó deterioro clínico progresivo asociado a dolor abdominal persistente, respuesta inflamatoria sistémica y desarrollo de peritonitis secundaria. La revisión de los antecedentes oncológicos y del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado del colon derecho, clasificado como estadio T3N2Mx (Figura 2).

Figura 2. Informe anatomopatológico de colectomía.

ANAPATH
Laboratorio de Anatomía y Citología Patológica

25 de mayo 2154 ej/ Dr. Francisca y Mayor Fleitas
Teléfono: 204 401 Cel: (0986) 134 444 / (0981) 444 404

e-mail: laboratorioanapath@gmail.com
www.anapath.com.py
Asunción-Paraguay

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO.

Nombre: _____ CI: _____ Edad: 82 años Sexo: F

Nro. de Registro: A205-2150 Médico: Dr. Aldo Duarte Quevedo
Fecha de Registro: 05/02/2025 Fecha de Informe: 05/02/2025
Instituto: Sanatorio Santa Marina Seguro: Particular
Material: Colon derecho + ileon terminal Procedencia: Pedro Juan Caballero

Diagnóstico clínico: Tumor en ángulo hepático

MACROSCOPÍA

Se recibe un quírigico seccionado, correspondiente a hemicolectomía derecha. El segmento de ileon terminal mide 8 cm de longitud, 3 cm de circunferencia y 0,3 cm de espesor. Presenta superficie externa beige-grisácea lisa homogénea y mucosa beige-pálida, levemente con pliegues conservados. El segmento de colon derecho mide 20 cm de longitud, 5 a 10,5 cm de circunferencia y 0,3 a 0,5 cm de espesor. Presenta serosa de aspecto liso heterogéneo, con tejido adiposo pericólico. No se constata presencia de apéndice cecal. Mucosa beige-rojiza heterogénea, donde llama la atención una formación tumoral específica que mide 9 x 8 x 7 cm, ocupando el 90% de la circunferencia, situada a 7 cm del margen quirúrgico cólico y a 12 cm del margen quirúrgico ileal, de superficie marrón-grisácea irregular heterogénea, friable. Al corte, muestra una superficie blanquecina heterogénea, con áreas de aspecto hemorrágico e infiltra la pared hasta el tejido adiposo pericólico. La mucosa presenta dilatación y borramientos de pliegues en el área proximal a la tumoración, conservándose en áreas distales. Del tejido adiposo pericólico se disecan 15 formaciones ganglionares que miden de 0,2 a 1,5 cm de diámetro, grisáceas blanquecinas heterogéneas. Acompaña fragmento irregular correspondiente a epiploon que mide de 8 x 10 cm. Superficie externa amarillenta irregular heterogénea brillante, espesor de 0,3 cm. Al corte de color amarillento homogéneo. Se incluyen secciones representativas para estudio histopatológico.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Colon derecho, ileon terminal y epiploon, resección:

Adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado (grado 3) de 9 cm del ángulo hepático del colon que neoplasia muestra extensas áreas de necrosis e infiltra la pared hasta el tejido adiposo pericólico con observación de métodos infrecuentes sin invasión perineural.

Mucosa colónica e ileal adyacente sin cambios histopatológicos significativos

Márgenes quirúrgicos proximal (ileal) y distal (cólico) sin evidencia de neoplasia

Quince ganglios linfáticos cuatro de ellos con macrometástasis sin ruptura capsular (44%/15)

Epiploon sin evidencia de neoplasia

pTNM: pT3 N2a Mx

Dra. Ana Soskin Reizman
RP: 7051

ANAPATH
Laboratorio de Anatomía y Citología Patológica

25 de mayo 2154 ej/ Dr. Francisca y Mayor Fleitas
Teléfono: 204 401 Cel: (0986) 134 444 / (0981) 444 404

e-mail: laboratorioanapath@gmail.com
www.anapath.com.py
Asunción-Paraguay

INFORME ANATOMOPATOLÓGICO.

Nombre: _____ CI: _____ Edad: 81 años Sexo: F

Nro. de Registro: A2024-1-7373 Médico: Dr. Aldo Duarte Quevedo
Fecha de Registro: 29/11/2024 Fecha de Informe: 02/12/2024
Instituto: Sanatorio Santa Marina Seguro: Particular
Material: Biopsia de colon (x2) Procedencia: Pedro Juan Caballero

Diagnóstico clínico: 1. Biopsia de colon sigmoides 2. Biopsia de ángulo hepático de aspecto neoplásico

MACROSCOPÍA

Se reciben dos frascos:

1) Biopsia de colon sigmoides: un fragmento irregular beige amarronado heterogéneo, que mide 0,8 cm, de consistencia sólida elástica.

2) Biopsia de colon sigmoides: un fragmento irregular beige amarronado heterogéneo, que mide 0,3 cm en conjunto, de consistencia sólida elástica. Inclusion total.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

1) Colon sigmoides, biopsia:

Adenoma tubular con displasia de alto grado

2) Ángulo hepático del colon, biopsia:

Adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado (grado 3)

Dra. Ana Soskin Reizman
RP: 7051

Figura 2. Diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma infiltrante pobremente diferenciado del colon derecho, clasificado como estadio T3N2Mx.

Considerando los hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos, se estableció el diagnóstico de obstrucción intestinal postoperatoria complicada con peritonitis secundaria en paciente con antecedente reciente de colectomía derecha por adenocarcinoma de colon. Se continuó el manejo multidisciplinario con medidas de soporte, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, antibioticoterapia y seguimiento quirúrgico estrecho, dada la elevada morbimortalidad asociada a este tipo de complicaciones en pacientes oncológicos de edad avanzada.

Discusión

La obstrucción intestinal constituye una de las complicaciones más importantes tras la cirugía colorrectal. Aunque el íleo postoperatorio es frecuente, la persistencia de síntomas gastrointestinales asociados a distensión abdominal progresiva, vómitos y deterioro clínico debe alertar sobre la posibilidad de una obstrucción mecánica o una complicación intraabdominal más grave (3,4).

La edad avanzada de la paciente, el antecedente reciente de cirugía oncológica mayor y la presencia de comorbilidades cardiovasculares constituyeron factores de riesgo relevantes para el desarrollo de complicaciones postoperatorias. En pacientes añosos, la fragilidad fisiológica y la menor reserva funcional pueden favorecer deshidratación, desequilibrio hidroelectrolítico, insuficiencia renal aguda y peor respuesta ante procesos infecciosos intraabdominales (2,5).

La tomografía computarizada desempeñó un papel fundamental en la evaluación diagnóstica, permitiendo confirmar la presencia de obstrucción intestinal y orientar el manejo terapéutico. Este método constituye una herramienta de elección ante sospecha de obstrucción intestinal, especialmente cuando se requiere identificar el nivel de obstrucción, la posible causa y signos de complicación como isquemia, perforación o peritonitis (4,6).

La aparición posterior de peritonitis secundaria representó una complicación grave asociada a elevada morbilidad, particularmente en pacientes ancianos y oncológicos. El manejo oportuno requiere reposición hidroelectrolítica, antibioticoterapia de amplio espectro, descompresión gastrointestinal, vigilancia clínica estrecha y evaluación quirúrgica continua (3,4,6).

Este caso resalta la necesidad de un seguimiento postoperatorio estrecho en pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal, especialmente durante las primeras semanas posteriores al procedimiento, período en el cual pueden manifestarse complicaciones potencialmente letales (1,2).

Conclusión

La obstrucción intestinal postoperatoria representa una complicación relevante en pacientes sometidos a colectomía por cáncer de colon y puede evolucionar hacia cuadros graves como peritonitis secundaria e insuficiencia multiorgánica.

El reconocimiento precoz de los síntomas, la utilización oportuna de estudios de imagen y la instauración rápida de medidas terapéuticas son fundamentales para mejorar el pronóstico. Este caso destaca la importancia del abordaje multidisciplinario y de la vigilancia postoperatoria intensiva en pacientes oncológicos de edad avanzada.

Referencias

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2024. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(1):1-32.
2. Weiser MR. AJCC 8th edition: colorectal cancer. *Ann Surg Oncol.* 2018;25(6):1454-1455.
3. Catena F, De Simone B, Coccolini F, et al. Bowel obstruction: a narrative review for all physicians. *World J Emerg Surg.* 2019;14:20.
4. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction. *World J Emerg Surg.* 2018;13:24.
5. Kirchhoff P, Clavien PA, Hahnloser D. Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. *Patient Saf Surg.* 2010;4:5.
6. Gore RM, Silvers RI, Thakrar KH, et al. Bowel obstruction. *Radiol Clin North Am.* 2015;53(6):1225-1240.

Declaraciones

Consentimiento informado y confidencialidad

Se resguardó la confidencialidad de la paciente mediante la anonimización de los datos clínicos.

La información fue utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos, respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.