



Úlcera Solitaria Benigna del Ciego

Informe de 1 Caso y Revisión del Tema

E. LONDOÑO, MD, SCC; N. EIDELMAN, MD, FACS, SCC; H. RIVERA, MD.

Palabras claves: Úlcera, Dolor abdominal, Ciego, Neoplasia.

Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino, de 72 años de edad, que fue inicialmente intervenida con un diagnóstico de apendicitis aguda y en quien se encontró durante la exploración una masa infiltrante del ciego. Estudios complementarios no fueron conclusivos para descartar malignidad y se decidió practicar una hemicolectomía derecha en un segundo acto operatorio. La patología demostró una úlcera benigna del ciego. Dicha patología es rara y su etiología es aún desconocida. Las úlceras inespecíficas del colon se localizan más frecuentemente en el ciego (44-55%). Esta entidad es más frecuente en varones (2:1). El diagnóstico diferencial debe establecerse con una neoplasia (CA, linfoma), una enfermedad inflamatoria intestinal (Enf. de Crohn, TBC, ameboma) o una apendicitis aguda. Se aceptan como posibles etiologías las infecciosas, mecánicas, vasculares o químicas. Aunque el colon por enema, la colonoscopia y la tomografía axial computarizada del abdomen pueden sugerir el diagnóstico, si persiste la duda de una enfermedad neoplásica, la resección quirúrgica está indicada.

INTRODUCCION

La úlcera benigna del ciego, es una patología rara y de etiología desconocida. El diagnóstico definitivamente se obtiene mediante la evaluación del espécimen quirúrgico (1). La presentación clínica y el curso de la enfermedad son variables; sin embargo, se debe hacer el diagnóstico diferencial con el cáncer del ciego o del colon ascendente y con la apendicitis aguda. Presentamos a continuación 1 caso tratado en el servicio, y una revisión de la literatura.

Doctores: Eduardo Londoño y Natan Eidelman, del Servicio de Cirugía Colorrectal del Dpto. de Cirugía; Humberto Rivera, del Dpto. de Radiología, FFSB, Bogotá, D.C., Colombia.

PRESENTACION DEL CASO

LNS, paciente de 72 años, de sexo femenino que ingresó por el servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución, que se inició en el epigastrio y posteriormente se localizó en la fosa ilíaca derecha, acompañado de anorexia y náuseas. Negaba fiebre pero había presentado escalofrío. No refería ninguna sintomatología similar en el pasado ni síntomas de origen urinario. Como antecedentes de importancia la paciente había presentado un paro cardíaco en el transoperatorio de una ritidoplastia en 1986, pero una evaluación cardiológica posterior no permitió encontrar la causa de aquel. Al ingreso se encontró una paciente deshidratada, con FC de 76^l, TA de 130/80 mmHg, lengua saburral y dolor exquisito a la palpación en la fosa ilíaca derecha con signos de Blumberg y Rovsing presentes. Además, existía un empastamiento en ese nivel. El tacto rectal fue doloroso en la pared lateral derecha del recto. El cuadro hemático mostró 8.700 leucocitos con neutrofilia de 83%; una ecografía abdominal mostró un engrosamiento posiblemente de origen inflamatorio en la pared lateral del ciego (Fig. 1). Con impresión diagnóstica de apendicitis aguda probablemente con plastrón apendicular, la paciente fue llevada a cirugía. A través de una incisión transversa en nivel de la fosa ilíaca derecha, se encontró una masa de 3.5 cm de diámetro localizada en la pared anterior del ciego, aproximadamente a 1.5 cm de la base del apéndice; había un ganglio de 1.5 cm de diámetro en el mesocolon del ascendente. Se decidió cerrar la incisión abdominal y practicar laparotomía mediana, pero en ese momento la paciente presentó bigeminismo, severa bradicardia e hipotensión, por lo cual se decidió suspender el procedimiento teniendo en cuenta que no había signos de infección ni inflamación. El apéndice era normal. En el postoperatorio se realizó una evaluación cardiológica habiéndose diagnosticado una enfermedad del nodo sinusal. Una tomografía axial computarizada mostró un engrosamiento de la pared anterior del ciego, pero no se observaron metástasis hepáticas ni adenopatías (Fig. 2). Se decidió, previa colocación de un marcapaso transitorio, realizar una colonoscopia que mostró una lesión ulcerada (Fig. 3) a la que se le tomaron biopsias que únicamente fueron informadas como úlcera solitaria del ciego con algunas atipias pero sin demostrar malignidad. Debido a que

la imagen intraoperatoria era compatible con una lesión neoplásica, y siendo imposible descartar la posibilidad de malignidad, se decidió practicar una hemicolectomía derecha con anastomosis terminolateral. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se dio de alta al sexto día postoperatorio. La patología definitiva confirmó una úlcera solitaria del ciego. Las coloraciones especiales descartaron etiología infecciosa y no se encontraron granulomas (Figs. 4 y 5).

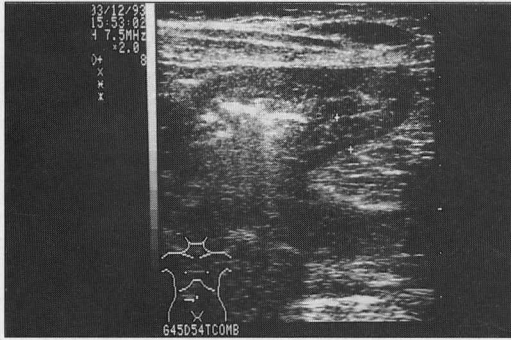


Fig. 1. Ecografía abdominal que demuestra un engrasamiento de la parte anterior del ciego, compatible con proceso inflamatorio inespecífico.

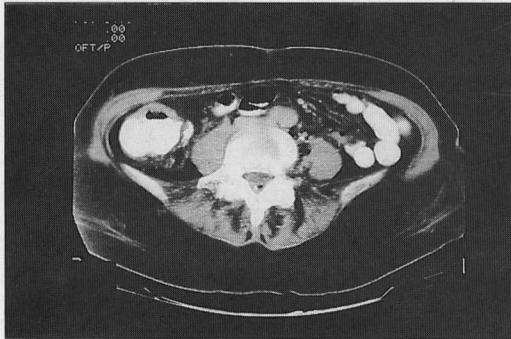


Fig. 2. Tomografía axial computadorizada que demuestra con mayor claridad el engrosamiento de la pared del ciego sin que sea posible descartar un proceso neoplásico.



Fig. 3. Colonoscopia diagnóstica. Se observa una lesión ulcerada, de bordes irregulares y levantados. Se tomaron 12 biopsias; sin embargo, el diagnóstico no fue concluyente.

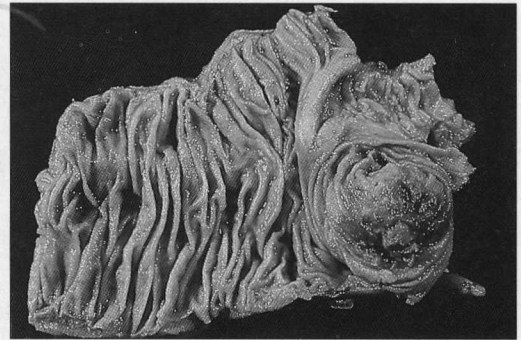


Fig. 4. Especimen macroscópico que muestra una lesión ulcerada, con bordes irregulares y que compromete todo el espesor de la pared.

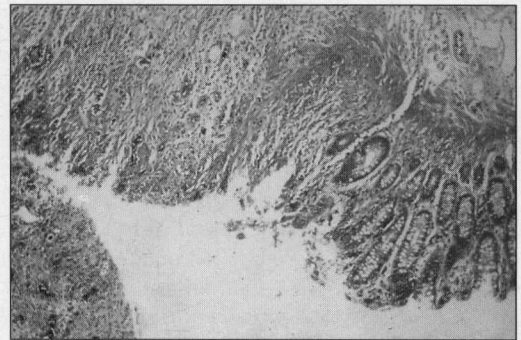


Fig. 5. Microfotografía (40X). Se observa una lesión ulcerada inespecífica, con infiltrado inflamatorio agudo y crónico. No se encontró evidencia de malignidad ni la presencia de parásitos.

DISCUSION

Las úlceras inespecíficas del colon se localizan más frecuentemente en el ciego (44-50%) (4). La úlcera solitaria benigna del ciego fue inicialmente descrita en Francia por Cruvelhier en 1832 (2) y posteriormente en Norteamérica por Barron en 1928 (3). Esta entidad es más frecuente en varones en una proporción de 2:1 (1) y la más alta incidencia en éstos se encuentra en la quinta década de la vida, mientras que en mujeres incide en la tercera década; sin embargo, puede presentarse a cualquier edad (1). La historia natural de la enfermedad es confusa debido a que los signos y síntomas clínicos y las características imagenológicas sugieren muy frecuentemente la posibilidad de una lesión neoplásica o una apendicitis aguda, y el diagnóstico correcto únicamente puede hacerse luego de la resección quirúrgica (2). La sintomatología usualmente se caracteriza por dolor localizado, agudo o crónico, sangrado, melenas o hematoquezia, diarrea, obstrucción intestinal o perforación (1, 3). En la mayoría de las series es llamativo el hecho de que esos pacientes no presentan leucocitosis (1-4).

El diagnóstico preoperatorio en pocas ocasiones se puede establecer. Durante la operación es difícil diferenciar la le-

sión de un carcinoma o de una enfermedad inflamatoria intestinal; por este motivo la mayoría de autores están de acuerdo en que se debe realizar una resección quirúrgica (1, 3, 6, 7). La mayoría de las úlceras del ciego se presentan con un cuadro típico de apendicitis aguda y en las primeras series publicadas, 80% de los pacientes ingresaban al hospital con una perforación de la úlcera, hecho que ocasionaba una mortalidad hasta del 35% (4). En la actualidad el diagnóstico preoperatorio puede obtenerse o sospecharse mediante una colonoscopia (8) que permite observar la lesión y tomar biopsias; no obstante, si aun así persiste una mínima duda de que se trate de un carcinoma, la resección es obligatoria. El uso de las imágenes diagnósticas puede sugerir el diagnóstico; en el 75% de los casos el colon por enema demuestra alguna anomalía; usualmente se observa una estrechez segmentaria, ocasionalmente anular semejante a un cáncer, con algún defecto de llenamiento e irregularidad de la mucosa (9). Cuando la sintomatología se caracteriza por una hemorragia digestiva baja masiva, la angiografía mesentérica tiene valor diagnóstico y terapéutico mediante la infusión local de vasopresina (3, 10). Cuando no existe una demostración angiográfica de que exista una malformación arteriovenosa o evidencia de enfermedad diverticular, en especial en pacientes en falla renal, debe considerarse el diagnóstico de úlcera del ciego (3). El uso de la tomografía axial computadorizada para el diagnóstico de patología intestinal, en los últimos años ha permitido encontrar algunas características que sugieren el diagnóstico de esta entidad. En general, se describe un engrosamiento difuso de la pared del ciego, ocasionalmente con compromiso del ileon terminal o un efecto de masa en el nivel de la válvula ileocecal (2).

La patogénesis aún es discutida. Se acepta que es un proceso inflamatorio que puede diferenciarse de la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, la colitis amibiana, la tuberculosis y la colitis isquémica. Además, parece ser una entidad diferente al divertículo del ciego, aunque se ha sugerido que la úlcera puede desarrollarse en un divertículo inflamado con aumento de la inflamación y deformación del mismo (1). Existe una alta correlación entre las úlceras del ciego en pacientes trasplantados y la presencia del citomegalovirus, hecho que ha sido sugerido en estudios con inmunoperoxidasas (11). Dentro de las posibles causas de esta patología se incluyen causas infecciosas, mecánicas (cuerpo extraño, úlcera estercoral), vasculares (trombosis microvascular o isquemia local) y químicas bien sea por toxinas, antiinflamatorios o anticonceptivos orales. En teoría se piensa que el contenido ileal rico en enzimas activas, ingresa al ciego donde produce una inflamación local y permite la invasión bacteriana que perpetúa el problema (1).

El estudio de anatomía patológica demuestra macroscópicamente una ulceración que se asemeja a una úlcera péptica que varía de tamaño entre 0.5 y 5 cm de diámetro, usualmente localizada en el borde antimesentérico y con una zona de transición entre el tejido sano y la zona ul-

cerada bien definida. Los bordes son irregulares y levantados. Las úlceras crónicas se caracterizan por edema subseroso marcado que crea la apariencia de un pseudotumor y que en una etapa avanzada producen estrechez de la luz del colon. La gran mayoría de estas lesiones son solitarias pero existen informes de lesiones múltiples. Microscópicamente la úlcera muestra fibrosis, tejido necrótico y de granulación con abundante infiltrado inflamatorio que incluye linfocitos, células plasmáticas, fibroblastos y ocasionalmente eosinófilos. Se ha informado en algunos casos, trombosis de la microcirculación (1, 12).

El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos en los que se encuentren signos de peritonitis, perforación o hemorragia incontrolable, así como en aquellos en los que no se pueda descartar la presencia de un carcinoma. Es importante practicar una resección quirúrgica precoz en pacientes trasplantados que se presentan con hemorragia secundaria (11).

Cuando la lesión del ciego es un hallazgo intraoperatorio, se debe realizar una hemicolectomía derecha con anastomosis primaria o si la lesión puede researse sin comprometer la luz del intestino o la válvula ileocecal, se debe practicar de elección una resección en cuña con el uso de la autosutura (TA-55), la cual disminuye la posibilidad de contaminación y es un método sencillo y rápido para obtener el diagnóstico mediante la biopsia por congelación para descartar la presencia de malignidad (1).

En conclusión, la úlcera benigna del ciego es una patología infrecuente, de difícil diagnóstico clínico y que en la mayoría de los casos requiere de tratamiento quirúrgico como terapéutica indicada ante una posible lesión maligna.

ABSTRACT

A case of a 72 year on female patient who was initially intervened for an appendectomy and during surgery was found to have an infiltrative mass of the cecum is presented. Because complementary work-up ruling out malignancy was inconclusive, a hemi-colectomy was performed during a second operation. Pathology reported a benign cecal ulcer, considered a not very common type of disease of unknown ethiology. Cecal ulcers are the most frequent non-specific lesions of the colon, having a frequency of 44 to 55% and being most commonly found in males (2:1). Differential diagnosis must be established in order to rule out malignancy (cancer, lymphoma), inflammatory bowel disease (Crohn's, TB, amoeboma) or acute appendicitis. Different mechanisms are accepted as ethiological factors: infectious agents, mechanical abnormalities, vascular or chemical changes. Although the barium enema, colonoscopy and computerized tomography of the abdomen may suggest an ulcer, should there be any suspicion of malignancy, ample surgical resection is indicated.

REFERENCIAS

1. Shallman R W, Kuehner M, Williams G H, Dajjad S, Sautter R: Benign cecal ulcers. Spettrum of disease and selective management. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 732-7
2. Marn C, Yu B, Nostrant T, Ellis J: Idiopathic cecal ulcers: CT findings. *AJR* 1989; 153: 761-3
3. Last M D, Lavery I C: Major hemorrhage and perforation due to a solitary cecal ulcer in a patient with end-stage renal failure. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 495-8
4. Mahoney T J, Budrick M P, Hitchcock C R: Nonspecific ulcers of the colon. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 623-6
5. Cruvelhier J: Un beau cas de cicatrisation d'un ulcere de l'intestin grêle datant d'une douzaine d'annees. *Bull Soc Anat* 1832; 7: 1-2
6. Lazarovitch I, Michowitz M, Lowenthal M, Solowiejczyk M: Nonspecific ulcers of the caecum: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 381-6
7. Johnson R C, Blesman M H, DeFord J W: Benign lymphoid hyperplasia manifesting as a cecal mass: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 510-3
8. Blundell C R, Earnest D C: Ideiopathic cecal ulcer diagnosis by colonoscopy followed by nonoperative management. *Dig Dis Sci* 1980; 25: 494-503
9. Gardiner G A, Bird C R: Nonspecific ulcers of the colon ressembling anular carcinoma. *Radiology* 1980; 137: 331-4
10. Sutherland D E, French R S, Weil R, Najarian J S, Simmons R C: The bleeding cecal ulcer: pathogenesis, angiographic diagnosis and nonoperative control. *Surgery* 1972; 71: 290-4
11. Sutherland D E, Chan F Y, Foucar E et al. The bleeding cecal ulcer in transplant patients. *Surgery* 1979; 86: 386-98
12. Margaretten W, McKay D G: Thrombotic ulcerations of the gastrointestinal tract. *Arch Intern Med* 1971; 127: 250-3

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

INVITAN

**ACTUALIZACIONES EN URGENCIAS
QUIRURGICAS**

Febrero 18 y 19 de 1994
Auditorio Los Fundadores
Asociación Médica de los Andes

Informes e Inscripciones:

División de Educación
Calle 116 N° 9 - 02
Teléfonos: 2147421, 2149030, 2147927