

## **AUTORES:**

Dr. Manuel Ferrández Rivera

Dr. Luis M. Rial Rodríguez

Dr. Eduardo Vidal Franco

UNIDAD DE CIRUGIA CLINICA DE NUESTRA SRA. FATIMA (C/ VIA NORTE Nº 48 - 36206 – VIGO)

## **RESUMEN:**

La úlcera Benigna Solitaria de Ciego es una entidad poco frecuente, que generalmente no se maneja entre los diagnósticos diferenciales de la enfermedad aguda o crónica del ciego.

Casi siempre su sintomatología se confunde con afecciones más comunes, con lo que raramente se diagnostica pre o intra-operatoriamente.

Nuestro caso presentó síntomas compatibles con una Neoplasia de Ciego abscedada, siendo la anatomía patológica la que nos permitió llegar al diagnóstico de úlcera de Benigna de Ciego.

En este trabajo discutimos sus aspectos clínicos, patológicos, diagnósticos y terapéuticos.

## **SUMMARY:**

The "Cecum" solitary ulcer is a little frequent entity, which is not generally managed among the discriminatory diagnosis of the chronic or acute cecum pathology.

Almost always, his symptomatology is mistaken for more common pathologies, so it is rarely diagnosed pre or intra surgery.

Our case presented compatible symptoms with a "Cecum" abscesed neoplasia. So, it was the pathological anatomy what allowed us to arrive to the cecum benign ulcer diagnosis.

In this work, we have discussed every clinic and pathological aspects as well as diagnosis and therapies.

## **INTRODUCCIÓN:**

La Úlcera Benigna de Ciego fue descrita por Cruveilhier en 1832 (1), es una entidad poco conocida invocándose varias causas en su etiología que no siempre logran demostrarse.

Su sintomatología variable puede expresarse como un cuadro abdominal agudo en sus vertientes peritoníticas, hemorrágica u obstructiva; o en la forma larvada de una dispepsia o anemia crónica, tal como puede presentarse una Neoplasia del Ciego.

Precisamente al no tener una sintomatología patognomónica, y no ser concluyentes los exámenes complementarios, su diagnóstico definitivo depende del resultado de la Anatomía Patológica (2).

## **CASO CLÍNICO:**

Se trata de una paciente de 43 años de edad, con historia previa de buena salud, la cual acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, el mismo ha ido aumentando progresivamente de intensidad y se ha localizado en la fosa ilíaca derecha.

Presentó náuseas sin vómitos y no se detectó fiebre.

En el examen físico que se le practicó en urgencias destaca dolor en fosa ilíaca derecha con signo positivo de Blumberg y Rovsing. Clínicamente se descartaron patologías ginecológicas o urinarias, planteándose el posible diagnóstico de Apendicitis Aguda.

Practicamos una analítica que revela una discreta Leucocitosis, compatible con el diagnóstico planteado; a continuación se solicita una ecografía de urgencia que informa la presencia de una masa compleja en la fosa ilíaca derecha, sugestiva de proceso apendicular agudo en primer término, sin poderse descartar un cuadro neoplásico.

Valorada por el cirujano, que atendiendo a las inespecíficas manifestaciones clínicas y de laboratorio, decide mantener una conducta quirúrgica expectante sin descartar la posibilidad de una neoplasia.

La enferma evolucionó favorablemente en sus primeras 24 horas, con mejoría clínica y de laboratorio iniciándose nuevos estudios complementarios tales como:

**TAC PÉLVICO:** puso de manifiesto una masa en el ciego, con aire en su interior, en relación con proceso inflamatorio o tumoral.

**COLONOSCOPIA:** Normal hasta el ángulo hepático no alcanzándose el Ciego.

**ENEMA OPACO SIMPLE:** Estudio dirigido al Ciego, que demuestra un defecto de repleción de contornos irregulares con ulceración central, localizado en la base del Ciego ; se identifica un apéndice normal. Se sugiere proceso primario del Ciego tipo Adenoma Velloso o Carcinoma.

Con todos estos datos se interviene quirúrgicamente de manera electiva, con sospecha de un proceso neoplásico, el cual no se confirma durante la exploración de la cavidad abdominal, por lo que se realiza una colectomía derecha segmentaria.

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA:**

Pieza quirúrgica que comprende segmento de colon-ciego de 14 cm en continuidad con 8 cm de íleon distal.

El Apéndice aparece in situ sin alteraciones macroscópicas aparentes. Se comprueba en la mucosa de ciego, a 1,7 cm. del orificio apendicular, una lesión ulcerosa de márgenes regulares y contorno edematoso de 0,8 cm. de diámetro máximo actual. El resto de la mucosa carece de accidentes macroscópicos adicionales.

Microscópicamente: Se comprueba una úlcera que profundiza mucosa y submucosa edematosa hasta la muscularis propia, con un lecho de detritus necrobióticos e inflamatorios y fenómenos reactivos en curso en los márgenes peri-ulcerosos así como algún foco de hiperplasia linfoide y ectasia capilar en la submucosa circundante

No se demuestran fenómenos neoplásicos en el tejido extirpado.

## **DISCUSIÓN:**

La úlcera Benigna del Ciego es una afección infrecuente, aunque no rara, descrita en siglo pasado por Cruvelhier (1).

Su sintomatología suele ser muchas veces confundida con otras afecciones entre los que destacan los procesos que pueden ocasionar síntomas y signos peritoníticos, como apendicitis aguda o perforación, siendo esta última la forma mas frecuente en que se ha presentado en algunas series (3), ya que se produjeron en los seis casos recopilados, ya que uno se debió a una úlcera de íleon que se manifestó como un cuadro obstructivo.

De manera general se acepta que el diagnóstico preoperatorio es difícil (4) porque su expresión clínica nos hace pensar mas en Apendicitis, Neoplasias, o perforación, ser mucho más frecuentes; sin embargo entendemos que de ser tenida en cuenta durante el ejercicio del diagnóstico diferencial a la cabecera del enfermo podremos en alguna ocasión llegar a su diagnóstico preoperatorio.

Así vemos que en el pasado se recomendaba la hemicolectomía derecha (5) como tratamiento que garantizara radicalidad oncológica en caso de cáncer; pero actualmente la tendencia es ser menos agresivo realizando colectomía segmentaria selectiva(5), tal como le realizamos a nuestra enferma.

Para ello se hace necesario tener en cuenta todos los elementos clínicos y complementarios, que unidos a la exploración abdominal rutinaria ante estos casos nos permite orientarnos al respecto.

De hecho hay casos reportados donde se ha podido ser mas conservador y se ha realizado una resección por Laparoscopia (6), teniendo previamente el diagnóstico por colonoscopia y biopsia.

Exceptuando los casos de pacientes inmunodeprimidos posteriores a trasplantes de órganos donde la Úlcera aguda de Ciego por CMV (7) puede ser sospechada atendiendo a que puede ser consecuencia del tratamiento inmunosupresor, el resto de las etiologías planteadas suelen ser variadas y no siempre comprobadas las mismas(8).

Se citan entre sus causas el uso de antiinflamatorios no esteroideos y aspirina (9). También se han planteado factores vasculares, traumáticos, infecciosos y de estrés (8), para todas las úlceras benignas del colon, apareciendo las mismas en el siguiente orden de frecuencia.

Ciego	46 %
Colon ascendente	20 %
Sigma	16 %
Ángulo esplénico	5 %
Colon Descendente	3 %
Recto	3 %
Ángulo hepático	1 %

Como dato característico algunos estudios reportan la presencia de estreñimiento crónico (2-8).

Nuestra enferma carecía de esta sintomatología.

Algunos autores (2) que le dan valor determinante a la colonoscopia con biopsia preoperatoria para establecer el diagnóstico, algo que no siempre es posible si tenemos en cuenta que muchos casos son operados de urgencia ante un proceso agudo abdominal. Para otros (4), el diagnóstico preoperatorio suele ser imposible.

En nuestro caso aunque hubiésemos pensado en ella, creemos que los elementos que teníamos necesitaban claramente del estudio patológico, lo que si resaltamos es que la valoración en conjunto de los síntomas preoperatorios y de los resultados de los estudios complementarios, unido a la exploración de la cavidad abdominal, nos permitió adelantar un proceder menos agresivo.

## **CONCLUSIONES:**

La ulcera benigna del ciego sigue siendo muy difícil de diagnosticar de forma preoperatoria.

Como etiología demostrada está la infección por citomegalovirus en pacientes sometidos a inmunosupresión.

Tiene valor importante la Colonoscopia y biopsia preoperatoria.

El tratamiento más razonable parece ser la Colectomía segmentaria selectiva.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1.- Cruveilhier J. - Un beau cas de cicatrisation d'un ulcère de l'intestin gaele clatant d'une douzaine d'années. - Bull Soc Anat 1832; 7:1-2.

2.- Finucci G., Bianchini M., Micheli P., Marconi A., Mastria C., Guayana G. - Benign Ulcers of the Cecum. - Minerva Chir 1997 ; 52 : 1447-50.

3.- Russell Wl. - Stercoraceous ulcer. Am. Surg 1976 Jun ; 42 :416-20

4.- Shallman RW., Kuehner M., Williams GH., Sajjad S., Sauter R. - Benign cecal ulcers. Spectrum of disease and selective management. - Dis Colon Rectum 1985; 28: 732-7.

5.- Haik J., Judich A., Barshack J., Ben-Hain M., Shabtai M., Ayalon A. - Surgical approach to benign cecal ulcer. - Harefuah 1977 Dec; 133: 514-6,(y también referencia en la pág 592).

6.- Roby-R 4<sup>th</sup>., Montgomery M 4<sup>th</sup>., Scoggin SD., Jew A. - Laparoscopic-assisted excision of a solitary cecal ulcer. - J Laparoendosc Surg. 1993; 3; 405-9.

7.- Pfau P., Rothstein RD. - Cytomegalovirus cecal ulcer in a patient awaiting cardiac transplantation. - Am J Gastroenterol. 1996; 9: 2435-6.

8.- Himal HS., - Benign cecal ulcer. - Surg Endosc 1989; 3: 170-2.

9.- Martín Fernández J., García Rojo M., Rodríguez Sánchez E., Ramia Angel JM., Cubo Cintas T., Hernández Calvo J. - Cecal Ulcer Associated with salicylic acid. - Rev. Esp. Enferm Dig 1998; 90: 307-8.