

Úlcera cecal idiopática: reporte de un caso

Idiopathic cecal ulcer: report of a case

Luis Poggi Machuca ¹, Martín Tagle Arróspide ¹, Hugo Cedrón Cheng ¹, Omar Ibarra Chirinos ¹, Félix Camacho Zacarias ¹, Fernando López Lasteros ¹

¹ Clínica Angloamericana. Lima, Perú.

Recibido: 26/03/13; Aprobado: 06/10/13

RESUMEN

Las úlceras solitarias de ciego no específicas son raras en frecuencia, existen reportes de casos y pequeñas series en la literatura pero en el Perú aún no se han descrito. Son de etiología desconocida y diagnóstico diferencial amplio, presentamos el caso de un interno de medicina con historia de hemorragia digestiva baja y una úlcera cecal única a descartar neoplasia maligna, realizándose una hemicolectomía derecha laparoscópica de emergencia, luego de un amplio estudio, se concluye que se trata de una úlcera cecal idiopática.

Palabras clave: Úlcera; Hemorragia gastrointestinal; Colonoscopia; Colectomía; Laparoscopia (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

The idiopathic cecal ulcer is rare in frequency, there are case reports and small series in the literature but in Peru have not been described yet. They are of unknown etiology and wide differential diagnosis, we report the case of a medical intern with lower gastrointestinal bleeding history and a solitary cecal ulcer that was suspected of being cancer, then an emergency laparoscopic right hemicolectomy was performed, after an extensive study we conclude that it is an idiopathic cecal ulcer.

Key words: Ulcer; Gastrointestinal hemorrhage; Colonoscopy; Colectomy; Laparoscopy (fuente: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

La úlcera solitaria de ciego no específica es una lesión infrecuente, primera vez descrita en 1832 por Cruveilhier (1) y no se han reportado casos en la literatura peruana hasta ahora. La etiología del problema aún es incierta pero se han discutido algunas teorías. No existen signos o síntomas patognomónicos y es de presentación variada por lo que el diagnóstico diferencial es amplio, previo al manejo definitivo, que suele ser el quirúrgico. El principal diagnóstico a descartar es el de neoplasia maligna, para lo cual es fundamental contar con una buena integración de aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos.

A continuación presentamos el caso de un paciente joven trabajador del área de la salud que acude a urgencias por presentar hemorragia digestiva baja y signos de anemia aguda, encontrándose en la colonoscopia una úlcera cecal solitaria.

CASO CLÍNICO

Varón de 24 años de edad, natural de Huánuco, reside en Lima hace 7 años, interno de medicina. Diagnosticado de hernia del núcleo pulposo en región lumbar, tratado con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) de manera esporádica, estreñimiento manejado con dieta y hemorroides externas de grado

leve. Operado de apendicetomía laparoscópica por apendicitis aguda hace 2 años, sin complicaciones intra o post-operatorias. Alérgico a penicilinas. Niega antecedentes familiares de importancia. Hace un año viajó a la selva central del Perú, Tingo María, por turismo.

Acude a nuestra institución por haber presentado cambio de coloración en sus deposiciones de manera súbita, de color rojo vinoso, posteriormente deposiciones líquidas, sanguinolentas en moderada cantidad, aproximadamente 9 cámaras en las últimas 12 horas. Niega otros síntomas como pérdida de peso, fiebre, diarrea, constipación o cambios en el hábito defecatorio. Tres semanas antes, presentó un cuadro catarral respiratorio alto tratado con sintomáticos (AINES, antihistamínicos con pseudoefedrina y en una oportunidad dexametasona vía oral). Asimismo, no hay historia de dolor abdominal previo, enfermedad gastrointestinal crónica, tampoco consumo de medicación regular o drogas.

En el examen físico presentaba una presión arterial en 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca en 104/min, frecuencia respiratoria en 20/min, temperatura de 36,8 °C, saturación de oxígeno en 97%. Piel y mucosas pálidas sin lesiones características, el llenado capilar es menor de 2 segundos; el abdomen era levemente doloroso a la palpación difusa y al examen de la

Citar como: Poggi Machuca L, Tagle Arróspide M, Cedrón Cheng H, Ibarra Chirinos O, Camacho Zacarias F, López Lasteros F. Úlcera cecal idiopática: reporte de un caso. Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(4):335-40.

región anal se evidencian hemorroides externas no sangrantes, al tacto rectal, hay sangrado rojo vinoso. En el examen neurológico el paciente se muestra lúcido, orientado en tiempo espacio y persona sin encontrarse signos de focalización.

Los exámenes de laboratorio muestran: Hb: 8,5 mg/dl, Hcto: 26,4%, VCM: 86,8 fl, leucocitos: 13 440/mm³, plaquetas: 243 000/mm³, glucosa: 87 mg/dl, úrea: 34 mg/dl, creatinina: 0,81 mg/dl, INR: 1,03, tiempo de coagulación y sangría dentro de rangos normales. ELISA para VIH I y II negativo. VDRL negativo. Bioquímica sanguínea en rangos también normales.

Se realiza una colonoscopia en la cual se evidencia en la zona correspondiente al orificio apendicular, una lesión elevada mamelonada de aspecto proliferativo con estigmas de sangrado reciente y un pólipo diminuto de 4 mm en el colon ascendente. Los hallazgos son compatibles con una lesión proliferativa en ciego sugerente de neoplasia maligna de colon y pólipo colónico diminuto (Figura 1).



Figura 1. Lesión proliferativa en ciego.

Posteriormente, se realiza una tomografía espiral multicorte de abdomen y pelvis, con contraste endovenoso y opacificación digestiva baja en la cual no se observa líquido libre tampoco adenomegalias a nivel de retroperitoneo, en el pedículo hepático o región celiomesentérica. Asas intestinales de distribución y morfología normal, donde se encuentra una masa sólida, de aspecto tumoral, de bordes polilobulados, de 5x3x2 cm a nivel de ciego. El resto de las estructuras anatómicas fueron descritas como normales (Figura 2).

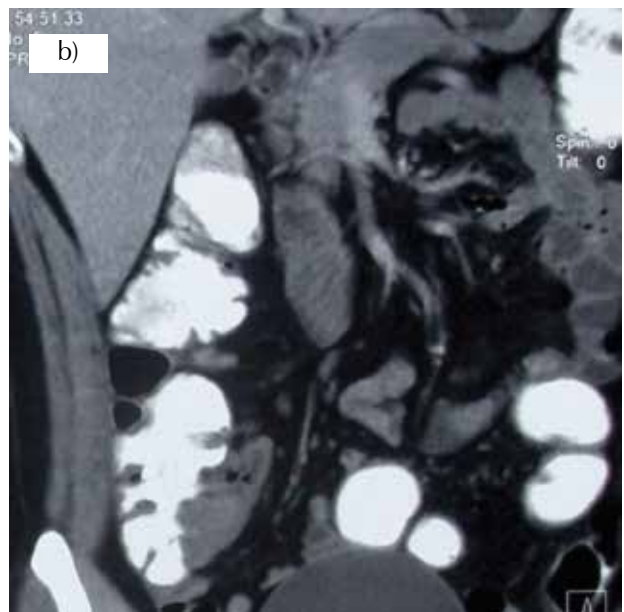
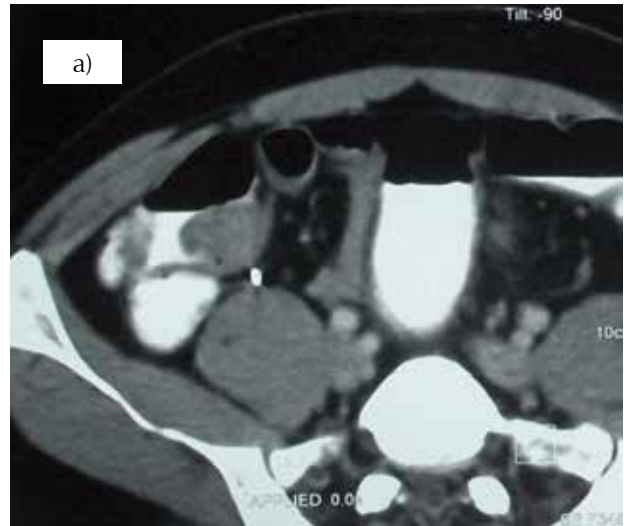


Figura 2. a) Corte transversal con opacificación entérica. Engrosamiento de la pared cecal. No adenopatías o líquido libre. b) Corte sagital con opacificación entérica. Masa sólida en ciego de aspecto tumoral, de bordes polilobulados, de 5x3x2 cm.

El paciente es evaluado por cirugía y se realiza una hemicolectomía derecha extendida laparoscópica de urgencia. No se presentaron complicaciones en el acto operatorio, pero en el segundo día post operatorio presenta fiebre, en el hemograma de control leucopenia y flebitis asociada a catéter endovenoso en miembro superior derecho.

En la pieza operatoria (porción de íleon terminal, colon derecho y porción del colon sigmoides) se describen pseudopólipos y una tumoración exofítica a nivel de la válvula iliocecal que al corte es una lesión ulcerada de color pardo, aspecto mamelonado y consistencia elástica (Figura 3).

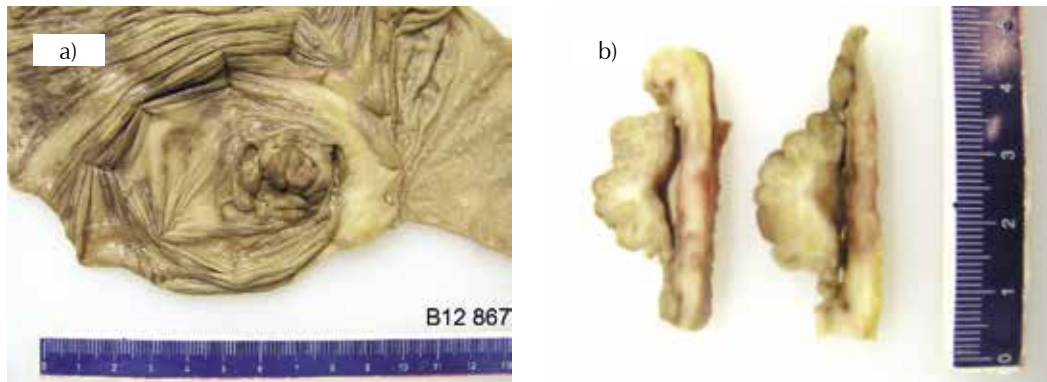


Figura 3. a) Porción de ileon terminal, colon derecho y porción del colon sigmoides la vista frontal. Tumoración exofítica a nivel de la válvula iliocecal, ulcerada de color pardo. Pseudopólipos. b) Vista lateral de la lesión. Aspecto mamelonado y consistencia elástica.

El paciente recibió Ertapenem como terapia antibiótica endovenosa y no recibió otro tratamiento específico. Fue dado de alta al séptimo día post operatorio mostrando gran mejoría.

DISCUSIÓN

Técnicamente se define el sangrado digestivo bajo como la pérdida de sangre que se origina en un punto distal al ligamento de Treitz ⁽²⁾. Presentamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva baja debido a las características de sus deposiciones, en un principio heces formadas de coloración roja vinoso de inicio repentino (hematoquecia) y luego enterorragia acompañadas de síntomas de anemia aguda. Unas deposiciones de similares características pueden ser originadas en alguna lesión proximal al ángulo de Treitz si estas son masivas ⁽³⁾ y requiriéndose a veces de endoscopia digestiva alta ⁽⁴⁾.

En una revisión hecha por Strate en 2005 (Tabla 1), expone las siguientes causas de hematoquecia ⁽⁵⁾:

Tabla 1. Causas de hematoquecia.

Anatómicas	
Diverticulosis	5 - 42%
Vasculares	
Isquemia	6 - 18%
Angiodisplasia	0 - 3%
Inflamatorias	
Enfermedad inflamatoria intestinal	2 - 4%
Otras colitis (infecciosa, asociada a antibióticos, colitis idiopática)	3 - 29%
Neoplásica	
Pólipos y cáncer	3 - 11%
Otras	
Patología anorrectal (hemorroides, fisura anal, úlceras rectales)	6 - 16%
Hemorragia digestiva alta	3 - 13%
Post polipectomía	2 - 4%
Colitis por radiación	1 - 3%
Otras causas	1 - 9%
Causas desconocidas	6 - 23%

En los últimos 20 años ha habido un incremento notable en el uso de la tomografía para anomalías de pared intestinal y en nuestro caso el diagnóstico diferencial era principalmente enfermedad inflamatoria intestinal, infección, carcinoma y linfoma ^(6,7). Los hallazgos son inespecíficos, como engrosamiento homogéneo de la pared cecal. Así mismo, la tomografía se realizó para determinar el estadio de un posible cáncer, pero en esta no se evidencian signos de metástasis o adenopatías.

Debido al sangrado significativo y ante la posibilidad de carcinoma cecal, se le practicó una hemicolectomía derecha ampliada por vía laparoscópica por ser esta técnica segura y efectiva en términos perioperatorios y de sobrevida tal como lo revela una revisión sistemática que incluyó 1 262 pacientes con malignidad colónica ⁽⁸⁾. Además de ser una estrategia atractiva según otro estudio de tipo prospectivo, en el que una cohorte de 64 pacientes con carcinoma en ciego, colon ascendente o flexura hepática, fue sometida a hemicolectomía derecha abierta en el grupo control (n=34) y a hemicolectomía derecha laparoscópica en el grupo de intervención (n=30) ⁽⁹⁾. Cabe mencionar que se ha descrito el manejo conservador en pacientes con úlcera cecal idiopática estables y sintomatología inespecífica ⁽¹⁰⁾.

El resultado de las biopsias de la lesión obtenida durante la colonoscopia fue informado como inflamación crónica moderada con cambios reactivos de epitelio, sin evidencia de malignidad.

La pieza quirúrgica frente al estudio microscópico revela pseudopólipos y una úlcera con fibrosis transmural y folículos linfocitos reactivos, infiltrado inflamatorio crónico y agudo, no observándose granulomas, amebas, micobacterias, vasculitis o células neoplásicas (Figura 4). Se concluye finalmente que se trata de una úlcera cecal idiopática.

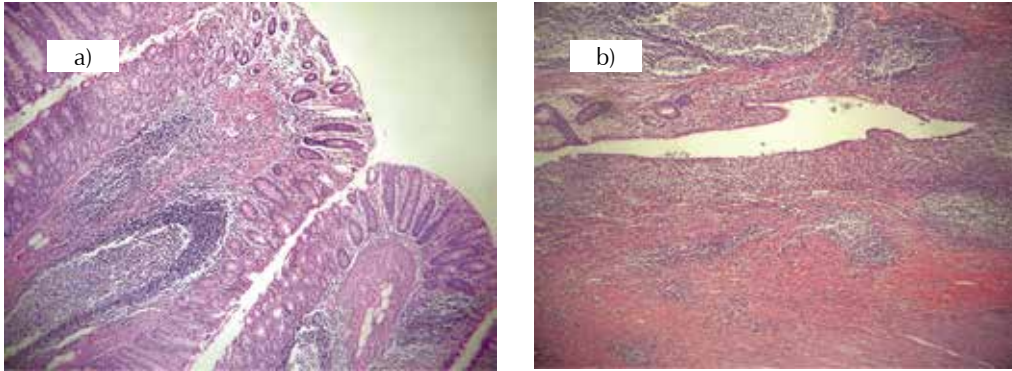


Figura 4. a) Pseudopólipos con folículos linfoideos reactivos. Ausencia de granulomas, amebas, micobacterias. b) Úlcera cecal con fibrosis transmural. Infiltrado inflamatorio crónico y agudo. Ausencia de células neoplásicas o vasculitis.

La úlcera cecal idiopática es una condición infrecuente, descrita por primera vez en 1832 por Cruveilhier ⁽¹⁾. Existe una predominancia en el sexo masculino de 2:1 y un aproximado del 50% de todas las úlceras colónicas solitarias ⁽¹¹⁾. Se han planteado distintas teorías sobre la etiología de este cuadro como por ejemplo irritación colónica por contenido proveniente del intestino delgado, vasculitis como causa primaria o por causa secundaria debido al uso de AINES o corticoides ⁽¹²⁻¹⁴⁾. En nuestro paciente está el antecedente de consumo de AINES de manera esporádica, lo que difiere de lo encontrado en la literatura, en donde se trata de pacientes con uso crónico y frecuente con enfermedad reumatológica de fondo ⁽¹⁴⁾. Así mismo se asocia a infección por citomegalovirus en pacientes transplantados ⁽¹⁵⁾ y con leucemia ⁽¹⁶⁾; a *Campylobacter jejuni* ⁽¹⁷⁾ y a *Entamoeba histolytica* ⁽¹⁸⁾. También se describe en pacientes con síndrome de Behcet ⁽¹⁹⁾ pero en nuestro paciente no hay evidencia de aftas orales, lesiones genitales, oftalmológicas, dérmicas o vasculares ⁽²⁰⁾. Una explicación basada en la inflamación severa de un divertículo solitario es factible, se cree que cambios inflamatorios en un divertículo pueden obliterar la luz y ocasionar una úlcera ⁽²¹⁾. Si bien en las pequeñas series de casos destaca una mayor frecuencia en la quinta década de vida, se ha descrito en pacientes que van desde los 12 hasta los 80 años. La clínica es muy variada, pero la presentación que más describe es la de dolor inespecífico en el cuadrante inferior derecho o frecuentemente también sangrado digestivo bajo. Concomitantemente se describen síntomas asociados como diarrea, constipación o signos de obstrucción intestinal ⁽¹¹⁾.

En el año 2010 se reporta un caso de úlcera cecal idiopática que mimetiza neoplasia cecal a la colonoscopia, tomografía axial computarizada y a la tomografía por emisión de positrones (PET) con [¹⁸F]-fluorodesoxiglucosa (FDG) en la que la lesión cecal es de forma irregular e hipermetabólica. Este hallazgo es relativamente frecuente debido a que la FDG no es un marcador específico de lesiones malignas, el

tejido inflamatorio también puede acumular FDG y manifestarse en la imagen tomográfica de la misma manera ⁽²²⁾.

Guzman y Montes describen una úlcera cecal única como presentación de enfermedad de Crohn en un paciente cuya sintomatología es de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, disminución de peso y hemorragia digestiva; imagenológica y colonoscópicamente coinciden con una úlcera cecal única. Al estudio anatomopatológico se describen cambios compatibles con enfermedad de Crohn, anticuerpos anti *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) positivos y anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (p-ANCA y c-ANCA) negativos ⁽²³⁾.

Debido al antecedente de ser interno de medicina y haber estado en contacto con pacientes tuberculosos ^(24,25), una enteritis tuberculosa es probable ya que se puede presentar a manera de úlceras, pseudopólipos o anomalías en la válvula ileocecal. Pero la ausencia de granulomas y necrosis caseosa en la anatomía patológica ⁽²⁶⁾ además de una prueba de tuberculina realizada posteriormente negativa alejaron esta posibilidad.

Con respecto al dato de un viaje reciente a la selva central (Tingo María) y haber estado en la "cueva de las lechuzas", en la que se documenta presencia de *Histoplasma capsulatum* ⁽²⁷⁾ (HC) la probabilidad de una enteritis por HC fue considerada. Las lesiones por este hongo en el tracto gastrointestinal incluyen ulceraciones o formaciones polipósicas especialmente en la válvula ileocecal que asemejan colitis o neoplasia ⁽²⁸⁾. Pero así como en el caso anterior, no hay hallazgos en la anatomía patológica –granulomas, histiocitosis focal o difusa- que puedan sugerir el diagnóstico ⁽²⁹⁾ y la titulación de antígeno de histoplasma en orina realizadas posteriormente fue negativa ⁽³⁰⁾.

La presencia de fiebre al segundo día de hospitalización y neutropenia, hicieron pensar en una ulceración debido a *Salmonella typhi* (31-33) a pesar de la ausencia

de dolor abdominal, máculas dérmicas o visceromegalia (34). El descarte fue reforzado con aglutinaciones en lámina para antígeno tífico O y H.

Se realizó una colonoscopia de control seis meses después del evento en la cual se reporta la anastomosis ileocolónica y la mucosa del resto del colon como normal (Figura 5).

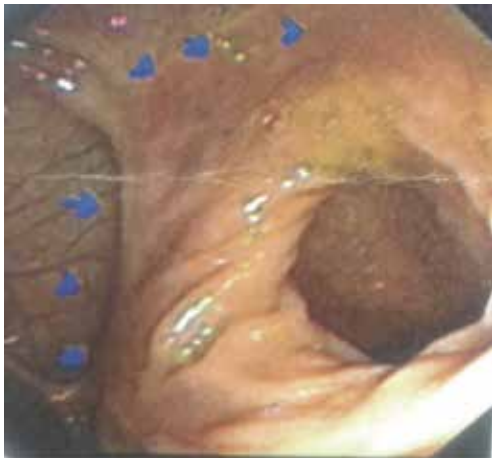


Figura 5. Anastomosis ileocolónica normal.

En conclusión, la colonoscopia es el examen de elección en hemorragia digestiva baja (HDB) y la úlcera cecal idiopática es una causa de HDB infrecuente por lo que debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales pues constituyen el 50% de las úlceras aisladas de colon. Así mismo se debe tener en cuenta que su diagnóstico es por descarte y los diferenciales deben ser sometidos al contexto epidemiológico del paciente: antecedentes familiares, ocupación, medicación habitual, viajes recientes entre otros. El tratamiento definitivo suele ser el quirúrgico a pesar de haberse descrito el manejo conservador y el pronóstico muy bueno.

BIBLIOGRAFÍA

- Cruveilhier J. Un beau cas de cicatrization d'un ulcère de l'intestin gaele clatant d'une douzaine d'années. *Bull Soc Anat.* 1832;7:1-2.
- Zuccaro G Jr. [Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. American College of Gastroenterology. Practice Parameters Committee.](#) *Am J Gastroenterol.* 1998;93(8):1202-8.
- Wilcox CM, Alexander LN, Cotsonis G. [A prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia.](#) *Am J Gastroenterol.* 1997;92(2):231-5.
- Laine L, Shah A. [Randomized trial of urgent vs. elective colonoscopy in patients hospitalized with lower GI bleeding.](#) *Am J Gastroenterol.* 2010;105(12):2636-41.
- Strate LL. [Lower GI bleeding: epidemiology and diagnosis.](#) *Gastroenterol Clin North Am.* 2005;34(4):643-64.
- Marr CS, Yu BF, Nostrant TT, Ellis JH. [Idiopathic cecal ulcer: CT findings.](#) *AJR Am J Roentgenol.* 1989;153(4):761-3.
- Balthazar EJ. Colon. In: Megibow AJ, Balthazar EJ, eds. *Computed tomography of the gastrointestinal tract.* St. Louis: Mosby, 1986. p. 274-385.
- Kahnamoui K, Cadeddu M, Farrokhvar F, Anvari M. [Laparoscopic surgery for colon cancer: a systematic review.](#) *Can J Surg.* 2007;50(1):48-57.
- Zheng MH, Feng B, Lu AG, Li JW, Wang ML, Mao ZH, et al. [Laparoscopic versus open right hemicolectomy with curative intent for colon carcinoma.](#) *World J Gastroenterol.* 2005;11(3):323-6.
- Blundell CR, Earnest DL. [Idiopathic cecal ulcer: diagnosis by colonoscopy followed by nonoperative management.](#) *Dig Dis Sci.* 1980;25(7):494-503.
- Fazio VW, Church JM, Delaney CP. *Current therapy in colon and rectal surgery.* 2nd Edition. Philadelphia. Mosby; 2005.
- Mark HI, Ballinger WF. [Nonspecific ulcer of the colon, report of a case and review of 51 cases from the literature.](#) *Am J Gastroenterol.* 1964;41:266-91.
- Ona FV, Allende HD, Vivenzio R, Zaky DA, Nadaraja N. [Diagnosis and management of nonspecific colon cancer.](#) *Arch Surg.* 1982 Jul;117(7):888-94.
- Kaufman HL, Fischer AH, Carroll M, Becker JM. [Colonic ulceration associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Report of three cases.](#) *Dis Colon Rectum.* 1996;39(6):705-10.
- Patel NP, Corry RJ. [Cytomegalovirus as a cause of cecal ulcer with massive hemorrhage in a renal transplant recipient.](#) *Am Surg.* 1980;46(4):260-2.
- Rosen-Levin EM, Schwartz IS. [Solitary cecal ulcer due to cytomegalovirus in a leukemic patient.](#) *Mt Sinai J Med.* 1985;52(2):139-41.
- Alloy AM, Santoro JJ, Lazarus BC, Chiesa JC, Pecora AA. [Campylobacter fetus ss. Jejuni: a cause of solitary cecal ulcer.](#) *J Clin Gastroenterol.* 1986;8(5):605.
- Yoshicawa I, Murata I, Yano K, Kume K, Otsuki M. [Asymptomatic amebic colitis in a homosexual man.](#) *Am J Gastroenterol.* 1999;94(8):2306-8.
- Han DS, Kim JB, Lee Oy, Sohn JH, Park KN. [A case of Behçet's syndrome with superior vena cava syndrome.](#) *Korean J Intern Med.* 1998;13(1):72-5.
- Davatchi F, Schirmer M, Zouboulis C. On behalf of the International Team for the Revision of the International Study Group Criteria for Bechet's disease. Evaluation and Revision of the International Study Group Criteria for Bechet's disease. *Proceedings of the American College of Rheumatology Meeting; November 2007; Boston, MA.* Abstract 1233.
- Sidney L, Reisman ED. [Simple ulcer of the cecum.](#) *Ann Surg.* 1951;134(2):279-82.
- Cha JM, Lee JI, Choe JW, Lee SH, Kim KY. [A case report of idiopathic cecal ulcer mimicking cecal cancer.](#) *Dig Dis Sci.* 2008;53(12):3259-62.
- Guzman Calderon E, Montes Teves P. [Úlcera cecal única como presentación de enfermedad de Crohn.](#) *Rev Gastroenterol Peru.* 2011;31(1):77-80.
- Accinelli Tanaka R, Noda Milla J, Bravo Padilla E, Galloso Benites M, López Oropeza L, Da Silva Caballero J, et al. [Enfermedad tuberculosa entre trabajadores de salud.](#) *Acta Méd Peruana.* 2009;26(1):35-47.
- Mendoza-Ticona A. [Tuberculosis como enfermedad ocupacional.](#) *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2012;29(2):232-36.
- Alvares JF, Devvarbhavi H, Makhija P, Rao S, Kottoor R.. [Clinical, colonoscopic, and histological profile of colonic tuberculosis in a tertiary hospital.](#) *Endoscopy.* 2005;37(4): 351-6.
- Lazarus A. [Aislamiento de Histoplasma capsulatum del suelo de una cueva en el Perú.](#) *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 1955;9(1-2):5-15.
- Assi MA, Sandid MS, Baddour LM, Roberts GD, Walker RC. [Systemic histoplasmosis: a 15-year retrospective](#)

- [institutional review of 111 patients](#). *Medicine* (Baltimore). 2007;86(3):162-9.
29. Goodwin RA Jr, Shapiro JL, Thurman GH, Thurman SS, Des Prez RM. [Disseminated histoplasmosis: clinical and pathologic correlations](#). *Medicine* (Baltimore). 1980;59(1):1-33.
30. Hage CA, Ribes JA, Wengenack NL, Baddour LM, Assi M, McKinsey DS, et al. [A multicenter evaluation of tests for diagnosis of histoplasmosis](#). *Clin Infect Dis*. 2011;53(5):448-54. doi: 10.1093/cid/cir435.
31. Abdool Gaffar MS, Seedat YK, Coovadia YM, Khan Q. [The white cell count in typhoid fever](#). *Trop Geogr Med*. 1992;44(1-2):23-7.
32. Butler T, Islam A, Kabir I, Jones PK. [Patterns of morbidity and mortality in typhoid fever dependent on age and gender: review of 552 hospitalized patients with diarrhea](#). *Rev Infect Dis*. 1991;13(1):85-90.
33. Neil KP, Sodha SV, Lukwago L, O-Tipo S, Mikoleit M, Simington SD, et al. [A large outbreak of typhoid fever associated with a high rate of intestinal perforation in Kasese District, Uganda, 2008-2009](#). *Clin Infect Dis*. 2012;54(8):1091-9.
34. Parry CM, Hien TT, Dougan G, White NJ, Farrar JJ. Typhoid fever. *N Engl J Med*. 2002;347(22):1770-82.

Correspondencia:

Dr. Fernando López Lasteros

E-mail: flopezls@gmail.com