

Úlcera simple de colon *

Dres. RAUL UGARTE y HADEL SUAYA **

La comprobación quirúrgica que presentamos tiene un considerable interés por los problemas diagnóstico y terapéutico que plantea, por su extrema rareza y por las discusiones patogénicas que a su alrededor se tejen.

En 1902, Quénu y Duval definieron la úlcera simple de colon de la siguiente manera: "Se trata del grupo de lesiones ulcerosas no causadas por ningún microbio específico, ni por la acción local de ningún agente químico y que no son secundarias a otra lesión inicial, tipo ulceraciones supraestricturales, ulceración de tumores, de megacolon, de colitis en general y colitis ulcerosa en particular".

Lesión sumamente rara. Hasta 1960, Houdard y Obadía reunieron 120 casos publicados en la literatura mundial. En nuestro país, Larghero Ybarz describió un caso en 1931 que fue publicado en el Boletín de la Sociedad de Cirugía (no se hizo el estudio anatomopatológico).

Afecta al sexo masculino en una proporción de 3 a 1 y su localización más frecuente es la región cecoascendente (50 a 60 de los casos según algunos autores, por ser una zona de estasis fecal; 25 a 30 % en la región cecocoloidea y 2 a 3 % en el colon transverso).

El mayor número de los casos publicados está entre los 25 y 55 años de edad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA.—J. A. de M. de 50 años. Ingresó el día 4 de julio de 1963, quejándose de dolores de tipo cólico, de varios días de evolución, localizados en la región periumbilical e irradiados a ambas fosas ilíacas.

En las últimas 24 horas, constipación y estado nauseoso.

Desde hace un año tenía crisis dolorosas abdominales similares, pero de menor intensidad, que ocasionalmente terminaban en una

debacle diarreica. Períodos alternados de constipación y diarrea. En varias oportunidades tuvo emisión de sangre roja sin coágulos.

En los antecedentes la enferma relata un sufrimiento de tipo ulceroso gastroduodenal tratado durante ocho años y por lo cual fue operada en 1959; se ignora el tipo de operación realizada. En 1960, ingestión voluntaria de altas dosis de barbitúricos.

Examen: Enferma apirética con buen estado general. Abdomen moderadamente distendido, timpánico, duele a la palpación en la región supraumbilical. El tacto rectal es negativo. Rectoscopia, sin particularidades. En las horas siguientes la paciente movilizó el intestino, desapareciendo el dolor. Exámenes de laboratorio, normales.

El día 5-VII-63 se practicó un colon por enema, que mostró un relleno fácil de los distintos segmentos del colon, apareciendo una irregularidad sospechosa de lesión a nivel del colon transverso. Luego de este examen la enferma tiene un nuevo episodio doloroso de iguales características que alivió con la eliminación de la sustancia baritada y de sangre en regular cantidad.

El día 10-VII-63 se repitió el examen radiológico, mostrando una imagen similar a la anterior.

Rectosigmoidoscopia hasta 25 cm. muestra mucosa normal.

Con el diagnóstico de neoplasma de colon transverso y luego de la preparación preoperatoria adecuada, se decide la intervención quirúrgica.

Operación (16-VII-63. Cirujano, Dr. Ugarte; ayudante, Dr. Suaya): Anestesia general. Incisión mediana supraumbilical, se liberan adherencias visceroparietales y entre epiploon y colon. Se comprueba a nivel de la parte media del colon transverso una zona de estenosis por engrosamiento parietal, sin la consistencia de la lesión neoplásica.

Se practica una colotomía y la exploración interna muestra una ulceración mucosa de bordes irregulares, de 2 por 3 cm. y de fondo granuloso, pero no sangrante. El resto del colon no presenta lesiones. En el mesocolon transverso algunos ganglios de aspecto inflamatorio. Hígado, sin particularidades. Resto, sin particularidades.

Se cierra la colotomía y se practica una resección segmentaria de unos 15 cm. de extensión, restableciéndose el tránsito por sutura terminoterminal en dos planos.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 22 de junio de 1966.

** Clínica del Prof. Bermúdez, Hospital Pasteur.

La evolución postoperatoria se hizo sin complicaciones; actualmente, a dos años de la operación, la paciente no ha tenido ningún trastorno en su tránsito intestinal.

Anatomía patológica: Ulceración de fondo tapizado por tejido de granulación relativamente joven, con escaso desarrollo de tejido conectivo adulto.

La lesión llega a la submucosa, invadiendo la muscularis mucosae y hallándose separada de la capa muscular por tejido conectivo laxo, más o menos grueso, con gran cantidad de vasos sanguíneos ectásicos, llenos de sangre, que son el punto de partida de la intensa reacción granulomatosa que cubre la zona ulcerada.

La zona muscular subyacente sólo revela una moderada reacción leucocitaria y congestiva. En las zonas vecinas de la ulceración sólo se halla una moderada reacción catarral de la mucosa.

COMENTARIO

En nuestro caso, como en la mayoría de los publicados, el diagnóstico fue intraoperatorio. El cuadro clínico del sufrimiento, caracterizado por tres grandes síntomas: constipación, dolor y hemorragia, y una imagen radiológica de dudosa interpretación, nos hicieron pensar en un neoplasma de colon transverso por un imperativo de frecuencia y sentido común.

El diagnóstico realizado a "cielo abierto" impuso la resección cólica, ya que se trataba de un estadio intermedio entre la ulceración simple, sin infiltración submucosa, que evoluciona hacia la cicatrización espontánea, como lo han comunicado Chvostek y Wilkie, y la úlcera callosa con gran acartonamiento de los bordes y aspectoseudoneoplásico.

En cuanto a la tan discutida patogenia de las ulceraciones simples de colon, las experiencias de Brown-Séquard, destinadas a producir úlceras del tubo digestivo secundarias a lesiones de los centros nerviosos, han hecho dudosas las interpretaciones dadas hasta ese momento.

Durante largo tiempo todas las teorías han tratado de explicar la úlcera por un fenómeno local: islotes de mucosa gástrica heterotópica, traumatismos de la mucosa por coprolitos, microabscesos y embolias sépticas u obstrucción de una glándula tubular, etc.

Hoy día se piensa que en la patogenia de la úlcera simple de colon interviene un complejo proceso corticovisceral, lo cual

podría explicar la existencia de úlceras en diferentes segmentos del tubo digestivo, estómago y colon en nuestro caso.

En su evolución las úlceras simples de colon se manifiestan por las complicaciones, desde el punto de vista clínico; perforación, suboclusión o hemorragia.

Según Larall y Nazralla, el dolor persistente, siempre en un mismo lugar, debe hacer pensar en la úlcera simple de colon.

El pronóstico, en la actualidad notablemente mejorado, está en función de la complicación en causas y de la oportunidad y eficacia del tratamiento instituido. El tratamiento es quirúrgico y la táctica operatoria depende de lo que se encuentra en la laparotomía.

En los casos sin alteraciones cólicas de vecindad se impone la resección segmentaria y anastomosis; en las formas pseudotumorales, colectomía con criterio cancerológico, ya que el diagnóstico definitivo se hará con el estudio anatomopatológico.

Si existe un absceso, drenaje simple y luego tratamiento de la fístula estercoral.

En la perforación con peritonitis, lavado peritoneal amplio con antibióticos y cierre de la perforación dejando amplios drenajes de la cavidad abdominal; en caso de duda, exteriorización del segmento del colon asiento de la ulceración.

RESUMEN

Se presenta un caso poco frecuente en la patología del colon transverso, ya que la úlcera simple se localiza allí sólo en el 2 a 3 % de los casos.

El diagnóstico se hizo en forma precisa antes del examen histológico.

Se analizan los problemas de patogenia, diagnóstico y terapéutica que esta lesión plantea en sus diversas formas y estados evolutivos (úlcera simple, callosa, tumor inflamatorio, complicaciones perforativa y hemorrágica).

RÉSUMÉ

On présente un cas peu fréquent dans la pathologie du côlon transverse, car l'ulcère simple s'y localise seulement dans 2 à 3 % des cas.

Le diagnostic précis a été fait avant l'examen histologique.

On analyse les problèmes de pathogénie, diagnostic, et de thérapeutique qui pose cette lésion dans ses diverses formes et états évolutifs (ulcère simple, calleuse, tumeur inflammatoire, complications perforative et hémorragique).

SUMMARY

A case of plain ulcer in the transverse colon is reported upon. This localization is of very rare occurrence (2-3 % of findings).

The diagnosis was based on clinical findings and preceded the pathologist's report.

Pathogenesis, diagnosis and therapy are discussed in conjunction with the various forms of the ulcer and with clinical course (plain, callous, inflammatory tumor, perforating and hemorrhagic complications).

BIBLIOGRAFIA

1. ARGONS, V. E. Ulcera simple de ciego. *Rev. Méd. Rosario*, 42: 173, 1953.
2. BARLOW, D. Simple ulcers of the caecum, colon and rectum. *Brit. J. Surg.*, 28: 575, 1941.
3. BARRON, M. E. Simple non specific ulcer of the colon. *Arch. of Surg.*, 17: 335, 1928.
4. CALZARETTO, J. y PERERA, S. G. Ulcera simple de colon sigmoide a forma pseudo-tumoral. *Bol. y Trab. Soc. Arg. de Cirujanos*, 20: 471, 1955.
5. COUINAND, C. L. Les ulcerations intestinales post-operatoires. *J. Chirg.*, 69: 884, 1953.
6. CHATELIN, M. C. L. L'ulcera aigu du colon droite. *J. Chirg.*, 81: 429, 1961.

7. HEINDENREICH, A., COPPOLA, S. F., BREAR, C., MUSSO, A. y TEMPORA, A. Ulcera simple de colon. *Prens. Méd. Arg.*, 49: 31, 1962.
8. HOUDARD, CH. et OBADIA, A. Les perforations spontanées du gros intestin. *Ann. Chirg.*, 14: 49, 1960.
9. HULSKAMP, P. Perforación aguda de colon. *Prens. Méd. Arg.*, 48: 52, 1961.
10. LARGHERO, P. Ulcera simple de colon ascendente. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, T. 2, Nº II: pág. 205 a 209, 1931.
11. POPESCU, M., URLIANI et COSTESCU, N. Les ulcères simples a forme tumorale du colon sigmoide. *J. Chirg.*, 87, Nº 2: pág. 197 a 204, 1964.

DISCUSSION

Dr. Bermúdez: Entiendo que este trabajo tiene varios aspectos de sumo interés. En primer lugar, es una entidad patológica poco frecuente, aun cuando su frecuencia sea mayor en la realidad, que aquella que resulta de las publicaciones, porque las úlceras del colon, como las de otras zonas del tubo digestivo, pueden ser curables en etapas agudas sin pasar a la cronicidad como para llamar la atención con sintomatología clínica que haga sospechar el neoplasma, como pasó en el caso que presentan los comunicantes. De cualquier manera es una patología que vemos pocas veces y todo lo que se haga para contribuir a la casuística nacional y a la difusión de su conocimiento debe ser acogido con beneplácito.

El segundo aspecto de interés es la sintomatología clínica y radiológica que presentó esta enferma; una larga historia de sufrimiento colónico y un aspecto radiológico que obligaba a considerarla en primer término como portadora de una neoplasia y planear el tratamiento en ese sentido.

En tercer término, considero muy acertado el balance lesional realizado por colostomía frente a las dudas que planteaba la exploración externa. Esa decisión permitió pesquisar el neoplasma en el acto operatorio y ofrecer a la paciente la intervención económica que requiere esta enfermedad.

Por tales razones corresponde agradecer y felicitar a los autores de esta comunicación.