

Formaseudotumoral de localización colónica de la enfermedad de Crohn

Dres. José Galarraga, José Arias y Julio de los Santos *

Una colitis granulomatosa de Crohn, a formaseudotumoral, colónica pura, en una mujer de 68 años, es tratada quirúrgicamente por hemicolectomía derecha, con buena evolución hasta el momento actual. Se destacan las dificultades diagnósticas de estos casos y se reveen los aspectos más importantes de esta afección.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Enteritis, regional/diagnosis.

El conocimiento de la enfermedad de Crohn nace con la descripción realizada por dicho autor en 1932, quien presentó una afección de etiología desconocida, de localización ileoterminal, de naturaleza granulomatosa benigna, que denominó enteritis regional (2).

Es años después que los trabajos realizados en el Saint Mark's Hospital tienen el mérito de haber establecido la localización colónica de la enfermedad de Crohn, en 1957 y 1970 (4).

En 1965 Bockus reafirma este concepto de la localización pura o asociada de topografía colónica de la enfermedad de Crohn (1).

Hemos creído de interés, comunicar un caso con estas características, es decir, de localización colónica pura de esta enfermedad, que pasamos a describir.

CASO CLINICO

A. C. de C. 68 años. Casmu.

Enviada por médico por anemia y astenia intensa (octubre 1973).

Comienza hace aproximadamente dos meses y medio con gran astenia y anorexia, con mareos que le impedían una vida normal, permaneciendo en cama desde esa fecha.

Desde entonces, estreñimiento; desde hace tres meses moviliza el intestino sólo con laxantes.

Desde hace tres días, detención del tránsito para materias. Dolores tipo cólico localizados en fosa iliaca derecha que calmaban con la expulsión de gases; distensión abdominal discreta y difusa. No vómitos; cefaleas, mareos muy frecuentes. Adelgazamiento discreto.

Antecedentes: En el mes de febrero de 1973 internada por diarreas sanguinolentas; estudiada, se le diag-

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cendán Alfonso). Hospital Maciel. Montevideo.

nosticó enfermedad diverticular. Hace 8 años ooforectomía e histerectomía por fibroma.

Examen: Lúcida, adelgazada; piel y mucosas pálidas, piel seca, pliegue hipoeástico, signo de miodema: negativo.

Bucofaringe, cardiovascular y pleuropulmonar: normales.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible. Duele espontáneamente y a la palpación profunda en epigastrio y región periumbilical, no palpándose tumoración. Dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, donde se palpa tumoración alargada a gran eje longitudinal, dolorosa, móvil, dura, con topografía correspondiente a cecoascendente. No se palpa hígado; región umbilical normal. No matidez de declive; fosas lumbares normales.

Tacto rectal: esfínter tónico; ampolla libre. Fondo de saco de Douglas indoloro.

Exámenes complementarios: Rectosigmoidoscopia: anoscopia: anitís congestiva. Hasta los 24 cm, mucosa rectal de aspecto normal. Mucosa sigmoidea congestiva con pliegues edematosos sin lesiones. Aspecto de sigmoiditis.

Aumento de la cantidad de mucus en el intestino.

Colon por enema (12-10-73): el colon se rellena sin dificultad en todos los segmentos, presentando colopatía diverticular difusa.

El sector cecoascendente se encuentra superpuesto al ángulo derecho y existe una zona de retracción de la luz con probable proceso infiltrante del fondo cecal, que distorsiona la morfología habitual de la zona (Fig. 1).

Hemograma: GR: 2.700.000; Hb: 47%; valor globular: 0.87; GE: 3.400; Hematocrito: 26%.

En presencia de una paciente de 68 años con anemia clínica, trastornos del tránsito intestinal con cuadros suboclusivos, tumoración palpable y toque del estado general se planteó como diagnóstico presuntivo, neoplasma de cecoascendente.

Intervención: 25-10-73. (Dr. J. Arias - Dr. J. Galarraga).

Diagnóstico preoperatorio: Tumor de cecoascendente. Incisión: mediana xifopública.

Exploración: Tumoración de cecoascendente, infiltrante, libre, con aparente linfangitis de meso.

No se palpan ganglios preaórticos ni mesentéricos.

Tumoración rectosigmoidea de aspecto inflamatorio crónico que toma sólo cara posterior. Hay además múltiples divertículos en esa zona.

Hígado y resto del abdomen: sin particularidades.

Se decide, por las condiciones de la paciente, efectuar hemicolectomía derecha económica, con anastomosis laterolateral.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 2 de octubre de 1974.

* Médico Auxiliar y Docente Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Asistente de Anatomía Patológica.

Dirección: Guillermo Tell 3878, Montevideo (Dr. Galarraga).



FIG. 1.—Estudio radiológico contrastado del colon por enema opaco. Se aprecia el sector cecoascendente supuestado al ángulo derecho. Hay una zona de retracción de la luz, con probable proceso infiltrante del fondo cecal, que distorsiona la morfología habitual de la zona.

Litiasis vesicular; colecistostomía, extracción de cálculo.

Cierre por planos.

Anatomía patológica (Dr. J. de los Santos).

Segmento de colon derecho de 20 x 7 cm.

Masa tumoral de 5 x 4 cm ulceroinfiltrante, constituido por una proliferación de tejidos de color grisáceo, infiltrante, que ocupa todas las capas en profundidad, que impresiona como lesión carcinomatosa.

Ganglios de mediano tamaño.

Microscópicamente, son fragmentos de colon con una lesión ulcerada con exudados fibrinoleucocitarios con fondo fibroso, con áreas granulomatosas, histiocitarias y de células gigantes.

Intensos infiltrados linfocitarios y de polimorfonucleares; evolución a la fibrosis.

Los linfáticos y ganglios, así como los tejidos vecinos, presentan un granuloma similar. No hay necrosis caseosa.

En suma, se trata de una enfermedad de Crohn, tipo pseudotumoral, en etapa crónica.

COMENTARIO

La enfermedad de Crohn puede presentarse, como ya lo expresamos, en diferentes localizaciones dentro del tubo digestivo, pero hay un amplio predominio de la forma ileal.

La forma enterocolónica, se ve en un 35 % de los casos, y la localización colónica pura es rara, siendo cuatro veces menos común que la ileocolitis (9).

Cuando se interesa el colon primitivamente, en una tercera parte de los casos está afectado el ileon terminal.

Dentro de la localización colónica existe un predominio en colon derecho, en forma de lesión segmentaria, estenótica en la mayoría de los casos.

En una serie de 130 casos (9), el recto estaba afectado en el 58 % de los casos; sigmoide en 72 %; descendente, 59 %; transversal, 65 %; ascendente, 54 %; ciego, 34 % e ileo 0 %.

En la serie de la Clínica Mayo en 342 casos de enfermedad de Crohn, se halló un 37 % de localización colónica, sin especificarse si eran lesiones puras o coloileales (1).

El propio Crohn cita, en 200 casos de esta enfermedad, sólo 8 localizados en el cecoascendente (3).

Brooks en una serie de 121 casos encontró 7 a nivel del colon (10).

En la casuística nacional sólo hemos encontrado un caso a localización colónica pura, publicado por Balboa y colaboradores en 1971 (8).

La anatomía patológica muestra macroscópicamente un proceso focal, dado por un engrosamiento y rigidez del segmento afectado, estenosis luminal con un mesenterio hipertrofiado con prolongaciones digitiformes alrededor del intestino.

Los ganglios mesentéricos están hipertrofiados. Sobre dichas adenopatías, Gudelman afirma (5) que existen diferencias según esté tomado colon o ileo: se encuentran aumentados en la localización ileal, y son normales en la colónica.

Microscópicamente es un proceso transmural, que afecta toda la pared del intestino. Hay engrosamiento y fibrosis de la submucosa; formación de nódulos en la mucosa; fisuras o úlceras profundas entre los nódulos, a localización zonal o segmentaria.

En un 75 % de los casos (10) el granuloma típico no se encuentra, y en un 25 % se puede hallar otro dato característico como son las fisuras o el espesamiento de la submucosa.

La clínica de esta afección es variable. Por lo común se presenta en jóvenes, frecuentemente antes de los 30 años. Según serie de la Clínica Mayo la edad de aparición es en personas menores de 35 años en el 80 % de los casos (7). En nuestra observación fue de 68 años, lo que es infrecuente.

Las manifestaciones clínicas dependen de si la enfermedad debuta con un episodio agudo, por ejemplo simulando una apendicitis aguda, o como manifestación en su evolución de la lesión digestiva de acuerdo a su topografía lesional, ya sea ileal, ileocólica, rectal, etc.

Se caracteriza entonces por: diarreas, dolores cólicos, febrículas, adelgazamiento, anemia, dando a veces una máscara neoplásica como en nuestro caso.

Otra presentación frecuente es a forma de enfermedad ano-rectal grave [25 % de los casos (1)], dado por fisuras, fístulas anales, abscesos perirectales. Fístulas internas se ven en el 17 % de los casos y fístulas externas en el 5 a 10 %; melenas en un 4 %.

Se describen también síntomas extraintestinales: manifestaciones articulares 10 %; cutáneas (eritema nudoso) 3 %; oculares, etc. (4) que no existían en nuestra observación.

El diagnóstico diferencial puede plantearse con procesos tales como colitis ulcerosa, tuberculosis intestinal, sarcoidosis, sarcoma de ciego.

En casos de localización colónica pura, sobre todo cuando se palpa tumoración, apareciendo en edad avanzada, debe descartarse el cáncer de colon, que fue el diagnóstico planteado en nuestro caso.

Bockus (1) sostiene que la afectación segmentaria del colon aun con estudio radiográfico, no puede diferenciarse del neoplasma, y el diagnóstico debe ser quirúrgico.

El laboratorio suele mostrar una anemia leve, leucocitosis moderada y una ligera hipoproteinemia.

El estudio radiológico es muy importante. Se ve la disposición alternada de las lesiones contrastando con zonas sanas intermedias. La imagen característica en empedrado o la imagen en desfiladero por la fibrosis, que Kantor ha descrito como signo de la cuerda (6).

En la rectosigmoidoscopia, cuando está afectado el rectosigmoide (50 % de los pacientes con colitis de Crohn), pueden verse anomalías características: la intensa inflamación de la submucosa y el edema hacen protruir la mucosa hacia la luz, entre ulceraciones o fisuras alargadas. Es éste el aspecto típico en empedrado.

La angiografía mesentérica permite observar una disminución del número y calibre de los vasos y mayor lentitud del retorno venoso en las áreas afectadas.

En el tratamiento siguen existiendo controversias, debido a las altas cifras de recurrencias postoperatorias.

Debe ser médico en ausencia de complicaciones. Las formas crónicas llevan en un 90 % al tratamiento quirúrgico (3).

Siguiendo a Spiro (10) pensamos que las indicaciones de tratamiento quirúrgico son:

- presencia de enfermedad anorrectal grave;
- rebeldía al tratamiento médico, dolores incontrolables, pérdida de peso;
- fístulas viscerales o parietales;
- complicaciones agudas tipo obstrucción o hemorragia masiva.

Sobre el procedimiento quirúrgico se prefieren los de resección a los de derivación, pues el pronóstico es distinto en cada caso.

Dentro de las resecciones existe un mejor pronóstico para las colónicas que para las ileales.

Se está prácticamente de acuerdo que las derivaciones sólo deben plantearse en casos de necesidad.

El pronóstico depende de la forma de presentarse la afección, aguda o crónica, y del tratamiento instituido.

Está francamente ensombrecido en las recidivas postoperatorias.

Según Zornosa (11) las recidivas postoperatorias se ven en un elevado porcentaje, siendo de 48 % en los casos en los que se realizó resección antes de los 5 años y elevándose a 93 % en los casos de derivación.

Según Hawk y Turnbull [citados por Spiro (10)] el estudio realizado en el Hospital Saint Mark's arroja un resultado de recurrencias tanto en el sector ascendente como en el descendente después de la resección del segmento enfermo, en un 60 % de los pacientes.

A los 5 años, según estudio del Graduate Hospital (1), existen un 50 % de recidivas.

Hay un mejor pronóstico cuando existe ausencia de lesiones ileales, como en nuestra observación.

RÉSUMÉ

Forme pseudotumorale de localisation dans le cõlon de la maladie de Crohn.

Présentation d'un cas de colite granulomateuse de Crohn, de forme pseudotumorale, exclusivement du cõlon, chez une femme de 65 ans. Le traitement fut chirurgical: hémicolectomie droite avec bonne évolution jusqu'à ce jour. Nous soulignons les difficultés diagnostiques de ce genre de cas et passons en revue les aspects les plus importants de cette affection.

SUMMARY

Pseudo-tumoral form of Crohn's disease of colonic location.

The authors report a case of Crohn's granulomatous colitis, of a pseudotumoral form, exclusively colonic, in a 65-year-old, female patient. She was surgically treated by a right hemicolectomy. Evolution has been favourable up to the moment. The diagnosis difficulties of these cases are pointed out, and the most important features of the disease are reviewed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BOCKUS HL. Enfermedades del aparato digestivo. Barcelona, Salvat, 1965.
- CROHN BB, GINZBERG L and OPPENHEIMER GD. Regional ileitis. Pathological and clinical entity. *JAMA*, 99: 1323, 1932.
- CROHN BB. Granulomatous diseases of the small and large bowel. A historical survey. *Gastroenterology*, 56: 767, 1967.
- GEFFROY Y, LAMONIER R, BOURELLE J, SEGRESTIN M, FONDIMARE A, HERNANDEZ CI, FABLET J et CAYRON G. La maladie de Crohn du colon. *Arch Mal App Dig*, 56: 1037, 1967.
- GUDELMAN. La maladie de Crohn. *Lyon Chir*, 69: 350, 1973.
- POLLERO HJ. Enteritis regional (enfermedad de Crohn). *Cir Urug*, 41: 456, 1971.
- PORTIS SA. Diseases of the digestive system. Philadelphia. Lea & Febiger, 1944. 2ª ed. Cap. 23. p. 498.
- PUIG R, CASSINELLI JF, REISSENWEBER N, OTERO JP, ASINER B y BALBOA O. Ileitis y colitis granulomatosa (enfermedad de Crohn). Presentación de 3 casos. *Cir Urug*, 41: 447, 1971.
- SLEISENGER H and FORDTRAM R. Gastrointestinal diseases. N. York. Saunders, 1973.
- SPIRO H. Gastroenterología clínica: colitis granulomatosa. México. Interamericana, 1972.
- ZORNOZA G. Enteritis granulomatosa inespecífica: enfermedad de Crohn. *Rev Med Univ Navarra*, 16: 91, 1972.