

Úlceras benignas de colon

A propósito de 4 observaciones

Dres. Guillermo Piacenza, Edgardo Torterolo, Luis Carriquiry,
Walter Acosta Ferreira y Enrique Viñuela

A propósito de 4 observaciones hemos analizado las úlceras benignas de colon. Se exponen su frecuencia, aspectos etiológico y formas clínicas de presentación. Se analiza su anatomía patológica para discutir por último su tratamiento, factor fundamental en la determinación del pronóstico.

Palabras clave *ey ords, Mots clés* EDLARS:
Colonic diseases.

INTRODUCCION

Desde la primera comunicacion de Barron en 1928 (1) a la fecha las ulceraciones benignas del colon sin agente etiológico específico han sido objeto de escasas y esporádicas comunicaciones.

En nuestro medio Larghero (4), Ugarte (13), y Ríos Bruno (9) comunican observaciones personales.

Se entiende por Úlceras Benignas de Colon (UBC) aquellas lesiones ulceradas en las que ningún agente etiológico puede ser identificado. Quedan excluidas úlceras secundarias a procesos inflamatorios bacterianos o parasitarios. De la misma manera se excluyen las lesiones propias de la Colitis ceco a í como las de índole neoplásico o las inculcadas a procesos granulomatosos como la enfermedad de Crohn. Su hallazgo implica al cirujano problemas diagnósticos y terapéuticos de difícil solución.

A consecuencia de 4 observaciones vividas recientemente por los autores y a la falta de información existente hemos considerado conveniente la revisión del tema.

MATERIAL

Caso 1.—R. S. 6 años, ingresa al Hospital Central de las Fuerzas Armadas cursando cuadro agudo de abdomen de 12 horas de evolución. Dolor agudo intenso de hemiventre inferior que le impide conciliar el sueño. Concomitantemente fiebre, estado nauseoso, no vó-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 25 de julio de 1979.

Profesores Adjuntos y Asistente de Cirugía, Profesor Agregado de Anatomía Patológica, Médico Intensivista Fuerzas Armadas.

Dirección: Av. 8 de Octubre 2661, Montevideo (Dr. G. Piacenza).

Clinica Quirúrgica "A" (Prof. R. Rubio), Clínica Quirúrgica "B" (Prof. J. Pradines), Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela", Facultad de Medicina, Montevideo, y Departamento de Cirugía del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Dr. Bruno Rinaldi).

mitos. Tránsito intestinal conservado. Al examen febril 38° rec al; lengua discretamente saburral. Abdomen no reacción peritoneal. Dolor a la compresión de hemiventre inferior a predominio en fosa iliaca izq. Tacto rectal Douglas libre e indoloro. La intensidad del dolor pese a su mayor localización en fosa iliaca izq. determina la realización de una laparotomía con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda.

Operación: Mac Burney Gosset. Abierto peritoneo no existe exudado peritoneal. Mal rotación del colon con ciego desplazado a izquierda el cual puede ser fácilmente movilizado por su falta de acolamiento. Exteriorizado el ciego el apéndice es sano. Sobre la cara anterior del ciego, zona de serosa despulida a cuyo nivel se palpa solución de continuidad mucosa. Se abre el ciego comprobándose úlcera aguda que asienta sobre mucosa de aspecto normal. En profundidad llega a la serosa estando próximo a perforarse en peritoneo libre.

Procedimiento: Resección cuneiforme parcial del ciego incluyendo la lesión. Cierre con sutura interrumpida en dos planos con puntos separados de lino. Apendicetomía típica.

Evolución postoperatoria: Buena, asintomático en el momento actual.

Caso 2.—I. V. mujer, 30 años. Hospital Central de las Fuerzas Armadas (fig. 1).

Consulta por cuadro doloroso de fosa iliaca derecha de dos días de evolución. De escasa intensidad, sin repercusión digestiva alta ni baja. Al examen apirética, abdomen libre, discreto dolor a la palpación profunda en fosa iliaca der. Examen genital normal. 48 horas después el sufrimiento doloroso persiste inalterado pero aparecen en el examen tumefacción mal limitada pero muy móvil de fosa iliaca derecha indicándose la laparotomía con diagnóstico presuntivo de quiste de ovario en sufrimiento.

Operación: Tumorección ulcerada de ciego. Discreto edema del mesocolon ecino a cuyo nivel existen escasas adenopatías. No otros signos de exteriorización lesional. El aspecto macroscópico de la lesión nos lleva a hacer diagnóstico de neoplasma ulcerado de ciego.

Procedimiento: Hemicolectomía derecha con íleo-transverso omía término-lateral.

Buena evolución postoperatoria.



Fig. 1.—Úlcera Benigna de Ciego (Caso 2).

Caso 3.—A.P. 72 años. Ingresa al Hospital de Clínicas cursando cuadro suboclusivo de 48 horas de evolución. Su historia comienza con dolor en FID, detención del tránsito para materias, estando nauseoso sin vómitos. Apirética desde el inicio. Al examen moderada distensión abdominal, timpanismo discreto, no meteorismo. Duele discretamente la palpación en FID. No reacción peritoneal. Rx. simple de abdomen muestra escasos gases en delgado y colon sin niveles. Se opera con diagnóstico de apendicitis aguda a posible topografía retromesentérica.

Operación: Apéndice sano. Adherencia de última asa ileal a ciego a cuyo nivel se palpa tumoración ulcerada de 2 ½ cm. de bordes netos con caracteres macroscópicos que recuerdan una úlcera crónica. Resto del ciego y colon ascendente normales.

Procedimiento: Se efectúa ulcerectomía con cierre de pared cecal en dos planos con puntos separados de lino.

Evolución: Mala. Persiste cuadro suboclusivo reoperándose al 7º día por cuadro peritoneal secundario a falla de sutura y muerte en el postoperatorio inmediato.

Caso 4.—I.D. Mujer, 64 años. Ingresa al Hospital de Clínicas por dolor tipo cólico en flanco izq. que calma con la expulsión de gases seguido de franca mejoría.

Al examen palidez cutáneo mucosa y dolor discreto en flanco izquierdo. Mejora con tratamiento médico y es estudiada buscando el origen de su hemorragia.

Gastroduodeno: Hernia hiatal sin evidencia de reflujo gastro-esofágico.

Gastrofibroscopia: Cardias a 38 cm., ausencia de reflujo, mucosa gástrica y duodenal sana.

Colon por enema discreta zona de rigidez parietal en ángulo izquierdo. Rectosigmoidoscopia, normal.

Frente a la imposibilidad de realizar colonofibroscopia se decide efectuar laparotomía exploradora. En ella se comprueba zona de engrosamiento de 1-2 cm. de diámetro que respeta la serosa en sector descendente de ángulo izquierdo. La colotomía muestra una

zona ulcerada de la mucosa. Con diagnóstico de posible neoplasma de colon localizado se efectúa colectomía segmentaria con abocamiento de ambos cabos a la pared por la mala preparación del colon.

Evolución: Se efectúa cierre de colostomía a los 15 días. Debe reintervenirse a los 10 días por absceso preperitoneal. Buena evolución posterior.

ANATOMIA PATOLOGICA

Muestra características similares en los cuatro casos considerados. La ausencia de lesiones específicas fue la regla. La mucosa colónica presenta en los 4 casos úlceras extensas con necrosis de coagulación marginadas por una mucosa congestiva con intensa infiltración a polimorfonucleares en las localizaciones derechas y linfomonocitaria en la topografía colónica izquierda.

Los elementos vasculares de la submucosa, capilares, vena y arteriolas muestran fenómenos de trombosis reciente. Algunas arterias y arteriolas tienen la pared engrosada por depósitos fibrinoideos PAS positivos. Otras luz disminuida y desaparición parcial de la limitante elástica interna sustituida por una cicatriz fibrosa. Esto último más evidente en la úlcera del colon izquierdo habla en favor de una evolución crónica sobre la cual se injerta un proceso agudo. No existe esclerosis evidente en ninguno de los casos y los siderocitos son escasos.

En suma, sobre un tejido normal, como ocurrió en las localizaciones del colon derecho o sobre un fondo con alteraciones vasculares caracterizadas por lesiones cicatrizales tipo Periarteritis Nudosa a localización en los vasos de la submucosa se observan lesiones agudas que se comportan como úlceras colónicas que asientan en una submucosa con áreas de necrosis, infiltración polimorfonuclear y donde se observan arteriolas con necrosis fibrinoide de la pared y trombosis reciente (figs. 2 - 3).



Fig. 2.—Úlceración de la mucosa. Infiltración polimorfonuclear. Necrosis.

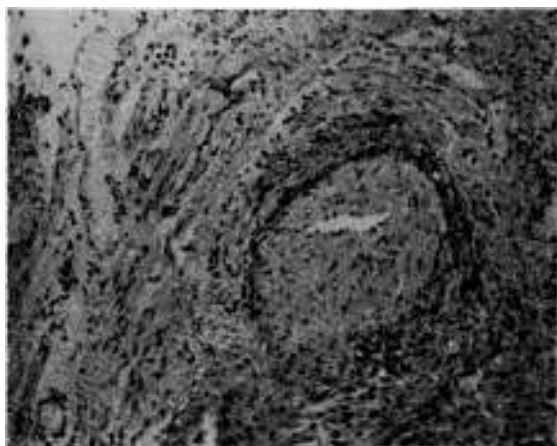


Fig. 3.— Alteración vascular de la submucosa. Necrosis fibrinoide de pared. Trombosis. Cicatriz fibrosa.

CONSIDERACIONES

Frecuencia - Edad: Siguiendo el criterio de excluir aquellas lesiones con causa etiológica aparente Smithzuick (12) recolectó 82 casos de UBC en la literatura inglesa. Mark (6) en 1963 publica un caso y recolecta 51 a propósito de Ulceras Benignas de Ciego. Son pues lesiones poco frecuentes. Pueden aparecer a cualquier edad aunque no fueron descritas en niños antes de la adolescencia. No obstante nuestro caso 1, se presentó en un niño de 6 años.

Etiología: Es desconocida, siendo esta característica quien define la lesión (6, 7, 12). Varias teorías han sido propuestas. En otra se mencionan como factores úlceras pépticas, factores emocionales que no explican la mayoría de los casos analizados. Ciertos medicamentos como los corticoides, butapirazol, podrían tener cierto papel desencadenante en algunas situaciones. Recientemente Le Veen (5) estudia la importancia del metabolismo de la urea considerando que la formación de amonio a expensas de la ureasa bacteriana sería factor causal de la destrucción de la mucosa colónica fundamentalmente en el paciente urémico. El factor vascular, tal cual lo evidencia la Anatomía Patológica en nuestros casos, parece ser importante. La posibilidad de un agente etiológico único o múltiple causando el daño vascular podría generar las condiciones locales para el desarrollo de la úlcera (12). El denominando común de estas teorías es su falta de confirmación.

Topología: La topografía cecal resulta la más frecuente (fig. 4). Le siguen por su orden: ascendente y sigmoideas (6, 12). La superficie del colon adyacente a la úlcera presenta un aspecto amariñado dado por mesocolon edematoso, adenopatías regionales y exudado inflamatorio revistiendo la lesión. Su extensión va desde 0.5 a 1 cm. en el colon derecho y hasta 5 cm. a izquierda (10). En profundidad

pueden penetrar todas las capas del colon llegando a la perforación en peritoneo libre o penetrando vísceras vecinas como ocurrió en el caso 3.

Microscópicamente no muestran signos histopatológicos específicos. Proceso inflamatorio con infiltración celular aguda o subaguda y participación vascular constante. La proliferación fibroblástica es escasa sobre todo en las lesiones del colon derecho, haciendo difícil la cicatrización espontánea. Este último aspecto confiere a estas lesiones un poder evolutivo que debe ser tenido en cuenta en la elección del procedimiento.

Macroscópicamente las formas pseudotumorales son indistinguibles para el cirujano de un neoplasma verdadero, lo cual explica la alta incidencia de resecciones amplias.

Clínica: Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas. Varía según la topografía. En el

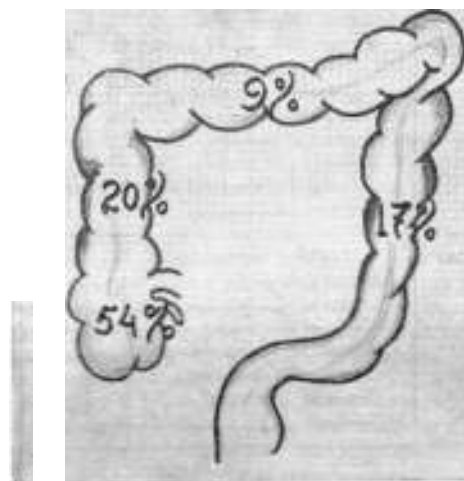


Fig. 4.— Topografía más frecuente de las Ulceras Benignas de Colon en la bibliografía.

colon derecho suelen presentarse bajo formas agudas o subagudas. Dolor y tumor son los hallazgos más frecuentes (8, 11, 14). En un 60 % de los casos estos pacientes se operan de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda (casos 1, 3), plastrón apendicular o neoplasma de ciego en sufrimiento.

El diagnóstico en estos casos suele ser intraoperatorio. La imposibilidad de descartar un neoplasma en las formas tumorales explica la alta incidencia de hemicolectomías derechas.

En el colon izquierdo la evolución suele ser crónica. Hemorragia, diarrea, cuadros suboclusivos, dolor que orientan al cirujano al estudio del órgano tal cual ocurrió en el caso 4. La colonofibroscopia permite en estos casos un diagnóstico apropiado y la consiguiente elección del procedimiento terapéutico más adecuado.

TRATAMIENTO

La diversidad de procedimientos utilizados confirma las dificultades terapéuticas que su hallazgo crea al cirujano (fig. 5). Se han utilizado desde amplias exéresis que pueden resultar en excesos terapéuticos, a procedimientos conservadores menores con alta morbimortalidad. Su forma de presentación, su topografía, la presencia o no de complicaciones, su poder evolutivo con escasa tendencia a la cicatrización, su frecuente confusión diagnóstica con el cáncer son los parámetros que deben orientar al cirujano en la elección del procedimiento.

TRATAMIENTO

Topografía	Procedimiento	Muerte
Ciego 45	Hemicolectomía	23
	Resección parcial	11
	Cecostomía	6
	Cierre simple	1
	Inadvertida	1
	ada	3
Ascendente 16	Hemicolectomía	10
	Resección local	1
	Drenaje	2
	Exteriorización	1
	Nada	2
Transverso 8	Resección segmentaria	5
	Hemicolectomía	1
	Drenaje	2
Sigmoideas 13	Resección segmentaria	8
	Colectomía izquierda	1
	Drenaje y cierre	2
	Drenaje	2

Fig. 5.— Tratamientos realizados de acuerdo a la topografía lesional en la literatura.

Colon Derecho: Más del 50 % de los pacientes con úlceras benignas de ciego fueron hemicolectomizados (caso 2) con el diagnóstico de cáncer (12). En un porcentaje menor se efectuó resección segmentaria del ciego o ulcerectomía con buenos resultados.

Procedimientos conservadores como cecostomía, drenaje del foco o abandono de la lesión han llevado a la más alta morbimortalidad que hace condenable su empleo.

En la revisión de la literatura (2, 3, 6, 7, 12, 14) existe concordancia en aceptar la ulcerectomía con amplio margen cuando es posible como el tratamiento adecuado. Las resecciones amplias están justificadas en las formas tumorales. En suma, la exéresis de la lesión es obligatoria.

Colon Izquierdo: Ofrecen mejores posibilidades diagnósticas permitiendo en general la elaboración de una táctica adecuada. La resección segmentaria resulta el procedimiento de

elección. Las exéresis oncológicas amplias se justifican en aquellos casos en que el diagnóstico de malignidad no puede excluirse. Al igual que para las lesiones del colon derecho las conductas conservadoras se acompañan de un alto índice de morbimortalidad, su exéresis es pues también obligatoria.

CONCLUSIONES

El conocimiento de estas lesiones por parte del cirujano y del patólogo han de llevar a un diagnóstico correcto en un número mayor de casos. El principal problema seguirá siendo la conducta a adoptar frente al hallazgo intraoperatorio de esta lesión.

En tal sentido tres son las conclusiones principales:

1) Deben ser reseçadas siempre, su evolución explica la alta morbimortalidad de los procedimientos conservadores.

2) Deben evitarse exéresis amplias a menos que no pueda descartarse el diagnóstico de malignidad.

3) La extensión y forma de la exéresis dependen de su topografía. La ulcerectomía simple es el procedimiento ideal para las úlceras de ciego. La colectomía segmentaria es lo aconsejado para las lesiones del colon izquierdo.

RESUME

Ulcère bénignes du côlon. D'après 4 observations

A la suite de 4 observations, nous avons analysé les ulcères bénignes du côlon. On expose leur fréquence, leurs aspects étiologiques et les formes cliniques de présentation. On analyse leur anatomie pathologique pour discuter enfin leur traitement, facteur fondamental dans la détermination du pronostic.

SUMMARY

Benign Colonic Ulcers. 4 Cases

The series comprises 4 Benign Colonic Ulcers. The author reviews their frequency, etiologic aspects and clinical form. Anatomopathology is analyzed and finally treatment is discussed: these steps are fundamental in determining prognosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BARRON ME. Simple Nonspecific Ulcer of the Colon. *Arch Surg*, 17: 355, 1928.
- CROMAR CD. Benign Ulcer of the Caecum. *Am J Dig Dis*, 13: 230, 1946.
- DECAMP PT. Acute Nonspecific Inflammatory Lesions of the caecum. *Ann Surg*, 143: 665, 1956.
- LARGHERO P. Ulcère simple de Colon Ascendante. *Bol Soc Cir Uruguay*, 2: 205, 1931.
- LE VEEN E, FALK MS, MOON IP, MAZZAPICA N, LE VEEN H. Urease as a Contributing Factor in Ulcerative Lesions of the Colon. *Am J Surg*, 135: 53, 1978.

6. MARK HT, BALLINGER W. Nonespecific Ulcer of Report of a case and review of 51 e. *Am J Gastroenterol*, 41: 266.
7. MASSIE JR, MICHA RA and NATWIG RA. B cers of the Colon. *Am Surg*, 29: 55.
8. PARKER RA and SERGEANT JC. Acute solitary cer d Diverticulitis of the Caecum and ascen a Colon. *Br J Surg*, 45: 19, 1957.
9. RIOS B, O G. Tumor inespecifico de colon derecha. *Bol Soc Cir Uruguay*, 32: 767, 1961.
10. R SELL IS. Nonespecific ulceration of the Caec Br *J Surg*, 49: 54, 1957.
11. SA'NGSTER AH. Chronic Nonespecific Ulceration of he Caecum. *Br J Surg*, 36: 331, 1949.
12. S ITHWICK W, ANDERSON R, BALLINGER W. Nonespecific Ulcer of the Colon. *Arch Surg*, 97: 133, 1968.
13. GARTE ARTOLA R. Ulcera Simple de Colon. *Rev Cir Uruguay*, 37: 177, 1967.
14. WILLIAMS KL. Acute Solitary Ulcer and Acute Diverticulitis of the Caecum and ascending Colon. *Br J Surg*, 47: 351, 1957.

DISCUSION

DR. DE CHIARA.— Las primeras palabras son para agradecer a los comunicantes que han puesto al día una patología poco frecuente, pero que se ve y hay que estar preparado para resolverla.

Yo tuve oportunidad de presentar en la Media Hora Previa en el 69, un caso de úlcera simple de colon sigmoideo; no está publicada, por eso no figura en la bibliografía. Fue publicada por el médico que vio a ese enfermo en la Sociedad de Gastroenterología que fue el Dr. Beltrame.

El caso que me tocó vivir era de colon izquierdo y la sintomatología fue de una suboclusión intestinal. El diagnóstico radiológico fue de virola de sigmoides. Con ese diagnóstico se operó, y desde el punto de vista de la anatomía patológica macroscópica operatoria, es de destacar lo que ya han destacado los comunicantes, la ausencia de adenopatías y la limitación del proceso. Era una auténtica estenosis, una virola más chica, más retráctil que las tumorales. En aquella época no disponíamos del estudio preoperatorio de la colonofibrosco-
pia, y le hicimos una colectomía segmentaria. La pieza fue una de las piezas póstumas que estudió el Dr. Cassinelli y nos sorprendió con el diagnóstico de úlcera ple de colon. Yo quería recordar esta vivencia personal y hacerle saber que existen 3 casos más que no figuran en la bibliografía, pero que están presentados en la Sociedad de Gas roen erología.

DR. MARELLA.— El interés del trabajo presentado es llamar la atención sobre una entidad patológica poco frecuente.

En nuestra experiencia personal recordamos tres casos similares. El primero era una lesión ulcerada perforada de cara anterior de ciego en un paciente que curaba una gripe. Era una perforación puntiforme con una pequeña induración alrededor. Le hicimos una sutura simple y evolucionó bien. Ya habíamos visto una perforación de delgado el curso de una gripe.

El segundo caso era un joven de 18 años con un cuadro suboclusivo y tumor palpable en f.i.d. El colon por enema mostraba una lesión de ciego de tipo infiltrativo. Persistía igual en otro examen 20 días después. Hicimos diagnóstico se a la edad de neoplasma de ciego. Esa impresión clínica ra i ógica f'e confirmada por el Dr. Suiffet. A ese paciente e hicimos una colectomía derecha y el examen anátomo - pa ológico hecho por la Dra. Piovano diagnosticó proceso infla-

matorio de ciego sin elementos de malignidad. Lleva más de diez años de operado en perfecto estado de salud.

El tercer caso se trata de una enferma de 70 años con tumor palpable en f.i.d.: Clínica y radiológicamente era un neoplasma de ciego. Le hicimos una colectomía derecha. El Dr. Falconi estudió la pieza e informó proceso inflamatorio de ciego sin elementos de malignidad. Lleva tres años de operada en buenas condiciones de salud.

Estos son los tres casos que recordamos, en este momento, de procesos inflamatorios de ciego; el primero a forma perforativa y los dos últimos con modalidad tumoral.

DR. MATTEUCCI.— El año pasado, en enero, recibimos en el Sanatorio Español un hombre de unos 40 ó 45 años con un cuadro doloroso en la FID al cual se le palpaba una tumoración dolorosa. Lo operamos con el diagnóstico de plastrón evolucionado o neoplasma de ciego infectado. Cuando hicimos la laparotomía nos sorprendió al movilizar el epiplón que estaba pegado, el aspecto inflamatorio, y al levantar el epiplón encontramos una lesión ulcerada de cara anterior de ciego de más o menos 1 cm. de diámetro como hecha con sacabocado. En el primer momento pensamos que era un neoplasma y ya estábamos por hacer la hemicolectomía derecha cuando observándolo mejor vimos que era muy inflamatorio el aspecto. Recortamos los bordes e introduciendo nuestro dedo tocamos la mucosa totalmente sana y vimos que no había tumor. Entonces colocamos una gruesa sonda Pezzer y le hicimos una cecostomía a nivel de la misma ulceración. Esta paciente fue estudiada por el Dr. De Los Santos y Falconi después en el Italiano, y llegaron a la conclusión de que era un tejido inflamatorio banal sin ninguna especificidad. El paciente evolucionó bien con un tratamiento con antibióticos, con Eftiazol y alrededor de 2 ó 3 semanas después le retiramos la sonda y la evolución posterior fue totalmente favorable.

DR. BERMUDEZ.— Se ha dicho con razón que es muy importante haber presentado este trabajo para poner de manifiesto y llamar la atención sobre una afección que se presenta con poca frecuencia en el colon, pero lo que estamos viendo a través de los que han hecho uso de la palabra es que parece un poco más frecuente de lo que se dice y que la gente no ha publicado las observaciones que ha tenido, por eso es que es muy importante que los autores hayan presentado una casuística que a pesar de ser pequeña, de 4 casos, se convierte en grande cuando la afección es poco común y cuando los casos aislados no han sido presentados.

Yo el caso que recuerdo es el que ya ha mencionado el autor en la bibliografía, que no e si fue Ugarte o Suaya quien lo presentó, era una úlcera de colon transversa. No recuerdo bien la sintomatología que presentaba pero se que existía la hemorragia que fue lo que llamó más la atención para hacer el estudio radiológico que mostró una deformación en el colon transversa. Lamentablemente en este tiempo no teníamos la fibroscopía que nos hubiera servido para saber la verdadera e iología de la lesión. Ese caso fue operado, se le hizo creo una colectomía segmentaria, fue estudiado y resultó una úlcera simple con una anatomía patológica también inespecífica con lesiones vasculares predominantes.

A mi me interesaría, ya que disponemos de los progresos de la endoscopia y que está aquí presente el Dr. Sojo, que nos dijera si es posible que la endoscopia nos pueda afirmar, quizás yo pida demasiado, cuando hay un complejo de tipo tumoral, si se trata de un proceso maligno o no. Nada más.

Dr. Sojo.—Muchas gracias por la invitación del Dr. Bermúdez. Yo estaba durante este tiempo tratando de recordar si en estos años hemos visto alguna lesión con características similares; posiblemente haya una, tendría que revisar toda la casuística; era de colon izquierdo y revestía caracteres de una úlcera de bordes poco brotantes y con pocos elementos inflamatorios que nos sorprendió justamente como una entidad única que no era macroscópicamente un neoplasma y que la biopsia era negativa. El desconocimiento de mi parte de esta entidad seguramente me ha llevado a aconsejar evidentemente una resección aduciendo que la biopsia no había sido tomada en el lugar correcto. Pienso que únicamente conociendo ahora el problema más a fondo posiblemente si se presenta en el futuro uno estaría más advertido, porque lo que uno tiende a pensar inmediatamente es que la biopsia no fue bien tomada y que seguramente si tiene aspecto vegetante seguramente es un neoplasma.

No tengo experiencia. Nada más.

Dr. Piacenza.—En primer término quiero agradecer a todos los que se han ocupado de la comunicación.

Al Dr. De Chiara para comunicarle que casualmente en el día de hoy el Dr. Beltrame me hizo llegar el apartado con los dos casos que él había presentado pero no estaban publicados y que desconocíamos.

Al Dr. Marella, que los casos que él presenta son en parte similares a lo que fue nuestro caso 2, es decir la imposibilidad frente a una tumoración de ciego de descartar en el acto operatorio que realmente no fuera un neoplasma y por lo tanto realizar una hemicolectomía como procedimiento de elección.

Al Dr. Mateucci, que es un gesto importante en el cual habíamos pensado cuando uno encuentra una lesión de ciego que no tiene una forma francamente tumoral, abrir primero el ciego y hacer una exploración de adentro hacia afuera valorando como está la mucosa que rodea la úlcera, que puede en algunos casos si bien no confirmar un diagnóstico de benignidad, pero por lo menos alejar la posibilidad de un diagnóstico de malignidad.

Quizás si en el caso 2 nosotros hubiéramos efectuado esa maniobra, hubiésemos abierto el ciego y la enferma se hubiera podido solucionar con un procedimiento no tan amplio como fue la hemicolectomía derecha que resultó excesiva.

Al Dr. Bermúdez, estamos de acuerdo en que la casuística debe ser mucho más numerosa de lo que se piensa porque incluso conversando con diferentes colegas, casi todos tienen casos similares que no han sido presentados porque no han sido confirmados pero que han dejado dudas y que debe ser importante poder reunir a todos para poder ver los resultados que han obtenido y sobre todo para tenerlo presente cuando uno está operando un cuadro agudo como vimos de ciego o de colon ascendente que son los que presentan mayor problema.

En cuanto al Dr. Sojo, quiero agradecer también su colaboración porque era una inquietud mía, ver si en los estudios colonofibroscópicos que ellos realizan habían percibido este tipo de lesiones.

Muchas gracias.