

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume 46

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2001

Artículo:

Úlcera colónica solitaria sellada

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

Úlcera colónica solitaria sellada

Jesús Flores,* Joaquín Guarneros,* Martín Vega,* Xavier Gómez,*
Carlos Cosme,* Omar Ramírez,* José Rojas,** Gustavo Varela*

RESUMEN

Objetivo: Informar el caso de una paciente con estenosis de colon transverso por una úlcera solitaria. **Sede:** Servicio de Cirugía general del Hospital ABC. **Informe del caso:** Mujer de 68 años con antecedente de ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos, con cuadro de seis meses de evolución caracterizado por cambios en los hábitos intestinales, dolor epigástrico irradiado a hemiabdomen inferior, anemia y pérdida de peso de 20 kg. La tomografía computada de abdomen no mostró alteraciones importantes. El colon por enema mostró estenosis del 70% de colon transverso y en la colonoscopia se observó úlcera solitaria de aproximadamente tres centímetros; las biopsias fueron negativas para neoplasia. Se realizó laparotomía exploradora encontrándose una lesión estenosante, perforada y sellada con epiplón a nivel de colon transverso; se realizó hemicolectomía derecha con íleo-transverso anastomosis. El diagnóstico de patología fue úlcera solitaria de colon perforada y sellada sugestiva de proceso isquémico. **Conclusiones:** La úlcera solitaria de colon es una patología poco frecuente y con sintomatología poco específica por lo que es importante realizar el diagnóstico diferencial con cáncer de colon.

Palabras clave: Úlcera solitaria de colon, analgésicos no esteroideos.

ABSTRACT

Objective: To inform of the case of a patient with stenosis of the transverse colon due to a solitary colonic ulcer. **Setting:** General Surgery Service of the ABC Medical Center, Mexico City. **Case report:** 68 years old female with chronic intake of non steroidal anti-inflammatory drugs, and history of bowel habit changes, epigastric pain, anemia and a weight loss of 20 kg in the past 6 months. A CT scan showed no significant lesions. The barium enema revealed a transverse colon stenosis and colonoscopy showed a solitary colonic ulcer. Biopsies were negative for malignancy. She underwent laparotomy. A sealed ulcer in the transverse colon was found and right hemicolectomy was done. Pathology reported a sealed solitary ulcer due to ischemia. **Conclusions:** The solitary colonic ulcer is an infrequent pathology with no specific symptoms and a differential diagnosis with cancer should be done.

Key words: Solitary ulcer of colon, non steroidal analgesics.

INTRODUCCIÓN

Hace 160 años, Cruveilhier describió el caso de una úlcera solitaria de colon de etiología desconocida. A partir de entonces han sido propuestos una variedad de nombres para esta patología: "úlceras inespecíficas" de colon, úlceras colónicas idiopáticas, úlceras solitarias de colon, úlceras benignas y úlceras simples de colon.^{1,2}

Barron también describió este tipo de úlceras en 1830-32 en su *Atlas d'anatomie et pathologie*. Él reportó 53 casos y sus primeros 20 casos fueron de material de autopsias.³

Se ha propuesto que las causas de estas úlceras pueden ser: 1) problemas vasculares obstructivos de la circulación mesentérica, 2) administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) o anticonceptivos orales, 3) intususcepción o trauma y 4) enfermedad diverticular.^{2,4}

La sintomatología puede ser muy variable y el diagnóstico por lo general se realiza por exclusión; la mayoría de las veces éste se realiza intraoperatoriamente.⁵

Presentamos el caso de una paciente con cuadro clínico sugestivo de cáncer de colon y cuyo diagnóstico final fue de úlcera solitaria de colon transverso perforada y sellada.

REPORTE DEL CASO

Femenino de 68 años de edad con el antecedente de ingesta crónica de AINEs, con un cuadro de seis meses de evolución caracterizado por diarrea intermitente, pastosa sin moco ni sangre, dolor epigástrico tipo cólico irradiado a cuadrantes inferiores asociado con la in-

* Cirugía General, Centro Médico ABC.

** Servicio de Urgencias. Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 25/03/00. Aceptado para publicación: 06/12/01.

Dirección para correspondencia: Dr. Joaquín Guarneros

Cda. Linares núm. 1B, Col. Roma Sur, 06760 México, D.F. Tel 044-1939-5494.



Figura 1. Colon por enema en el que se observa estenosis de colon transverso.

gesta de alimentos, pérdida de peso de 20 kg, fatiga y disnea leve.

Al efectuar la exploración física se encontró palidez de tegumentos, el abdomen presentaba dolor a la palpación media y profunda en mesogastrio, se palpaba una masa bien delimitada de aproximadamente 8 cm en hipogastrio, móvil, no dolorosa y sin datos de irritación peritoneal.

Los exámenes de laboratorio reportaron hemoglobina de 11.6 g/dL. Electrolitos, química sanguínea y antígeno carcinoembrionario normales. Las radiografías simples de abdomen fueron normales, el colon por enema mostró un área de estenosis a nivel de colon transverso (*Figura 1*). En la colonoscopia se encontró úlcera de 3 cm de diámetro mayor en colon transverso y las biopsias fueron negativas para malignidad. La tomografía computada de abdomen reportó quiste de ovario izquierdo de aspecto benigno. No se encontraron lesiones en colon (*Figura 2*). Se programó para cirugía y se inició la preparación colónica, dando a la paciente dos frascos de X-PREP (a mediodía y a las seis de la tarde) acompañado de una dieta líquida abundante y un enema evacuante con solución salina a las 22 horas el día anterior a la in-

tervención quirúrgica. Se realizó otro enema evacuante dos horas antes de la cirugía. Se administró 1 g de neomicina y 1 g de eritromicina por vía oral, a la una, dos de la tarde y 11 de la noche, el día anterior a la cirugía, y se administró una cefalosporina de tercera generación (cefotaxima) por vía intravenosa inmediatamente antes de la intervención quirúrgica.

Se realizó laparotomía exploradora. El ciego se encontró deformado con múltiples adherencias y a nivel de colon transverso había un plastrón y una perforación sellada con epiplón; se realizó colonoscopia transoperatoria identificándose la úlcera que correspondía con la zona de induración y perforación (*Figura 3*). Se realizó hemicolectomía derecha e ileotransverso anastomosis. Se encontró un quiste de ovario izquierdo de aproximadamente 20 x 10 x 8 cm, el cual se resecó.



Figura 2. Tomografía abdominal sin evidencia de lesión a nivel del colon.



Figura 3. Úlcera solitaria en colon transverso.

El patólogo reportó lesión ulcerada en colon transverso de 2.5 cm, localizada en el borde mesentérico y un divertículo de un centímetro de diámetro con un fecalito en su interior en el borde de la úlcera (*Figura 4*). El tumor de ovario se reportó como cistoadenoma seroso de ovario izquierdo.

La paciente fue dada de alta el sexto día posterior a la cirugía y actualmente se encuentra asintomática.

DISCUSIÓN

Desde los primeros pacientes con úlcera solitaria de colon descritos por Barron, los casos de este tipo de patología se han reportado esporádicamente; aproximadamente existen unos 230 casos publicados en la literatura mundial. Varios nombres se han propuesto para llamar a este tipo de úlceras y diversos autores han tratado de excluir úlceras de etiología asociada a salmonelosis, shigellosis, tuberculosis, amibiasis o infestación por algún otro parásito, problemas vasculares obstructivos a nivel mesentérico, vasculitis, ingesta de AINEs y anticonceptivos orales o problemas como intususcepción y enfermedad diverticular.⁴ Hasta la fecha la etiología de la úlcera solitaria benigna de colon continúa sin aclararse.

Las úlceras solitarias de colon se encuentran más comúnmente en el ciego (44%) y colon transverso (25%).^{5,6} La relación hombre:mujer es de 2:1, siendo más frecuente en la quinta y sexta décadas de la vida.^{6,7} Los síntomas usualmente son dolor, sangrado (manifestado como melena o hematoquezia), constipación, diarrea u obstrucción intestinal.^{1,6} En algunos casos puede haber pérdida de peso importante, lo que hace difícil su diferenciación con el cáncer de colon. Otros diagnósticos diferenciales son la apendicitis, la enfermedad inflamatoria intestinal o la enfermedad diverticular. El diagnóstico debe ser realizado por exclusión. Con el uso más difundido de la colonoscopia en la evaluación de problemas colónicos como sangrado o dolor abdominal de origen incierto, estas lesiones pueden diagnosticarse con más exactitud de lo que se hacía hace algunos años. En un trabajo realizado por Ona y colaboradores,² la colonoscopia fue 100% exacta para el diagnóstico de estas lesiones, mientras que el estudio de colon por enema mostró anomalías en el 69% de los pacientes.

El tratamiento recomendado ha sido la resección del segmento afectado o en su defecto, una hemicolectomía en los casos más complicados.^{2,7,8} Existen reportes de algunas lesiones tratadas conservadoramente con buen resultado, pero en estos pacientes es necesario realizar seguimiento colonoscópico con biopsias para excluir carcinomas ulcerados.^{2,9,10}

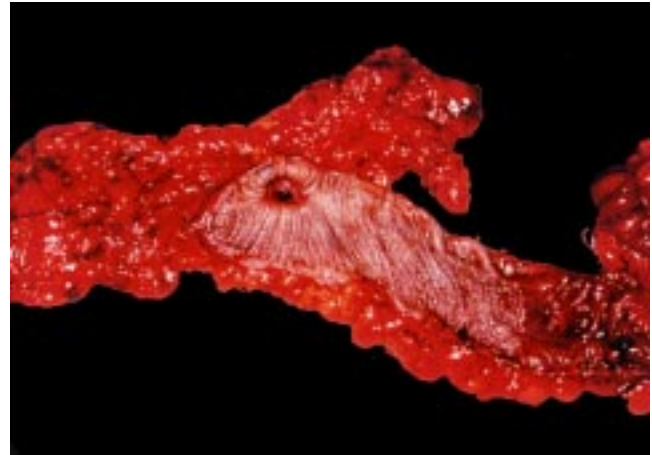


Figura 4. Úlcera solitaria de colon con un divertículo en el borde.

CONCLUSIÓN

La úlcera solitaria de colon es una enfermedad poco frecuente, de etiología indeterminada, pero que puede estar asociada a la ingesta crónica de analgésicos no esteroideos o anticonceptivos y a vasculitis entre otros. Su sintomatología es muy inespecífica y lo más importante es tratar de diferenciarlo del carcinoma ulcerado.

El estudio de elección para el diagnóstico es la colonoscopia. El tratamiento se basa principalmente en la resección del segmento afectado, pero algunos casos, en los que se ha descartado malignidad o aquellos que no estén complicados pueden ser manejados conservadoramente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shallman RW, Kuehner M, Williams G, Sajjad S, Sautter R. Benign cecal ulcers. Spectrum of disease and selective management. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 732-737.
2. Ona FV, Allende HD, Vivenzio R, Zaky DA, Nadaraja N. Diagnosis and management of nonspecific colon ulcer. *Arch Surg* 1982; 117: 888-894.
3. Mark H, Ballinger W. Nonspecific ulcer of the colon. Report of a case and review of 51 cases from literature. *Am J Gastroenterol* 1964; 41: 266-291.
4. Rubio CA, Nydahl S. Nonspecific erosions and ulcers of the colonic mucosa. *Dig Dis Sciences* 1994; 39: 821-826.
5. Barlow D. Simple ulcers of the cecum, colon, and rectum. *Br J Surg* 1941; 28: 575-581.
6. Smithwick W, Anderson RP, Ballinger WF. Nonspecific ulcer of the colon. *Arch Surg* 1968; 97: 133-138.
7. Mahoney T, Bubrick MP, Hitchcock CR. Nonspecific ulcers of the colon. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 623-626.
8. Lipton S, Reisman E. Simple ulcer of the cecum. *Ann Surg* 1951; 134: 279-281.
9. Kurtz MD. Colonoscopic diagnosis of nonspecific ulcer of the colon. *Gastrointest Endosc* 1976; 23: 90-91.
10. Shah NC, Ostrov AH, Cavallero JB, Rodgers JB. Benign ulcers of the colon. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 102-104.