



COLITIS QUISTICA PROFUNDA

Patricia Ortega Domene P, Ruiz de la Hermosa A, De Fuenmayor Valera ML.
Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid

CASO CLINICO

Varón de 53 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, malestar general y fiebre de unas 3 semanas de evolución. 3-4 deposiciones al día con rectorragia y expulsión de moco muy ocasional y tumoración dolorosa en FII de nueva aparición (en las últimas 48 horas). En la exploración física destaca taquipnea, taquicardia a 150 lpm, temperatura de 38,4° C y TA de 130/70 mmHg. En el abdomen presenta tumoración dolorosa en FII con enrojecimiento cutáneo y signos de celulitis a dicho nivel. RHA +. Resto del abdomen sin peritonismo. Analíticamente presenta leucocitosis (17.58 10E3/μL) con aumento de Neutrófilos (83.25) y elevación de la proteína c reactiva (184.0 mg/L) y el lactato (4.19 mmol/L). Se decide realización de una TC urgente (Figura 1) encontrando engrosamiento de musculatura de pared abdominal anterior en flanco izquierdo afectando recto anterior y oblicuos izquierdos, con hiperdensidad y burbujas aéreas, en probable relación con hematoma de partes blandas sobreinfectado. Infiltración de grasa subcutánea en pared abdominal anterior y flanco izquierdo, extendiéndose desde zona del hematoma hasta pelvis. Burbujas aéreas en tejido celular subcutáneo y fascia de pared abdominal anterior, sin colecciones propiamente dichas. Hallazgos sugerentes de fascitis y celulitis necrotizante. A nivel de FII, aumento de trabeculación de grasa peritoneal con zonas hiperdensas adyacentes al sigma (en posible relación con extensión del hematoma de pared abdominal anterior, llegando a contactar con el sigma en dicha localización). Sigma adyacente al hematoma discretamente engrosado, con múltiples divertículos en su pared. Estos hallazgos pueden ser secundarios a contusión de pared abdominal anterior por contigüidad. La posibilidad de diverticulitis aguda parece muy poco probable (no líquido libre intraperitoneal). No colecciones abdominales. No neumoperitoneo.



Ante los hallazgos de la TAC y la exploración del enfermo se decide intervención, realizando desbridamiento quirúrgico urgente con extirpación de celulitis con necrosis y evacuación de colección purulenta en la unión de recto abdominal izquierdo con oblicuo mayor izquierdo. Toma de muestras para anatomía patológica y microbiología. Se deja herida abierta para curas diarias y cierre por segunda intención. Ingreso en unidad de cuidados intensivos donde se instaura antibioterapia empírica endovenosa con Meropenem y Linezolid y curas diarias. Se realiza TC control en 2º día postoperatorio evidenciando engrosamiento de segmento de sigma en FII con divertículos, sin cambios con respecto a TAC previo. Segmento corto de sigma (7 cm) engrosado y con divertículos (hallazgo presente en estudio previo). Pequeña cantidad de líquido adyacente a este segmento de sigma y en pelvis. No clara ingurgitación de los vasos del mesosigma ni colecciones. En la mayor parte del contorno de ese segmento de sigma, atenuación de la grasa homogénea, sin signos inflamatorios, únicamente en la pared inferior engrosamiento de la fascia (cambios inflamatorios) y pequeña cantidad de líquido (muy similares a estudio previo). Cambios posquirúrgicos en pared abdominal izquierda. Algunas burbujas de gas en la pared muscular izquierda inespecíficas. No colecciones en pared abdominal. Edema en tejido celular subcutáneo de ambos flancos. El tercer día postoperatorio durante la cura en UCI se observa salida de material fecaloideo a través de herida quirúrgica, por lo que se decide reintervención urgente.

En la cirugía se encuentra el sigma engrosado y adherido a peritoneo parietal de FII. Al liberarse se objetiva perforación a dicho nivel con salida de material



fecaloideo. Algunos divertículos sigmoideos. Ante la sospecha de diverticulitis aguda perforada vs neoplasia perforada, se lleva a cabo sigmoidectomía oncológica y reconstrucción del tránsito mediante anastomosis manual, latero-lateral, biplano. La evolución posterior fue favorable con curas de herida hasta poder realizar cierre terciario y a las tres semanas del ingreso, se decide alta para seguimiento y curas ambulatorias.

El informe de la anatomía patológica reveló: diverticulitis. Peritonitis aguda. Estructuras quísticas con contenido mucinoso en pared intestinal. Divertículos con marcada reacción inflamatoria y signos de perforación. Estructuras dilatadas con material mucinoso que se identifican también a nivel de la pared intestinal, compatible con colitis quística profunda. No signos de malignidad. Ante estos hallazgos se decide completar estudio con enema opaco y colonoscopia.

El enema opaco (Figura 2) mostro una ampolla rectal de tamaño y morfología normal. Cambios por sigmoidectomía con anastomosis latero-lateral sin alteraciones, con buen paso de contraste. Resto del colon descendente, ángulo esplénico, transverso, ángulo hepático, colon ascendente y ciego de calibre normal, sin defectos de repleción ni estenosis. Divertículos aislados sin signos de diverticulitis ni otras anomalías asociadas. Válvula ileocecal sin alteraciones.



La colonoscopia (figura 3) mostró una mucosa con patrón vascular conservado. A lo largo de todo el colon se aprecian algunos orificios diverticulares. Diversos pólipos que se resecan en ciego (sobre región correspondiente al orificio



apendicular), colon ascendente y en las proximidades de la anastomosis (a 40 cm de margen anal). Anastomosis colocolica sin hallazgos.



El estudio histológico de los pólipos mostró pólipos tubulares con displasia de bajo grado. Actualmente el paciente permanece asintomático, con revisiones periódicas en consulta de cirugía y está pendiente de nueva colonoscopia de control.

DISCUSIÓN:

En nuestro caso, la exploración física y la TC inicial orientaban hacia la posibilidad de un hematoma de partes blandas en FII sobreinfectado y complicado con una fascitis y celulitis necrotizante. El sigma adyacente al hematoma presentaba divertículos, pero la ausencia de signos inflamatorios en la TC hacía poco probable un cuadro de diverticulitis aguda complicada. Tras una primera intervención, en la que se llevó a cabo un desbridamiento de la zona, la evolución marca una reintervención en la que ya se aprecian datos que hacen pensar en la posibilidad de una diverticulitis aguda perforada o incluso una lesión abdominal complicada y perforada. En nuestro caso fue el estudio histológico el que nos informó del diagnóstico de colitis quística profunda.

La Colitis Quística Profunda (CQP) es una entidad rara que afecta a colon y recto. A pesar de que en ocasiones simula un proceso maligno, se trata de una entidad benigna (1) que se caracteriza por la presencia de quistes ocupados por material mucoso en la capa submucosa del colon que pueden formar lesiones polipoideas solitarias o múltiples. Podemos encontrar tres tipos de presentación: la CQP localiza (sobre todo a nivel de recto y se trata de la forma más frecuente),



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(2):34-38
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201923795

la CQP segmentaria (afectando a una porción del colon, generalmente a colon izquierdo) y la CQP difusa (diseminada a lo largo de todo el colon) (2).

En la endoscopia las lesiones aparecen como pólipos recubiertos de mucosa normal, edematizada o ulcerada. En el enema opaco aparecen defectos de repleción en la pared intestinal. Con ninguna de estas dos pruebas podemos distinguir la naturaleza benigna o maligna de las lesiones. La ecoendoscopia nos puede ayudar a diferenciar la enfermedad del cáncer, visualizando quistes hipoecoicos en la submucosa, sin infiltración de las capas más profundas, ni de los ganglios locales, descartando así la posibilidad de un origen tumoral. La TAC y la RMN también pueden apoyar el diagnóstico. El diagnóstico diferencial abarca la enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias benignas y malignas, enfermedades infecciosas y colitis por medicamentos. El diagnóstico definitivo se basa en los hallazgos histológicos, ya sea por una biopsia que incluya la submucosa o por la pieza quirúrgica reseçada, ya que en muchas ocasiones no se llega al diagnóstico hasta después de la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guest CB, Reznick RK. Colitis cystica profunda. Review of the literature. Dis Colon Rectum 1989; 32 (11): 983-8.
2. R. Higuera Álvarez, J. de la Peña García, G. San Miguel y B. Castro. Colitis quística profunda. Rev. esp. enferm. dig. 2008; 100.