

Hospital Universitario «Comandante Manuel Fajardo», Ciudad de La Habana

## **PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE CIEGO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS**

*Dr. Alexis Cantero Ronquillo,<sup>1</sup> Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,<sup>2</sup> Dr. Juan Carlos Barreras Ortega,<sup>3</sup> Dr. Luis Manuel Martín Gil,<sup>1</sup> y Dr. Jesús Valdés Jiménez<sup>3</sup>*

### **RESUMEN**

Se presentan 3 enfermos con tumores en fosa ilíaca derecha con cuadros abdominales mixtos oclusivos y peritoneales, donde se hizo necesario realizar hemicolectomía derecha por tumores que afectaban ciego e íleo terminal, sin hallar rastros de apéndice cecal, y habían sido procesos inflamatorios de la misma causa inicial de la enfermedad presente.

*DeCS:* ABDOMEN AGUDO/cirugía; NEOPLASMAS DEL CIEGO/cirugía; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DEL SISTEMA DIGESTIVO

Ante un enfermo de más de 50 años de edad, con un cuadro abdominal agudo con signos evidentes de patrón oclusivo mecánico, con ausencia de intervenciones previas y un tumor palpable en fosa ilíaca derecha (FID) la neoplasia de colon derecho específicamente de ciego sería el diagnóstico más acertado.<sup>1-4</sup>

Nosotros en nuestro grupo hemos atendido a 3 enfermos con esas características, en los que el diagnóstico preoperatorio de certeza no ha sido posible, y nos hemos visto en la necesidad de operarlos por su evolu-

ción clínica; la decisión del proceder quirúrgico fue difícil.

### **REPORTE DE CASOS**

#### **Caso 1**

Enfermo masculino, de 47 años de edad, con antecedentes de haber sido operado el año anterior por hernia inguinal derecha. Se atiende en nuestro centro el 7 de marzo de 1997 con dolor abdominal de tipo cólico

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía.

de 9 horas de evolución, además de referir ausencia de expulsión de gases por el recto.

Al examen físico se verifican (datos positivos): abdomen: distensión abdominal, tumor palpable en FID, aumento de los ruidos hidroaéreos en frecuencia e intensidad con ampolla rectal vacía o colapsada.

Exámenes complementarios: radiografía de abdomen simple: se observan niveles hidroaéreos en FID y distensión de asas de intestino delgado. En el resto del examen físico e investigaciones realizadas no se encontraron resultados significativos.

Es llevado al salón de operaciones con carácter urgente, y se constata tumor que engloba ciego e íleon terminal y parte del colon derecho, pétreo, que no se puede movilizar, con el aspecto de malignidad, por lo que se practica una hemicolectomía derecha. El diagnóstico anatomopatológico fue fibrosis e infiltrado inflamatorio con área de necrosis y absceso que afecta colon derecho, ciego e íleon terminal.

### **Caso 2**

Paciente femenina, de 63 años de edad, que ingresó el 5 de abril de 1999 por dolor de tumor palpable en FID y fiebre con diagnóstico laparoscópico y ecográfico de plastrón apendicular. Su evolución es de inicio satisfactoria, pero el 9 de abril de 1999 reaparece la fiebre con toma del estado general, además de mostrar un cuadro clínico radiológico de oclusión intestinal incompleta y signos de sepsis severa.

El 11 de mayo de 1999 se decide la intervención con carácter urgente, pues la evolución tórpida impidió completar los estudios sobre el colon, sobre todo colon derecho y ciego.

El hallazgo transoperatorio fue: tumor que afectaba colon derecho e íleon terminal con necrosis fibrina y pus; no se observó el apéndice cecal.

Se le realiza hemicolectomía derecha. Egresó satisfactoriamente el 26 de mayo de 1999, y presenta como complicación posoperatoria sepsis de la herida quirúrgica.

Los resultados del estudio anatomopatológico fueron: B991064. Fibrosis intensa e infiltrado inflamatorio crónico con áreas de abscedación de la serosa del colon e íleon terminal. Edema y aumento de la vascularización.

### **Caso 3**

Enfermo masculino de 63 años de edad. Ingresó el 26 de octubre de 1999. Antecedentes de un cuadro febril y dolor en FID de un mes de evolución, con diagnóstico inicial de plastrón apendicular. El día que llega al hospital muestra distensión abdominal, no expulsión de heces ni gases por el recto, tumor palpable en toda la FID y reacción peritoneal. Se le opera y se le detecta tumor que abarca ciego, colon ascendente e íleon con necrosis, fibrina y pus. Se realiza hemicolectomía derecha con una adecuada evolución. Egresó el 9 de noviembre de 1999.

Diagnóstico anatomopatológico: B992027. Plastrón apendicular con áreas de abscedación y peritonitis que interesa ciego y asas de intestino delgado.

### **COMENTARIOS**

El término pseudotumor inflamatorio de ciego no es el único designado en la literatura médica para la respuesta fibroblástica exacerbada del apéndice cecal. Otras denominaciones han sido: tiflitis leñosa,<sup>4</sup> apendicitis pseudoadenoplástica<sup>5</sup> y granuloma apendicular.

Aunque se señalan factores locales en las paredes del ciego,<sup>3,4,6,7</sup> el origen a partir del apéndice cecal es lo más frecuente y en la mayoría de los casos no se ha encontrado apéndice cecal íntegramente.<sup>2,4</sup>

La hemicolectomía, incluyendo íleon terminal,<sup>1,4</sup> es el procedimiento más frecuente, seguido de la derivación interna

(ileotransversostomía), aunque de observarse el apéndice la apendicectomía sería el proceder ideal.

Llama la atención que en ninguno de los casos presentados se encontró el apéndice cecal, lo que habla a favor de que el órgano en cuestión fue destruido por el proceso inflamatorio.

## SUMMARY

3 patients with tumors on the right iliac fossa with mixed occlusive and peritoneal abdominal pictures, where it was necessary to perform right hemicolectomy due to tumors that affected the cecum and the terminal ileus, without finding signs of cecal appendix. Inflammatory processes of the same initial cause of the disease were also observed.

*Subject headings:* ABDOMEN, ACUTE/surgery; CECAL NEOPLASMS/surgery; DIGESTIVE SYSTEM SURGICAL PROCEDURES.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kopasz P. Inflammatory pseudotumors of the cecum. *Am J Surg* 1965;109:513-8.
2. Le Brun J. Appendicular granulons. *Br J Surg* 1958; 46:20-32.
3. William AM. Inflammatory mass of the cecum. *Am Surg* 1967;165:697-704.
4. Wilson JW, Dockeety MB, Waugh YM, Barga JA. Granulomas of the ileocecal region secondary to appendicitis which simulates neoplasms. *Ann Surg* 1949;59:933-56.
5. Ploteguer A. L'appendicite psedoneoplasica. *Arch Ital Mal Appar Diges* 1952;18:348-62.
6. Lipton Reisman E. Simple ulcer of the cecum. *Ann surg* 1951;134:279-82.
7. Miangolarra CJ. Diverticulitis of the right colon. *Ann surg* 1961;153:861-70.

Recibido: 7 de febrero del 2000. Aprobado: 27 de abril del 2000.

Dr. *Alexis Cantero Ronquillo*. Hospital Universitario "Comandante Manuel Fajardo", Zapata y D, El Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.