

ABSCESO PERITUMORAL DEL CIEGO COMPLICACION URINARIA

Por el Dr. EDUARDO G. PETRONE

Los procesos intestinales, ya sea por invasión tumoral o inflamatoria, que se fistulizan a vejiga, corresponden en un alto porcentaje al recto y al sigmoideo.

Este hecho se explica por la íntima relación que existe entre la vejiga y el colon pelviano. La rareza, de que en nuestro caso corresponda al ciego el origen de dicha complicación, nos lleva a realizar un breve resumen de las características de los tumores de este segmento del intestino grueso y de sus complicaciones.

La frecuencia de estas neoplasias, según estadísticas sobre quinientos tumores operados en la Clínica Mayo, en relación con la totalidad del colon, es del 12 % llegando otros autores hasta un 17 %.

Histológicamente el tipo más frecuente, 95 %, lo constituye el adenocarcinoma, tumor de crecimiento lento, vegetante o encefaloideo, en ocasiones ulcerado, ubicado por lo común en la cara interna y fondo del ciego.

Pueden producir metástasis en peritoneo, hígado y linfáticos, drenando éstos hacia la cadena ileocólica, comenzando en la parte terminal de la ileo-bicoco-apendículo-cólica.

En cuanto a su sintomatología, Rankin, Coleman y Johnston, distinguen tres grupos: anémico, dispéptico y silencioso. Este último grupo se descubre por sus complicaciones o por la aparición del tumor palpable.

Por lo general la evolución es lenta y ya en el período de estado hace aparición el dolor localizado en fosa iliaca derecha o en el hipogastrio, las alteraciones en el funcionamiento intestinal, la hemorragia y el compromiso del estado general por intoxicación. La obstrucción completa raramente se produce debido a la amplia luz del ciego y a su contenido líquido o semi-líquido.

El estudio radiológico del colon por enema baritada, aunque no concluyente en la totalidad de los casos, nos muestra una falta de relleno o una alteración en el contorno del ciego.

Entre las complicaciones mencionaremos la hemorragia en forma de sangre oculta en materia fecal o más raramente como melena franca, la perforación aguda, la fistulización por invasión de órganos vecinos, y por último la más frecuente de las complicaciones, la infección peritumoral, producida por la acción del contenido séptico sobre una ulceración de la masa tumoral, o por perforación bloqueada de la misma, produciéndose un proceso inflamatorio peritumoral o bien en ocasiones un absceso bloqueado por adherencias. Dicho absceso puede evacuarse bruscamente en la cavidad peritoneal ocasionando una peritonitis o bien evacuarse por fistulización en un órgano vecino. En nuestro caso se fistuliza en vejiga, evolución frecuente como lo hicimos notar

anteriormente, para las neoformaciones o procesos inflamatorios del colon descendente, no así para las complicaciones del cecoascendente, a excepción del apéndice cecal (abscesos apendiculares).

En el trabajo de tesis del doctor F. M. Chenard (Fac. de París) figura una observación de fístula íleo-ceco-sigmoideo-vesical por proceso tuberculoso.

La sintomatología urinaria en estos casos se traduce por una cistitis, y de ser la comunicación amplia por el pasaje de gases y materia fecal o vejiga, o bien de orina al intestino.

La cistoscopia mostrará una zona de cistitis localizada, que enmascara con su edema el orificio fistuloso, y en algunos casos será difícil de diferenciarla con una neoformación de vejiga.

La cistografía en caso de ser la comunicación permeable nos mostrará el trayecto fistuloso.

Antes de pasar a relatar la historia clínica del caso que nos ocupa, queremos destacar que al no tener en cuenta el ceco-ascendente, cometimos un error en su estudio, al limitarnos a efectuar un estudio radioscópico, con radiografías al acecho, del colon descendente, perdiendo la posibilidad de efectuar el diagnóstico de tumor de ciego.

Historia clínica: Sra. C. de F., 36 años de edad. Arg. Casada.

Antecedentes personales: 1 hijo sano. Parto normal.

Enfermedad actual: Desde hace 6 meses observa algo de hipermenorrea, apareciendo en ese lapso dolor en hipogastrio que se acentúa durante la micción. No ha observado alteraciones en materia fecal.

Su primera consulta la efectúa al Servicio de Ginecología, donde se le diagnostica mioma uterino en necrobiosis, instituyéndosele tratamiento médico antiinflamatorio y se le indica intervención quirúrgica.

Por su sintomatología urinaria es enviada al Servicio de Urología.

Primera consulta 12 dic. 1960: como único dato positivo, dolor en hipogastrio que se acentúa con la micción. Orina normal. Se medica con antiespasmódicos.

Segunda consulta 9-I-1961: persiste su dolor en hipogastrio y observa en algunas micciones orina fecaloide, por lo que sedecide la internación para su estudio.

Examen clínico general: Buen estado general. Depresión psíquica.

Aparato respiratorio: sin particular.

Aparato circulatorio: pulso 80 por minuto, regular, igual. P.A. Mx 120 Mn 80. Tonos cardíacos normales. EKG normal.

Aparato digestivo: Abdomen blando depresible, doloroso en hipogastrio y en FID, donde se defiende. *Tacto rectal:* normal.

Examen ginecológico: Ciclo menstrual habitual 3/28. Vagina: amplia, elástica. Al esfuerzo recto y cistocele. Cuello de útero: en anteflexión lateralizado a la derecha. Parametrio derecho ocupado por tumor de consistencia dura, muy doloroso del tamaño de un puño, que hace cuerpo con útero.

Examen urinario: Orinas: turbia, aspecto achocolatado, color fecaloide, sedimento abundante. Micción: dolor en hipogastrio.

Riñones y uréteres: sin particular. Vejiga: poco dolorosa a la palpación. Uretra: normal.

Cistoscopia: buena capacidad. Medio turbio que aclara con dificultad. Se observa en pared posterior y fondo vesical, zona edematosa con brotes papilomatosos de aspecto tumoral. Resto de mucosa vesical normal.

Radiografía directa: normal.

Urografía de excreción: nefro y cistograma normal.

Colon por enema (radioscopia y radiografía al acecho): el estudio del colon sigmoideo muestra zona estrechada del asa sigmoidea, que se distiende con la insuflación.

Radiología instrumental: Cistografía y neumocistografía: vejiga de contorno regular, deformada por una compresión extrínseca en hemivejiga derecha.

Laboratorio: Sangre: glóbulos rojos: 3.800.000. Leucocitos: 7.000. Hgb.: 70%. Neutrófilos: 65. Eosinófilos: 2. Linfocitos: 30. Monocitos: 3.

Glucemia: 0,90 gr %. Urea: 0,35 gr %.

Eritrosedimentación: 1ª hora, 60; 2ª hora, 100. Índice de Katz, 55.

Orina: 5-I-61. Amarillo ámbar. Densidad, 1021. Urobilina: vestigios. Pus. Leucocitos granulosos agrupados. Hematíes escasa cantidad. 9-I-61. Sedimento: campo cubierto por hematíes, leucocitos y glóbulos de pus.

Evolución pre-operatoria: Por la escasa sintomatología vesical y la imagen cistográfica, se decide la intervención quirúrgica, previa preparación del colon, con diagnóstico presuntivo de proceso abdominal fistulizado en vejiga.

Operación: 14-I-61.

Primer tiempo: Cirujano, Dr. Eduardo Petrone. Anestesia peridural continua. Incisión mediana infraumbilical.

Se explora cavidad peritoneal observando una tumoración tamaño pomelo que hace cuerpo con vejiga, útero y sigmoideo. Se libera el asa sigmoidea de adherencias laxas y se individualiza ciego y apéndice cecal, este último con los caracteres de un proceso inflamatorio, no así el ciego que constituye la mayor parte de la tumoración con su pared infiltrada. Mediante disección roma se consigue separar el ciego de la vejiga, abriéndose una cavidad peritumoral, con salida de pus, sangre y escaso contenido intestinal, quedando la tumoración sólo adherida al fondo del útero, que se libera con facilidad.

La pared vesical se encuentra edematosa, infiltrada y friable, no individualizándose el orificio fistuloso, por lo que se decide dejar un tubo de drenaje y sonda vesical permanente.

Se envuelve en una gasa la masa tumoral completamente liberada y se procede al cierre de la incisión por planos.

Segundo tiempo. Cirujano: Dr. César Petrone.

Incisión paramediana derecha. Infra y supraumbilical. Se abre peritoneo parieto cólico derecho, desde ciego hasta el ángulo hepático, liberándose hasta la mitad del colon transversero.

Ligadura de la arteria ileocólica derecha y de la rama derecha de la cólica media. Sección a diez centímetros de la válvula ileocecal y parte media del colon transversero. Anastomosis término terminal a punto separado con lino. Control de la hemostasia y cierre del peritoneo parietocólico y de la brecha mesentérica. Drenaje en cigarrillo del parietocólico por contrabertura.

Cierre por planos con puntos de retención. No se observan metástasis viscerales.

Pieza operatoria: Tumor tamaño pomelo que ocupa la casi totalidad de la cavidad cecal, vegetante, con orificio fistuloso en pared anterior, que permite el paso de un estilete. Válvula ileocecal no invadida.

Diagnóstico histopatológico: Protocolo Nº 10190.

Adenocarcinoma mucosecretante de ciego.

Posoperatorio: Cicatrización por primera. Se deja sonda vesical permanente 7 días. La orina limpia inmediatamente después del acto quirúrgico.

Cistoscopia de control: 27-V-61. Capacidad normal, mucosa normal. Zona umbilicada que corresponde a la ubicación del proceso fistuloso.

Cistografía de control: Normal.

Colon por enema: Buen pasaje a través de la anastomosis. Colonización del asa de Delgado.

Tratamiento complementario: se efectuó radioterapia profunda posoperatoria.

La enferma se encuentra actualmente asintomática.

BIBLIOGRAFIA

1. Bacon: Colon y recto.
2. Bañuelos, M.: Patología Médica.
3. Bockus, Henry L. M. D.: Gastroenterología.
4. Chenard, F.M.: Thèse Nº 595-1939. Fac. de Paris .
5. Dodson, A.I.: Cirugía Urológica.
6. Ferreira S.A., Meeroff, M.: Cáncer del ceco ascendente.
7. Loweley & Kerwin: Clínica Urológica.

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Como en las demás complicaciones del aparato digestivo, ceco-apendicular o del sigma con complicaciones y manifestaciones urológicas de distinto grado, según el tenor de evolución de la lesión, se describen con alguna frecuencia. Pero no he

visto nunca descrito lo que he observado en un proceso agudo, en un primer momento de la complicación ceco-apendicular, en que el enfermo entró a la guardia con un fenómeno doloroso —que es discutible: si era un cólico o un proceso de fosa ilíaca derecha—. El enfermo tenía hematuria y dolor, que eran francamente discutibles. Dicha hematuria cedió, sin otras manifestaciones, luego de una intervención por apendicitis aguda con absceso muy próximo a la pared vesical, es decir, a la implantación del uréter.

Se trata de una complicación congestiva purulenta en que tiene importancia el diagnóstico diferencial.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. Petrone. — En el trabajo menciono las complicaciones de la parte apendicular. En verdad, son frecuentes las complicaciones y procesos por vecindad, por ejemplo, las cistitis por apendicitis agudas vense con insistencia.

Por otro lado, es interesante el caso relatado por el Dr. Schiappapierta.